

A. موقع المستشفى أو العيادة

### Hospital or Clinic Location

حدد الموقع (المواقع) الذي تلقى فيه المريض الرعاية أو سيتلقاها فيه:

Select the location(s) where the patient received or will receive care:

HF West Bloomfield Hospital

Henry Ford (HF) Hospital

HF Health Center Brownstown أو HF Wyandotte

HF Kingswood Hospital

غير ذلك، يُرجى التحديد:

HF Macomb Hospital

Other, please specify:

HF Medical Centers

HF Jackson Hospital

B. معلومات المريض

### Patient Information

أكمل هذا القسم الخاص بالمريض الذي يتلقى الرعاية:

Complete this section about the patient receiving care:

اسم المريض: \_\_\_\_\_

**Patient Name:**

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

**Date of Birth (DOB):**

رقم السجل الطبي: \_\_\_\_\_

**Medical Record Number:**

رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_

**Social Security Number:**

الرقم التعريفي للضامن: \_\_\_\_\_

**Guarantor ID Number:**

C. الطرف المسؤول (الضامن)

### Responsible Party (Guarantor)

أكمل هذا القسم حول الشخص الذي يدفع الفاتورة الطبية:

Complete this section about the person paying the medical bill:

اسم الطرف المسؤول (إذا كان مختلفاً عن القسم B): \_\_\_\_\_

**Responsible Party Name (if different than section B):**

الصلة بالمريض: \_\_\_\_\_

**Relationship to Patient:**

عنوان الشارع: \_\_\_\_\_

**Street Address:**

المدينة، الولاية، الرمز البريدي، الدولة:  
City, State, Zip Code, Country:

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_ رقم هاتف العمل: \_\_\_\_\_  
Phone Number: \_\_\_\_\_ Work Phone Number: \_\_\_\_\_

صاحب العمل: \_\_\_\_\_  
Employer: \_\_\_\_\_  
دوام كامل  دوام جزئي   
Part Time Full Time

## D. التحقق من أهلية الحصول على التأمين الصحي Health Insurance Eligibility Verification

اختر "نعم" أو "لا" لكل سؤال مما يلي:

Select 'yes' or 'no' for each of the following questions:

<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا No Yes	1. هل تقدمت بطلب أو تم رفض طلبك للحصول على تغطية Medicare؟ Have you applied or been denied for Medicare?
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا No Yes	a. Medicare الجزء A؟ Medicare Part A?
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا No Yes	b. Medicare الجزء B؟ Medicare Part B?
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا No Yes	c. Medicare الجزء C؟ Medicare Part C?
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا No Yes	2. هل تقدمت بطلب أو تم رفض طلبك للحصول على تغطية Medicaid؟ Have you applied or been denied for Medicaid?
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا No Yes	a. إذا تم رفض طلبك، فهل كان الرفض خلال آخر 90 يومًا؟ If you were denied, was the denial within the last 90 days?
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا No Yes	3. هل تتقدم بطلب للحصول على خدمات المساعدة المالية المتعلقة بأي مما يلي: Are you applying for financial assistance services related to:
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا No Yes	a. حوادث المركبات الآلية (Motor Vehicle Accident, MVA)؟ Motor vehicle accident (MVA)?
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا No Yes	b. ضحايا الجرائم؟ Crime victim?
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا No Yes	c. تعويضات العمال؟ Workers compensation?
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا No Yes	d. إصابات أخرى (مثل الانزلاق والسقوط)؟ Other injury (for example, slip and fall)?
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا No Yes	4. هل يقدم صاحب عملك أو صاحب عمل زوجتك تأمينًا صحيًا جماعيًا؟ Does your employer or spouse's employer offer group health insurance?
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا No Yes	5. هل حصلت على تغطية في آخر 3 إلى 6 أشهر من خلال صاحب عملك أو صاحب عمل زوجتك؟ Did you have coverage in the last 3 to 6 months through your employer or spouse's employer?
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا No Yes	a. إذا كانت الإجابة نعم، فهل التغطية بموجب قانون تسوية الميزانية الجامع الموحد (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) متاحة لك؟ If yes, is COBRA available to you?

