



# Program pomocy finansowej dla pacjentów (Patient Financial Assistance Program) Henry Ford Health System

## A Lokalizacja szpitala lub kliniki: Wskazać lokalizację/-e, w której/-ych pacjent korzystał z opieki

- Henry Ford Hospital       HF Kingswood Hospital       HF Macomb Hospitals  
 Centra medyczne HF       HF West Bloomfield Hospital       HF Wyandotte Hospital HF Health Center Brownstown  
 Inne (Proszę określić: \_\_\_\_\_)       Henry Ford Allegiance Health

## B Informacje dotyczące pacjenta: Wypełnić część dotyczącą pacjenta korzystającego z opieki

Imię i nazwisko pacjenta: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
Numer ubezpieczenia społecznego: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_ Dokument tożsamości poręczyciela: \_\_\_\_\_

## C Osoba odpowiedzialna (poręczyciel): Wypełnić część dotyczącą osoby opłacającej rachunek za usługi medyczne

Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej: \_\_\_\_\_ Rodzaj relacji z pacjentem: \_\_\_\_\_  
(jeśli inne niż w części B) \_\_\_\_\_  
Ulica: \_\_\_\_\_ Nr telefonu: \_\_\_\_\_  
Miasto: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_ Kraj: \_\_\_\_\_  
Pracodawca: \_\_\_\_\_  W pełnym wymiarze      Nr telefonu służbowego: \_\_\_\_\_  
 W niepełnym wymiarze

## D Weryfikacja uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego

1. Czy jest Pan(i) uprawniony/-a do korzystania z Medicare? 1a. Medicare Część A 1b. Medicare Część B	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	5. Czy Pana/-i pracodawca lub pracodawca małżonka/-ki oferuje grupowe ubezpieczenie zdrowotne?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
2. Czy jest Pan(i) uprawniony/-a do korzystania z Medicaid?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	6. Czy pracodawca zapewnił ubezpieczenie za ostatnie 3-6 miesięcy?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
3. Czy ubiega się Pan(i) o pomoc finansową za usługi związane z: 3a. Motor Vehicle Accident (Wypadkiem z udziałem pojazdu, MVA) 3b. Byciem ofiarą przestępstwa 3c. Odszkodowaniem pracowniczym 3d. Innym obrażeniem (np. poślizgnięcie i upadek)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	7. Czy jest Pan(i) uprawniony/-a do ubiegania się o objęcie ubezpieczeniem w ramach Health Insurance Exchange (giełdy ubezpieczeń zdrowotnych)?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
4. Czy posiada Pan(i) inne ubezpieczenie zdrowotne? 4a. Jeśli tak, proszę określić firmę ubezpieczeniową:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	8. Czy jest Pan(i) obywatelem lub prawnym mieszkańcem USA?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

## E Dochód członków gospodarstwa domowego oraz osób zatrudnionych w gospodarstwie domowym

Ile osób liczy Pana/-i gospodarstwo domowe? \_\_\_\_\_

Wymienić członków gospodarstwa domowego zapewniających dochód (w razie konieczności dołączyć dodatkowe arkusze):

Imię i nazwisko członka gospodarstwa domowego	Relacja z wnioskodawcą	Miesięczny dochód brutto (przed potrąceniem)
		\$
		\$
		\$
	<b>Łączny miesięczny dochód brutto</b>	<b>\$</b>



## Program pomocy finansowej dla pacjentów (Patient Financial Assistance Program) Henry Ford Health System

**F****Inny dochód gospodarstwa domowego  
(poza zatrudnieniem)**

Inne źródła dochodu	Miesięczna kwota
Alimenty	\$
Opieka zastępcza, członek zarządu społeczności miejskiej, dochód kościelny itd.	\$
Emerytura, zasiłek społeczny, zasiłek dla niepełnosprawnych	\$
Wynajem własności	\$
Renta, odsetki, odprawa	\$
Odszkodowanie pracownicze lub z tytułu bezrobocia	\$
Inne (proszę określić)	\$
<b>Łącznie inne źródła dochodów</b>	<b>\$</b>

**G****Zasoby gospodarstwa domowego**

Rodzaj zasobów	Łącznie
Gotówka	\$
Konta oszczędnościowe	\$
Konta czekowe	\$
Konta oszczędnościowe zdrowotne/medyczne	\$
Zasoby płynne (np. akcje, obligacje, IKE, świadectwa depozytowe)	\$
<b>Zasoby łącznie</b>	<b>\$</b>

**H****Upoważnienie**

Niniejszym wyrażam zgodę na ujawnienie informacji zawartych w niniejszym wniosku na rzecz Henry Ford Health System (HFHS) w celu określenia statusu mojego uprawnienia do pomocy finansowej zgodnie z polityką i procedurami HFHS. Upoważniam HFHS do weryfikacji tych informacji w razie konieczności, co może obejmować między innymi uzyskanie raportu od agencji kredytowych, weryfikację statusu zatrudnienia i/lub dochodu, a także uzyskanie stosownych dokumentów pomocniczych. Wszelkie informacje oraz dokumenty dotyczące dochodu złożone przeze mnie w ramach tego wniosku są prawdziwe, dokładne i kompletne. W przypadku stwierdzenia, że podane przeze mnie informacje są nieprawdziwe lub niedokładne wszelka pomoc finansowa zostanie wstrzymana. W takiej sytuacji przyjmę na siebie odpowiedzialność za całkowitą i natychmiastową spłatę wszelkich zaległych należności. Wyrażam również zgodę na przyjęcie odpowiedzialności za spłatę wszelkich kwot należnych po uzyskaniu rabatów w ramach pomocy finansowej.

Imię i nazwisko drukowanymi literami: \_\_\_\_\_ Rodzaj relacji z pacjentem: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Przed złożeniem wniosku proszę sprawdzić, czy zostały spełnione poniższe wymagania:**

<input type="checkbox"/> Wypełniono wszystkie strony wniosku	<input type="checkbox"/> Załączono dowód wysokości dochodu lub deklarację dot. wsparcia finansowego	<input type="checkbox"/> Załączono dowód obywatelstwa amerykańskiego i/lub legalnego pobytu
<input type="checkbox"/> Wniosek podpisano i opatrzone datą	<input type="checkbox"/> Załączono kopie dokumentów dot. ubezpieczenia medycznego w przypadku posiadania ubezpieczenia	<input type="checkbox"/> Załączono kopię pisma z odmową pomocy z Medicaid w przypadku złożenia wniosku i uzyskania odpowiedzi odmownej