

Ayuda económica para pacientes

Patient Financial Assistance

A. Lugar del hospital o clínica

Hospital or Clinic Location

Seleccione los lugares donde el paciente recibió o recibirá la atención:

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Henry Ford (HF) Hospital
Henry Ford (HF) Hospital | <input type="checkbox"/> HF West Bloomfield Hospital
HF West Bloomfield Hospital |
| <input type="checkbox"/> HF Kingswood Hospital
HF Kingswood Hospital | <input type="checkbox"/> HF Wyandotte o HF Health Center Brownstown
HF Wyandotte or HF Health Center Brownstown |
| <input type="checkbox"/> HF Macomb Hospital
HF Macomb Hospital | <input type="checkbox"/> Otro, especifique:
Other, please specify: |
| <input type="checkbox"/> Centros médicos de HF
HF Medical Centers | _____ |
| <input type="checkbox"/> HF Jackson Hospital
HF Jackson Hospital | |

B. Información del paciente

Patient Information

Complete esta sección sobre el paciente que recibe atención:

Complete this section about the patient receiving care:

Nombre del paciente: _____

Patient Name:

Fecha de nacimiento (DOB): _____ Número del expediente médico: _____

Date of Birth (DOB):

Medical Record Number:

Número de seguro social _____

Social Security Number:

Número de ID del garante: _____

Guarantor ID Number:

C. Parte responsable (garante)

Responsible Party (Guarantor)

Complete esta sección sobre la persona que paga la factura médica:

Complete this section about the person paying the medical bill:

Nombre de la parte responsable (si es diferente a la sección B): _____

Responsible Party Name (if different than section B):

Relación con el paciente: _____

Relationship to Patient:

Dirección: _____

Street Address:

Ciudad, estado, código postal, país: _____

City, State, Zip Code, Country:

Teléfono: _____ Teléfono de trabajo: _____

Phone Number:

Work Phone Number:

Empleador: _____ Tiempo completo Tiempo parcial

Employer:

Full Time

Part Time

D. Verificación de elegibilidad para el seguro médico

Health Insurance Eligibility Verification

Seleccione "sí" o "no" para cada una de las siguientes preguntas:

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

1. ¿Solicitó o le denegaron Medicare? Have you applied or been denied for Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No
a. ¿Parte A de Medicare? Medicare Part A?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No
b. ¿Parte B de Medicare? Medicare Part B?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No
c. ¿Parte C de Medicare? Medicare Part C?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No
2. ¿Solicitó o le denegaron Medicaid? Have you applied or been denied for Medicaid?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No
a. Si lo denegaron, ¿fue la denegación en los últimos 90 días? If you were denied, was the denial within the last 90 days?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No
3. Está haciendo una solicitud para recibir servicios de ayuda económica relacionados con: Are you applying for financial assistance services related to:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No
a. ¿Un accidente de automóvil (MVA)? Motor vehicle accident (MVA)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No
b. ¿Fue víctima de un delito? Crime victim?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No
c. ¿Compensación de los trabajadores? Workers compensation?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No
d. Otra lesión (por ejemplo, se resbaló y cayó) Other injury (for example, slip and fall)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No
4. ¿Su empleador o el empleador de su cónyuge ofrece seguro médico colectivo? Does your employer or spouse's employer offer group health insurance?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No

5. ¿Tuvo cobertura en los últimos 3 a 6 meses mediante su empleador o el empleador de su cónyuge? Sí No
Yes No
Did you have coverage in the last 3 to 6 months through your employer or spouse's employer?

a. Si la respuesta es sí, ¿tiene COBRA disponible? Sí No
Yes No
If yes, is COBRA available to you?

6. ¿Tiene algún otro seguro médico? Sí No
Yes No
Do you have any other health insurance?

a. Si la respuesta es Sí, dé la información del seguro:
If yes, please provide the insurance information:

7. ¿Es un residente permanente que vive en el área de servicio de Henry Ford Health? Sí No
Yes No
Are you a permanent resident who lives within the Henry Ford Health service area?

E. Miembros del grupo familiar e ingresos laborales del grupo familiar
Household Members and Household Employment Income
 Complete esta sección sobre el grupo familiar del paciente:
Complete this section about the patient's household:

¿Cuántas personas hay en su grupo familiar? _____
How many people are in your household?

