

Wybierz lokalizację, w których pacjent otrzymał lub otrzyma opiekę:

Hospital or Clinic Location

A. Lokalizacja szpitala lub kliniki

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 lub HF Health Center Brownstown |
| <input type="checkbox"/> HF Macomb Hospital | <input type="checkbox"/> Inne (należy określić): _____ |
| <input type="checkbox"/> HF Medical Centers | Other, please specify: |
| <input type="checkbox"/> HF Jackson Hospital | |

B. Informacje o pacjencie

Patient Information

Wypełnij tę część dotyczącą pacjenta objętego opieką:

Complete this section about the patient receiving care:

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Patient Name:

Data urodzenia (Date of Birth, DOB): _____ Numer dokumentacji medycznej: _____

Date of Birth (DOB):

Medical Record Number:

Numer ubezpieczenia społecznego: _____

Social Security Number:

Numer identyfikacyjny gwaranta: _____

Guarantor ID Number:

C. Podmiot odpowiedzialny (gwarant)

Responsible Party (Guarantor)

Wypełnij tę część dotyczącą osoby płacącej rachunek medyczny:

Complete this section about the person paying the medical bill:

Nazwa podmiotu odpowiedzialnego (jeśli inna niż w części B): _____

Responsible Party Name (if different than section B):

Związek z pacjentem: _____

Relationship to Patient:

Ulica: _____

Street Address:

Miasto, stan, kod pocztowy, kraj: _____
City, State, Zip Code, Country:

Numer telefonu służbowego: _____ Numer telefonu służbowego: _____
Phone Number: _____ Work Phone Number: _____

Pracodawca: _____ Pełny etat Niepełny etat
Employer: _____ Full Time Part Time

D. Weryfikacja uprawnienia do ubezpieczenia zdrowotnego

Health Insurance Eligibility Verification

Wybierz „tak” lub „nie” dla każdego z poniższych pytań:

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

1. Czy złożyłeś wniosek o Medicare lub otrzymałeś odmowę? Have you applied or been denied for Medicare?	<input type="checkbox"/> Tak Yes	<input type="checkbox"/> Nie No
a. Medicare część A? Medicare Part A?	<input type="checkbox"/> Tak Yes	<input type="checkbox"/> Nie No
b. Medicare część B? Medicare Part B?	<input type="checkbox"/> Tak Yes	<input type="checkbox"/> Nie No
c. Medicare część C? Medicare Part C?	<input type="checkbox"/> Tak Yes	<input type="checkbox"/> Nie No
2. Czy złożyłeś wniosek o Medicaid lub otrzymałeś odmowę? Have you applied or been denied for Medicaid?	<input type="checkbox"/> Tak Yes	<input type="checkbox"/> Nie No
a. Jeśli otrzymałeś decyzję odmowną, czy została ona wydana w ciągu ostatnich 90 dni? If you were denied, was the denial within the last 90 days?	<input type="checkbox"/> Tak Yes	<input type="checkbox"/> Nie No
3. Czy ubiegasz się o usługi pomocy finansowej ze względu na: Are you applying for financial assistance services related to:	<input type="checkbox"/> Tak Yes	<input type="checkbox"/> Nie No
a. Wypadek samochodowy (Motor Vehicle Accident, MVA)? Motor vehicle accident (MVA)?	<input type="checkbox"/> Tak Yes	<input type="checkbox"/> Nie No
b. Bycie ofiarą przestępstwa? Crime victim?	<input type="checkbox"/> Tak Yes	<input type="checkbox"/> Nie No
c. Odszkodowanie dla pracowników? Workers compensation?	<input type="checkbox"/> Tak Yes	<input type="checkbox"/> Nie No
d. Inne obrażenia (np. poślizgnięcie i upadek)? Other injury (for example, slip and fall)?	<input type="checkbox"/> Tak Yes	<input type="checkbox"/> Nie No
4. Czy pracodawca pacjenta lub pracodawca małżonka oferuje grupowe ubezpieczenie zdrowotne? Does your employer or spouse's employer offer group health insurance?	<input type="checkbox"/> Tak Yes	<input type="checkbox"/> Nie No
5. Czy w ciągu ostatnich 3–6 miesięcy byłeś objęty ubezpieczeniem swojego pracodawcy lub pracodawcy współmałżonka? Did you have coverage in the last 3 to 6 months through your employer or spouse's employer?	<input type="checkbox"/> Tak Yes	<input type="checkbox"/> Nie No

