



# Program finansijske pomoći pacijentu (Patient Financial Assistance Program) Henry Ford Health System

## A Lokacija bolnice ili klinike: *Izaberite lokaciju/lokacije gde je pacijent dobio zdravstvenu negu*

- Henry Ford Hospital       HF Kingswood Hospital       HF Macomb Hospitals  
 HF zdravstveni centri       HF West Bloomfield Hospital       HF Wyandotte Hospital HF Health Center Brownstown  
 Drugo (Navedite: \_\_\_\_\_)       Henry Ford Allegiance Health

## B Informacije o pacijentu: *Popunite ovaj odeljak o pacijentu koji je dobio zdravstvenu negu*

Ime i prezime pacijenta: \_\_\_\_\_ Datum rođenja: \_\_\_\_\_  
Broj socijalnog osiguranja: \_\_\_\_\_ Broj zdravstvene evidencije: \_\_\_\_\_ Identifikacioni broj jemca: \_\_\_\_\_

## C Odgovorno lice (jemac): *Popunite ovaj odeljak o licu koje plaća račun za pružene medicinske usluge*

Ime i prezime odgovornog lica:  
(ako se razlikuje od imena navedenog u Odeljku B) \_\_\_\_\_ Veza sa pacijentom: \_\_\_\_\_  
Adresa stanovanja: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Grad: \_\_\_\_\_ Država: \_\_\_\_\_ Poštanski broj: \_\_\_\_\_ Okrug: \_\_\_\_\_  
Poslodavac: \_\_\_\_\_  Sa punim radnim vremenom      Telefon na poslu: \_\_\_\_\_  
 Sa pola radnog vremena

## D Provera kvalifikovanosti za zdravstveno osiguranje

1. Da li se kvalifikujete za Medicare? 1a. Medicare Deo A 1b. Medicare Deo B	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da	5. Da li vaš poslodavac ili poslodavac vašeg supružnika nudi grupno zdravstveno osiguranje?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da
2. Da li se kvalifikujete za Medicaid?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da	6. Da li ste tokom prethodnih 3-6 meseci imali zdravstveno osiguranje preko poslodavca?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da
3. Da li podnosite zahtev za finansijsku pomoć za usluge koje se tiču: 3a. Motor Vehicle Accident (Nezgodna izazvana motornim vozilom, MVA) 3b. Žrtva zločina 3c. Osiguranje od posledica nezgode na radu 3d. Druge povrede (npr. pad usled poskliznuća)	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da	7. Da li imate pravo da podnesete zahtev za osiguranje preko Plana zdravstvenog osiguranja?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da
4. Da li imate bilo kakvo drugo zdravstveno osiguranje?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da	8. Da li ste državljanin SAD ili imate zakonsko prebivalište u SAD?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da
4a. Ako je odgovor da, navedite osiguravajuće društvo: _____			

## E Članovi domaćinstva i prihodi domaćinstva od zarade

Koliko članova ima vaše domaćinstvo? \_\_\_\_\_

Navedite sve članove domaćinstva koji imaju prihode (priložite dodatni list ako je potrebno):

Ime i prezime člana domaćinstva	Veza sa podnosiocem zahteva	Bruto mesečni prihod (pre odbitaka)
		\$
		\$
		\$
Ukupan bruto mesečni prihod		\$



## Program finansijske pomoći pacijentu (Patient Financial Assistance Program) Henry Ford Health System

### F Drugi prihodi domaćinstva (ne iz zaposlenja)

Drugi izvori prihoda	Mesečni iznos
Izdržavanje deteta	\$
Starateljstvo, službena funkcija, crkveni prihod, itd.	\$
Penzija, socijalno osiguranje, invalidsko osiguranje	\$
Iznajmljivanje imovine	\$
Anuiteti, kamate, naknada za penzionisanje	\$
Novčana naknada za nezaposlene ili osiguranje od posledica nezgode na radu	\$
Drugo (Molimo da navedete)	\$
<b>Ukupni drugi izvori prihoda</b>	<b>\$</b>

### G Sredstva domaćinstva

Vrsta sredstava	Ukupno
Gotovina	\$
Štedni račun	\$
Tekući račun	\$
Zdravstveni štedni račun	\$
Likvidna sredstva (npr. akcije, obveznice, penzioni račun pojedinca, potvrda o depozitu)	\$
<b>Ukupna sredstva</b>	<b>\$</b>

### H Ovlašćenje

Ovim dajem ovlašćenje za dostavljanje informacija sadržanih u ovoj prijavi za Henry Ford Health System (HFHS) za potrebe utvrđivanja moje kvalifikovanosti za finansijsku pomoć u skladu sa pravilima i procedurama HFHS-a. Ovlašćujem HFHS da po potrebi izvrši proveru navedenih informacija, što može da uključuje, između ostalog, pribavljanje izveštaja od kreditnog biroa, potvrdu navoda o zaposlenju i/ili prihodima, te pribavljanje odgovarajućih pratećih dokumenata. Sve informacije i svi dokumenti o prihodima koje prilažem uz ovu prijavu su istiniti, tačni i potpuni kako je navedeno. Ako se u bilo kom trenutku utvrdi da sam dao/-la lažne ili netačne informacije, sva finansijska pomoć biće poništena, a ja ću preuzeti odgovornost da ću bilo koje i sve preostale iznose platiti odmah i u celosti. Takođe prihvatam odgovornost za plaćanje bilo kog iznosa koji dospe za plaćanje nakon bilo kojeg delimičnog popusta na finansijsku pomoć.

Ime i prezime štampanim slovima: \_\_\_\_\_ Veza sa pacijentom: \_\_\_\_\_

Potpis: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

#### Proverite da li ste uradili sledeće pre dostavljanja vaše prijave:

<input type="checkbox"/> Popunili sve stranice prijave	<input type="checkbox"/> Priložili dokaz o prihodima ili propratno pismo kao dopunu	<input type="checkbox"/> Priložili dokaz o američkom državljanstvu i/ili o zakonskom prebivalištu
<input type="checkbox"/> Potpisali i datirali prijavu	<input type="checkbox"/> Priložili kopiju kartice zdravstvenog osiguranja, ako imate zdravstveno osiguranje	<input type="checkbox"/> Priložili kopiju odbijenice za Medicaid ako ste podneli zahtev koji je odbijen