

Finanzhilfeprogramm für Patienten (Patient Financial Assistance Program, PFAP) Patient Financial Assistance



A. Krankenhaus oder Klinik:

Hospital or Clinic Location

Bitte wählen Sie die Einrichtung(e) aus, in der der Patient behandelt wurde/wird:

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

Henry Ford (HF) Hospital

HF Kingswood Hospital

HF Macomb Hospital

HF Medical Centers

HF Jackson Hospital

HF West Bloomfield Hospital

HF Wyandotte or HF Health Center Brownstown

Sonstiges (bitte angeben):

Other, please specify:

B. Angaben zum Patienten:

Patient Information

Bitte geben Sie folgende Daten zum behandelten Patienten an:

Complete this section about the patient receiving care:

Vor- und Nachname: _____

Patient Name:

Geburtsdatum: _____ Medizinische Aktennummer: _____

Date of Birth (DOB):

Medical Record Number:

Sozialversicherungsnummer: _____

Social Security Number:

ID-Nummer des Bürgen: _____

Guarantor ID Number:

C. Verantwortliche Partei (Bürge)

Responsible Party (Guarantor)

Bitte geben Sie folgende Daten zur Person aus, die die Rechnung bezahlt:

Complete this section about the person paying the medical bill:

Verantwortliche Partei (Falls abweichend von B): _____

Responsible Party Name (if different than section B):

Verhältnis zum Patienten: _____

Relationship to Patient:

Straße/Hausnr.: _____

Street Address:

Stadt, Bundesstaat/Bundesland, Postleitzahl, Land: _____

City, State, Zip Code, Country:

Telefon: _____ Geschäftliche Rufnummer: _____

Phone Number:

Work Phone Number:

Arbeitgeber: _____ Vollzeit Teilzeit
Employer: Full Time Part Time

D. Prüfung des Anspruchs auf Krankenversicherung

Health Insurance Eligibility Verification

Wählen Sie für jede der folgenden Fragen „Ja“ oder „Nein“:

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

1. Haben Sie Medicare beantragt/wurde der Antrag abgelehnt? Have you applied or been denied for Medicare?	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
a. Medicare Teil A Medicare Part A?	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
b. Medicare Teil B Medicare Part B?	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
c. Medicare Teil C Medicare Part C?	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
2. Haben Sie Medicaid beantragt/wurde der Antrag abgelehnt? Have you applied or been denied for Medicaid?	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
a. Falls zutreffend, wurde der Antrag innerhalb der letzten 90 Tage abgelehnt? If you were denied, was the denial within the last 90 days?	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
3. Beantragen Sie finanzielle Unterstützung für Leistungen im Zusammenhang mit: Are you applying for financial assistance services related to:	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
a. Kraftfahrzeugunfall? Motor vehicle accident (MVA)?		

b. Opfer eines Verbrechens? Crime victim?	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
c. Arbeiterunfallversicherung? Workers compensation?	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
d. Sonstige Verletzung (z. B. durch Sturz)? Other injury (for example, slip and fall)?	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
4. Bietet Ihr Arbeitgeber oder der Ihres Ehepartners eine Gruppenkrankenversicherung an? Does your employer or spouse's employer offer group health insurance?	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
5. Waren Sie in den letzten 3 bis 6 Monaten über Ihren Arbeitgeber oder Ehepartner versichert? Did you have coverage in the last 3 to 6 months through your employer or spouse's employer?	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
a. Wenn ja, ist COBRA-Deckung für Sie verfügbar? If yes, is COBRA available to you?	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
6. Haben Sie eine andere Krankenversicherung? Do you have any other health insurance?	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
a. Wenn ja, geben Sie bitte die Versicherungsdaten an: If yes, please provide the insurance information:		
7. Befindet sich Ihr ständiger Wohnsitz im Versorgungsbereich von Henry Ford Health? Are you a permanent resident who lives within the Henry Ford Health service area?	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No

E. Haushaltsangehörige und Haushaltseinkommen Household Members and Household Employment Income

Bitte geben Sie folgende Daten zum behandelten Patienten an:

Complete this section about the patient's household:

Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt? _____ Bitte führen Sie

alle Haushaltsmitglieder auf, die über ein Einkommen verfügen (bei Bedarf auf weiterem Blatt):

How many people are in your household? _____ List any

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

Name des Haushaltsmitglieds Household Member Name	Verhältnis zum Patienten: Relationship to Patient	Bruttoeinkommen/Monat (vor Abzügen) Monthly Gross Income (before deductions)
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		Bruttoeinkommen/Monat insg. Total Monthly Gross Income:

F. Sonstige Haushaltseinkommen

Household Other Income

Füllen Sie diesen Abschnitt über das sonstige Einkommen des Patienten aus, wenn es sich um andere Einkommensquellen handelt:

