

A Kórház vagy klinikai helyszín: *Kérjük, válassza ki az(oka)t a helyszín(eke)t, ahol a beteget kezelték.*

- Henry Ford Hospital HF Kingswood Hospital HF Macomb Hospitals
 HF Medical Centers HF West Bloomfield Hospital HF Allegiance Hospital
 HF Wyandotte Hospital vagy HF Health Center Brownstown Egyéb, kérjük, adja meg itt (_____)

B A beteg adatai: *Kérjük, itt adja meg a kezelt beteg adatait.*

A beteg neve: _____ Szül. ideje: _____
 Tajszáma: _____ Egészségügyi hivatkozási száma (MRN): _____ Kezes szem. ig. száma: _____

C Felelős fél (kezes): *Kérjük, itt adja meg az orvosi számlát kiegyenlítő személy adatait.*

A felelős fél neve: _____ (ha eltér a B szakaszban foglaltaktól) Kapcsolata a beteggel: _____
 Utcanév, házszám: _____ Telefonszám: _____
 Város: _____ Állam: _____ Irányítószám: _____ Megye: _____
 Munkáltató: _____ Teljes munkaidő Részmunkaidő Munkahelyi telefonszám: _____

D Egészségbiztosítási jogosultság igazolása

<p>1. Igényelt-e Medicare- vagy Medicaid-ellátást, ha igen, utasították-e már el igénylését?</p> <p>1a. Medicare A része <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen 1b. Medicare B része <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen 1c. Medicare C része <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen 1d. Medicaid <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen</p> <p><i>Ha Medicaid-ellátását elutasították, az az utóbbi 90 napban történt?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen</p>		<p>4. A saját vagy házastársának munkáltatója biztosít csoportos egészségbiztosítást?</p> <p>4a. Rendelkezett az elmúlt 3–6 hónapban munkáltató általi biztosítással?</p> <p>Ha igen, a COBRA elérhető?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen</p> <p><input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen</p> <p><input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen</p>
<p>2. A pénzügyi támogatást a következőkkel kapcsolatos szolgáltatásokra igényli:</p> <p>2a. Gépjárműbaleset (MVA) <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen 2b. Bűncselekmény elszენvedése <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen 2c. Munkavállalói kártérítés <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen 2d. Egyéb sérülés (például elesés) <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen</p>		<p>5. Rendelkezik egyéb egészségbiztosítással?</p> <p>Ha igen, adja meg a biztosítás adatait:</p> <p>6. Rendelkezik Ön a Henry Ford Health System Service illetékességi területén állandó lakóhellyel?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen</p> <p><input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen</p>

E

A háztartás tagjai és a háztartás munkajövedelme

Hányan élnek a háztartásában? _____

Kérjük, sorolja fel a háztartás minden olyan tagját, aki jövedelemmel rendelkezik (ha szükséges, mellékeljen további lapokat):

A háztartás tagjának neve	Kapcsolata az igénylővel	Havi bruttó jövedelme (levonások előtt)
		\$
		\$
		\$
Összes havi bruttó jövedelem		\$

F

A háztartás egyéb (nem munkaviszonyból származó) jövedelme

Egyéb jövedelemforrások	Havi összege
Gyermektartásdíj/Tartásdíj	\$
Gyámság, vagyonkezelői juttatás, egyházi bevétel stb.	\$
Nyugdíj, társadalombiztosítás, rokkantsági ellátás	\$
Bérlemény	\$
Évjáradékok, kamat, nyugdíjkifizetés	\$
Munkanélküli segély vagy munkavállalói kártérítés	\$
Egyéb <i>(kérjük, adja meg itt)</i>	\$
Az összes egyéb jövedelemforrás	\$

G

A háztartás vagyontárgyai

Vagyontárgy típusa	Összesen
Készpénz	\$
Megtakarítási számla	\$
Folyószámla	\$
Részvények	\$
Kötvények	\$
Megtakarítási kötvények	\$
Letéti jegyek (CD-k)	\$
Pénzpiaci folyószámlák	\$
Befektetési alapok	\$
Bizalmi vagyon	\$
Az összes vagyontárgy	\$

H

Havi háztartási kiadások

A kiadás típusa	Havi összege
Bérleti díj	\$
Jelzálog	\$
Gyermektartásdíj	\$
Élelmiszerek	\$
Gépjárművel kapcsolatos kiadások	\$
Közüzemi számlák	\$
Összes havi háztartási kiadás:	\$

I

Hozzájárulás

Ezennel hozzájárulok, hogy a jelen igénylési lapon található adataimat a Henry Ford Health System (HFHS) felhasználhassa a HFHS szabályzatainak és eljárásainak megfelelően a pénzügyi támogatásra való jogosultságom elbírálása során. Hozzájárulok ahhoz, hogy a HFHS szükség szerint ellenőrizze ezeket az információkat. Ez többek között jelentheti hitelinformációs jelentés beszerzését, a munkaviszony és/vagy a jövedelem ellenőrzését, valamint a megfelelő igazolódokumentumok beszerzését. A jelen igénylésben általam megadott minden információ és jövedelemdokumentáció az itt látható formában megfelel a valóságnak, pontos és teljes. Ha bármikor megállapítják, hogy az általam megadott információk nem felelnek meg a valóságnak vagy pontatlanok, akkor minden pénzügyi támogatástól elesem, és vállalom, hogy a fennálló követeléseket teljes egészében és azonnal kifizetem. Vállalom továbbá, hogy a részleges pénzügyi támogatás eredményeként igénybe vett kedvezmények összegét visszafizetem.

Név

nyomtatott betűvel: _____ Kapcsolata a beteggel: _____

Aláírás: _____ Dátum: _____

Kérjük, az igénylési lap visszaküldését megelőzően ellenőrizze, hogy a kérelme feldolgozásához szükséges összes dokumentumot elkészítette és rendelkezésre bocsátotta:

<input type="checkbox"/> Az igénylés minden lapját kitöltötte, beleértve a dátumot és az aláírást is	<input type="checkbox"/> Az előző évre vonatkozó munkabérigazolások és adóbevallások (W-2-es űrlap) és/vagy egyéb jövedelmek (1099-es űrlap)	<input type="checkbox"/> A legutóbbi két hónap jövedelemigazolása, amely tartalmazza a háztartás egyes tagjainak adott évi jövedelmét
<input type="checkbox"/> Szövetségi jövedelemadó-bevallás a legutóbbi évről (1040-es űrlap)	<input type="checkbox"/> Az érvényes michigani vezetői engedély vagy Michigan állami személyi igazolvány másolata	<input type="checkbox"/> A legutóbbi két hónap bankszámlakivonatai: folyó-/megtakarítási számlák
<input type="checkbox"/> Egyéb jövedelem igazolása (bérlemből származó jövedelem stb.)	<input type="checkbox"/> A mellékelt egészségügyi biztosítási kártyák másolatai, ha rendelkezik biztosítással	<input type="checkbox"/> A mellékelt Medicaid-elutasítólevél egy példánya, ha igénylést nyújtott be és azt elutasították

Felhívjuk figyelmét, hogy előfordulhat, hogy kérelmének további elbírálásához személyes pénzügyi hiánynyilatkozatot kell benyújtania.