

患者の経済的援助

Patient Financial Assistance

A. 病院または診療所の場所:

Hospital or Clinic Location

患者が治療を受けた、またはこれから治療を受ける場所を選択してください:

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 またはHF Health Center Brownstown
HF Wyandotte or HF Health Center Brownstown |
| <input type="checkbox"/> HF Macomb Hospital | <input type="checkbox"/> その他 (明記してください): _____
Other, please specify: |
| <input type="checkbox"/> HF Medical Centers | |
| <input type="checkbox"/> HF Jackson Hospital | |

B. 患者情報

Patient Information

ケアを受ける患者の情報について下記の該当箇所に記入してください

Complete this section about the patient receiving care:

患者の名前: _____

Patient Name:

生年月日 (Date of Birth, DOB): _____ 医療記録番号: _____

Date of Birth (DOB):

Medical Record Number:

社会保障番号: _____

Social Security Number:

保証人ID番号: _____

Guarantor ID Number:

C. 担当者 (保証人):

Responsible Party (Guarantor)

医療請求書に支払う人物の情報について下記の該当箇所に記入してください

Complete this section about the person paying the medical bill:

責任者名 (B欄と異なる場合): _____

Responsible Party Name (if different than section B):

患者との関係: _____

Relationship to Patient:

詳細住所: _____

Street Address:

市、州、郵便番号、国: _____

City, State, Zip Code, Country:

職場の電話番号: _____ 職場の電話番号: _____

Phone Number:

Work Phone Number:

雇用主: _____ 正社員 アルバイト

Employer:

Full Time

Part Time

D. 健康保険資格確認

Health Insurance Eligibility Verification

次の各質問に対して「はい」または「いいえ」を選択してください:

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

1. Medicareを申請しましたか、または拒否されましたか? Have you applied or been denied for Medicare?	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No
a. MedicareパートA Medicare Part A?	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No
b. MedicareパートB Medicare Part B?	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No
c. MedicareパートC Medicare Part C?	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No
2. Medicaidを申請しましたか、または拒否されましたか? Have you applied or been denied for Medicaid?	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No
a. 拒否された場合、その拒否は過去90日以内に行われましたか? If you were denied, was the denial within the last 90 days?	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No
3. 以下に関連する財政支援サービスを申請していますか? Are you applying for financial assistance services related to:	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No
a. 自動車事故 (Motor vehicle accident, MVA) Motor vehicle accident (MVA)?	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No
b. 犯罪被害者 Crime victim?	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No
c. 労災補償 Workers compensation?	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No
d. その他の怪我 (滑って転倒など) はありますか? Other injury (for example, slip and fall)?	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No
4. 勤務先または配偶者の勤務先では団体健康保険を提供していますか? Does your employer or spouse's employer offer group health insurance?	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No
5. 過去3 ~ 6か月間、雇用主または配偶者の雇用主を通じて保険に加入していましたか? Did you have coverage in the last 3 to 6 months through your employer or spouse's employer?	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No
a. 「はい」の場合、包括予算調整法 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) は利用できますか? If yes, is COBRA available to you?	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No

6. 何らかの他の健康保険に加入していますか? Do you have any other health insurance?	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No
a. 加入している場合は、その保険の情報を記載してください: If yes, please provide the insurance information:		
7. Henry Ford Health Systemサービス提供エリア内で暮らす永住者ですか? Are you a permanent resident who lives within the Henry Ford Health service area?	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No

E. 世帯員と世帯の給与収入
Household Members and Household Employment Income
 患者の世帯について本欄に記入してください:
 Complete this section about the patient's household:

世帯の人数は何人ですか _____

How many people are in your household?

