

Finansijska pomoć za pacijenta

Patient Financial Assistance

A. Lokacija bolnice ili klinike

Hospital or Clinic Location

Izaberite lokaciju(e) u kojoj je pacijent dobio ili će dobiti zdravstvenu negu:

Select the location(s) where the patient received or will receive care:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Henry Ford (HF) Hospital
Henry Ford (HF) Hospital | <input type="checkbox"/> HF West Bloomfield Hospital
HF West Bloomfield Hospital |
| <input type="checkbox"/> HF Kingswood Hospital
HF Kingswood Hospital | <input type="checkbox"/> HF Wyandotte ili HF Health Center Brownstown
HF Wyandotte or HF Health Center Brownstown |
| <input type="checkbox"/> HF Macomb Hospital
HF Macomb Hospital | <input type="checkbox"/> Drugo, molimo navedite:
Other, please specify: |
| <input type="checkbox"/> HF Medical Centers
HF Medical Centers | _____ |
| <input type="checkbox"/> HF Jackson Hospital
HF Jackson Hospital | |

B. Informacije o pacijentu

Patient Information

Popunite ovaj odeljak o pacijentu koji dobija zdravstvenu negu:

Complete this section about the patient receiving care:

Ime i prezime pacijenta: _____
Patient Name:

Datum rođenja: _____ Broj zdravstvenog kartona: _____
Date of Birth (DOB): **Medical Record Number:**

Broj socijalnog osiguranja: _____
Social Security Number:

ID broj jemca: _____
Guarantor ID Number:

C. Odgovorno lice (jemac)

Responsible Party (Guarantor)

Popunite ovaj odeljak o licu koje plaća račun za pružene medicinske usluge:

Complete this section about the person paying the medical bill:

Ime odgovornog lica (ako se razlikuje od imena navedenog u odeljku B): _____
Party Name Responsible (if different than section B):

Veza sa pacijentom: _____

Relationship to Patient:

Adresa stanovanja: _____

Street Address:

Grad, država, poštanski broj: _____

City, State, Zip Code, Country:

Broj telefona: _____ Broj telefona na poslu: _____

Phone Number:**Work Phone Number:**Poslodavac: _____ Sa punim radnim vremenom Sa pola radnog vremena**Employer:****Full Time****Part Time****D. Provera kvalifikovanosti za zdravstveno osiguranje****Health Insurance Eligibility Verification**

Izaberite „Da“ ili „Ne“ za svako od sledećih pitanja:

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

1. Da li ste se prijavili ili ste odbijeni za Medicare? Have you applied or been denied for Medicare?	<input type="checkbox"/> Da Yes	<input type="checkbox"/> Ne No
a. Medicare deo A? Medicare Part A?	<input type="checkbox"/> Da Yes	<input type="checkbox"/> Ne No
b. Medicare deo B? Medicare Part B?	<input type="checkbox"/> Da Yes	<input type="checkbox"/> Ne No
c. Medicare deo C? Medicare Part C?	<input type="checkbox"/> Da Yes	<input type="checkbox"/> Ne No
2. Da li ste se prijavili ili ste odbijeni za Medicaid? Have you applied or been denied for Medicaid?	<input type="checkbox"/> Da Yes	<input type="checkbox"/> Ne No
a. Ako ste odbijeni, da li se to desilo u poslednjih 90 dana? If you were denied, was the denial within the last 90 days?	<input type="checkbox"/> Da Yes	<input type="checkbox"/> Ne No
3. Da li podnosite zahtev za finansijsku pomoć za usluge koje se tiču: Are you applying for financial assistance services related to:	<input type="checkbox"/> Da Yes	<input type="checkbox"/> Ne No
a. Nezgode izazvane motornim vozilom? Motor vehicle accident (MVA)?		
b. Žrtve zločina? Crime victim?	<input type="checkbox"/> Da Yes	<input type="checkbox"/> Ne No
c. Osiguranja od posledica nezgode na radu? Workers compensation?	<input type="checkbox"/> Da Yes	<input type="checkbox"/> Ne No
d. Druge povrede (na primer pad usled klizanja)? Other injury (for example, slip and fall)?	<input type="checkbox"/> Da Yes	<input type="checkbox"/> Ne No
4. Da li vaš poslodavac ili poslodavac vašeg supružnika nudi grupno zdravstveno osiguranje? Does your employer or spouse's employer offer group health insurance?	<input type="checkbox"/> Da Yes	<input type="checkbox"/> Ne No

