

A 醫院或診所地點：請選擇患者接受（即將接受）醫療的地點

- Henry Ford Hospital HF Kingswood Hospital HF Macomb Hospital
 HF Medical Centers HF West Bloomfield Hospital HF Allegiance Hospital
 HF Wyandotte Hospital 或
 HF Health Center Brownstown 其他，請指明（_____）

B 患者資訊：請填妥這部分有關接受治療之患者的資訊

患者姓名：_____ DOB：_____
 社會安全號碼：_____ MRN：_____ 保證人 ID：_____

C 責任方（保證人）：請填妥這部分有關醫療費付款人的資訊

責任方姓名：_____
 （如與 **B** 部分不同的話） _____ 與患者關係：_____
 街道地址：_____ 電話：_____
 地市：_____ 州別：_____ 郵遞區號：_____ 郡別：_____
 雇主：_____ 全職 兼職 公司電話：_____

D 健康保險資格確認

<p>1. 您是否申請過 Medicare 或 Medicaid，或是否遭其拒絕？</p> <p>1a. Medicare A 部分 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 1b. Medicare B 部分 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 1c. Medicare C 部分 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 1d. Medicaid <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p> <p>如果您因 Medicaid 而遭到拒絕，是不是在最近 90 天內？</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p>		<p>4. 您的雇主或配偶的雇主是否提供團體健康保險？</p> <p>4a. 您在最近 3 至 6 個月內是否透過雇主投了保險？</p> <p>若是，是否適用 COBRA？</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p>	
<p>2. 您是否正在為以下相關服務申請經濟資助：</p> <p>2a. 機動車輛事故 (MVA) <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 2b. 犯罪被害人 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 2c. 勞工賠償 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 2d. 其他受傷（例如滑倒和摔倒） <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p>		<p>5. 您是否還有其他健康保險？</p> <p>若有，請提供保險資訊：</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p>	
		<p>6. 您是否為居住在 Henry Ford Health System 服務區域內的永久居民？</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p>	

E

家庭成員和家庭就業收入

您家裡有多少人？_____

請列出任何有收入的家庭成員（如有需要可另附其他紙張）：

家庭成員姓名	與申請人關係	每月總收入（扣除前）
		\$
		\$
		\$
每月總收入總計		\$

F

家庭其他收入（非就業）

其他收入來源	每月金額
子女撫養費/贍養費	\$
寄養照顧、鄉鎮受託人、教堂收入等等	\$
退休金、社會安全福利金、社會安全身障津貼	\$
不動產租賃	\$
年金、利息、退休提撥金	\$
失業津貼或勞工賠償金	\$
其他（請指明）	\$
其他收入來源總計	\$

G

家庭資產

資產類型	總計
現金	\$
儲蓄帳戶	\$
支票帳戶	\$
股票	\$
債券	\$
儲蓄債券	\$
定期存單 (CD)	\$
貨幣市場帳戶	\$
共同基金	\$
信託	\$
資產總計	\$

H

每月家庭開銷

開銷類型	每月金額
租金	\$
貸款	\$
子女撫養費	\$
日常雜貨費用	\$
汽車費用	\$
一般費用	\$
每月家庭開銷總計：	\$

授權

本人在此授權向 Henry Ford Health System (HFHS) 發布本申請表所包含的資訊，以便根據 HFHS 政策和程序判定我的經濟資助資格。本人授權 HFHS 視需要查證此資訊，包括但不限於，索取徵信中心報告、查證就業和/或收入，以及索取適當的證明文件。本人在此申請表中提供的所有資訊和收入文件均如所示般準確屬實和完整無缺。如果屆時確定本人提供的資訊虛假不實，那麼所有經濟資助將予以撤銷，本人將承擔立即全部償還任何和所有未結餘額的責任。我也同意承擔部分經濟資助折扣後任何應付金額的償還責任。

正楷姓名： _____ 與患者關係： _____

簽名： _____ 日期： _____

在交回申請表之前，請先確認是否已填妥完畢並提供申請程序所需的所有適用文件：

<input type="checkbox"/> 填完申請表的所有頁面，包括簽名和日期	<input type="checkbox"/> 最近一年的工資和稅籍證明（W-2 表格）和/或雜項收入（1099 表格）	<input type="checkbox"/> 最近 2 個月的薪資單，其中包含每位家庭成員年初至今的所得
<input type="checkbox"/> 最近一年的聯邦所得稅申報表（1040 表格）	<input type="checkbox"/> 有效的密西根州駕照或密西根州身分證影本	<input type="checkbox"/> 最近兩個月的最近銀行對帳單：支票/儲蓄
<input type="checkbox"/> 其他收入證明（即租金收入等）	<input type="checkbox"/> 附上醫療保險卡影本（如果有承保的話）	<input type="checkbox"/> 附上 Medicaid 拒絕信件影本（如果提出申請後遭到拒）

請注意，機構可能會要求您提供個人財務需求聲明，以進一步評估申請資格。