

# פאציענט פינאנציעלע הילף פראגראם (Patient Financial Assistance Program) Henry Ford Health System



שפיטאל אדער קליניק לאקאציע: ביטע וועלט אויס די לאקאציע (ס) וואו דער פאציענט האט באקומען באהאנדלונג

A

HF Macomb Hospitals  HF Kingswood Hospital  Henry Ford Hospital   
 HF Health Center Brownstown אדער HF Wyandotte Hospital  HF West Bloomfield Hospital  HF מעדיצינישע צענטערס   
 Henry Ford Allegiance Health  ( \_\_\_\_\_ ) פונקטליך: \_\_\_\_\_

פאציענט'ס אינפארמאציע: ביטע פילט אויס דעם טייל איבער דעם פאציענט וואס האט באקומען באהאנדלונג

B

פאציענט'ס נאמען: \_\_\_\_\_ געבורט דאטום: \_\_\_\_\_  
 סאשעל סעקיריטי נומער: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_ גאראנטירער ID: \_\_\_\_\_

פאראנטווארטליכער צד (גאראנטירער): ביטע פילט אויס דעם טייל איבער דעם מענטש וואס צאלט דעם מעדיצינישן ביל

C

פאראנטווארטליכער צד'ס נאמען: \_\_\_\_\_ פארבינדונג צום פאציענט: \_\_\_\_\_  
 (אויב אנדערש ווי אין טייל ב')  
 גאס אדרעס: \_\_\_\_\_ טעלעפאן: \_\_\_\_\_  
 סיטי: \_\_\_\_\_ סטעיט: \_\_\_\_\_ זיפ: \_\_\_\_\_ קאונטי: \_\_\_\_\_  
 ארבעטסגעבער: \_\_\_\_\_ פארט-טיים  פול-טיים  ארבעט טעלעפאן: \_\_\_\_\_

העלטה אינשורענס בארעכטיגונג באשטימונג

D

<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	5. טוט אייער ארבעטסגעבער אדער מאן/וויב'ס ארבעטסגעבער אפפערן גרופ העלטה אינשורענס?	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	1. זענט איר בארעכטיגט פאר Medicare? 1a Medicare טייל א' 1b Medicare טייל ב'
<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	6. האט איר געהאט דעקונג אין די לעצטע 3-6 מאנאטן דורך אן ארבעטסגעבער?	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	2. זענט איר בארעכטיגט פאר Medicaid?
<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	7. זענט איר בארעכטיגט זיך איינצוגעבן פאר אינשורענס דורך Health Insurance Exchange - העלטה אינשורענס אויסטויש?	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	3. טוט איר זיך איינגעבן פאר פינאנציעלע הילף פאר סערוויסעס פארבינדן מיט: 3a Motor Vehicle Accident (מאטאר וויהיקל עקסידענט, MVA) 3b פארברעכן קרבן 3c ארבעטער'ס קאמפענסאציע 3d אנדערע שעדיגונג (צ.ב. גליטש און פאל - Slip and Fall)
<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	8. זענט איר א בירגער פון די פאראייניגטע שטאטן אדער לעגאלער איינוואוינער?	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	4. האט איר סיי וועלכע אנדערע העלטה אינשורענס? 4a. אויב יא, ביטע אנגעבן די אינשורענס פירמע:

הויזגעזונד מיטגלידער און הויזגעזונד ארבעטס איינקונפט

E

וויפיל מענטשן זענען אין אייער הויזגעזונד? \_\_\_\_\_

ביטע רעכנט אויס סיי וועלכע הויזגעזונד מיטגלידער וועלכע פארדינען איינקונפט (באהעפט נאך א בלאט אויב נויטיג):

מאנאטליכע גראוס איינקונפט (איידער דידיקשן)	פארבינדונג צום אפליקאנט	הויזגעזונד מיטגליד'ס נאמען
\$		
\$		
\$		
\$	סך הכל מאנאטליכע גראוס איינקונפט	

