



programma di assistenza finanziaria per pazienti
(Patient Financial Assistance Program)
Henry Ford Health System

A Sede dell'ospedale o della clinica: *Selezionare la sede o le sedi in cui il/la paziente ha ricevuto le cure*

- Henry Ford Hospital HF Kingswood Hospital HF Macomb Hospitals
 Poli Ospedalieri HF HF West Bloomfield Hospital HF Wyandotte Hospital o
 Altro (Specificare: _____) HF Health Center Brownstown

B Dati del/la paziente: *Compilare questa sezione con i dati del/la paziente che ha ricevuto le cure*

Nome paziente: _____ Nato/a il: _____
 Numero SSN: _____ MRN: _____ ID garante: _____

C Responsabile (garante): *Compilare questa sezione con i dati della persona che paga le spese mediche*

Nome responsabile: _____ Relazione con il/la paziente: _____
 (se diverso dalla Sezione B)
 Indirizzo: _____ Telefono: _____
 Città: _____ Stato: _____ CAP: _____ Contea: _____
 Datore di lavoro: _____ Tempo pieno Tempo parziale Tel. ufficio: _____

D Verifica idoneità assicurazione sanitaria

1. Ha diritto alla copertura Medicare? 1a. Medicare Parte A 1b. Medicare Parte B	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	5. Il suo datore di lavoro o quello del suo coniuge offre una copertura assicurativa di gruppo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
2. Ha diritto alla copertura Medicaid?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	6. Disponeva negli ultimi 3-6 mesi di una copertura fornita da un datore di lavoro?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
3. Richiede assistenza finanziaria per servizi relativi a: 3a. Motor Vehicle Accident (Sinistro stradale, MVA) 3b. Vittima di reato 3c. Infortunio sul lavoro 3d. Altro infortunio (es., infortunio da caduta)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	7. Ha diritto a presentare la domanda di assicurazione mediante Health Insurance Exchange?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
4. Possiede una qualsiasi altra assicurazione sanitaria?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	8. Ha la cittadinanza o la residenza legale negli Stati Uniti?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
4a. Se sì, specificare la compagnia assicurativa: _____			

E Componenti e reddito da lavoro del nucleo familiare

Di quante persone si compone il suo nucleo familiare? _____

Elenchi ogni componente che percepisce un reddito (allegare un ulteriore foglio se necessario):

Nome del componente	Relazione con il/la richiedente	Reddito lordo mensile (al lordo delle detrazioni)
		\$
		\$
		\$
Totale reddito lordo mensile		\$



programma di assistenza finanziaria per pazienti
(Patient Financial Assistance Program)
Henry Ford Health System

F Altro reddito familiare (non lavorativo)

Altre fonti di reddito	Importo mensile
Assegno per minori	\$
Affido o altre forme di sussidio erogate da comune, chiesa locale, ecc.	\$
Assegno sociale, previdenza sociale, sussidio di invalidità	\$
Locazione immobiliare	\$
Rendite, interessi, reddito da pensione	\$
Indennità di disoccupazione o per infortuni sul lavoro	\$
Altro (<i>Specificare</i>)	\$
Totale altre fonti di reddito	\$

G Beni familiari

Tipo di bene	Totale
Contanti	\$
Libretto di risparmio	\$
Conto corrente	\$
Libretto di risparmio sanitario	\$
Liquidità (es., azioni, bond, IRA, certificati di deposito)	\$
Totale beni	\$

H Autorizzazione

Con la presente autorizzo il rilascio delle informazioni contenute in questa domanda all'organizzazione Henry Ford Health System (HFHS) per la determinazione del mio stato di idoneità all'assistenza finanziaria conformemente alle politiche e alle procedure HFHS. Autorizzo HFHS a verificare all'occorrenza queste informazioni, che possono includere, tra le altre cose, l'acquisizione di un rapporto dalla centrale rischi, la verifica dello stato occupazionale e/o del reddito e l'acquisizione della documentazione di supporto. Tutte le informazioni e i documenti sui redditi da me forniti in questa domanda sono veritieri, accurati e completi così come indicati. Se in qualsiasi momento si dovesse accertare che le informazioni fornite fossero false o imprecise, verrà annullata ogni assistenza finanziaria ed io mi farò carico di liquidare integralmente e immediatamente ogni ed eventuale insolvenza. Accetto inoltre la responsabilità del pagamento degli importi dovuti al netto degli sconti parziali forniti dell'assistenza finanziaria.

Nome in stampatello: _____ Relazione con il/la paziente: _____

Firma: _____ Data: _____

Verifici di aver provveduto alle seguenti disposizioni prima di consegnare la domanda:

<input type="checkbox"/> Compilazione di tutte le pagine della domanda	<input type="checkbox"/> Inclusione di prova di reddito o lettera di supporto	<input type="checkbox"/> Inclusione di prova di cittadinanza e/o residenza legale negli Stati Uniti
<input type="checkbox"/> Firma e data nella domanda	<input type="checkbox"/> Inclusione di copie delle tessere di assicurazione sanitaria, se si dispone di copertura	<input type="checkbox"/> Inclusione di una copia della lettera di rifiuto di Medicaid, se la domanda presentata è stata respinta