



Patient Financial Assistance Program

(โครงการให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย)
Henry Ford Health System

A สถานที่ตั้งของโรงพยาบาลหรือคลินิก: โปรดเลือกสถานที่ตั้งที่ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาพยาบาล

- โรงพยาบาล Henry Ford
 โรงพยาบาล HF Kingswood
 โรงพยาบาลในเครือ HF Macomb
 ศูนย์การแพทย์ในเครือ HF
 โรงพยาบาล HF West Bloomfield
 โรงพยาบาล HF Wyandotte หรือ
 อื่นๆ (โปรดระบุ: _____)
 ศูนย์บริการสุขภาพ HF ที่ Brownstown

B ข้อมูลผู้ป่วย โปรดกรอกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพยาบาลลงในส่วนนี้

ชื่อผู้ป่วย _____ วันเดือนปีเกิด _____

Social Security Number (หมายเลขประกันสังคม) _____ MRN (เอกสารแจ้งสิทธิการ ประกันสุขภาพจาก Medicare) _____ หมายเลขประจำตัวผู้ กู้ประกัน _____

C ผู้รับผิดชอบ (ผู้กู้ประกัน) โปรดกรอกข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลที่ชำระค่ารักษาพยาบาลลงในส่วนนี้

ชื่อผู้รับผิดชอบ (ถ้าแตกต่างจากชื่อ ข.) _____ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย: _____

ที่อยู่: _____ โทรศัพท์: _____

เมือง: _____ รัฐ: _____ รหัสไปรษณีย์: _____ ประเทศ: _____

นายจ้าง: _____
 เต็มเวลา
 ไม่เต็มเวลา
 โทรศัพท์ที่ทำงาน: _____

D การตรวจสอบการมีคุณสมบัติสำหรับการประกันสุขภาพ

1. คุณมีคุณสมบัติเหมาะสมสำหรับ Medicare หรือไม่ 1ก. Medicare ส่วน ก. 1ข. Medicare ส่วน ข	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่	5. นายจ้างของคุณหรือของคู่สมรสของคุณให้การประกันสุขภาพแบบกลุ่มหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่
2. คุณมีคุณสมบัติเหมาะสมสำหรับ Medicare หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่	6. คุณเคยได้รับความคุ้มครองผ่านนายจ้างใน 3-6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่
3. คุณกำลังสมัครโครงการให้ความช่วยเหลือทางการเงินสำหรับบริการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือไม่: 3ก. Motor Vehicle Accident (อุบัติเหตุจากยานยนต์, MVA) 3ข. เหตุ้อาชญากรรม 3ค. การชดเชยการบาดเจ็บจากการทำงาน 3ง. การบาดเจ็บอื่นๆ (เช่น การลื่นล้ม)	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่	7. คุณมีคุณสมบัติเหมาะสมสำหรับการประกันโดยผ่าน Health Insurance Exchange (โครงการแลกเปลี่ยนการประกันสุขภาพ) หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่
4. คุณมีประกันสุขภาพอื่นใดหรือไม่ 4ก. หากใช่ โปรดระบุชื่อบริษัทประกัน:	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่	8. คุณเป็นพลเมืองของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือผู้พำนักอาศัยอย่างถูกกฎหมายหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่

E สมาชิกในครัวเรือนและรายได้จากการจ้างงานของครัวเรือน

ในครัวเรือนของท่านมีผู้อยู่อาศัยกี่คน _____

โปรดระบุสมาชิกในครัวเรือนที่มีรายได้ (แนบเอกสารเพิ่มเติม หากจำเป็น):

ชื่อสมาชิกในครัวเรือน	ความสัมพันธ์กับผู้สมัคร	รายได้ต่อเดือน (ก่อนหักภาษี)
		\$
		\$
		\$
รายได้ทั้งหมดต่อเดือน		\$



Patient Financial Assistance Program

(โครงการให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย)
Henry Ford Health System

E

รายได้อื่นของครัวเรือน (ที่ไม่ใช่การจ้างงาน)

