

A Hospital o clínica: *Seleccione los centros donde el paciente recibió (recibirá) atención médica*

- Henry Ford Hospital HF Kingswood Hospital HF Macomb Hospital
 HF Medical Centers HF West Bloomfield Hospital HF Allegiance Hospital
 HF Wyandotte Hospital o HF Health Center Brownstown Otros, especifique (_____)

B Información del paciente: *Complete esta sección sobre el paciente que recibe atención*

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Número de Seguro Social: _____ N.º de expediente médico: _____ Id. del garante: _____

C Parte responsable (garante): *Complete esta sección sobre la persona que paga la factura médica*

Nombre de la parte responsable: _____ Relación con el paciente: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado _____
 Empleador: _____ Tiempo completo Tiempo parcial Teléfono del trabajo: _____

D Verificación de elegibilidad para el seguro médico

1. ¿Solicitó o le denegaron Medicare o Medicaid? 1a. Parte A de Medicare 1b. Parte B de Medicare 1c. Parte C de Medicare 1d. Medicaid <i>Si le denegaron Medicaid, ¿fue la denegación en los últimos 90 días?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	4. ¿Su empleador o el empleador de su cónyuge ofrece seguro médico colectivo? 4a. ¿Tuvo cobertura en los últimos 3 a 6 meses a través de su empleador? Si la respuesta es Sí, ¿está COBRA disponible?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2. ¿Está usted solicitando asistencia económica para servicios relacionados con: 2a. Accidente de automóvil (Motor Vehicle Accident, MVA) 2b. Víctima de delito 2c. Compensación de los trabajadores 2d. Otras lesiones (por ejemplo, resbalones y caídas)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	5. ¿Tiene algún otro seguro médico? Si la respuesta es Sí, dé la información del seguro: 6. ¿Es usted residente permanente que vive en el área de servicio de Henry Ford Health System?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

E

Miembros e ingresos laborales del grupo familiar

¿Cuántas personas hay en su grupo familiar? _____

Haga una lista de los miembros del grupo familiar con ingresos (adjunte otra hoja si es necesario):

Nombre del miembro del grupo familiar	Relación con el solicitante	Ingresos brutos mensuales (antes de deducciones)
		\$
		\$
		\$
Total de ingresos brutos mensuales		\$

F

Otros ingresos del grupo familiar (no laborales)

Otras fuentes de ingresos	Cantidad por mes
Manutención de menores/pensión alimenticia	\$
Crianza temporal, fiduciario del municipio, ingresos de la iglesia, etc.	\$
Pensión, Seguro Social, discapacidad del Seguro Social	\$
Propiedad en alquiler	\$
Renta vitalicia, intereses, distribución de jubilación	\$
Desempleo o compensación de los trabajadores	\$
Otros (<i>Especifique</i>)	\$
Total de otras fuentes de ingresos	\$

G

Activos del grupo familiar

Tipo de activo	Total
Dinero en efectivo	\$
Cuenta de ahorros	\$
Cuenta de cheques	\$
Acciones	\$
Bonos	\$
Bonos de ahorro	\$
Certificados de depósito (CD)	\$
Cuentas del mercado de dinero	\$
Fondos de inversión	\$
Fideicomisos	\$
Total de activos	\$

H

Gastos mensuales del grupo familiar

Tipo de gasto	Cantidad por mes
Alquiler	\$
Hipoteca	\$
Manutención de menores	\$
Comestibles	\$
Pago del vehículo	\$
Facturas generales	\$
Gastos totales mensuales del grupo familiar:	\$

I

Autorización

Por medio de este documento autorizo la revelación de la información contenida en esta solicitud a Henry Ford Health System (HFHS) para la determinación de mi estado de elegibilidad para asistencia económica de acuerdo con las políticas y procedimientos de HFHS. Autorizo a HFHS a verificar esta información según sea necesario, lo que puede incluir, entre otros, obtener un informe de la oficina de crédito, verificar el empleo o los ingresos y obtener los documentos de respaldo apropiados. Toda la información y la documentación de ingresos que presento con esta solicitud son verdaderas, precisas y completas como se muestra. Si se determina en cualquier momento que la información que di era falsa o inexacta, toda la asistencia económica se revocará y aceptaré la responsabilidad del pago total e inmediato de todos los saldos pendientes. También acepto la responsabilidad de la cantidad a pagar después de cualquier descuento parcial por asistencia económica.

Nombre en letra de molde: _____

Relación con el paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Verifique que haya completado y que tenga toda la documentación necesaria para procesar la solicitud antes de devolverla:

<input type="checkbox"/> Completó todas las páginas de la solicitud, incluyendo la firma y la fecha	<input type="checkbox"/> Declaraciones de salarios e impuestos del año más reciente (formulario W-2) o ingresos varios (formulario 1099)	<input type="checkbox"/> Recibos de pago de los últimos 2 meses con los ingresos del año a la fecha de cada miembro del grupo familiar
<input type="checkbox"/> Declaración de impuestos federales sobre los ingresos del año más reciente (formulario 1040)	<input type="checkbox"/> Copia de la licencia de conducir válida de Michigan o la tarjeta de identificación del estado de Michigan	<input type="checkbox"/> Estados de cuentas bancarios recientes de los últimos 2 meses: cuenta de cheques/ahorros
<input type="checkbox"/> Prueba de otros ingresos (es decir, ingresos por alquiler, etc.)	<input type="checkbox"/> Incluyó copias de tarjetas de seguro médico, si tiene cobertura	<input type="checkbox"/> Incluyó una copia de la carta de denegación de Medicaid, si solicitó y se le denegó

Tenga en cuenta que se puede pedir una declaración de necesidad económica personal para la evaluación de su solicitud.