a. Jeśli tak, czy masz dostęp do świadczeń przewidzianych w Skonsolidowanej ustawie zbiorczej o uzgadnianiu budżetu (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)? If yes, is COBRA available to you?	<input type="checkbox"/> Tak Yes	<input type="checkbox"/> Nie No
6. Czy posiadasz inne ubezpieczenie zdrowotne? Do you have any other health insurance?	<input type="checkbox"/> Tak Yes	<input type="checkbox"/> Nie No
a. Jeśli tak, podaj informacje dotyczące ubezpieczenia: If yes, please provide the insurance information:		
7. Czy posiadasz stały adres zamieszkania w obszarze objętym usługami Henry Ford Health? Are you a permanent resident who lives within the Henry Ford Health service area?	<input type="checkbox"/> Tak Yes	<input type="checkbox"/> Nie No

E. Członkowie gospodarstwa domowego i dochód z zatrudnienia w gospodarstwie domowym

Household Members and Household Employment Income

Wypełnij tę część dotyczącą gospodarstwa domowego pacjenta:

Complete this section about the patient's household:

Ile osób liczy Twoje gospodarstwo domowe? _____

How many people are in your household?

Wymień każdego członka gospodarstwa domowego, który uzyskuje dochód (w razie potrzeby dołącz kolejny arkusz):

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

Imię i nazwisko członka gospodarstwa domowego Household Member Name	Związek z pacjentem Relationship to Patient	Miesięczny dochód brutto (przed odliczeniami) Monthly Gross Income (before deductions)
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
Całkowity miesięczny dochód brutto: Total Monthly Gross Income:		

F. Inne dochody gospodarstwa domowego

Household Other Income

Wypełnij tę część dotyczącą innych dochodów pacjenta, jeśli posiada on(a) inne źródła dochodu:

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

Inne źródła dochodu Other Income Sources	Kwota na miesiąc Amount Per Month
---	--------------------------------------

Alimenty na dzieci Child Support/Alimony	\$
Opieka zastępcza, powiernik miejski, dochód kościelny itp. Foster Care, Township Trustee, Church Income, etc.	\$
Emerytura, ubezpieczenie społeczne (Social Security), renta socjalna (Social Security Disability) Pension, Social Security, Social Security Disability	\$
Wynajem nieruchomości Rental Property	\$
Renty, odsetki, wypłata emerytury Annuities, Interest, Retirement Distribution	\$
Zasiłek dla bezrobotnych lub odszkodowanie pracownicze Unemployment or Worker's Compensation	\$
Inne (należy określić) Other (please specify)	\$
Inne źródła dochodu ogółem Total Other Income Sources	\$

G. Aktywa gospodarstwa domowego

Household Assets

Wypełnij tę część dotyczącą majątku gospodarstwa domowego pacjenta, jeśli jest to majątek gospodarstwa domowego:

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

Rodzaj aktywów Type of Asset	łącznie Total
Gotówka Cash	\$
Konto oszczędnościowe Savings Account	\$
Konto czekowe Checking Account	\$
Akcje Stocks	\$
Obligacje Bonds	\$
Obligacje oszczędnościowe Savings Bonds	\$
Certyfikaty depozytowe (Certificates of Deposit, CD) Certificates of Deposit (CDs)	\$
Rachunki rynku pieniężnego Money Market Accounts	\$
Fundusze inwestycyjne Mutual Funds	\$

