



Programa de Ayuda financiera a los pacientes (Patient Financial Assistance Program) Henry Ford Health System

A Ubicación del hospital o de la clínica: *seleccione las ubicaciones correspondientes en donde el paciente recibió atención*

- Henry Ford Hospital HF Kingswood Hospital HF Macomb Hospitals
 Centros médicos HF HF West Bloomfield Hospital HF Wyandotte Hospital o HF Health Center Brownstown
 Otro (Especifique: _____) Henry Ford Allegiance Health

B Información del paciente: *complete esta sección acerca del paciente que recibió atención*

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Número de Seguro Social: _____ Número de expediente médico: _____ Identificación del fiador: _____

C Parte responsable (Fiador): *complete esta sección acerca de la persona que paga la factura médica*

Nombre de la parte responsable: _____ Parentesco con el paciente: _____
(si no es igual que la de la Sección B)
 Dirección: _____ Número de teléfono: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____
 Empleador: _____ Tiempo completo Medio tiempo Teléfono del trabajo: _____

D Verificación de la elegibilidad para obtener un seguro médico

1. ¿Es elegible para Medicare? 1a. Parte A de Medicare 1b. Parte B de Medicare	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	5. ¿Le ofrece su empleador o el cónyuge de su empleador un seguro médico colectivo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2. ¿Es elegible para Medicaid?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	6. En los últimos 3 a 6 meses, ¿obtuvo cobertura a través de un empleador?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
3. ¿Presentó una solicitud para obtener ayuda financiera para obtener servicios relacionados con?: 3a. ¿ Motor Vehicle Accident (un accidente automovilístico, MVA)? 3b. ¿Víctima de un delito? 3c. ¿Compensación al trabajador? 3d. ¿Otras lesiones? (p.ej., un resbalón o una caída)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	7. ¿Es elegible para presentar una solicitud a través del Intercambio de Seguros Médicos?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
4. ¿Tiene algún otro seguro médico?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	8. ¿Es usted un ciudadano de los Estados Unidos o un residente legal?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
4a. Si la respuesta es sí, especifique la compañía aseguradora:			

E Ingresos por empleo del grupo familiar y de los miembros del grupo familiar

¿Cuántas personas forman parte de su grupo familiar? _____

Haga una lista de todos los miembros de su grupo familiar que tengan ingresos (adjunte una hoja adicional si es necesario):

Nombre del miembro del grupo familiar	Parentesco con el solicitante	Ingresos mensuales brutos (antes de la deducción)
		\$
		\$
		\$
Total de ingresos mensuales brutos		\$



Programa de Ayuda financiera a los pacientes (Patient Financial Assistance Program) Henry Ford Health System

F Otros ingresos del grupo familiar (no del empleo)

Otras fuentes de ingresos	Monto mensual
Sustento de menores	\$
Acogida temporal, fideicomisos municipales, ingresos de la iglesia, etc.	\$
Pensión, Seguro Social, Seguro Social por discapacidad	\$
Propiedad en renta	\$
Distribución de anualidades, intereses, jubilación	\$
Compensación al trabajador o compensación por desempleo	\$
Otros (<i>Especifique</i>)	\$
Total de ingresos de otras fuentes	\$

G Activos del grupo familiar

Tipo de activo	Total
Efectivo	\$
Cuenta de ahorros	\$
Cuenta monetaria	\$
Cuenta de ahorros de salud/médica	\$
Activos líquidos (p. ej., acciones, bonos, cuenta de jubilación personal (IRA), certificados de depósito)	\$
Total de activos	\$

H Autorización

Por este medio autorizo que se divulgue la información contenida en esta solicitud de Henry Ford Health System (HFHS) para que se determine mi condición de elegibilidad para recibir ayuda financiera de acuerdo a las políticas y procedimientos del HFHS. Autorizo al HFHS a que verifique esta información, si fuera necesario, y esto incluye entre otros, la obtención de un reporte de la oficina de crédito, la verificación de mi condición laboral y mis ingresos y la obtención de los documentos de respaldo adecuados. Toda la información y la documentación de ingresos que yo proporciono en esta solicitud es verdadera, exacta y completa, de acuerdo a lo que se muestra. Si en algún momento se determina que la información que proporcioné era falsa o inexacta, toda la ayuda financiera se revertirá y aceptaré la responsabilidad de realizar de forma completa e inmediata el pago de cualquier saldo y de todos los saldos pendientes de pago. También acepto la responsabilidad del pago de cualquier monto adeudado después de realizar cualquier descuento parcial de la ayuda financiera.

Nombre en letra de molde: _____ Parentesco con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Antes de devolver la solicitud verifique que haya completado todo lo que se indica a continuación:

<input type="checkbox"/> Completó todas las páginas de la solicitud	<input type="checkbox"/> Incluyó una constancia de ingresos o una carta de respaldo económico.	<input type="checkbox"/> Incluyó una constancia de la ciudadanía estadounidense y/o de la residencia legal
<input type="checkbox"/> Colocó la firma y la fecha en la solicitud	<input type="checkbox"/> Incluyó copias de las tarjetas del seguro médico, si tiene cobertura	<input type="checkbox"/> Incluyó una copia de la carta de rechazo de Medicaid, si presentó una solicitud y esta fue rechazada