

A. Ubicazione dell'ospedale o della clinica

Hospital or Clinic Location

Selezionare la struttura (o le strutture) in cui il paziente ha ricevuto o riceverà le cure:

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 o HF Health Center Brownstown |
| <input type="checkbox"/> HF Macomb Hospital | <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____ |
| <input type="checkbox"/> HF Medical Centers | Other, please specify: |
| <input type="checkbox"/> HF Jackson Hospital | |

B. Informazioni sul paziente

Patient Information

Compilare questa sezione con i dati del paziente che riceve le cure:

Complete this section about the patient receiving care:

Nome del paziente: _____

Patient Name:

Data di nascita (Date of Birth, DOB): _____ Numero di cartella clinica: _____

Date of Birth (DOB): _____ Medical Record Number: _____

Numero di previdenza sociale: _____

Social Security Number:

Numero identificativo del garante: _____

Guarantor ID Number:

C. Soggetto responsabile (Garante)

Responsible Party (Guarantor)

Compilare questa sezione con i dati della persona che paga la fattura medica:

Complete this section about the person paying the medical bill:

Nome del responsabile (se diverso dalla sezione B): _____

Responsible Party Name (if different than section B):

Rapporto con il/la paziente: _____

Relationship to Patient:

Indirizzo (via): _____

Street Address:

Città, Stato, Codice postale, Paese: _____
City, State, Zip Code, Country:

Numero di telefono del lavoro: _____ Numero di telefono del lavoro: _____
Phone Number: _____ Work Phone Number: _____

Datore di lavoro: _____ Tempo pieno Tempo parziale
Employer: _____ Full Time Part Time

D. Verifica dell'idoneità all'assicurazione sanitaria

Health Insurance Eligibility Verification

Selezionare "sì" o "no" per ciascuna delle seguenti domande:

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

1. Ha presentato domanda per Medicare oppure questa le è stata respinta? Have you applied or been denied for Medicare?	<input type="checkbox"/> Sì Yes	<input type="checkbox"/> No No
a. medicare Parte A? Medicare Part A?	<input type="checkbox"/> Sì Yes	<input type="checkbox"/> No No
b. Medicare Parte B? Medicare Part B?	<input type="checkbox"/> Sì Yes	<input type="checkbox"/> No No
c. Medicare Parte C? Medicare Part C?	<input type="checkbox"/> Sì Yes	<input type="checkbox"/> No No
2. Ha presentato domanda per Medicaid oppure questa le è stata respinta? Have you applied or been denied for Medicaid?	<input type="checkbox"/> Sì Yes	<input type="checkbox"/> No No
a. Se la domanda è stata respinta, il rifiuto è avvenuto negli ultimi 90 giorni? If you were denied, was the denial within the last 90 days?	<input type="checkbox"/> Sì Yes	<input type="checkbox"/> No No
3. Sta richiedendo servizi di assistenza finanziaria correlati a: Are you applying for financial assistance services related to:	<input type="checkbox"/> Sì Yes	<input type="checkbox"/> No No
a. Incidente automobilistico (Motor vehicle accident, MVA)? Motor vehicle accident (MVA)?		
b. Reato di cui si è stati vittima? Crime victim?	<input type="checkbox"/> Sì Yes	<input type="checkbox"/> No No
c. Infortunio sul lavoro? Workers compensation?	<input type="checkbox"/> Sì Yes	<input type="checkbox"/> No No
d. Altri infortuni (es., cadute accidentali)? Other injury (for example, slip and fall)?	<input type="checkbox"/> Sì Yes	<input type="checkbox"/> No No
4. Il datore di lavoro suo o del suo coniuge offre un'assicurazione sanitaria di gruppo? Does your employer or spouse's employer offer group health insurance?	<input type="checkbox"/> Sì Yes	<input type="checkbox"/> No No
5. Ha usufruito di una copertura negli ultimi 3-6 mesi tramite il suo datore di lavoro o il datore di lavoro del suo coniuge? Did you have coverage in the last 3 to 6 months through your employer or spouse's employer?	<input type="checkbox"/> Sì Yes	<input type="checkbox"/> No No
a. Se sì, usufruisce di copertura consolidata (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)? If yes, is COBRA available to you?	<input type="checkbox"/> Sì Yes	<input type="checkbox"/> No No

6. Possiede un'altra assicurazione sanitaria? Do you have any other health insurance?	<input type="checkbox"/> Sì Yes	<input type="checkbox"/> No No
a. Se sì, fornisca i dati dell'assicurazione: If yes, please provide the insurance information:		
7. È residente permanente e vive nell'area servita dall'Henry Ford Health? Are you a permanent resident who lives within the Henry Ford Health service area?	<input type="checkbox"/> Sì Yes	<input type="checkbox"/> No No

E. Componenti del nucleo familiare e redditi da lavoro della famiglia
Household Members and Household Employment Income
 Compilare questa sezione con i dati dei familiari del paziente:
 Complete this section about the patient's household:

Quante persone ci sono nel suo nucleo familiare? _____
 How many people are in your household?