Trusty Trusts	\$
Aktywa ogółem Total Assets	\$

H. Miesięczne wydatki gospodarstwa domowego Monthly Household Expenses

Wypełnij tę część dotyczącą wydatków gospodarstwa domowego pacjenta, jeśli takie istnieją:
Complete this section about the patient's household expenses if there are any household expenses:

Rodzaj wydatków Type of Expense	Kwota na miesiąc Amount Per Month
Czynsz Rent	\$
Hipoteka Mortgage	\$
Alimenty na dzieci Child Support	\$
Artykuły spożywcze Groceries	\$
Rata kredytu na pojazd Vehicle Payment	\$
Ogólne rachunki General Bills	\$
Łączne miesięczne wydatki gospodarstwa domowego Total Monthly Household Expenses	\$

I. Upoważnienie Authorization

Niniejszym zezwalam na ujawnienie informacji zawartych w tym wniosku Henry Ford Health (HFH) w celu określenia mojego statusu kwalifikowalności do pomocy finansowej zgodnie z zasadami i procedurami HFH. Upoważniam HFH do weryfikacji tych informacji w razie potrzeby, co może obejmować między innymi uzyskanie raportu biura kredytowego, weryfikację zatrudnienia i/lub dochodów oraz uzyskanie odpowiednich dokumentów pomocniczych. Wszelkie informacje i dokumentacja dotycząca dochodu podane przeze mnie w tym wniosku są prawdziwe, dokładne i kompletne w sposób przedstawiony. W przypadku określenia w dowolnym momencie, że podane przeze mnie informacje są fałszywe lub niedokładne, wszelka pomoc finansowa zostanie wstrzymana. Przyjmuję odpowiedzialność za całkowitą i natychmiastową płatność wszelkich zaległych należności. Wyrażam również zgodę na przyjęcie odpowiedzialności za płatność wszelkich kwot należnych po uzyskaniu rabatów w ramach pomocy finansowej.

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.

Imię i nazwisko drukowanymi literami: _____
Print Name:

Związek z pacjentem: _____
Relationship to Patient:

Podpis: _____
Signature:

Data: _____
Date:

Przed odesłaniem wniosku upewnij się, że wypełniłeś ten dokument i dostarczyłeś wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do rozpatrzenia wniosku:

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

- Wypełnione wszystkie strony wniosku, w tym podpis i data.
Completed all pages of application, including signature and date.
- Załącz swoje oświadczenia o wynagrodzeniach i podatkach za ostatni rok (formularz W-2) i/lub o innych rodzajach dochodu (formularz 1099).
Attached your most recent year Wage and Tax Statements (Form W-2) and or Miscellaneous Income (Form 1099).
- Załącz odcinki wypłaty z ostatnich 2 miesięcy z aktualnymi zarobkami dla każdego członka gospodarstwa domowego.
Attached last 2 months of pay stubs with year-to-date earnings for each member of the household.
- Załącz swoje federalne zeznanie podatkowe za ostatni rok (formularz 1040).
Attached your Federal Income Tax return for the most recent year (form 1040).
- Załącz kopię prawa jazdy lub dowodu tożsamości stanu Michigan.
Attached a copy of your Michigan driver's license or Michigan state identification card.
- Załącz wyciągi bankowe z ostatnich 2 miesięcy: konta czekowe/oszczędnościowe.
Attached your last two months of recent bank statements: checking/savings.

- Załącz dowód innego dochodu (np. dochód z wynajmu itp.).
Attached proof of other income (or example: rental income, etc.)

- Załącz kopie kart ubezpieczenia medycznego, jeśli posiadasz ubezpieczenie.
Attached copies of medical insurance cards if you have coverage.

- Załącz kopię pisma o odmowie przyznania Medicaid, jeśli wniosek został odrzucony.
Attached a copy of the Medicaid denial letter if you applied and were denied.

Należy pamiętać, że do dalszego rozpatrzenia wniosku może być wymagane oświadczenie o osobistych potrzebach finansowych.

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