פאציענט פינאנציעלע הילף פראגראם  
(Patient Financial Assistance Program)  
Henry Ford Health System



הויזגעזונד פארמעגנס

G

הויזגעזונד אנדערע איינקונפט (נישט-ארבעט)

F

סך הכל	סארט פארמעגן
\$	קעש
\$	סעיווינגס אקאונט
\$	טשעקינג אקאונט
\$	העלטהומעדיקל סעיווינגס אקאונט
\$	ליקוויד עסעטס (צ.ב. סטאקס, באנדס, IRA, סערטיפיקאטס אוו דעפאזיט)
\$	סך הכל פארמעגנס

סכום פער מאנאט	אנדערע איינקונפט קוועלער
\$	טשיילד סופארט
\$	פאסטער קעיר, טאונשיפ טראסטי, קירכע איינקונפט, א.ד.ג.
\$	פענסיע, סאשעל סעקיורטי, סאשעל סעקיורטי דיסעביליטי
\$	רענטל פראפערטי
\$	עניואיטיס, אינטערעסט, רעטייערמענט דיסטריביישן
\$	אנעמפלויעמענט אדער ארבעטער'ס קאמפענסאציע
\$	אנדערע (ביטע אנגעבן)
\$	סך הכל אנדערע איינקונפט קוועלער

באפולמעכטיגונג

H

איך באפולמעכטיג דא דאס ארויסגעבן אינפארמאציע וואס די אפליקאציע אנטהאלט פאר Henry Ford Health System (HFHS) צו באשטימען מיינ בארעכטיגונג סטאטוס פאר פינאנציעלע הילף לויט HFHS פאליסיס און פראצעדורן. איך באפולמעכטיג HFHS צו באשטעטיגן די אינפארמאציע ווי נויטיג, וואס קען אריינרעכענען אבער איז נישט באגרעניצט צו באקומען א קרעדיט ביורא באריכט, נאכגיין ארבעט און/אדער איינקונפט, און באקומען פאסיגע שטיצנדע דאקומענטן. אלע אינפארמאציע און איינקונפט שריפטן וואס איך שטעל צו אין די אפליקאציע איז וואר, קראנט און פולשטענדיג ווי געצייגט. אויב עס ווערט באשטימט צו סיי וועלכע צייט אז די אינפארמאציע וואס איך האב צוגעשטעלט איז געווען פאלש אדער אומ-אקוראט, וועט אלע פינאנציעלע הילף ווערן צוריקגעצויגן, און איך וועל אננעמען פאראנטווארטליכקייט פאר פולשטענדיגע און באלדיגע באצאלונג פון סיי וועלכע און אלע אומבאצאלטע באלאנסן. אויך שטים איך צו אנצונעמען פאראנטווארטליכקייט פאר באצאלונג פאר סיי וועלכע חוב וואס בלייבט נאך טיילווייזע פינאנציעלע הילף הנחות.

דרוקט נאמען: \_\_\_\_\_ פארבינדונג צום פאציענט: \_\_\_\_\_  
אונטערשריפט: \_\_\_\_\_ דאטום: \_\_\_\_\_

ביטע מאכט זיכער אז איר האט אויסגעפילט דאס פאלגנדע איידערן צוריקשיקן אייער אפליקאציע:

<input type="checkbox"/> אויסגעפילט אלע בלעטער פון אפליקאציע	<input type="checkbox"/> אריינגערעכנט באווייז פון איינקונפט אדער בריוו פון שטיצע	<input type="checkbox"/> אריינגערעכנט באווייז פון פאראייניגטע שטאטן בירגערשאפט און/אדער לעגאלער וואוינונג
<input type="checkbox"/> אונטערגעשריבן און דאטירט אפליקאציע	<input type="checkbox"/> אריינגערעכנט קאפיעס פון מעדיקל אינשורענס קארטלעך, אויב איר האט דעקונג	<input type="checkbox"/> אריינגערעכנט א קאפיע פון Medicaid אנטזאגונג בריוו, אויב איר האט זיך איינגעגעבן און זענט געווארן אנטזאגט