6. هل لديك أي تأمين صحي آخر؟

نعم  لا  
Yes No

**Do you have any other health insurance?**

a. إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى تقديم المعلومات الخاصة بالتأمين:

**If yes, please provide the insurance information:**

7. هل أنت مقيم دائم تعيش في منطقة خدمات Henry Ford Health؟

نعم  لا  
Yes No

**Are you a permanent resident who lives within the Henry Ford Health service area?**

E. أفراد الأسرة المعيشية ودخل العمل للأسرة المعيشية

**Household Members and Household Employment Income**

أكمل هذا القسم الخاص بالأسرة المعيشية للمريض:

**Complete this section about the patient's household:**

كم عدد الأفراد في أسرتك المعيشية؟

**How many people are in your household?**

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

**List any household member who earns an income (attach another sheet if needed):**

إجمالي الدخل الشهري (قبل الاقطاعات) Monthly Gross Income (before deductions)	الصلة بالمريض Relationship to Patient	اسم فرد الأسرة المعيشية Household Member Name
دولار		
دولار		
دولار		
دولار		
دولار		
مجموع إجمالي الدخل الشهري: Total Monthly Gross Income:		

F. مصادر الدخل الأخرى للأسرة المعيشية

**Household Other Income**

أكمل هذا القسم حول مصادر دخل المريض الأخرى إذا كانت هذه مصادر دخل أخرى:

**Complete this section about the patient's other income if these are other sources of income:**

المبلغ شهرياً Amount Per Month	مصادر الدخل الأخرى Other Income Sources
دولار	النفقة/إعالة الطفل Child Support/Alimony
دولار	دخل من الرعاية البديلة، منصب وصي البلدة، الكنيسة، إلخ. Foster Care, Township Trustee, Church Income, etc.

دولار	معاش التقاعد، الضمان الاجتماعي، الضمان الاجتماعي لذوي الإعاقة <b>Pension, Social Security, Social Security Disability</b>
دولار	العقارات الإيجارية <b>Rental Property</b>
دولار	المدفوعات السنوية، الفوائد، توزيعات التقاعد <b>Annuities, Interest, Retirement Distribution</b>
دولار	إعانة البطالة أو تعويضات العمال <b>Unemployment or Worker's Compensation</b>
دولار	غير ذلك (يُرجى التحديد) <b>Other (please specify)</b>
دولار	إجمالي مصادر الدخل الأخرى <b>Total Other Income Sources</b>

<b>G. الأصول التي تملكها الأسرة المعيشية</b> <b>Household Assets</b>	
أكمل هذا القسم حول الأصول التي تملكها الأسرة المعيشية للمريض إذا كانت هذه الأصول تملكها الأسرة المعيشية: <b>Complete this section about the patient's household assets if these are household assets:</b>	
الإجمالي Total	نوع الأصول Type of Asset
دولار	النقود Cash
دولار	حساب الادخار Savings Account
دولار	الحساب الجاري Checking Account
دولار	الأسهم Stocks
دولار	السندات Bonds
دولار	سندات الادخار Savings Bonds
دولار	شهادات الإيداع (Certificates of Deposit, CD) Certificates of Deposit (CDs)
دولار	حسابات سوق المال Money Market Accounts
دولار	صناديق الاستثمار المشتركة Mutual Funds
دولار	الودائع Trusts
دولار	إجمالي الأصول Total Assets

## H. نفقات الأسرة المعيشية الشهرية Monthly Household Expenses

أكمل هذا القسم الذي يتناول نفقات الأسرة المعيشية للمريض إذا كانت هناك أي نفقات للأسرة المعيشية:

**Complete this section about the patient's household expenses if there are any household expenses:**

المبلغ شهريًا Amount Per Month	نوع النفقات Type of Expense
دولار	الإيجار Rent
دولار	الرهن Mortgage
دولار	إعالة الطفل Child Support
دولار	البقالة Groceries
دولار	مدفوعات المركبة Vehicle Payment
دولار	الفواتير العامة General Bills
دولار	إجمالي نفقات الأسرة المعيشية الشهرية Total Monthly Household Expenses

## أ. تصريح Authorization

أصرح بموجب هذه الوثيقة بالإفصاح عن المعلومات الواردة في هذا الطلب إلى Henry Ford Health (HFH) لتحديد حالة أهليتي للحصول على المساعدة المالية وفقاً لسياسات وإجراءات HFH. وأصرح لنظام HFH بالتحقق من هذه المعلومات عند الضرورة، وهي قد تشمل على سبيل المثال لا الحصر، الحصول على تقرير مكتب ائتمان 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.

I hereby authorize the release of the information contained in this application to Henry Ford Health (HFH) for the determination of my eligibility status for financial assistance in accordance with HFH policies and procedures. I authorize HFH to verify this information as necessary, which may include but is not limited to, obtaining a credit bureau report, verifying employment and/or income, and obtaining appropriate supporting documents. All information and income documentation provided by me in this application is true, accurate and complete as shown. If it is determined at any time the information I provided was false or inaccurate, all financial assistance will be reversed, and I will accept responsibility for full and immediate payment of any and all outstanding balances. I also agree to accept payment responsibility for any amount due after any partial financial assistance discounts.

الاسم بأحرف واضحة:

**Print Name:**

يُرجى التحقق من أنك قد أكملت هذا المستند وقدمت جميع المستندات ذات الصلة اللازمة لمعالجة طلبك قبل إعادة إرسال طلبك:

**Please verify that you have completed this document and provided all applicable documentation needed to process your request before you return your application:**

أكملت جميع صفحات الطلب، بما في ذلك التوقيع والتاريخ.

**Completed all pages of application, including signature and date.**

أرفقت بيانات الأجور والضرائب لآخر سنة (نموذج W-2) و/أو الدخل المتنوع (نموذج 1099).

**Attached your most recent year Wage and Tax Statements (Form W-2) and or Miscellaneous Income (Form 1099).**

أرفقت آخر شهرين من شيكات الأجر مع المدخول السنوي حتى تاريخه لكل فرد من أفراد الأسرة المعيشية.

**Attached last 2 months of pay stubs with year-to-date earnings for each member of the household.**

أرفقت إقرار ضريبة الدخل الفيدرالية لآخر سنة (نموذج 1040).

**Attached your Federal Income Tax return for the most recent year (form 1040).**

أرفقت نسخة من رخصة قيادة أو بطاقة هوية لك خاصة بولاية ميشيغان.

**Attached a copy of your Michigan driver's license or Michigan state identification card.**

أرفقت آخر شهرين من بيانات الحساب البنكي الأخيرة: الحساب الجاري/حساب الادخار.

**Attached your last two months of recent bank statements: checking/savings.**

أرفقت إثباتاً بمصادر الدخل الأخرى (أو على سبيل المثال: الدخل الإيجاري، إلخ).

**Attached proof of other income (or example: rental income, etc.)**

أرفق نسخاً من بطاقات التأمين الطبي إذا كانت لديك تغطية.

**Attached copies of medical insurance cards if you have coverage.**

أرفق نسخة من خطاب رفض طلب الحصول على تغطية Medicaid إذا تقدمت بطلب وتم رفضه.

**Attached a copy of the Medicaid denial letter if you applied and were denied.**

يُرجى ملاحظة أنه قد يلزم تقديم بيان بالحاجة المالية الشخصية لإجراء مزيد من التقييم لطلبك.

**Please note, a statement of personal financial need may be required to further evaluate your application.**