แหล่งรายได้อื่นๆ	จำนวนเงินต่อเดือน
การเลี้ยงดูเด็ก	\$
การอุปการะ, ผู้จัดการทรัพย์สิน, รายได้จากโบสถ์ เป็นต้น	\$
บำนาญ, ประกันสังคม, ประกันสังคมผู้ทุพพลภาพ	\$
การให้เช่าอสังหาริมทรัพย์	\$
รายได้ประจำปี, ดอกเบี้ย, บำนาญ	\$
เงินชดเชยการตกงานหรือเงินชดเชยการบาดเจ็บจากการทำงาน	\$
อื่นๆ (โปรดระบุ)	\$
แหล่งรายได้อื่นๆ ทั้งหมด	\$

F

สินทรัพย์ของครัวเรือน

ชนิดของสินทรัพย์	ทั้งหมด
เงินสด	\$
บัญชีออมทรัพย์	\$
บัญชีกระแสรายวัน	\$
บัญชีออมทรัพย์เพื่อสุขภาพ/การแพทย์	\$
สินทรัพย์สภาพคล่อง (เช่น หุ้น, พันธบัตร, IRA (บัญชีเพื่อการเกษียณอายุ), บัตรเงินฝาก)	\$
สินทรัพย์ทั้งหมด	\$

H

การมอบอำนาจ

ในที่นี้ ข้าพเจ้านุญาตให้เปิดเผยข้อมูลที่มีอยู่ในใบสมัครนี้แก่ Henry Ford Health System (HFHS) สำหรับการพิจารณาสถานภาพการมีคุณสมบัติเหมาะสมสำหรับความช่วยเหลือทางการเงินที่สอดคล้องกับนโยบายของ HFHS และกระบวนการต่างๆ ข้าพเจ้านุญาตให้ HFHS ทำการตรวจสอบข้อมูลเหล่านี้ตามความจำเป็น ซึ่งอาจรวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียง การได้รับรายงานของศูนย์ข้อมูลสินเชื่อ การตรวจสอบการจ้างงานและ/หรือรายได้, และ การได้รับเอกสารสนับสนุนอื่นๆ ที่เหมาะสม ข้อมูลทั้งหมดและเอกสารเกี่ยวกับรายได้ที่ข้าพเจ้าให้ไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริง ถูกต้อง และครบถ้วนตามที่แสดง เมื่อใดก็ตามหากตรวจพบว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ไปเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง ความช่วยเหลือทางการเงินทั้งหมดจะถูกเรียกคืน และ ข้าพเจ้าจะยอมรับความรับผิดชอบการจ่ายเงินใดๆ และที่ยังค้างค้างทั้งหมดและโดยทันที ข้าพเจ้ายังคงที่จะยอมรับความรับผิดชอบในการจ่ายเงินสำหรับยอดเงินที่ต้องชำระหลังจากการหักความช่วยเหลือทางการเงินบางส่วนใดๆ

ชื่อตัวบรรจง: _____ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย: _____
ลายมือชื่อ: _____ วันที่: _____

โปรดตรวจสอบว่าคุณได้กรอกข้อมูลต่อไปนี้ครบถ้วนสมบูรณ์แล้วก่อนส่งใบสมัคร:

<input type="checkbox"/> กรอกข้อมูลในใบสมัครครบทุกหน้า	<input type="checkbox"/> แนบเอกสารรับรองรายได้ หรือ จดหมาย รับรองการอุปการะ	<input type="checkbox"/> แนบหลักฐานการเป็นพลเมืองประเทศสหรัฐอเมริกา และ/หรือ ผู้พำนักอาศัยอย่างถูกกฎหมาย
<input type="checkbox"/> ใบสมัครที่ลงลายมือชื่อและวันที่แล้ว	<input type="checkbox"/> แนบสำเนาของบัตรประกันสุขภาพ หากคุณได้รับการคุ้มครอง	<input type="checkbox"/> แนบจดหมายปฏิเสธจาก Medicaid หากคุณเคยสมัครและได้รับการปฏิเสธ