5. Da li ste tokom prethodnih 3 do 6 meseci imali zdravstveno osiguranje preko svog poslodavca ili poslodavca svog supružnika? Did you have coverage in the last 3 to 6 months through your employer or spouse's employer?	<input type="checkbox"/> Da Yes	<input type="checkbox"/> Ne No
a. Ako jeste, da li vam je dostupna COBRA? If yes, is COBRA available to you?	<input type="checkbox"/> Da Yes	<input type="checkbox"/> Ne No
6. Da li imate bilo kakvo drugo zdravstveno osiguranje? Do you have any other health insurance?	<input type="checkbox"/> Da Yes	<input type="checkbox"/> Ne No
a. Ako je odgovor potvrđan, navedite informacije o osiguranju: If yes, please provide the insurance information:		
7. Da li imate stalno prebivalište u oblasti u kojoj posluje Henry Ford Health? Are you a permanent resident who lives within the Henry Ford Health service area?	<input type="checkbox"/> Da Yes	<input type="checkbox"/> Ne No

E. Članovi domaćinstva i prihodi domaćinstva od zarade Household Members and Household Employment Income

Popunite ovaj odeljak o domaćinstvu pacijenta:

Complete this section about the patient's household:

Koliko članova ima vaše domaćinstvo? _____

How many people are in your household?

Navedite sve članove domaćinstva koji imaju prihode (priložite još jedan list ako je potrebno):

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

Ime i prezime člana domaćinstva Household Member Name	Veza sa pacijentom Relationship to Patient	Bruto mesečni prihod Monthly Gross Income (pre odbitaka) (before deductions)
		USD
		USD
		USD
		USD
		USD
		Ukupan bruto mesečni prihod: Total Monthly Gross Income:

F. Drugi prihodi domaćinstva Household Other Income

Ukoliko ima drugih izvora prihoda, popunite ovaj odeljak o drugim prihodima pacijenta:

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

Drugi izvori prihoda Other Income Sources	Mesečni iznos Amount Per Month
Izdržavanje deteta / alimentacija Child Support/Alimony	USD

Starateljstvo, službena funkcija, crkveni prihod itd. Foster Care, Township Trustee, Church Income, etc.	USD
Penzija, socijalno osiguranje, invalidsko osiguranje Pension, Social Security, Social Security Disability	USD
Iznajmljivanje imovine Rental Property	USD
Anuiteti, kamate, naknada za penzionisanje Annuities, Interest, Retirement Distribution	USD
Novčana naknada za nezaposlene ili osiguranje od posledica nezgode na radu Unemployment or Worker's Compensation	USD
Drugo (molimo da navedete) Other (please specify)	USD
Ukupni drugi izvori prihoda Total Other Income Sources	USD

G. Sredstva domaćinstva

Household Assets

Ukoliko postoje sredstva domaćinstva, popunite ovaj odeljak o sredstvima domaćinstva pacijenta:

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

Vrsta sredstva Type of Asset	Ukupno Total
Gotovina Cash	USD
Štedni račun Savings Account	USD
Tekući račun Checking Account	USD
Akcije Stocks	USD
Obveznice Bonds	USD
Štedne obveznice Savings Bonds	USD
Potvrde o depozitu (Certificates of Deposit, CD) Certificates of Deposit (CDs)	USD
Nalozi na tržištu novca Money Market Accounts	USD
Zajednički fondovi Mutual Funds	USD
Poverenički fondovi Trusts	USD
Ukupna sredstva Total Assets	USD

