

A. 병원 또는 진료소 위치

Hospital or Clinic Location

환자가 치료를 받은 또는 받을 위치를 선택하세요.

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 | HF West Bloomfield Hospital |
| <input type="checkbox"/> HF Macomb Hospital | <input type="checkbox"/> HF Wyandotte 또는 HF Health Center Brownstown |
| <input type="checkbox"/> HF Medical Centers | HF Wyandotte or HF Health Center Brownstown |
| <input type="checkbox"/> HF Jackson Hospital | <input type="checkbox"/> 기타(직접 기입): _____ |
| | Other, please specify: |

B. 환자 정보

Patient Information

진료를 받는 환자 관련 내용을 이 섹션에 작성하세요.

Complete this section about the patient receiving care:

환자 이름: _____

Patient Name:

생년월일(Date of Birth, DOB): _____ 진료 기록 번호: _____

Date of Birth (DOB):

Medical Record Number:

사회 보장 번호: _____

Social Security Number:

보증인 신분신분증번호: _____

Guarantor ID Number:

C. 진료비 지불 의무자(보증인)

Responsible Party (Guarantor)

진료비를 지불하는 사람 관련 내용을 이 섹션에 작성하세요.

Complete this section about the person paying the medical bill:

진료비 지불 의무자 이름(섹션 B와 다른 경우): _____

Responsible Party Name (if different than section B):

환자와의 관계: _____

Relationship to Patient:

주소: _____

Street Address:

시, 주, 우편번호, 국가: _____

City, State, Zip Code, Country:

직장 전화 번호: _____ 직장 전화 번호: _____

Phone Number:

Work Phone Number:

고용주: _____ 풀타임 파트타임
Employer: Full Time Part Time

D. 건강 보험 수급 자격 확인

Health Insurance Eligibility Verification

다음 각 질문에 '예' 또는 '아니요'를 선택하세요.

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

1. Medicare를 신청했거나 거부당한 적이 있나요? Have you applied or been denied for Medicare?	<input type="checkbox"/> 예 Yes	<input type="checkbox"/> 아니요 No
a. Medicare 파트 A Medicare Part A?	<input type="checkbox"/> 예 Yes	<input type="checkbox"/> 아니요 No
b. Medicare 파트 B Medicare Part B?	<input type="checkbox"/> 예 Yes	<input type="checkbox"/> 아니요 No
c. Medicare 파트 C Medicare Part C?	<input type="checkbox"/> 예 Yes	<input type="checkbox"/> 아니요 No
2. Medicaid를 신청했거나 거부당한 적이 있나요? Have you applied or been denied for Medicaid?	<input type="checkbox"/> 예 Yes	<input type="checkbox"/> 아니요 No
a. 거부당한 경우 지난 90일 이내에 거부당했나요? If you were denied, was the denial within the last 90 days?	<input type="checkbox"/> 예 Yes	<input type="checkbox"/> 아니요 No
3. 다음과 관련된 재정 지원 서비스를 신청 중이신가요? Are you applying for financial assistance services related to:	<input type="checkbox"/> 예 Yes	<input type="checkbox"/> 아니요 No
a. 자동차 사고(Motor Vehicle Accident, MVA) Motor vehicle accident (MVA)?		
b. 범죄 피해 Crime victim?	<input type="checkbox"/> 예 Yes	<input type="checkbox"/> 아니요 No
c. 산업재해보상보험 Workers compensation?	<input type="checkbox"/> 예 Yes	<input type="checkbox"/> 아니요 No

d. 기타 부상(예: 미끄러짐 및 낙상) Other injury (for example, slip and fall)?	<input type="checkbox"/> 예 Yes	<input type="checkbox"/> 아니요 No
4. 고용주 또는 배우자의 고용주가 단체의료보험을 제공하나요? Does your employer or spouse's employer offer group health insurance?	<input type="checkbox"/> 예 Yes	<input type="checkbox"/> 아니요 No
5. 최근 3~6개월간 고용주 또는 배우자의 보험을 통해 보험에 가입하셨나요? Did you have coverage in the last 3 to 6 months through your employer or spouse's employer?	<input type="checkbox"/> 예 Yes	<input type="checkbox"/> 아니요 No
a. 가입한 경우옴니버스 예산 조정법(Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)를 이용할 수 있나요? If yes, is COBRA available to you?	<input type="checkbox"/> 예 Yes	<input type="checkbox"/> 아니요 No
6. 다른 건강 보험을 보유하고 있나요? Do you have any other health insurance?	<input type="checkbox"/> 예 Yes	<input type="checkbox"/> 아니요 No
a. 있는 경우 보험 관련 정보를 기입하세요. If yes, please provide the insurance information:		
7. Henry Ford Health System 보험 적용 지역 내에 거주하는 영주권자인가요? Are you a permanent resident who lives within the Henry Ford Health service area?	<input type="checkbox"/> 예 Yes	<input type="checkbox"/> 아니요 No

E. 가구원 및 가구 근로소득

Household Members and Household Employment Income

환자 가구원에 대해 이 섹션을 작성하세요.

Complete this section about the patient's household:

가구원이 몇 명인가요? _____

How many people are in your household?

소득이 있는 가구원을 기입하세요(필요한 경우 추가 용지 첨부).

