

# Financijska pomoć pacijentima

## Patient Financial Assistance

### A. Lokacija bolnice ili klinike

#### Hospital or Clinic Location

Odaberite lokaciju/-e na kojima je pacijent dobio ili će dobiti medicinsku skrb:

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Henry Ford (HF) Hospital | <input type="checkbox"/> HF West Bloomfield Hospital                  |
| <input type="checkbox"/> HF Kingswood Hospital    | <input type="checkbox"/> HF Wyandotte ili HF Health Center Brownstown |
| <input type="checkbox"/> HF Macomb Hospital       | <input type="checkbox"/> Drugo (navedite):                            |
| <input type="checkbox"/> HF Medical Centers       | <b>Other, please specify:</b>   |
| <input type="checkbox"/> HF Jackson Hospital      | _____   |

### B. Informacije o pacijentu

#### Patient Information

Ispunite ovaj odjeljak o pacijentu koji prima medicinsku skrb:

Complete this section about the patient receiving care:

Ime pacijenta: \_\_\_\_\_

**Patient Name:**

Datum rođenja: \_\_\_\_\_ Broj zdravstvenog kartona: \_\_\_\_\_

**Date of Birth (DOB):**

**Medical Record Number:**

Broj socijalnog osiguranja: \_\_\_\_\_

**Social Security Number:**

ID broj Jamca: \_\_\_\_\_

**Guarantor ID Number:**

## C. Odgovorna strana (Jamac)

### Responsible Party (Guarantor)

Ispunite ovaj odjeljak o osobi koja plaća račun za zdravstvene usluge:

**Complete this section about the person paying the medical bill:**

Ime odgovorne strane (ako se razlikuje od navedenog u odjeljku B): \_\_\_\_\_

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

Srodstvo/odnos s pacijentom: \_\_\_\_\_

**Relationship to Patient:**

Ulica: \_\_\_\_\_

**Street Address:**

Grad, savezna država, poštanski broj, zemlja: \_\_\_\_\_

**City, State, Zip Code, Country:**

Telefon: \_\_\_\_\_ Poslovni telefon: \_\_\_\_\_

**Phone Number:**

**Work Phone Number:**

Poslodavac: \_\_\_\_\_  Puno radno vrijeme  Skraćeno radno vrijeme

**Employer:**

**Full Time**

**Part Time**

## D. Provjera prava na zdravstveno osiguranje

### Health Insurance Eligibility Verification

Odaberite "da" ili "ne" za svako od sljedećih pitanja:

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

1. Jeste li podnijeli zahtjev za ili dobili odbijenicu od Medicare? <b>Have you applied or been denied for Medicare?</b>	<input type="checkbox"/> Da <b>Yes</b>	<input type="checkbox"/> Ne <b>No</b>
a. Medicare Dio A? <b>Medicare Part A?</b>	<input type="checkbox"/> Da <b>Yes</b>	<input type="checkbox"/> Ne <b>No</b>
b. Medicare Dio B? <b>Medicare Part B?</b>	<input type="checkbox"/> Da <b>Yes</b>	<input type="checkbox"/> Ne <b>No</b>
c. Medicare Dio C? <b>Medicare Part C?</b>	<input type="checkbox"/> Da <b>Yes</b>	<input type="checkbox"/> Ne <b>No</b>
2. Jeste li podnijeli zahtjev za ili dobili odbijenicu od Medicaid? <b>Have you applied or been denied for Medicaid?</b>	<input type="checkbox"/> Da <b>Yes</b>	<input type="checkbox"/> Ne <b>No</b>
a. Ako ste odbijeni, je li to učinjeno u posljednjih 90 dana? <b>If you were denied, was the denial within the last 90 days?</b>	<input type="checkbox"/> Da <b>Yes</b>	<input type="checkbox"/> Ne <b>No</b>

