

موقع المستشفى أو العيادة: يُرجى تحديد الموقع (المواقع) حيث تلقى (ستتلقى) المريض الرعاية

- HF Macomb Hospital HF Kingswood Hospital Henry Ford Hospital
 HF Allegiance Hospital HF West Bloomfield Hospital HF Medical Centers
 (_____) غير ذلك، يُرجى التحديد (_____)
 HF Wyandotte Hospital
 HF Health Center Brownstown

معلومات المريض: يُرجى إكمال هذا القسم الخاص بالمريض الذي يتلقى الرعاية

اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: _____
 رقم الضمان الاجتماعي: _____ رقم السجل الطبي: _____ معرف الضامن: _____

الطرف المسؤول (الضامن): يُرجى إكمال هذا القسم حول الشخص الذي يدفع الفاتورة الطبية

اسم الطرف المسؤول: _____ (إذا كان مختلفاً عن القسم ب)
 العلاقة بالمريض: _____
 عنوان الشارع: _____ الهاتف: _____
 المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____ المقاطعة: _____
 الشركة: _____
 دوام كامل
 دوام جزئي
 هاتف العمل: _____

التحقق من أهلية الحصول على التأمين الصحي

1. هل تقدمت بطلب أو تم رفض طلبك للحصول على تغطية Medicare أو Medicaid؟ 1. Medicare الجزء أ (Part A) 2. Medicare الجزء ب (Part B) 3. Medicare الجزء ج (Part C) 4. Medicaid إذا تم رفض طلبك للحصول على تغطية Medicaid، فهل كان الرفض خلال الـ 90 يوماً الماضية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	4. هل يقدم صاحب العمل الخاص بك أو الخاص بالزوجة تأميناً صحياً جماعياً؟ 4. هل حصلت على تغطية في آخر 3 إلى 6 أشهر من خلال صاحب العمل؟ إذا كانت الإجابة نعم، فهل COBRA متاح؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
2. هل تتقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية للخدمات المتعلقة ب: 2. حوادث السيارات (MVA) 3. ضحايا الجرائم 4. تعويضات العمال 2. إصابات أخرى (مثل الانزلاق والسقوط)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	5. هل لديك أي تأمين صحي آخر؟ إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى تقديم المعلومات الخاصة بالتأمين:	
		6. هل أنت مقيم دائم تعيش في منطقة الخدمات الخاصة بمقدم الخدمات Henry Ford Health System؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

أفراد الأسرة ودخل العمل في الأسرة

هـ

كم عدد الأفراد في أسرتك؟ _____

يُرجى ذكر أي فرد من أفراد الأسرة يكسب دخلاً (أرفق ورقة أخرى إذا لزم الأمر):

اسم فرد الأسرة	العلاقة بمقدم الطلب	إجمالي الدخل الشهري (قبل الخصم)
		دولار
		دولار
		دولار
	مجموع إجمالي الدخل الشهري	دولار

الأصول التي تملكها الأسرة

ز

مصادر دخل الأسرة الأخرى (بخلاف الوظائف)

و

نوع الأصول	الإجمالي
النقود	دولار
حساب الادخار	دولار
الحساب الجاري	دولار
الأسهم	دولار
السندات	دولار
سندات الادخار	دولار
شهادات الإيداع (CDs)	دولار
حسابات سوق المال	دولار
صناديق استثمار مشتركة	دولار
الودائع	دولار
مجموع الأصول	دولار

المبلغ شهرياً	مصادر الدخل الأخرى
دولار	نفقة/إعالة الطفل
دولار	رعاية التبني، وصي البلدة، دخل الكنيسة، إلخ.
دولار	المعاش التقاعدي، الضمان الاجتماعي، الضمان الاجتماعي عن العجز
دولار	العقارات الإيجارية
دولار	المعاشات، الفوائد، توزيعات التقاعد
دولار	مخصصات البطالة أو تعويضات العمال
دولار	غير ذلك (يُرجى تحديدها)
دولار	مجموع مصادر الدخل الأخرى

نفقات الأسرة الشهرية

ح

نوع النفقات	المبلغ شهرياً
الإيجار	دولار
الرهن العقاري	دولار
إعالة الطفل	دولار
البقالة	دولار
نفقات السيارة	دولار
فواتير عامة	دولار
إجمالي نفقات الأسرة الشهرية:	دولار

أفوض بموجب هذا بالإفصاح عن المعلومات الواردة في هذا الطلب إلى Henry Ford Health System (HFHS) لتحديد حالة أهليتي للحصول على المساعدة المالية وفقاً لسياسات وإجراءات HFHS. وأفوض HFHS بالتحقق من هذه المعلومات عند الضرورة، والتي قد تشمل على سبيل المثال لا الحصر، الحصول على تقرير مكتب الائتمان، والتحقق من العمل و/أو الدخل، والحصول على المستندات الداعمة المناسبة. جميع المعلومات ومستندات الدخل التي قدمتها في هذا الطلب صحيحة ودقيقة وكاملة كما هو موضح. إذا تبين في أي وقت أن المعلومات التي قدمتها كانت خاطئة أو غير دقيقة، فسيتم إلغاء جميع المساعدات المالية، وسأقبل المسؤولية عن الدفع الكامل والفوري لأي أرصدة مستحقة وجميعها. وأوافق أيضاً على قبول مسؤولية الدفع عن أي مبلغ مستحق بعد أي خصومات جزئية للمساعدة المالية.

الاسم بأحرف واضحة: _____

العلاقة بالمرضى: _____

التوقيع: _____

التاريخ: _____

يُرجى التحقق من أنك قد أكملت وقدمت جميع المستندات المطلوبة اللازمة لمعالجة طلبك قبل إعادة طلبك:

<input type="checkbox"/> إكمال جميع صفحات الطلب، بما في ذلك التوقيع والتاريخ	<input type="checkbox"/> بيانات الأجور والضرائب في العام الأخير (نموذج W-2) و/أو الدخل المتنوع (نموذج 1099)	<input type="checkbox"/> آخر شهرين من شيكات الدفع مع الأرباح السنوية حتى تاريخه لكل فرد من أفراد الأسرة
<input type="checkbox"/> إقرار ضريبة الدخل الفيدرالية لآخر سنة (نموذج 1040)	<input type="checkbox"/> نسخة من رخصة قيادة أو بطاقة هوية سارية خاصة بولاية ميشيغان	<input type="checkbox"/> آخر شهرين من بيانات الحساب البنكي الأخيرة: الحساب الجاري/حساب الادخار
<input type="checkbox"/> إثبات بمصادر الدخل الأخرى (مثل إيرادات الإيجار، الخ.)	<input type="checkbox"/> إرفاق نسخ من بطاقات التأمين الطبي، إذا كانت لديك تغطية	<input type="checkbox"/> إرفاق نسخة من خطاب رفض طلب الحصول على تغطية Medicaid، إذا تقدمت بطلب وتم رفضه

يُرجى ملاحظة أنه قد يتم طلب بيان بالحاجة المالية الشخصية لإجراء مزيد من التقييم لطلبك.