

A Lokasyon ng Ospital o Klinika: *Pakipili ang (mga) lokasyon kung saan tumanggap (tatanggap) ng pangangalaga ang pasyente*

- 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 Iba pa, Pakitukoy (_____)

B Impormasyon ng Pasyente: *Pakikumpleto ang seksyong ito tungkol sa pasyenteng tumatanggap ng pangangalaga*

Pangalan ng Pasyente: _____ Petsa ng Kapanganakan: _____
 Social Security Number: _____ MRN: _____ Guarantor ID: _____

C Responsableng Partido (Guarantor): *Pakikumpleto ang seksyong ito tungkol sa taong magbabayad ng medikal na bill*

Pangalan ng Responsableng Partido: _____ Kaugnayan sa Pasyente: _____
 (kung iba sa Seksyon B)
 Address ng Kalye: _____ Telepono: _____
 Lungsod: _____ Estado: _____ Zip: _____ County: _____
 Employer: _____
 : _____ Full-time Part-time Telepono sa Trabaho: _____

D Pag-verify sa Pagiging Kwalipikado sa Insurance sa Kalusugan

<p>1. Nakapag-apply ka na ba o tinanggihan ka na ba ng Medicare o Medicaid?</p> <p>1a. Medicare Part A 1b. Medicare Part B 1c. Medicare Part C 1d. Medicaid</p> <p><i>Kung tinanggihan ka ng Medicaid, nangyari ba ang pagtanggap sa nakaraang 90 araw?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo</p>	<p>4. Nag-aalok ba ang iyong employer o employer ng iyong asawa ng panggrupong insurance sa kalusugan?</p> <p>4a. Nagkaroon ka ba ng saklaw sa nakalipas na 3 hanggang 6 na buwan sa pamamagitan ng iyong employer?</p> <p>Kung oo, available ba ang COBRA?</p>	<p><input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo</p>
<p>2. Nag-a-apply ka ba para sa pinansyal na tulong para sa mga serbisyong nauugnay sa:</p> <p>2a. Aksidente sa Sasakyang Demotor (Motor Vehicle Accident, MVA) 2b. Biktima ng Krimen 2c. Bayad-pinsala sa Manggagawa 2d. Iba Pang Pinsala (hal., Pagkadulas at Pagkahulog)</p>	<p><input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo</p>	<p>5. Mayroon ka bang anumang iba pang insurance sa kalusugan?</p> <p>Kung oo, mangyaring ibigay ang impormasyon ng insurance:</p> <p>6. Isa ka bang permanenteng residente na nakatira sa lugar ng Serbisyo ng Henry Ford Health System?</p>	<p><input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo</p>

E

Mga Miyembro ng Sambahayan at Kita sa Pagtatrabaho ng Sambahayan

Ilang tao ang nakatira sa iyong sambahayan? _____

Pakilista ang sinumang miyembro ng sambahayan na kumikita (maglakip ng karagdagang papel kung kinakailangan):

Pangalan ng Miyembro ng Sambahayan	Kaugnayan sa Aplikante	Buwanang Gross na Kita (bago ang nababawas)
		\$
		\$
		\$
Kabuuan ng Buwanang Gross na Kita		\$

F

Iba Pang Kita ng Sambahayan (Hindi sa Pagtatrabaho)

Iba Pang Mga Pinagmumulan ng Kita	Halaga bawat Buwan
Suporta sa Anak/Sustento	\$
Foster na Pangangalaga, Trustee ng Bayan, Kita ng Simbahan, atbp.	\$
Pensyon, Social Security, Benepisyo ng May Kapansanan mula sa Social Security	\$
Pinapaupahang Ari-arian	\$
Mga Annuity, Interes, Pamamahagi para sa Pagreretiro	\$
Bayad-pinsala sa Pagkawala ng Trabaho o Bayad-pinsala sa Manggagawa	\$
Iba pa (<i>Pakitukoy</i>)	\$
Kabuuan ng Iba Pang Mga Pinagmumulan ng Kita	\$