3. Prijavljujete li se za financijsku pomoć povezanu sa sljedećim uzrocima: <b>Are you applying for financial assistance services related to:</b>	<input type="checkbox"/> Da <b>Yes</b>	<input type="checkbox"/> Ne <b>No</b>
a. Prometna nesreća (Motor vehicle accident, MVA)? <b>Motor vehicle accident (MVA)?</b>	<input type="checkbox"/> Da <b>Yes</b>	<input type="checkbox"/> Ne <b>No</b>
b. Žrtva zločina? <b>Crime victim?</b>	<input type="checkbox"/> Da <b>Yes</b>	<input type="checkbox"/> Ne <b>No</b>
c. Podliježe naknadi zaposlenog? <b>Workers compensation?</b>	<input type="checkbox"/> Da <b>Yes</b>	<input type="checkbox"/> Ne <b>No</b>
d. Ostale ozljede (poput klizanja i pada)? <b>Other injury (for example, slip and fall)?</b>	<input type="checkbox"/> Da <b>Yes</b>	<input type="checkbox"/> Ne <b>No</b>
4. Nudi li vaš poslodavac ili poslodavac bračnog druga grupno zdravstveno osiguranje? <b>Does your employer or spouse's employer offer group health insurance?</b>	<input type="checkbox"/> Da <b>Yes</b>	<input type="checkbox"/> Ne <b>No</b>
5. Jeste li u posljednjih 3-6 mjeseci imali pokriće osiguranjem preko svog poslodavca ili poslodavca bračnog druga? <b>Did you have coverage in the last 3 to 6 months through your employer or spouse's employer?</b>	<input type="checkbox"/> Da <b>Yes</b>	<input type="checkbox"/> Ne <b>No</b>
a. Ako je tako, ostvarujete li prava u skladu s COBRA? <b>If yes, is COBRA available to you?</b>	<input type="checkbox"/> Da <b>Yes</b>	<input type="checkbox"/> Ne <b>No</b>
6. Imate li neko drugo zdravstveno osiguranje? <b>Do you have any other health insurance?</b>	<input type="checkbox"/> Da <b>Yes</b>	<input type="checkbox"/> Ne <b>No</b>
a. Ako je tako, navedite podatke o osiguranju: <b>If yes, please provide the insurance information:</b>		
7. Imate li stalno prebivalište i živite li unutar glavnih područja pružanja usluga Henry Ford Health? <b>Are you a permanent resident who lives within the Henry Ford Health service area?</b>	<input type="checkbox"/> Da <b>Yes</b>	<input type="checkbox"/> Ne <b>No</b>

## E. Članovi kućanstva i Dohodak kućanstva od zaposlenja Household Members and Household Employment Income

Ispunite ovaj odjeljak o kućanstvu pacijenta:

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

Koliko ljudi živi u vašem kućanstvu? \_\_\_\_\_ Navedite sve

članove kućanstva koji ostvaruju prihod (ako je potrebno, priložite još jedan list):

**How many people are in your household? \_\_\_\_\_ List any**

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

Ime člana kućanstva <b>Household Member Name</b>	Srodstvo/odnos s pacijentom <b>Relationship to Patient</b>	Mjesečni bruto dohodak (prije odbitka) <b>Monthly Gross Income (before deductions)</b>
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
Ukupni mjesečni bruto dohodak: <b>Total Monthly Gross Income:</b>		

## F. Ostali dohodak kućanstva **Household Other Income**

Ispunite ovaj odjeljak o ostalim prihodima pacijenta ako su u pitanju drugi izvori prihoda:  
**Complete this section about the patient's other income if these are other sources of income:**

Ostali izvori prihoda <b>Other Income Sources</b>	Mjesečni iznos <b>Amount Per Month</b>
Udržavanje djeteta/Alimentacija <b>Child Support/Alimony</b>	\$
Udomiteljska obitelj, gradski povjerenik, crkveni prihodi itd. <b>Foster Care, Township Trustee, Church Income, etc.</b>	\$
Mirovina, isplate socijalne pomoći, invalidske socijalne pomoći <b>Pension, Social Security, Social Security Disability</b>	\$
Nekretnine za iznajmljivanje <b>Rental Property</b>	\$
Rente, kamate, isplate mirovinskog plana <b>Annuities, Interest, Retirement Distribution</b>	\$
Naknade za nezaposlene ili naknade zaposlenika <b>Unemployment or Worker's Compensation</b>	\$
Drugo (navedite) <b>Other (please specify)</b>	\$
Ukupno ostali izvori prihoda <b>Total Other Income Sources</b>	\$

## G. Imovina kućanstva

### Household Assets

Ispunite ovaj odjeljak o imovini u vlasništvu članova pacijentovog kućanstva, ako su u njihovom vlasništvu:  
**Complete this section about the patient's household assets if these are household assets:**

Vrsta imovine <b>Type of Asset</b>	Ukupno <b>Total</b>
Gotovina <b>Cash</b>	\$
Štedni račun <b>Savings Account</b>	\$
Tekući račun <b>Checking Account</b>	\$
Akcije <b>Stocks</b>	\$
Obveznice <b>Bonds</b>	\$
Štedne obveznice <b>Savings Bonds</b>	\$
Potvrde o depozitu (CD) <b>Certificates of Deposit (CDs)</b>	\$
Otvoreni štedni račun <b>Money Market Accounts</b>	\$
Uzajamni fondovi <b>Mutual Funds</b>	\$
Trust fondovi <b>Trusts</b>	\$
Ukupna imovina <b>Total Assets</b>	\$