H. Mesečni troškovi domaćinstva

Monthly Household Expenses

Ukoliko postoje troškovi domaćinstva, popunite ovaj odeljak o troškovima domaćinstva pacijenta:

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

Vrsta troška Type of Expense	Mesečni iznos Amount Per Month
Renta Rent	USD
Hipoteka Mortgage	USD
Izdržavanje deteta Child Support	USD
Namirnice Groceries	USD
Plaćanje za vozilo Vehicle Payment	USD
Opšti računi General Bills	USD
Ukupni mesečni troškovi domaćinstva Total Monthly Household Expenses	USD

I. Ovlašćenje

Authorization

Ovim dajem ovlašćenje za dostavljanje informacija sadržanih u ovoj prijavi za Henry Ford Health (HFH) za potrebe utvrđivanja moje kvalifikovanosti za finansijsku pomoć u skladu sa pravilima i procedurama HFH. Ovlašćujem HFH da po potrebi izvrši proveru navedenih informacija, što može da uključuje, između ostalog, pribavljanje izveštaja od kreditnog biroa, potvrdu navoda o zaposlenju i/ili prihodima, te pribavljanje odgovarajućih pratećih dokumenata. Sve informacije i svi dokumenti o prihodima koje prilažem uz ovu prijavu su istiniti, tačni i potpuni kako je navedeno. Ako se u bilo kom trenutku utvrdi da sam dao/-la lažne ili netačne informacije, sva finansijska pomoć biće poništena, a ja ću preuzeti odgovornost da ću bilo koje i sve preostale iznose platiti odmah i u celosti. Takođe prihvatam odgovornost za plaćanje bilo kog iznosa koji dospe za plaćanje nakon bilo kojeg delimičnog popusta na finansijsku pomoć.

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.

Ime i prezime štampanim slovima: _____

Print Name:

Veza sa pacijentom: _____

Relationship to Patient:

Potpis: _____

Signature:

Datum: _____

Date:

Pre podnošenja zahteva, proverite da li ste popunili ovaj dokument i dostavili svu važeću dokumentaciju potrebnu za obradu vašeg zahteva:

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

- Popunjene sve stranice zahteva, uključujući potpis i datum.
Completed all pages of application, including signature and date.
- Priložene najnovije izjave o godišnjim zaradama i porezima (Obrazac W-2) i/ili izjava o raznim prihodima (Obrazac 1099).
Attached your most recent year Wage and Tax Statements (Form W-2) and or Miscellaneous Income (Form 1099).
- Priložene platne liste za poslednja 2 meseca sa zaradom od početka godine za svakog člana domaćinstva.
Attached last 2 months of pay stubs with year-to-date earnings for each member of the household.
- Priložena savezna prijava poreza na dohodak za poslednju godinu (Obrazac 1040).
Attached your Federal Income Tax return for the most recent year (form 1040).
- Priložena kopija važeće vozačke dozvole Savezne države Mičigen ili lične karte Savezne države Mičigen.
Attached a copy of your Michigan driver's license or Michigan state identification card.
- Priloženi najnoviji izvodi iz banke za poslednja dva meseca: čekovni/štedni računi.
Attached your last two months of recent bank statements: checking/savings.
- priložen dokaz o drugim prihodima (na primer prihod od izdavanja itd.)
Attached proof of other income (or example: rental income, etc.)
- Priložene kopije kartica zdravstvenog osiguranja, ako imate pokriće.
Attached copies of medical insurance cards if you have coverage.
- Priložena kopija dopisa Medicaid o odbijanju, ako ste se prijavili i ako ste odbijeni.
Attached a copy of the Medicaid denial letter if you applied and were denied.

Imajte u vidu da se za dalju procenu vašeg zahteva od vas može tražiti izjava o ličnim finansijskim potrebama.
Please note, a statement of personal financial need may be required to further evaluate your application.