

Финансовая помощь пациентам

Patient Financial Assistance

А. Расположение больницы или клиники

Hospital or Clinic Location

Выберите местоположения, в которых пациент получил (будет получать) медицинскую помощь:

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

В. Данные пациента

Patient Information

Укажите в этом разделе данные пациента, получающего медицинскую помощь:

Complete this section about the patient receiving care:

Имя пациента: _____

Patient Name:

Дата рождения: _____ Номер медицинской карты: _____

Date of Birth (DOB):

Medical Record Number:

Номер социального страхования: _____

Social Security Number:

Идентификатор поручителя: _____

Guarantor ID Number:

С. Ответственное лицо (поручитель):

Responsible Party (Guarantor)

Укажите в этом разделе данные лица, оплачивающего счет за медицинские услуги:

Complete this section about the person paying the medical bill:

Имя ответственного лица (если отличается от имени, указанного в разделе В): _____

Responsible Party Name (if different than section B):

Кем приходится пациенту: _____

Relationship to Patient:

Адрес (улица и номер дома): _____

Street Address:

город, штат, почтовый индекс, страна: _____

City, State, Zip Code, Country:

Номер телефона: _____ Рабочий номер телефона: _____

Phone Number:

Work Phone Number:

Работодатель: _____ Полная занятость Частичная занятость

Employer:

Full Time

Part Time

Д. Проверка соответствия критериям для получения медицинской страховки

Health Insurance Eligibility Verification

Выберите вариант «да» или «нет» для ответа на каждый из нижеперечисленных вопросов:

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

1. Подавали ли вы заявку на участие в программе Medicare либо была ли она отклонена? Have you applied or been denied for Medicare?	<input type="checkbox"/> Да Yes	<input type="checkbox"/> Нет No
а. Medicare, часть А? Medicare Part A?	<input type="checkbox"/> Да Yes	<input type="checkbox"/> Нет No
б. Medicare, часть В? Medicare Part B?	<input type="checkbox"/> Да Yes	<input type="checkbox"/> Нет No
с. Medicare, часть С? Medicare Part C?	<input type="checkbox"/> Да Yes	<input type="checkbox"/> Нет No
2. Подавали ли вы заявку на участие в программе Medicaid либо была ли она отклонена? Have you applied or been denied for Medicaid?	<input type="checkbox"/> Да Yes	<input type="checkbox"/> Нет No
а. Если ваша заявка на участие была отклонена, произошло ли это в течение последних 90 дней? If you were denied, was the denial within the last 90 days?	<input type="checkbox"/> Да Yes	<input type="checkbox"/> Нет No

3. Подаете ли вы заявку на получение финансовой помощи в связи с услугами, которые относятся к перечисленным ниже категориям? Are you applying for financial assistance services related to:	<input type="checkbox"/> Да Yes	<input type="checkbox"/> Нет No
a. Помощь после дорожно-транспортного происшествия (ДТП) Motor vehicle accident (MVA)?	<input type="checkbox"/> Да Yes	<input type="checkbox"/> Нет No
b. Помощь жертве преступления Crime victim?	<input type="checkbox"/> Да Yes	<input type="checkbox"/> Нет No
c. Выплата за травму на рабочем месте Workers compensation?	<input type="checkbox"/> Да Yes	<input type="checkbox"/> Нет No
d. Другая травма (например, в результате того, что вы поскользнулись и упали) Other injury (for example, slip and fall)?	<input type="checkbox"/> Да Yes	<input type="checkbox"/> Нет No
4. Предлагает ли ваш работодатель или работодатель вашего супруга/супруги групповое медицинское страхование? Does your employer or spouse's employer offer group health insurance?	<input type="checkbox"/> Да Yes	<input type="checkbox"/> Нет No
5. Была ли у вас страховка от работодателя или работодателя вашего супруга/супруги в течение последних 3–6 месяцев? Did you have coverage in the last 3 to 6 months through your employer or spouse's employer?	<input type="checkbox"/> Да Yes	<input type="checkbox"/> Нет No
a. Если да, доступны ли вам выплаты COBRA? If yes, is COBRA available to you?	<input type="checkbox"/> Да Yes	<input type="checkbox"/> Нет No
6. Имеется ли у вас другая медицинская страховка? Do you have any other health insurance?	<input type="checkbox"/> Да Yes	<input type="checkbox"/> Нет No
a. Если да, укажите информацию о ней: If yes, please provide the insurance information:		
7. Проживаете ли вы на постоянной основе в США и проживаете ли вы в районе, обслуживаемом Henry Ford Health? Are you a permanent resident who lives within the Henry Ford Health service area?	<input type="checkbox"/> Да Yes	<input type="checkbox"/> Нет No

Е. Доход и трудоустройство членов домохозяйства Household Members and Household Employment Income

Укажите в этом разделе информацию о домохозяйстве пациента:

Complete this section about the patient's household:

Сколько людей живет вместе с вами? _____ Укажите всех проживающих с вами лиц, у которых есть доход (при необходимости приложите дополнительный лист):

How many people are in your household? _____ List any household member who earns an income (attach another sheet if needed):