Elencare tutti i membri della famiglia che percepiscono un reddito (allegare un altro foglio se necessario):
 List any household member who earns an income (attach another sheet if needed):

Nome del membro della famiglia Household Member Name	Natura del rapporto con il paziente Relationship to Patient	Reddito lordo mensile (senza trattenute) Monthly Gross Income (before deductions)
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		Reddito lordo totale mensile: Total Monthly Gross Income:

F. Altri redditi della famiglia
Household Other Income
 Compilare questa sezione relativa alle altre entrate del paziente se si tratta di altre fonti di reddito:
 Complete this section about the patient's other income if these are other sources of income:

Altre fonti di reddito Other Income Sources	Importo mensile Amount Per Month
Mantenimento dei figli/alimenti Child Support/Alimony	\$
Affidamento, servizi locali (Township Trustee), entrate della chiesa, ecc. Foster Care, Township Trustee, Church Income, etc.	\$

Pensione, previdenza sociale (Social Security), invalidità della previdenza sociale (Social Security Disability) Pension, Social Security, Social Security Disability	\$
Proprietà in affitto Rental Property	\$
Rendite, interessi, piano pensionistico Annuities, Interest, Retirement Distribution	\$
Disoccupazione o indennizzo per infortunio sul lavoro Unemployment or Worker's Compensation	\$
Altro (specificare) Other (please specify)	\$
Totale altre fonti di reddito Total Other Income Sources	\$

G. Beni del nucleo familiare

Household Assets

Compilare questa sezione sui beni della famiglia del paziente, se si tratta di beni della famiglia:

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

Tipo di bene Type of Asset	Totale Total
Contanti Cash	\$
Conto di risparmio Savings Account	\$
Conto corrente Checking Account	\$
Azioni Stocks	\$
Obbligazioni Bonds	\$
Buoni di risparmio Savings Bonds	\$
Certificati di deposito (Certificates of Deposit, CD) Certificates of Deposit (CDs)	\$
Conti del mercato monetario Money Market Accounts	\$
Fondi comuni di investimento Mutual Funds	\$
Fondi fiduciari Trusts	\$
Totale beni Total Assets	\$

H. Spese mensili del nucleo familiare

Monthly Household Expenses

Compilare questa sezione relativa alle spese familiari del paziente, se presenti:

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

Tipo di spesa Type of Expense	Importo mensile Amount Per Month
Affitto Rent	\$
Mutuo Mortgage	\$
Mantenimento dei figli Child Support	\$
Generi alimentari Groceries	\$
Spese di gestione auto Vehicle Payment	\$
Utenze generiche General Bills	\$
Totale spese mensili del nucleo familiare Total Monthly Household Expenses	\$

I. Autorizzazione

Authorization

Autorizzo il rilascio delle informazioni contenute nella presente domanda all'Henry Ford Health (HFH) per la determinazione del mio stato di idoneità all'assistenza finanziaria in conformità alle politiche e alle procedure dell'HFH. Autorizzo l'HFH a verificare tali informazioni secondo necessità, il che può includere, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, l'ottenimento di un rapporto dell'ufficio crediti, la verifica dell'occupazione e/o del reddito e l'ottenimento di documenti di supporto appropriati. Tutte le informazioni e la documentazione sul reddito fornite da me in questa domanda sono vere, accurate e complete così come appaiono. Se in qualsiasi momento si accertasse che le informazioni fornite fossero false o non accurate, verrà revocato ogni sostegno finanziario e resterà totalmente a mio carico il pagamento completo e immediato di ogni saldo residuo. Dichiaro inoltre di accettare la responsabilità del pagamento di qualsiasi importo dovuto al netto degli sconti parziali praticati dal sostegno finanziario.

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.

Nome in stampatello: _____

Print Name:

Rapporto con il/la paziente: _____

Relationship to Patient:

Firma: _____

Signature:

Data: _____

Date:

Prima di restituire la domanda, verificare di aver compilato il presente documento e di aver fornito tutta la documentazione necessaria per l'elaborazione della richiesta:

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

- Compilare tutte le pagine della domanda, incluse la firma e la data.
Completed all pages of application, including signature and date.
- Allegare una copia delle dichiarazioni dei salari e delle imposte dell'ultimo anno (modulo W-2) e/o i redditi vari (modulo 1099).
Attached your most recent year Wage and Tax Statements (Form W-2) and or Miscellaneous Income (Form 1099).
- Allegare una copia delle buste paga degli ultimi 2 mesi con le entrate da inizio anno di ciascun componente del nucleo familiare.
Attached last 2 months of pay stubs with year-to-date earnings for each member of the household.
- Allegare una copia della dichiarazione dei redditi federale per l'anno fiscale più recente (modulo 1040).
Attached your Federal Income Tax return for the most recent year (form 1040).
- Allegare una copia della patente di guida o della carta d'identità in corso di validità rilasciata dallo Stato del Michigan.
Attached a copy of your Michigan driver's license or Michigan state identification card.
- Allegare una copia degli estratti conto (corrente o di risparmio) degli ultimi due mesi.
Attached your last two months of recent bank statements: checking/savings.
- Allegare i documenti giustificativi di altri redditi (es., reddito da affitto, ecc.)
Attached proof of other income (or example: rental income, etc.)
- Allegare le copie delle tessere dell'assicurazione medica, se si dispone di una copertura.
Attached copies of medical insurance cards if you have coverage.
- Allegare una copia della lettera di rifiuto di Medicaid se la domanda è stata respinta.
Attached a copy of the Medicaid denial letter if you applied and were denied.

Al fine di valutare più approfonditamente la sua domanda, potrebbe essere richiesta una dichiarazione di necessità finanziaria personale.

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