



経済支援サービスプログラム (Patient Financial Assistance Program) Henry Ford Health System

A 病院またはクリニックの場所：患者が治療を受けた場所を選択してください

- Henry Ford Hospital HF Kingswood Hospital HF Macomb Hospitals
 HF メディカルセンター HF West Bloomfield Hospital HF Wyandotte Hospital
 その他 (具体的に記入してください： _____) HF Health Center Brownstown

B 患者情報：このセクションに、治療を受けた患者について記入してください

患者名： _____ 生年月日： _____
 ソーシャルセキュリティ番号： _____ MRN： _____ 保証人 ID： _____

C 責任者 (保証人)：このセクションには、医療費を支払う人について記入してください

責任者名： _____ 患者との関係： _____
 (セクションBと異なる場合)
 所在地住所： _____ 電話番号： _____
 都市： _____ 州： _____ 郵便番号： _____ 郡： _____
 雇用者： _____ フルタイム パートタイム 勤務先電話番号： _____

D 健康保険適格性確認

1. Medicare を受ける資格がありますか? 1a. Medicare パート A 1b. Medicare パート B	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	5. あなたの雇用者または配偶者の雇用者は、グループ健康保険を提供していますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
2. Medicaid を受ける資格がありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	6. 過去 3~6 ヶ月に、雇用者を通して補償を受けたことがありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
3. 以下に関連するサービスに対する経済支援を申請しますか? 3a. Motor Vehicle Accident (交通事故、MVA) 3b. 犯罪の被害者 3c. 労働者災害補償 3d. その他の怪我 (例えば、滑り、落下)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	7. 医療保険取引所を通じて保険を申請する資格がありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
4. 他に加入している健康保険がありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	8. あなたは、米国市民または合法居住者ですか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
4a. 「はい」の場合、保険会社を記入してください：			

E 家族および世帯の就業収入

家族は何人ですか？ _____

収入がある家族を列挙してください (必要な場合、追加シートを添付)：

家族の氏名	申請者との関係	毎月の総収入 (控除前)
		\$
		\$
		\$
	毎月の総収入	\$



経済支援サービスプログラム (Patient Financial Assistance Program) Henry Ford Health System

F 家族のその他の収入 (非就労)

その他の収入源	月額
養育費	\$
里親制度、タウンシップ受託者、教会収入など	\$
年金、社会保障、社会保障身体障害	\$
不動産貸付	\$
年金、利息、退職金	\$
失業補償または労働者災害補償	\$
その他 (具体的に記入してください)	\$
その他の収入源総計	\$

G 家族の資産

資産の種類	合計
現金	\$
預金口座	\$
当座預金口座	\$
健康/医療預金口座	\$
流動資産 (例えば、株式、債券、個人退職年金、定期預金証書)	\$
総資産	\$

H 承諾

私はここに、Henry Ford Health System (HFHS) のポリシーおよび手順に従った経済支援の適格性を判断するため HFHS 宛の、この申請書に含まれている情報の公開を承諾します。私は、信用調査所報告の取得、雇用や収入の確認、適切な補助文書の入手を含むがこれに限定せず、必要に応じてこの情報を HFHS が確認することを承諾します。この申請書で私が提供するすべての情報および収入の書類は、表示されているとおり、真実で、正確で、完全です。私が提供した情報が虚偽であるか不正確であることが確認された場合、すべての経済支援が取り消され、すべての未払い残高全額を即時に支払う責任があることを認めます。私はまた、何らかの部分的な経済支援割引の後に、支払うべき一切の金額に対する支払い責任を認めることも同意します。

名前 (活字体) : _____ 患者との関係 : _____

署名 : _____ 日付 : _____

申請書を返送する前に、以下が記入されていることを確認してください。

<input type="checkbox"/> 申請書のすべてのページが記入されている	<input type="checkbox"/> 収入証明や 補助文書が含まれている	<input type="checkbox"/> 米国民権および/または 合法滞在の証明が含まれている
<input type="checkbox"/> 申請書に署名されており、日付が記入されている	<input type="checkbox"/> カバーされている場合、医療保険カードの写しが含まれている	<input type="checkbox"/> 申請して拒否されたことがある場合、Medicaid 拒否レターの写しが含まれている