## H. Mjesečni troškovi kućanstva

### Monthly Household Expenses

Ispunite ovaj odjeljak o troškovima kućanstva pacijenta ako postoje troškovi kućanstva:

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

Vrsta troškova <b>Type of Expense</b>	Mjesečni iznos <b>Amount Per Month</b>
Stanarina <b>Rent</b>	\$
Hipoteka <b>Mortgage</b>	\$
Udržavanje djeteta <b>Child Support</b>	\$
Namirnice <b>Groceries</b>	\$
Rata za auto <b>Vehicle Payment</b>	\$
Opći računi/režije <b>General Bills</b>	\$
<b>Ukupni mjesečni troškovi kućanstva</b> <b>Total Monthly Household Expenses</b>	\$

# I. Ovlaštenje

## Authorization

Ovime ovlašćujem predaju informacija sadržanih u ovom zahtjevu Henry Ford Health (HFH) u cilju utvrđivanja moje podobnosti za financijsku pomoć u skladu s pravilima i postupcima HFH. Dopuštam HFH da provjere ove podatke po potrebi, što može uključivati, ali nije ograničeno na, dobivanje izvješća kreditnog ureda, dokaz o zaposlenju i/ili prihodu i dobivanje odgovarajućih popratnih dokumenata. Sve informacije i dokumentacija o приходима koje sam dao/-la u ovom zahtjevu su vjerodostojne, točne i potpune, onako kako su prikazane. Ako se u bilo kojem trenutku utvrdi da su podaci koje sam dao/-la bili lažni ili netočni, sva financijska pomoć bit će otkazana i ja ću preuzeti odgovornost za potpuno i trenutno plaćanje svih nepodmirenih dugova. Također pristajem prihvatiti odgovornost za plaćanje bilo kojeg iznosa preostalog dugovanja nakon primjene svih djelomičnih popusta u okviru financijske pomoći.

**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.**

Ime štampanim slovima: \_\_\_\_\_

**Print Name:**

Srodstvo/odnos s pacijentom: \_\_\_\_\_

**Relationship to Patient:**

Potpis: \_\_\_\_\_

**Signature:**

Datum: \_\_\_\_\_

**Date:**

Obavezno provjerite jeste li ispunili ovaj dokument i dostavili svu potrebnu dokumentaciju potrebnu za obradu Vašeg zahtjeva prije nego što vratite svoj zahtjev:

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

- Popunjene su sve stranice zahtjeva, uključujući potpis i datum.  
**Completed all pages of application, including signature and date.**
- Priložite svoje potvrde o plaćama i porezima za prošlu godinu (obrazac W-2) i/ili ostalim приходима (obrazac 1099) za prethodnu godinu.  
**Attached your most recent year Wage and Tax Statements (Form W-2) and or Miscellaneous Income (Form 1099).**

- U prilogu su platne liste za posljednja 2 mjeseca sa zaradom svakog člana kućanstva od početka godine do tekućeg datuma  
**Attached last 2 months of pay stubs with year-to-date earnings for each member of the household.**
- U prilogu je vaša prijava saveznog poreza na dohodak za prošlu godinu (obrazac 1040).  
**Attached your Federal Income Tax return for the most recent year (form 1040).**
- U prilogu je kopija vaše vozačke dozvole važeće u Michiganu ili osobne iskaznice države Michigan  
**Attached a copy of your Michigan driver's license or Michigan state identification card.**
- U prilogu su vaši bankovni izvodi za posljednja dva mjeseca: tekući/štedni račun.  
**Attached your last two months of recent bank statements: checking/savings.**
- Priloženi dokaz o ostalim prihodima (ili primjer: prihod od najma itd.)  
**Attached proof of other income (or example: rental income, etc.)**
- U prilogu su kopije kartica zdravstvenog osiguranja ako ga imate.  
**Attached copies of medical insurance cards if you have coverage.**
- U prilogu je kopija pisma-odbijenice Medicaid ako ste se prijavili i ako ste bili odbijeni.  
**Attached a copy of the Medicaid denial letter if you applied and were denied.**

Imajte na umu da će za daljnju procjenu vašeg zahtjeva biti potrebna osobna izjava o financijskim poteškoćama.

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