Haga una lista de los miembros del grupo familiar con ingresos (adjunte otra hoja si es necesario):
List any household member who earns an income (attach another sheet if needed):

Nombre del miembro del grupo familiar Household Member Name	Relación con el paciente Relationship to Patient	Ingresos brutos mensuales (antes de deducciones) Monthly Gross Income (before deductions)
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
Ingresos brutos mensuales totales:		
		Total Monthly Gross Income:

F. Otros ingresos del grupo familiar

Household Other Income

Complete esta sección sobre otros ingresos del paciente si estos son otras fuentes de ingresos:

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

Otras fuentes de ingresos Other Income Sources	Cantidad por mes Amount Per Month
Manutención infantil/pensión alimenticia Child Support/Alimony	\$
Crianza temporal, administrador del municipio, ingresos de la iglesia, etc. Foster Care, Township Trustee, Church Income, etc.	\$
Pensión, seguro social, seguro social por discapacidad Pension, Social Security, Social Security Disability	\$
Propiedad en alquiler Rental Property	\$
Anualidades, intereses, distribución de jubilación Annuities, Interest, Retirement Distribution	\$
Desempleo o compensación laboral Unemployment or Worker's Compensation	\$
Otros (especifique) Other (please specify)	\$
Otras fuentes de ingresos totales Total Other Income Sources	\$

G. Activos del grupo familiar

Household Assets

Complete esta sección sobre los activos del grupo familiar del paciente si estos son activos del grupo familiar:

Complete this section about the patient's household assets if these are household assets:

Tipo de activo Type of Asset	Total Total
Efectivo Cash	\$
Cuenta de ahorros Savings Account	\$
Cuenta de cheques Checking Account	\$
Acciones Stocks	\$
Bonos Bonds	\$
Bonos de ahorro Savings Bonds	\$

Certificados de depósito (CD) Certificates of Deposit (CDs)	\$
Cuentas del mercado de dinero Money Market Accounts	\$
Fondos mutuos Mutual Funds	\$
Fideicomisos Trusts	\$
Activos totales Total Assets	\$

H. Gastos mensuales del grupo familiar Monthly Household Expenses

Complete esta sección sobre los gastos del grupo familiar del paciente si hay gastos del grupo familiar:
Complete this section about the patient's household expenses if there are any household expenses:

Tipo de gasto Type of Expense	Cantidad por mes Amount Per Month
Alquiler Rent	\$
Hipoteca Mortgage	\$
Manutención infantil Child Support	\$
Comestibles Groceries	\$
Pago del vehículo Vehicle Payment	\$
Facturas generales General Bills	\$
Gastos totales mensuales del grupo familiar Total Monthly Household Expenses	\$

I. Autorización Authorization

Por la presente autorizo la revelación de la información en esta solicitud a Henry Ford Health (HFH) para la determinación de mi estado de elegibilidad para recibir ayuda económica según las políticas y procedimientos de HFH. Autorizo que HFH verifique esta información según sea necesario, 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 adecuados. 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 ayuda 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.

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.

Nombre en letra de molde: _____

Print Name:

Relación con el paciente: _____

Relationship to Patient:

Firma: _____

Signature:

Fecha: _____

Date:

Verifique que completó este documento y dio toda la documentación aplicable necesaria para procesar su solicitud antes de devolverla:

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

- Completó todas las páginas de la solicitud, incluyendo la firma y la fecha.
Completed all pages of application, including signature and date.
- Adjuntó sus declaraciones de salarios e impuestos del año más reciente (formulario W-2) o ingresos varios (formulario 1099).
Attached your most recent year Wage and Tax Statements (Form W-2) and or Miscellaneous Income (Form 1099).
- Adjuntó los recibos de pago de los últimos 2 meses con los ingresos del año a la fecha de cada miembro del grupo familiar.
Attached last 2 months of pay stubs with year-to-date earnings for each member of the household.
- Adjuntó su declaración de impuestos federales sobre la renta del año más reciente (formulario 1040).
Attached your Federal Income Tax return for the most recent year (form 1040).

Adjuntó una copia de su licencia de conducir de Michigan o de su tarjeta de identificación del estado de Michigan.

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

Adjuntó sus últimos dos meses de estados de cuenta recientes: corriente/de ahorro.

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

Adjuntó prueba de otros ingresos (por ejemplo, ingresos de alquiler, etc.)

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

Adjuntó copias de las tarjetas de seguro médico si tiene cobertura.

Attached copies of medical insurance cards if you have coverage.

Adjuntó una copia de la carta de denegación de Medicaid, si lo solicitó y se denegó.

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

Tenga en cuenta que es posible que se necesite una declaración de necesidad económica personal para evaluar más a fondo su solicitud.

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