



## Programa ng Tulong Pananalapi sa Pasyente (Patient Financial Assistance Program) Henry Ford Health System

**A** Lokasyon ng Ospital o Klinika: *Pakipili ang (mga) lokasyon kung saan tumanggap ng pangangalaga ang pasyente*

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Henry Ford Hospital       | <input type="checkbox"/> HF Kingswood Hospital       | <input type="checkbox"/> HF Macomb Hospitals                                    |
| <input type="checkbox"/> Mga Medical Center ng HF  | <input type="checkbox"/> HF West Bloomfield Hospital | <input type="checkbox"/> HF Wyandotte Hospital o<br>HF Health Center Brownstown |
| <input type="checkbox"/> Iba pa (Pakitukoy: _____) |  |   |

**B** Impormasyon ng Pasyente: *Pakikumpleto ang seksyong ito tungkol sa pasyenteng tumanggap ng pangangalaga*

Pangalan ng Pasyente: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
 Social Security Number: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_ Guarantor ID: \_\_\_\_\_

**C** Responsableng Partido (Guarantor): *Pakikumpleto ang seksyong ito tungkol sa taong magbabayad ng medikal na bill*

Pangalan ng Responsableng Partido: \_\_\_\_\_ Ugnayan sa Pasyente: \_\_\_\_\_  
 (kung iba sa Seksyon B)  
 Address ng Kalye: \_\_\_\_\_ Telepono: \_\_\_\_\_  
 Lungsod: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ County: \_\_\_\_\_  
 Employer: \_\_\_\_\_  Full-time  Part-time Telepono sa Trabaho: \_\_\_\_\_

**D** Pag-verify sa Pagiging Kwalipikado sa Insurance sa Kalusugan

1. Kwalipikado ka ba para sa Medicare? 1a. Medicare Part A 1b. Medicare Part B	<input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo	5. Nag-aalok ba ang iyong employer o employer ng iyong asawa ng panggrupong insurance sa kalusugan?	<input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo
2. Kwalipikado ka ba para sa Medicaid?	<input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo	6. Nagkaroon ka ba ng saklaw sa nakalipas na 3-6 na buwan sa pamamagitan ng isang employer?	<input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo
3. Nag-a-apply ka ba para sa tulong pananalapi para sa mga serbisyong nauugnay sa: 3a. Motor Vehicle Accident (Aksidente sa Sasakyang De-motor, MVA) 3b. Biktima ng Krimen 3c. Bayad-pinsala sa Manggagawa 3d. Iba Pang Pinsala (hal., Pagkadulas at Pagkahulog)	<input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo	7. Kwalipikado ka bang mag-apply sa insurance sa pamamagitan ng Exchange ng Insurance sa Kalusugan?	<input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo
4. Mayroon ka bang anumang iba pang insurance sa kalusugan? 4a. Kung oo, pakitukoy ang kumpanya ng insurance:	<input type="checkbox"/> Wala <input type="checkbox"/> Mayroon	8. Isa ka bang mamamayan ng U.S. o legal na residente?	<input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo

**E** Mga Miyembro ng Sambahayan at Kita sa Pagtatrabaho ng Sambahayan

Ilang tao ang nakatira sa iyong sambahayan? \_\_\_\_\_

Pakilista ang sinumang miyembro ng sambahayan na kumikita (maglakip ng karagdagang sheet kung kinakailangan):

Pangalan ng Miyembro ng Sambahayan	Ugnayan sa Aplikante	Buwanang Gross na Kita (bago ang nababawas)
		\$
		\$
		\$
<b>Kabuuang Buwanang Gross na Kita</b>		<b>\$</b>



# Programa ng Tulong Pananalapi sa Pasyente (Patient Financial Assistance Program) Henry Ford Health System

## F Iba Pang Kita ng Sambahayan (Hindi Pagtatrabaho)

Iba Pang Mga Pinagmumulan ng Kita	Halaga bawat Buwan
Suporta sa Anak	\$
Foster na Pangangalaga, Township Trustee, Kita ng Simbahan, atbp.	\$
Pensyon, Social Security, Benepisyo ng May Kapansanan mula sa Social Security	\$
Pinaparentahang Ari-arian	\$
Mga Annuity, Interes, Pamamahagi para sa Pagreretiro	\$
Bayad-pinsala sa Pagkawala ng Trabaho o Bayad-pinsala sa Manggagawa	\$
Iba Pa ( <i>Pakitukoy</i> )	\$
<b>Kabuuan ng Iba Pang Mga Pinagmumulan ng Kita</b>	<b>\$</b>

## G Mga Asset ng Sambahayan

Uri ng Asset	Kabuuan
Cash	\$
Savings Account	\$
Checking Account	\$
Pangkalusugan/Medikal na Savings Account	\$
Mga Liquid Asset (hal., Mga Stock, Bond, IRA, Certificate ng Deposito)	\$
<b>Kabuuan ng Mga Asset</b>	<b>\$</b>

## H Pahintulot

Pinapahintulutan ko ang pagpapalabas ng impormasyong nilalaman ng aplikasyong ito sa Henry Ford Health System (HFHS) para sa pagtukoy sa aking katayuan sa pagiging kwalipikado para sa tulong pananalapi alinsunod sa mga patakaran at pamamaraan ng HFHS. Pinapahintulutan ko ang HFHS na i-verify ang impormasyong ito kung kinakailangan, na maaaring kinabibilangan ng ngunit hindi limitado sa, pagkuha ng ulat ng tanggapan ng credit, pag-verify sa trabaho at/o kita at pagkuha ng mga naaangkop na pansuportang dokumento. Ang lahat ng impormasyon at dokumentasyon ng kita na ibinigay ko sa aplikasyong ito ay tama, tumpak at kumpleto tulad ng ipinapakita. Kung matukoy anumang oras na mali o hindi tumpak ang impormasyong ibinigay ko, babawiin ang lahat ng tulong pananalapi, at tatanggapin ko ang responsibilidad para sa kumpleto at agarang pagbabayad ng anuman at lahat ng natirang balanse. Sumasang-ayon din akong tanggapan ang responsibilidad sa pagbabayad para sa anumang halagang dapat bayaran pagkatapos ng anumang mga kaunting diskwento na tulong pananalapi.

I-print ang Pangalan: \_\_\_\_\_ Ugnayan sa Pasyente: \_\_\_\_\_

Lagda: \_\_\_\_\_ Petsa: \_\_\_\_\_

**Paki-verify na nakumpleto mo ang mga sumusunod bago ibalik ang iyong aplikasyon:**

<input type="checkbox"/> Nakumpleto ang lahat ng pahina ng aplikasyon	<input type="checkbox"/> Nagsama ng katibayan ng kita o sulat ng suporta	<input type="checkbox"/> Nagsama ng katibayan ng pagiging mamamayan ng U.S. at/o legal na pagiging residente
<input type="checkbox"/> Nilagdaan at nilagyan ng petsa ang aplikasyon	<input type="checkbox"/> Nagsama ng mga kopya ng medikal na insurance card, kung mayroon kang saklaw	<input type="checkbox"/> Nagsama ng kopya ng sulat ng pagtanggap ng Medicaid, kung nag-apply ka at tinanggihan