



Patient Financial Assistance Program (Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính Cho Bệnh Nhân) Henry Ford Health System

A Địa Chỉ Bệnh Viện hoặc Phòng Khám: Vui lòng chọn (các địa điểm nơi bệnh nhân đã nhận dịch vụ chăm sóc)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Henry Ford Hospital | <input type="checkbox"/> HF Kingswood Hospital | <input type="checkbox"/> HF Macomb Hospitals |
| <input type="checkbox"/> Các Trung Tâm Y Tế HF | <input type="checkbox"/> HF West Bloomfield Hospital | <input type="checkbox"/> HF Wyandotte Hospital hoặc |
| <input type="checkbox"/> Khác (Vui lòng nêu rõ: _____) | | HF Health Center Brownstown |

B Thông Tin Bệnh Nhân: Vui lòng hoàn tất mục này về bệnh nhân đã nhận dịch vụ chăm sóc

Tên Bệnh Nhân: _____ Ngày Sinh: _____
 Số An Sinh Xã Hội: _____ Số Hồ Sơ Y Tế (MRN): _____ ID Người Bảo Lãnh: _____

C Bên Chịu Trách Nhiệm (Người Bảo Lãnh): Vui lòng hoàn tất mục này về người thanh toán hóa đơn y tế

Tên Bên Chịu Trách Nhiệm: _____ Quan Hệ với Bệnh Nhân: _____
 (nếu khác với Mục B)
 Địa Chỉ: _____ Điện Thoại: _____
 Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Zip: _____ Quận: _____
 Chủ Lao Động: _____ Toàn thời gian Bán thời gian Điện Thoại Cơ Quan: _____

D Xác Minh Tính Hội Đủ Điều Kiện Bảo Hiểm Y Tế

1. Quý vị có hội đủ điều kiện đối với Medicare không? 1a. Medicare Phần A 1b. Medicare Phần B	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	5. Chủ lao động của quý vị hoặc chủ lao động của vợ/chồng quý vị có cung cấp bảo hiểm y tế theo nhóm không?	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
2. Quý vị có hội đủ điều kiện đối với Medicaid không?	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	6. Quý vị có khoản bao trả trong 3-6 tháng qua thông qua chủ lao động không?	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
3. Quý vị có đăng ký hỗ trợ tài chính cho các dịch vụ liên quan tới: 3a. Motor Vehicle Accident (Tai Nạn Xe Cơ Giới, MVA) 3b. Nạn Nhân Của Tội Phạm 3c. Trợ Cấp Cho Người Lao Động 3d. Tổn Thương Khác (ví dụ: Trượt và Ngã)	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	7. Quý vị có hội đủ điều kiện đăng ký bảo hiểm thông qua Health Insurance Exchange (Trao Đổi Bảo Hiểm Y Tế) không?	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
4. Quý vị có bảo hiểm y tế nào khác không?	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	8. Quý vị có phải công dân Hoa Kỳ hay cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ không?	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
4a. Nếu có, vui lòng nêu rõ tên công ty bảo hiểm:			

E Các Thành Viên Hộ Gia Đình & Thu Nhập từ Việc Làm Của Hộ Gia Đình

Có bao nhiêu người trong hộ gia đình của quý vị? _____

Vui lòng liệt kê mọi thành viên có thu nhập trong hộ gia đình (đính kèm thêm một tờ nếu cần):

Tên Thành Viên Trong Hộ Gia Đình	Quan Hệ với Người Nộp Đơn	Tổng Thu Nhập Hàng Tháng (trước khi khấu trừ)
		\$
		\$
		\$
Tổng Thu Nhập Hàng Tháng Của Hộ Gia Đình		\$



Patient Financial Assistance Program
(Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính Cho Bệnh Nhân)
Henry Ford Health System

F

Thu Nhập Khác Của Hộ Gia Đình (Không phải từ Việc Làm)

Các Nguồn Thu Nhập Khác	Số Tiền mỗi Tháng
Tiền Cấp Dưỡng Cho Con Cái	\$
Trợ Cấp Cho Trẻ Tạm Nuôi, Township Trustee, Thu Nhập Nhà Thờ, v.v.	\$
Trợ Cấp, An Sinh Xã Hội, Khuyết Tật An Sinh Xã Hội	\$
Bất Động Sản Cho Thuê	\$
Trợ Cấp Hàng Năm, Tiền Lãi, Phân Bỏ Lương Hưu	\$
Trợ Cấp Thất Nghiệp hoặc Trợ Cấp Cho Người Lao Động	\$
Khác (Vui lòng nêu rõ)	\$
Tổng Các Nguồn Thu Nhập Khác	\$

G

Tài Sản Của Hộ Gia Đình

Loại Tài Sản	Tổng
Tiền Mặt	\$
Tài Khoản Tiết Kiệm	\$
Tài Khoản Séc	\$
Tài Khoản Tiết Kiệm Sức Khỏe/Y Tế	\$
Tài Sản Lưu Động (ví dụ: Cổ Phiếu, Trái Phiếu, IRA, Chứng Nhận Tiền Gửi)	\$
Tổng Tài Sản	\$

H

Ủy Quyền

Tôi sau đây ủy quyền việc tiết lộ thông tin có trong đơn đăng ký này cho Henry Ford Health System (HFHS) đối với việc xác định tình trạng hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo các chính sách và quy trình của HFHS. Tôi ủy quyền cho HFHS xác minh thông tin này khi cần, có thể bao gồm nhưng không giới hạn ở, việc nhận báo cáo của công ty lưu trữ hồ sơ tín dụng, xác minh việc làm và/hoặc thu nhập và nhận các giấy tờ chứng minh phù hợp. Mọi thông tin và tài liệu về thu nhập do tôi cung cấp trong đơn đăng ký này đều đúng, chính xác và đầy đủ như được trình bày. Nếu bất cứ khi nào xác định được rằng thông tin mà tôi cung cấp là sai hoặc không chính xác, tất cả hỗ trợ tài chính sẽ bị thu hồi và tôi sẽ chịu trách nhiệm thanh toán đầy đủ và ngay lập tức bất kỳ và tất cả các số dư chưa thanh toán. Tôi cũng đồng ý chịu trách nhiệm thanh toán mọi khoản tiền đến hạn sau mọi khoản giảm giá hỗ trợ tài chính một phần.

Tên Viết In Hoa: _____ Quan Hệ với Bệnh Nhân: _____

Chữ Ký: _____ Ngày: _____

Vui lòng xác minh rằng quý vị đã hoàn tất các mục bên dưới trước khi gửi lại đơn đăng ký:

<input type="checkbox"/> Đã điền tất cả các trang trong đơn đăng ký	<input type="checkbox"/> Đã gửi kèm bằng chứng thu nhập hoặc thư hỗ trợ	<input type="checkbox"/> Đã gửi kèm bằng chứng công dân Hoa Kỳ và/hoặc cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ
<input type="checkbox"/> Đã ký và ghi ngày vào đơn đăng ký	<input type="checkbox"/> Đã gửi kèm các bản sao thẻ bảo hiểm y tế, nếu quý vị có bảo hiểm	<input type="checkbox"/> Đã gửi kèm một bản sao thư từ chối Medicaid, nếu quý vị đã đăng ký và bị từ chối