



Patient Financial Assistance Program (Программа финансовой помощи пациентам) Henry Ford Health System

A Местоположение больницы или клиники: Выберите учреждение (-я), где пациенту оказывались услуги

- Henry Ford Hospital HF Kingswood Hospital HF Macomb Hospitals
 Медицинские центры HF HF West Bloomfield Hospital HF Wyandotte Hospital или
 Другое (Пожалуйста, укажите: _____) HF Health Center Brownstown

B Сведения о пациенте: В этот раздел заносятся данные о пациенте, которому были оказаны услуги

Имя и фамилия: _____ Дата рождения: _____

Номер социального страхования: _____ MRN (учетный номер пациента): _____ Идентификатор поручителя: _____

C Ответственная сторона (поручитель): В этот раздел заносятся данные о лице, оплачивающем счет за медицинские услуги

Имя и фамилия ответственного лица: _____ Степень родства с пациентом: _____
(если отличается от указанного в разделе B)

Дом, улица: _____ Телефон: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Страна: _____

Место работы: _____ Полный рабочий день Неполный рабочий день Рабочий телефон: _____

D Проверка права на страховое покрытие медицинских услуг

1. Имеете ли вы право на участие в программе Medicare? 1a. Medicare, часть A 1b. Medicare, часть B	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	5. Предлагает ли ваш работодатель или работодатель вашего супруга (супруги) программы группового медицинского страхования?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
2. Имеете ли вы право на участие в программе Medicaid?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	6. Пользовались ли вы страховым покрытием от работодателя в течение последних 3-6 месяцев?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
3. Подали ли вы заявку для получения финансовой помощи в связи с услугами, относящимися к следующему: 3a. Motor Vehicle Accident (Дорожно-транспортное происшествие, MVA) 3b. Жертва преступления 3c. Компенсация работникам 3d. Другая травма (например, травма, полученная при падении)	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	7. Имеете ли вы право на подачу заявки для получения страховки через биржу медицинского страхования Health Insurance Exchange ?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
4. Пользуетесь ли вы каким-либо другим страховым покрытием медицинских услуг? 4a. Если да, укажите страховую компанию:	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	8. Являетесь ли вы гражданином США или легально проживающим в США?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да

E Доход членов семьи и доход семьи от трудовой деятельности

Сколько членов в вашей семье? _____

Перечислите всех членов семьи, получающих доход (при необходимости приложите дополнительный лист):

Имя и фамилия члена семьи	Степень родства с заявителем	Ежемесячный совокупный доход (до вычетов)
		\$
		\$
		\$
Общий ежемесячный совокупный доход		\$



Patient Financial Assistance Program (Программа финансовой помощи пациентам) Henry Ford Health System

F Прочие доходы семьи (не связанные с трудовой деятельностью)

Прочие источники дохода	Сумма за месяц
Пособие на ребенка	\$
Патронатное воспитание, попечитель городского совета, церковный доход и т. д.	\$
Пенсия, социальное обеспечение, социальное страхование на случай потери трудоспособности	\$
Арендуемая собственность	\$
Рента, банковский процент, пенсионные планы	\$
Пособие по безработице или компенсация работникам	\$
Другое (пожалуйста, укажите)	\$
Общая сумма прочих источников дохода	\$

G Активы семьи

Тип актива	Итог
Наличные деньги	\$
Сберегательный счет	\$
Текущий чековый счет	\$
Медицинский сберегательный счет	\$
Ликвидные активы (например, государственные ценные бумаги, облигации, индивидуальный пенсионный счет (IRA), депозитные сертификаты)	\$
Сумма активов	\$

H Разрешение

Я даю разрешение на использование информации, содержащейся в данной заявке, системой Henry Ford Health System (Система здравоохранения имени Генри Форда, HFHS) для установления моего права на получение финансовой помощи в соответствии с правилами и процедурами HFHS. Я разрешаю HFHS осуществлять необходимую проверку этой информации, которая может заключаться, помимо прочего, в получении справок о кредитоспособности, проверке данных о трудовой деятельности и/или доходе и в получении соответствующих сопроводительных документов. Все документы, подтверждающие доходы, и все сведения внесенные мною в данную заявку, верны, точны и представлены в полном объеме. В случае обнаружения ложности или неточности предоставленных мною сведений все решения о предоставлении мне финансовой помощи будут отменены, и я понесу ответственность, заключающуюся в незамедлительной выплате в полном объеме любых неоплаченных задолженностей. Кроме того, я принимаю обязательство об оплате любых сумм, причитающихся после реализации любых льгот, выраженных в частичной финансовой помощи.

Имя и фамилия (печатными буквами): _____ Степень родства с пациентом: _____

Подпись: _____ Дата: _____

Прежде чем подать заявку, убедитесь в том, что следующие разделы заполнены:

<input type="checkbox"/> Заполнены все страницы заявки	<input type="checkbox"/> Приложена справка о доходах или письмо о поддержке	<input type="checkbox"/> Приложена справка о гражданстве США и/или о законном проживании
<input type="checkbox"/> Заявка подписана, проставлена дата	<input type="checkbox"/> Приложены копии карточек медицинского страхования, если вы являетесь участником программы страхования	<input type="checkbox"/> Приложена копия письменного отказа в участии в программе Medicaid, если вы подавали заявку на участие и получили отказ