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

Sonstige Einkommensquellen Other Income Sources	Betrag pro Monat Amount Per Month
Kindergeld/Unterhalt Child Support/Alimony	\$
Pflege, Gemeindetreuhand, Kircheneinkommen usw. Foster Care, Township Trustee, Church Income, etc.	\$
Rente, Sozialversicherung, Erwerbsunfähigkeitsentschädigung Pension, Social Security, Social Security Disability	\$
Vermietetes Eigentum Rental Property	\$
Annuitäten, Zinsen, Ruhestandszahlungen Annuities, Interest, Retirement Distribution	\$
Arbeitslosengeld / Workers Compensation Unemployment or Worker's Compensation	\$
Sonstiges (bitte angeben): Other (please specify)	\$
Sonstige Einkommensquellen insg. Total Other Income Sources	\$

G. Hausrat

Household Assets

Füllen Sie diesen Abschnitt über den Hausrat des Patienten aus, wenn es sich um Hausrat handelt:

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

Art des Vermögenswerts Type of Asset	Gesamt Total
Barmittel Cash	\$
Sparkonto Savings Account	\$
Girokonto Checking Account	\$
Aktien Stocks	\$
Anleihen Bonds	\$
Sparbriefe Savings Bonds	\$

Einlagezertifikate Certificates of Deposit (CDs)	\$
Geldmarktkonten Money Market Accounts	\$
Investment-/Anlagenfonds Mutual Funds	\$
Treuhandfonds Trusts	\$
Gesamtvermögen Total Assets	\$

H. Monatliche Haushaltsausgaben

Monthly Household Expenses

Füllen Sie diesen Abschnitt über die Ausgaben des Patienten für seinen Haushalt aus, wenn es Ausgaben für den Haushalt gibt:

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

Art der Ausgaben Type of Expense	Betrag pro Monat Amount Per Month
Miete Rent	\$
Hypothek Mortgage	\$
Unterhalt für Kinder Child Support	\$
Lebensmittel Groceries	\$
KFZ-Kosten Vehicle Payment	\$
Rechnungen allgemeiner Art General Bills	\$
Monatliche Haushaltsausgaben insg. Total Monthly Household Expenses	\$

I. Genehmigung Authorization

Hiermit genehmige ich die Weitergabe der in diesem Antrag enthaltenen Informationen an Henry Ford Health (HFH) zur Feststellung meines Anspruchs auf finanzielle Unterstützung gemäß den Richtlinien und Verfahren von HFH. Ich ermächtige HFH, diese Informationen nach Bedarf zu überprüfen. Dazu gehören unter anderem die Einholung einer Kreditauskunft, die Überprüfung der Angaben zur Beschäftigung bzw. zum Einkommen sowie die Einholung geeigneter Belege. Alle von mir in diesem Antrag bereitgestellten Informationen und Einkommensbelege sind wahrheitsgemäß, genau, aktuell und vollständig. Wenn zu irgendeinem Zeitpunkt festgestellt wird, dass die von mir angegebenen Informationen falsch oder ungenau waren, wird die Bewilligung der finanziellen Unterstützung rückwirkend aufgehoben, und ich übernehme die Verantwortung für die vollständige und sofortige Zahlung aller ausstehenden Beträge. Ich bin ebenfalls damit einverstanden, die Zahlungsverantwortung für jeden Betrag zu übernehmen, der nach teilweisen Abschlagszahlungen im Rahmen der finanziellen Unterstützung fällig wird.

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.

Name in Druckbuchstaben: _____

Print Name:

Verhältnis zum Patienten: _____

Relationship to Patient:

Unterschrift: _____

Signature:

Datum: _____

Date:

Bitte vergewissern Sie sich, dass Sie dieses Dokument ausgefüllt und alle für die Bearbeitung Ihres Antrags erforderlichen Unterlagen eingereicht haben, bevor Sie Ihren Antrag zurücksenden:

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

- Vollständig ausgefüllter Antrag, einschließlich Unterschrift und Datum.
Completed all pages of application, including signature and date.

- Letzte Lohn- und Steuerbescheinigungen (Formular W-2) und oder Ihr sonstiges Einkommen (Formular 1099) bei.)
Attached your most recent year Wage and Tax Statements (Form W-2) and or Miscellaneous Income (Form 1099).

- Gehaltsabrechnungen der letzten zwei Monate mit dem bisherigen Verdienst für dieses Jahr pro Haushaltsmitglied.
Attached last 2 months of pay stubs with year-to-date earnings for each member of the household.

- Einkommensteuerbescheid für das letzte Jahr (Formblatt 1040).
Attached your Federal Income Tax return for the most recent year (form 1040).

- Kopie eines gültigen Führerscheins oder einer Ausweiskarte des Staates Michigan.
Attached a copy of your Michigan driver's license or Michigan state identification card.

- Kontoauszüge der letzten zwei Monate: Giro-/Sparkonto.
Attached your last two months of recent bank statements: checking/savings.

- Nachweis über sonstige Einkünfte (z. B. Mieteinnahmen usw.).
Attached proof of other income (or example: rental income, etc.)

- Kopien von Krankenversicherungskarten, falls Sie versichert sind.
Attached copies of medical insurance cards if you have coverage.

- Kopie des Medicaid-Ablehnungsbescheids, falls Ihr Antrag abgelehnt wurde.
Attached a copy of the Medicaid denial letter if you applied and were denied.

Bitte beachten Sie, dass möglicherweise eine Erklärung über Ihre persönliche finanzielle Bedürftigkeit angefordert wird, um über Ihren Antrag zu entscheiden.

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