Имя и фамилия члена домохозяйства Household Member Name	Степень родства с пациентом Relationship to Patient	Совокупный ежемесячный доход (до вычетов) Monthly Gross Income (before deductions)
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		Общий совокупный ежемесячный доход: Total Monthly Gross Income:

Г. Прочие доходы домохозяйства **Household Other Income**

Укажите в этом разделе данные о прочих доходах пациента при наличии других источников дохода:
Complete this section about the patient's other income if these are other sources of income:

Другие источники дохода Other Income Sources	Сумма в месяц Amount Per Month
Пособия на ребенка / алименты Child Support/Alimony	\$
Семейный уход (опека), попечитель городского совета, доход из церковных источников и т. п. Foster Care, Township Trustee, Church Income, etc.	\$
Пенсия, социальное пособие, социальное пособие по нетрудоспособности Pension, Social Security, Social Security Disability	\$
Имущество, сдаваемое в аренду Rental Property	\$
Рента, процентный доход, пенсионные выплаты Annuities, Interest, Retirement Distribution	\$
Выплаты по безработице или нетрудоспособности Unemployment or Worker's Compensation	\$
Другое (укажите) Other (please specify)	\$
Всего из других источников дохода Total Other Income Sources	\$

Г. АКТИВЫ ДОМОХОЗЯЙСТВА

Household Assets

Заполните данный раздел, посвященный активам домохозяйства пациента, при наличии таких активов:
Complete this section about the patient's household assets if these are household assets:

Тип активов Type of Asset	Всего Total
Наличные Cash	\$
Сберегательный счет Savings Account	\$
Чековый счет Checking Account	\$
Акции Stocks	\$
Облигации Bonds	\$
Сберегательные облигации Savings Bonds	\$
Депозитные сертификаты Certificates of Deposit (CDs)	\$
Счета на денежных рынках Money Market Accounts	\$
Фонды совместного инвестирования Mutual Funds	\$
Трасты Trusts	\$
Всего активов Total Assets	\$

Н. Ежемесячные расходы домохозяйства

Monthly Household Expenses

Укажите в этом разделе данные о расходах домохозяйства пациента (при наличии):

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

Тип расходов Type of Expense	Сумма в месяц Amount Per Month
Аренда жилья Rent	\$
Ипотека Mortgage	\$
Пособия на ребенка Child Support	\$
Продукты Groceries	\$
Выплаты за автомобиль Vehicle Payment	\$
Общие счета General Bills	\$
Всего ежемесячных расходов домохозяйства Total Monthly Household Expenses	\$

I. Разрешение Authorization

Настоящим я разрешаю передать информацию, содержащуюся в этой заявке, Henry Ford Health (HFH) с целью принятия решения о моем праве на получение финансовой помощи в соответствии с правилами и процедурами HFH. Я даю HFH право провести все необходимые проверки этой информации, включая, помимо прочего, получение отчетов из кредитных бюро, проверку сведений о трудоустройстве и/или доходе и получение других подтверждающих документов. Все сведения и подтверждающие источники дохода документы, предоставленные мною в этой заявке, являются достоверными, точными и полными. Если в какой-либо момент выяснится, что предоставленная мною информация является недостоверной или неточной, вся финансовая помощь в мой адрес будет прекращена и я приму ответственность по полному и незамедлительному возмещению всех уже полученных средств. Я также обязуюсь принять ответственность за выплату всех сумм, причитающихся после расчета всех скидок на частичную финансовую помощь.

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.

Имя и фамилия (полностью): _____

Print Name:

Кем приходится пациенту: _____

Relationship to Patient:

Подпись: _____

Signature:

Дата: _____

Date:

Убедитесь, что вы заполнили этот документ и предоставили все документы, необходимые для обработки вашего запроса, прежде чем подавать заявку.

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

- Заполнены все страницы заявки, включая подпись и дату.
Completed all pages of application, including signature and date.

- Приложены выписки с данными о вашей заработной плате и налогах (форма W-2) и/или прочих доходах (форма 1099) за последний год.
Attached your most recent year Wage and Tax Statements (Form W-2) and or Miscellaneous Income (Form 1099).

- Приложены платежные квитанции за последние 2 месяца, подтверждающие доходы каждого члена домохозяйства с начала года.
Attached last 2 months of pay stubs with year-to-date earnings for each member of the household.

- Приложена ваша декларация по федеральному подоходному налогу за последний год (форма 1040).
Attached your Federal Income Tax return for the most recent year (form 1040).

- Приложена копия вашего водительского удостоверения или идентификационной карты штата Мичиган.
Attached a copy of your Michigan driver's license or Michigan state identification card.

- Приложены ваши банковские выписки по чековым/сберегательным счетам за последние два месяца.
Attached your last two months of recent bank statements: checking/savings.

- Приложено подтверждение прочих доходов (например, от аренды и т. п.)
Attached proof of other income (or example: rental income, etc.)

- Приложены копии карт медицинского страхования (если у вас есть страховка).
Attached copies of medical insurance cards if you have coverage.

- Приложена копия письма с отказом в регистрации в системе Medicaid, если вы подавали соответствующую заявку и получили отказ.
Attached a copy of the Medicaid denial letter if you applied and were denied.

Обратите внимание, что для дальнейшей оценки вашей заявки может потребоваться заявление о необходимости личной финансовой помощи.

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