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

가구원 이름 Household Member Name	환자와의 관계 Relationship to Patient	월 총 소득 (공제 전) Monthly Gross Income (before deductions)
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
월 총 소득 합계: Total Monthly Gross Income:		

F. 가계 기타 소득

Household Other Income

환자의 다른 소득이 있는 경우 이 섹션에 기타 소득에 대한 정보를 작성하세요.

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

기타 소득원 Other Income Sources	월 금액 Amount Per Month
자녀 양육비/이혼 수당 Child Support/Alimony	\$
위탁 양육, 타운십 수탁, 교회 소득 등 Foster Care, Township Trustee, Church Income, etc.	\$
연금, 사회 보장 연금, 사회 보장 장애인 보조금 Pension, Social Security, Social Security Disability	\$
임대용 부동산 Rental Property	\$
연금 보험, 이자, 퇴직금 Annuities, Interest, Retirement Distribution	\$
실업 또는 산재 보상금 Unemployment or Worker's Compensation	\$
기타(직접 기입) Other (please specify)	\$
기타 소득원 합계 Total Other Income Sources	\$

G. 가계 자산

Household Assets

환자의 가계 자산이 있는 경우 이 섹션에 가계 자산에 대한 정보를 작성하세요.

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

자산 유형 Type of Asset	합계 Total
현금 Cash	\$
예금 계좌 Savings Account	\$
당좌 계좌 Checking Account	\$

주식 Stocks	\$
채권 Bonds	\$
저축성 채권 Savings Bonds	\$
양도성 예금 증서(Certificates of Deposit, CD) Certificates of Deposit (CDs)	\$
단기금융시장 예금 계좌 Money Market Accounts	\$
뮤추얼 펀드 Mutual Funds	\$
신탁 Trusts	\$
총 자산 Total Assets	\$

H. 가구 월 지출

Monthly Household Expenses

환자의 가계 지출이 있는 경우 이 섹션에 가계 지출에 대한 정보를 작성하세요.

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

비용 유형 Type of Expense	월 금액 Amount Per Month
임대료 Rent	\$
모기지 Mortgage	\$
자녀 양육비 Child Support	\$
식료품류 Groceries	\$
자동차 할부금 Vehicle Payment	\$
일반 청구서 General Bills	\$
가구 월 지출 합계 Total Monthly Household Expenses	\$

I. 허가 인증

Authorization

본인은 HFH 정책 및 절차에 따라 재정 지원에 대한 자격 여부를 결정하기 위해 이 신청서에 포함된 정보를 Henry Ford Health (HFH)에 공개하도록 허가합니다. 본인은 신용 조사 보고서 입수, 취업 및/또는 소득 확인, 적절한 증빙 서류 입수 등(이에 국한되지 않음)의 HFH가 필요에 따라 이 정보가 맞는지 확인하도록 허가합니다. 본인이 이 신청서에 제공한 모든 정보 및 소득 서류는 진짜이고, 정확하며 작성된 대로 완전합니다. 언제라도 본인이 제공한 정보가 거짓이거나 정확하지 않은 것으로 확인되는 경우 모든 금융 지원은 취소되며 본인은 모든 미지불 잔액 전액을 즉시 지불할 책임을 수락합니다. 본인은 또한 금융 지원 부분 할인 후 지불해야 하는 금액에 대한 납입 책임을 수락하기로 동의합니다.

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.

정자체 이름: _____

Print Name:

환자와의 관계: _____

Relationship to Patient:

서명: _____

Signature:

날짜: _____

Date:

신청서를 반환하기 전에 이 문서를 작성하고 요청을 처리하는 데 필요한 모든 관련 서류를 제공했는지 확인하시기 바랍니다.

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

서명 및 날짜를 포함해 작성 완료한 신청서 전체 페이지 수

Completed all pages of application, including signature and date.

- 가장 최근 연도의 임금 및 세금 계산서(양식 W-2) 및/또는 기타 소득(양식 1099) 첨부
Attached your most recent year Wage and Tax Statements (Form W-2) and or Miscellaneous Income (Form 1099).
- 각 가구원의 올해 초부터 현재까지 소득이 포함된 최근 2개월치 급여 명세서 첨부
Attached last 2 months of pay stubs with year-to-date earnings for each member of the household.
- 가장 최근 연도의 연방 소득세 신고서(양식 1040) 첨부
Attached your Federal Income Tax return for the most recent year (form 1040).
- Michigan주 운전면허증 또는 미시간주 신분증 사본 첨부
Attached a copy of your Michigan driver's license or Michigan state identification card.
- 최근 2개월간의 은행 계좌 내역서(당좌 예금/적금) 첨부
Attached your last two months of recent bank statements: checking/savings.
- 기타 소득 증빙자료 첨부(예: 임대 소득 등)
Attached proof of other income (or example: rental income, etc.)
- 보험이 있는 경우 의료 보험 카드 사본 첨부
Attached copies of medical insurance cards if you have coverage.
- 신청 후 지급을 거절당한 경우 Medicaid 지급 거절 확인서 사본 첨부
Attached a copy of the Medicaid denial letter if you applied and were denied.

지원서를 추가로 평가하기 위해 개인 재정적 필요에 대한 진술서가 필요할 수 있습니다.

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