



Patient Financial Assistance Program (Programa de Assistência Financeira para Pacientes) Henry Ford Health System

A Local do hospital ou clínica: *selecione o(s) local(is) onde o paciente foi atendido*

- Henry Ford Hospital HF Kingswood Hospital HF Macomb Hospitals
 Centros Médicos do HF HF West Bloomfield Hospital HF Wyandotte Hospital ou
 Outros (Especifique _____) HF Health Center Brownstown

B Informações do paciente: *preencha esta seção sobre o paciente que recebeu tratamento*

Nome do paciente: _____ DN: _____
 No. Seguro Social: _____ MRN: _____ ID do responsável: _____

C Responsável financeiro: *preencha esta seção sobre a pessoa que pagará as despesas médicas*

Nome da pessoa responsável: _____ Relação com o paciente: _____
(se for diferente da Seção B)
 Endereço: _____ Telefone: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ ZIP/CEP: _____ País: _____
 Empregador: _____ Período integral Meio período Fone comercial: _____

D Verificação de qualificação do seguro de saúde

1. Você se qualifica para o Medicare? 1a. Medicare Parte A 1b. Medicare Parte B	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	5. Seu empregador ou o empregador do seu cônjuge oferece seguro de saúde em grupo?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
2. Você se qualifica para o Medicaid?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	6. Teve cobertura de seguro pelo seu empregador nos últimos 3 a 6 meses?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
3. Está pedindo assistência financeira quanto aos serviços relacionados aos itens abaixo? 3a. Motor Vehicle Accident (acidente de trânsito, MVA) 3b. Vítima de crime 3c. Seguro de acidente no trabalho 3d. Outras lesões (por ex., queda ao escorregar)	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	7. Tem direito a se candidatar a seguro pelo Health Insurance Exchange (Grupo de provedores de seguro)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
4. Você tem algum outro seguro de saúde?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	8. Você é cidadão dos EUA ou residente legal?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
4a. Se Sim, forneça o nome da seguradora: _____			

E Pessoas do domicílio e rendimento do trabalho familiar

Quantas pessoas moram no seu domicílio? _____

Faça uma lista de todas as pessoas do seu domicílio que têm rendimentos (anexe uma folha adicional, se necessário):

Nome da pessoa do seu domicílio	Relação com o candidato	Renda mensal bruta (antes do desconto)
		\$
		\$
		\$
Renda mensal bruta total		\$



Patient Financial Assistance Program (Programa de Assistência Financeira para Pacientes) Henry Ford Health System

F Outro rendimento familiar (sem ser do trabalho)

Outras fontes de renda	Valor por mês
Pensão alimentícia, filhos	\$
Guarda de menor, Township Trustee, receita da igreja, etc.	\$
Aposentadoria, seguro social, seguro de invalidez	\$
Receita de aluguel	\$
Anuidades, juros, parcelas de pagamento da aposentadoria	\$
Seguro desemprego ou de acidente no trabalho	\$
Outros (<i>Especifique</i>)	\$
Total de outras fontes de renda	\$

G Bens da família

Tipo de bens	Total
Em dinheiro	\$
Conta de poupança	\$
Conta corrente	\$
Conta-poupança de saúde/médica	\$
Bens líquidos (por ex., ações, títulos, IRA [Individual Retirement Account], certificados de depósito)	\$
Total de bens	\$

H Autorização

Autorizo, pelo presente, a divulgação das informações contidas neste requerimento ao Henry Ford Health System (HFHS), que irá determinar se eu tenho direito a receber assistência financeira, de acordo com as políticas e procedimentos do HFHS. Autorizo o HFHS a conferir estas informações, se necessário, o que pode incluir dentre outras, a obtenção de um relatório de um agente de informações de crédito, verificação de emprego e/ou renda e obtenção dos devidos comprovantes. Todas as informações e documentação de renda fornecidas por mim por força do presente são verdadeiras, corretas e completas, conforme mostradas. Se a qualquer momento for determinado que a informação que eu forneci era falsa ou incorreta, toda assistência financeira será revertida, e eu aceitarei a responsabilidade pelo pagamento integral e imediato de todo saldo devedor existente. Concordo também em aceitar a responsabilidade pelo pagamento de todo valor devido após os eventuais descontos parciais da assistência financeira.

Nome em letra de forma: _____ Relação com o paciente: _____

Assinatura: _____ Data: _____

Verifique se você concluiu os seguintes itens antes de devolver seu pedido:

<input type="checkbox"/> Todas as páginas do pedido estão preenchidas	<input type="checkbox"/> Comprovante de renda ou carta de suporte incluídos	<input type="checkbox"/> Comprovante de cidadania dos EUA e/ou residência legal incluídos
<input type="checkbox"/> Pedido assinado e datado	<input type="checkbox"/> Cópias da carteira do plano de seguro médico incluídas, se tiver cobertura	<input type="checkbox"/> Cópia da carta de recusa do Medicaid, se você se candidatou e foi recusado