収入を得ている世帯の成員を記入してください (必要に応じて用紙を追加してください):

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

世帯の成員名 Household Member Name	患者との関係 Relationship to Patient	月次総収入 (控除前) Monthly Gross Income (before deductions)
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
合計月次総収入 Total Monthly Gross Income:		

F. 世帯のその他の収入
Household Other Income
 患者にその他の収入源がある場合は、その他の収入について該当欄に記入してください:
 Complete this section about the patient's other income if these are other sources of income:

その他の収入源 Other Income Sources	月額 Amount Per Month
児童支援/養育費 Child Support/Alimony	\$
フォスターケア、タウンシップトラスティー、教会収入など Foster Care, Township Trustee, Church Income, etc.	\$

年金、社会保障、障害者保険 Pension, Social Security, Social Security Disability	\$
賃貸資産 Rental Property	\$
年金、利息、退職者配当 Annuities, Interest, Retirement Distribution	\$
失業または労働者補償 Unemployment or Worker's Compensation	\$
その他 (明記してください) Other (please specify)	\$
その他の収入源合計 Total Other Income Sources	\$

G. 世帯の資産

Household Assets

患者の世帯資産が世帯資産である場合は、それについて該当欄に記入してください:

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

資産の種類 Type of Asset	合計 Total
現金 Cash	\$
預金口座 Savings Account	\$
小切手口座 Checking Account	\$
株式 Stocks	\$
債権 Bonds	\$
預金債権 Savings Bonds	\$
預金証明書 (Certificates of Deposit, CD) Certificates of Deposit (CDs)	\$
マネーマーケットアカウント Money Market Accounts	\$
投資信託 Mutual Funds	\$
信託財産 Trusts	\$
合計資産 Total Assets	\$

H. 毎月の世帯支出

Monthly Household Expenses

家計費がある場合は、患者の家計費について該当欄に記入してください:

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

支出の種類 Type of Expense	月額 Amount Per Month
家賃 Rent	\$
ローン Mortgage	\$
児童支援 Child Support	\$
食料品 Groceries	\$
自動車支払 Vehicle Payment	\$
一般請求 General Bills	\$
毎月の世帯支出合計 Total Monthly Household Expenses	\$

I. 委任

Authorization

私は、Henry Ford Health (HFH)の方針および手順に従って財政援助を受ける資格を判断するために、この申請書に含まれる情報をHFHに公開することをここに承認します。私は、HFHに必要な応じてこの情報を確認する権限を与えます。これには、信用調査書報告書の取得、雇用や収入の確認、および適切な補強文書を取得することを含みますが、それらに限定されません。この申請で私が提供するすべての情報および収入関係文書は、真実、正確かつ完全なものです。私が提供した情報が何らかの時点で虚偽または不正確であると判断された場合は、すべての経済支援が取り消され、未払い残高の全額および即時支払いに責任を負います。私はまた、部分的な資金援助割引後の支払額についても、支払責任を負うことに同意します。

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.

氏名 (ブロック体): _____

Print Name:

患者との関係: _____

Relationship to Patient:

署名: _____

Signature:

日付: _____

Date:

申請書の返送前に、この文書に記入し、申請の処理に必要なすべての該当する文書を提出したことを確認してください:

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

- 署名および日付を含めて、申請書の全ページに記入している
Completed all pages of application, including signature and date.
- 最近の賃金と税金の明細書 (形状 W-2) または雑所得支払調書 (形状 1099) を同封している。
Attached your most recent year Wage and Tax Statements (Form W-2) and or Miscellaneous Income (Form 1099).
- 世帯の各成員の現在までの過去1年間の収入を付帯して、最近2カ月の給与明細を同封している。
Attached last 2 months of pay stubs with year-to-date earnings for each member of the household.
- 最新年の米国の個人所得税申告書 (フォーム1040) を同封している。
Attached your Federal Income Tax return for the most recent year (form 1040).
- ミシガン州の運転免許証またはミシガン州の身分証明書のコピーを同封している。
Attached a copy of your Michigan driver's license or Michigan state identification card.
- 最近の銀行取引明細書 (当座預金/貯蓄) の過去2か月分を同封している。
Attached your last two months of recent bank statements: checking/savings.
- その他の収入を証明する書類 (例: 家賃収入など) を同封している。
Attached proof of other income (or example: rental income, etc.)
- 保険に加入している場合は、医療保険証のコピーを同封している。
Attached copies of medical insurance cards if you have coverage.
- 申請して拒否されている場合は、Medicaid拒否通知書の写しを同封している。
Attached a copy of the Medicaid denial letter if you applied and were denied.

あなたの申請をさらに評価するために、個人的な経済的ニーズの声明が必要になる場合があることに注意してください。

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