



환자 재정 지원 프로그램 (Patient Financial Assistance Program) Henry Ford Health System

A 병원 또는 진료소 위치: 환자가 치료 받은 장소를 선택하십시오

- Henry Ford Hospital HF Kingswood Hospital HF Macomb Hospitals
 HF 의료 센터 HF West Bloomfield Hospital HF Wyandotte Hospital 또는
 기타 (구체적으로 기재: _____) HF Health Center Brownstown

B 환자 정보: 치료 받은 환자와 관련된 이 섹션을 작성하십시오

환자 이름: _____ DOB: _____
 사회보장번호: _____ MRN: _____ 보증인 ID: _____

C 책임 당사자(보증인): 진료 비용을 지불하는 사람과 관련된 이 섹션을 작성하십시오

책임 당사자 이름: _____ 환자와의 관계: _____
 (섹션 B와 다를 경우)
 도로 주소: _____ 전화번호: _____
 시: _____ 주: _____ 우편번호: _____ 카운티: _____
 고용주: _____
 풀타임 파트타임 직장 전화번호: _____

D 건강 보험 자격 확인

1. Medicare 자격을 갖추고 계십니까? 1a. Medicare Part A 1b. Medicare Part B	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예	5. 귀하의 고용주나 배우자의 고용주가 집단 건강 보험을 제공합니까?	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예
2. Medicaid 자격을 갖추고 계십니까?	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예	6. 지난 3-6개월 내에 고용주를 통해 보장을 받았습니까?	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예
3. 다음에 관련된 서비스에 대해 재정 지원을 신청하고 계십니까? 3a. Motor Vehicle Accident (자동차 사고, MVA) 3b. 범죄 피해 3c. 산재 보험 3d. 기타 부상(예: 미끄러짐 및 추락 사고)	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예	7. 건강 보험 거래소 (Health Insurance Exchange)를 통해 보험을 신청할 자격이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예
4. 다른 건강 보험을 갖고 계십니까?	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예	8. 미국 시민이거나 합법적 거주자입니까?	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예
4a. 예일 경우, 보험 회사를 명시해 주십시오:			

E 가구 구성원 및 가구 근로 수입

가구의 구성원은 몇 명입니까? _____

소득이 있는 가구 구성원을 나열하십시오(필요할 경우 추가 용지 첨부):

가구 구성원 이름	신청자와의 관계	월 총 소득(공제 전)
		\$
		\$
		\$
월 총 소득 합계		\$



환자 재정 지원 프로그램 (Patient Financial Assistance Program) Henry Ford Health System

F 가구 기타 소득(비근로소득)

기타 소득원	월별 금액
자녀 양육비	\$
Foster Care, Township Trustee, 교회 수입 등.	\$
연금, 사회보장, 장애인 사회보장	\$
임대 부동산	\$
연금 보험, 이자, 퇴직 분배금	\$
실직 또는 산재 보상	\$
기타(구체적으로 기재)	\$
기타 소득원 합계	\$

G 가구 자산

자산 유형	합계
현금	\$
저축 예금	\$
당좌 예금	\$
건강/의료 저축 예금	\$
유동 자산(예: 주식, 채권, IRA, 예금 증서)	\$
자산 합계	\$

H 허가

본인은 이로써 HFHS 정책 및 절차에 따라 재정 지원에 대한 본인의 자격 상태 확인을 위해 Henry Ford Health System (HFHS)에게 본 신청서에 포함된 정보를 공개하는 것을 허가합니다. 본인은 HFHS가 필요에 따라 신용 기관 보고서 획득, 고용 및/또는 소득 상태 확인 및 적절한 증빙 서류의 획득을 포함하나 이에 국한되지 않는 방식을 통해 이 정보를 확인하는 것을 허가합니다. 본인이 제공한 이 신청서에 포함된 모든 정보 및 소득 서류는 사실이고 정확하고 나온 그대로 완전합니다. 언제든지 본인이 제공한 정보가 거짓이거나 정확하지 않다고 확인될 경우, 모든 재정 지원이 취소되며 본인은 일체의 모든 미지불 잔액을 즉각적이고 완전히 지불할 책임이 있다는 점에 동의합니다. 또한 본인은 부분적 재정 지원 확인 후 남은 금액에 대해 지불 책임을 갖는 것에 동의합니다.

이름(인쇄체): _____ 환자와의 관계: _____
 서명: _____ 날짜: _____

신청서를 제출하기 전에 다음 사항을 작성했는지 확인하시기 바랍니다.

<input type="checkbox"/> 신청서의 모든 페이지 작성	<input type="checkbox"/> 소득 증명이나 소득 지원 서류 동봉	<input type="checkbox"/> 미국 시민권 및/또는 합법적 거주 증빙 동봉
<input type="checkbox"/> 서명하고 날짜를 기입한 신청서	<input type="checkbox"/> 의료 보험증 사본 동봉 (보장이 있는 경우)	<input type="checkbox"/> Medicaid 거부 서신 사본 동봉 (신청했으나 거부된 경우)