

برنامه کمک مالی بیمار (Patient Financial Assistance Program) Henry Ford Health System



محل بیمارستان یا کلینیک: لطفاً محل (های) دریافت خدمات مراقبتی توسط بیمار را انتخاب کنید

A

HF Macomb Hospitals HF Kingswood Hospital Henry Ford Hospital
 HF Health Center Brownstown یا HF Wyandotte Hospital HF West Bloomfield Hospital HF مراکز پزشکی
 Henry Ford Allegiance Health (لطفاً مشخص کنید: _____) سایر مراکز

اطلاعات بیمار: لطفاً این بخش را در رابطه با بیماری که خدمات مراقبتی دریافت می کند

B

نام بیمار: _____ تاریخ تولد: _____
 شماره تامین اجتماعی: _____ MRN: _____ شناسه ضامن: _____

طرف مسئول (ضامن): لطفاً این بخش را در رابطه با فردی که قبض پزشکی را پرداخت می کند

C

طرف مسئول: _____ رابطه: _____ (اگر با بخش B فرق دارد)
 آدرس خیابان: _____ تلفن: _____
 شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____ ایالت: _____
 کارفرما: _____ تلفن محل کار: _____ تمام وقت نیمه وقت

تأیید واجد شرایط بودن برای بیمه سلامت

D

| | | | |
|--|---|--|--|
| بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | 5. آیا کارفرمای خودتان یا همسرتان، بیمه سلامت گروهی ارائه می کند؟ | بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | 1. آیا برای Medicare واجد شرایط هستید؟ Medicare Part A .1a Medicare Part B .1b |
| بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | 6. آیا از طریق کارفرمایان در 3 تا 6 ماه گذشته تحت پوشش بیمه بوده اید؟ | بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | 2. آیا برای Medicaid واجد شرایط هستید؟ |
| بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | 7. آیا واجد شرایط هستید برای بیمه از طریق Health Insurance Exchange اقدام کنید؟ | بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | 3. آیا برای دریافت کمک مالی خدمات مرتبط با موارد زیر اقدام کرده اید: 3a. Motor Vehicle Accident (تصادف با ماشین، MVA) 3b. قربانی جنایت 3c. جبران خسارت کارگری 3d. سایر جراحات ها (مثل افتادن و زمین خوردن) |
| بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | 8. آیا شهروند ایالات متحده یا یک مقیم قانونی هستید؟ | بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | 4. آیا بیمه سلامت دیگری هم دارید؟ 4a. اگر پاسختان بله است، لطفاً شرکت بیمه را مشخص کنید: |

درآمد حاصل از اشتغال اعضای خانه

E

چند نفر در خانوار شما زندگی می کنند؟ _____

لطفاً اعضای خانوار تان که درآمد کسب می کنند را نام ببرید (در صورت لزوم برگ اضافی وصل کنید):

| درآمد خالص ماهیانه (قبل از کسر) | ارتباط با متقاضی | نام عضو خانوار |
|---------------------------------|--------------------|----------------|
| \$ | | |
| \$ | | |
| \$ | | |
| \$ | درآمد خالص ماهیانه | |

برنامه کمک مالی بیمار
(Patient Financial Assistance Program)
Henry Ford Health System



دارایی های اعضای خانواده

G

| مقدار کل | نوع دارایی |
|----------|--|
| \$ | مبلغ نقدی |
| \$ | حساب های پس انداز |
| \$ | حساب های جاری |
| \$ | حساب پس انداز سلامت/پزشکی |
| \$ | دارایی های جاری (مثل سهام، اوراق قرضه، IRA، گواهی سپرده) |
| \$ | کل دارایی ها |

سایر درآمدهای اعضای خانواده (غیر شغل)

F

| مقدار در هر ماه | سایر منابع درآمد |
|-----------------|---|
| \$ | پشتیبانی از کودکان |
| \$ | فرزند خواندگی، فرد مطمئن محله، درآمد کلیسا و سایر موارد |
| \$ | مستمری، بیمه اجتماعی، بیمه از کارافتادگی |
| \$ | ملک کرایه ای |
| \$ | مستمری مقررری سالیانه، سود، توزیع درآمد بازنشستگی |
| \$ | حق بیکاری یا جبران خسارت کارگری |
| \$ | سایر موارد (لطفا مشخص کنید) |
| \$ | مبلغ کل سایر منابع درآمد |

تأیید مجوز

H

من بدینوسیله تأیید می کنم که اطلاعات موجود در این فرم درخواست برای تعیین واجد شرایط بودن من برای کمک های مالی با توجه به قوانین و مقررات HFHS در اختیار Henry Ford Health System (HFHS) قرار داده شود. من به HFHS اجازه می دهم این اطلاعات را در صورت لزوم تأیید کند، که ممکن است شامل و نه محدود به دریافت گزارش از اداره اعتبار، تأیید شغل/درآمد و دریافت اسناد پشتیبانی کننده لازم باشد. اسناد مربوط به همه اطلاعات و درآمدهای ارائه شده توسط من در این فرم درخواست، حقیقت است و به همان صورت که ارائه شده است دقیق و کامل است. اگر در هر زمان مشخص شود که این اطلاعات ارائه شده از طرف من اشتباه و کذب است، همه کمک های مالی برگردانده خواهد شد و مسئولیت پرداخت کامل و فوری همه مبالغ و بدهی های باقی مانده را نیز می پذیرم. همچنین موافقت می کنم که بعد از تخفیف کمک های جزئی مالی، مبالغ باقیمانده را پرداخت کنم.

نام با حروف بزرگ: _____ رابطه با بیمار: _____
امضا: _____ تاریخ: _____

لطفاً بررسی کنید که که قبل از برگرداندن فرم درخواستان، موارد زیر را برگردانده باشید :

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> سند مربوط به شهروندی ایالات متحده و/یا اقامت قانونی | <input type="checkbox"/> سند برای تأیید درآمد یا نامه پشتیبانی | <input type="checkbox"/> همه صفحه های درخواست کامل شده |
| <input type="checkbox"/> یک کپی از نامه رد Medicaid، در صورت اقدام کردن و رد شدن | <input type="checkbox"/> کپی کارت های بیمه پزشکی (اگر تحت پوشش بیمه هستید) | <input type="checkbox"/> فرم درخواست امضا شده همراه با تاریخ |