G

Mga Asset ng Sambahayan

Uri ng Asset	Kabuuan
Cash	\$
Savings Account	\$
Checking Account	\$
Mga Stock	\$
Mga Bond	\$
Mga Savings Bond	\$
Mga Sertipiko ng Deposito (Certificates of Deposit, CD)	\$
Mga Money Market Account	\$
Mga Mutual Fund	\$
Mga Trust	\$
Kabuuan ng Mga Asset	\$

H

Buwanang Gastos ng Sambahayan

Uri ng Gastos	Halaga bawat Buwan
Upa	\$
Mortgage	\$
Suporta sa Anak	\$
Mga Grocery	\$
Kabayaran sa Sasakyan	\$
Mga Pangkalahatang Bill	\$
Kabuuang Buwanang Gastos ng Sambahayan:	\$

I

Pahintulot

Pinapahintulutan ko ang pagpapalabas ng impormasyong nilalaman ng aplikasyong ito sa Henry Ford Health System (HFHS) para sa pagtukoy sa aking katayuan sa pagiging kwalipikado para sa pinansyal na tulong alinsunod sa mga patakaran at pamamaraan ng HFHS. Pinapahintulutan ko ang HFHS na patunayan ang impormasyong ito kung kinakailangan, na maaaring kinabibilangan ng ngunit hindi limitado sa, pagkuha ng ulat ng tanggapan ng credit, pagpapatunay sa trabaho at/o kita at pagkuha ng mga naaangkop na sumusuportang dokumento. Ang lahat ng impormasyon at dokumentasyon ng kita na ibinigay ko sa aplikasyong ito ay tama, tumpak at kumpleto tulad ng ipinapakita. Kung matukoy anumang oras na mali o hindi tumpak ang impormasyong ibinigay ko, babawiin ang lahat ng pinansyal na tulong, at tatanggapin ko ang responsibilidad para sa kumpleto at agarang pagbabayad ng anuman at lahat ng natirang balanse. Sumasang-ayon din akong tanggapin ang responsibilidad sa pagbabayad para sa anumang halagang dapat bayaran pagkatapos ng anumang mga bahagyang diskwento na pinansyal na tulong.

I-print ang Pangalan: _____ Kaugnayan sa Pasyente: _____

Lagda: _____ Petsa: _____

Pakipatunayan na nakumpleto mo at binigay mo ang lahat ng nalalapat na dokumentong kailangan para iproseso ang iyong kahilingan bago ibalik ang iyong aplikasyon:

<input type="checkbox"/> Nakumpleto ang lahat ng pahina ng aplikasyon, kabilang ang lagda at petsa	<input type="checkbox"/> Mga pinakabagong Pahayag ng Sahod at Buwis (Wage and Tax Statements, Form W-2) at Iba Pang Kita (Miscellaneous Income, Form 1099)	<input type="checkbox"/> Mga pay stub sa nakaraang 2 buwan na may kita mula sa simula ng taon para sa bawat miyembro ng sambahayan
<input type="checkbox"/> Ulat ng Pederal na Buwis sa Kita para sa pinakabagong taon (Federal Income Tax return, form 1040)	<input type="checkbox"/> Kopya ng may bisang lisensya sa pagmamaneho ng Michigan o ID card ng estado ng Michigan	<input type="checkbox"/> Mga pinakabagong pahayag ng bangko (bank statement): checking/savings account para sa nakaraang dalawang buwan
<input type="checkbox"/> Katibayan ng ibang kita (hal. Kita mula sa Pagpapaupa, atbp.)	<input type="checkbox"/> Nagsama ng mga kopya ng mga card ng medikal na insurance, kung may saklaw ka	<input type="checkbox"/> Nagsama ng kopya ng pagtangi ng Medicaid, kung nag-apply at tinanggihan ka

Mangyaring tandaan na maaaring hilingin ang pahayag ng personal na pangangailangang pinansyal para higit pang masuri ang iyong aplikasyon.