



Програма фінансової допомоги пацієнтам (Patient Financial Assistance Program) Henry Ford Health System

A Місцезнаходження лікарні або клініки: виберіть установу (-у), де пацієнт отримав медичні послуги

- Henry Ford Hospital HF Kingswood Hospital HF Macomb Hospitals
 Медичні центри HF HF West Bloomfield Hospital HF Wyandotte Hospital або HF Health Center Brownstown
 Інше (Будь ласка, зазначте: _____) Henry Ford Allegiance Health

B Інформація про пацієнта: заповніть цей розділ даними пацієнта, який отримав медичні послуги

Ім'я та прізвище пацієнта: _____ Дата народження: _____
Номер соціального страхування: _____ Номер медичної карти: _____ Ідент. номер поручителя: _____

C Відповідальна особа (поручитель): заповніть цей розділ даними особи, яка сплачує медичний рахунок

Ім'я та прізвище відповідальної особи:
(якщо відрізняється від зазначеної в розділі B) _____ Ким доводиться пацієнтові: _____
Вулиця, будинок/квартира: _____ Телефон: _____
Місто: _____ Штат: _____ Індекс: _____ Округ: _____
Роботодавець: _____ Повний робочий день Неповний робочий день Робочий телефон: _____

D Перевірка відповідності критеріям для отримання медичного страхування

| | | | |
|---|--|---|--|
| 1. Чи маєте ви право на Medicare? 1a. Medicare, частина A 1b. Medicare, частина B | <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так | 5. Чи надає ваш роботодавець або роботодавець вашого чоловіка (дружини) колективне медичне страхування? | <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так |
| 2. Чи маєте ви право на Medicaid? | <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так | 6. Чи мали ви страхове покриття від роботодавця протягом останніх 3—6 місяців? | <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так |
| 3. Чи подаєте ви заяву на фінансову допомогу стосовно послуг, пов'язаних із наступним: 3a. Motor Vehicle Accident (Дорожньо-транспортна пригода, ДТП) 3b. Жертва злочину 3c. Компенсаційні виплати працівникам 3d. Інші травми (наприклад, через падіння) | <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так | 7. Чи маєте ви право подати заяву на отримання страхування через біржу медичного страхування Health Insurance Exchange? | <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так |
| 4. Чи є у вас якесь інше медичне страхування? 4a. Якщо так, укажіть страхову компанію: | <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так | 8. Чи є ви громадянином США або легально проживаєте в США? | <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так |

E Члени сім'ї та дохід сім'ї від трудової діяльності

Зі скількох осіб складається ваша сім'я? _____

Зазначте всіх членів сім'ї, які отримують дохід (за необхідності додайте ще одну сторінку):

| Ім'я та прізвище члена сім'ї | Ким доводиться заявникові | Валовий місячний дохід (до відрахувань) |
|------------------------------|--|---|
| | | \$ |
| | | \$ |
| | | \$ |
| | Сукупний валовий місячний дохід | \$ |



Програма фінансової допомоги пацієнтам (Patient Financial Assistance Program) Henry Ford Health System

F Інший дохід сім'ї (не від трудової діяльності)

| Інші джерела доходу | Сума на місяць |
|---|----------------|
| Виплати на утримання дитини | \$ |
| Патронатне виховання, попечитель міської ради, церковний дохід і т. ін. | \$ |
| Пенсія, соціальне страхування, соціальне страхування у зв'язку з непрацездатністю | \$ |
| Надання власності в оренду | \$ |
| Щорічна рента, відсотки, зняття коштів з пенсійного рахунку | \$ |
| Допомога з безробіття або компенсаційні виплати працівникам | \$ |
| Інше (зазначте) | \$ |
| Усього з інших джерел доходу | \$ |

G Активи сім'ї

| Тип майна | Всього |
|---|-----------|
| Готівкові кошти | \$ |
| Ощадний рахунок | \$ |
| Розрахунковий рахунок | \$ |
| Рахунок заощаджень на медичні витрати | \$ |
| Ліквідні активи (наприклад, акції, боргові зобов'язання, індивідуальний пенсійний рахунок (IRA), депозитні сертифікати) | \$ |
| Усього активів | \$ |

H Дозвіл

Цим я надаю дозвіл на розкриття інформації, що міститься у цій заяві, організації Henry Ford Health System (HFHS) з метою визначення моєї відповідності критеріям для отримання фінансової допомоги згідно з правилами та процедурами HFHS. Я дозволяю HFHS перевірити цю інформацію за необхідності, причому така перевірка може включати, серед іншого, отримання кредитної історії, перевірку даних про працевлаштування і/або дохід та отримання відповідних супровідних документів. Уся інформація та документи про дохід, надані мною з цією заявою, є вірними, точними та повними у тому вигляді, як їх наведено. Якщо в будь-який момент часу буде визначено, що надана мною інформація є хибною або неточною, усю фінансову допомогу буде відкликано, і я беру на себе відповідальність за повну та негайну сплату всіх несплачених сум. Я також погоджуюсь узяти на себе відповідальність за сплату будь-яких сум, які підлягають сплаті після застосування будь-яких часткових знижок у межах фінансової допомоги.

Ім'я та прізвище друкованими літерами: _____

Ким доводиться пацієнтові: _____

Підпис: _____

Дата: _____

До повернення заяви пересвідчіться, що ви виконали наступні вимоги:

Заповнено усі сторінки заяви

Додано документи, що підтверджують дохід, або лист про підтримку

Додано документи, що підтверджують громадянство США і/або легальне проживання в США

У заяві поставлено підпис і дату

Додано копії карт медичного страхування, якщо у вас є страховка

Додано копію письмової відмови від програми Medicaid, якщо ви подавали заяву й отримали відмову