

[Date]

Poštovani pacijente/podnosioče molbe,

U organizaciji Henry Ford Health motivisani smo saosećanjem i čvrsto rešeni da pružimo ličnu negu svima – posebno onima kojima je to najpotrebnije. Smatramo da imamo misiju i privilegiju da pružimo finansijsku pomoć našim pacijentima. Finansijska pomoć je dostupna samo za hitne medicinske slučajeve i drugu neophodnu medicinsku negu. Hvala Vam što ste nam poverili brigu o zdravstvenim potrebama Vas i Vaše porodice.

S obzirom na to da smo primili Vaš zahtev, dostavljamo Vam ovo pismo zajedno sa priloženom molbom za finansijsku pomoć. U slučaju da niste slali zahtev, molimo Vas da zanemarite ovo pismo. Popunite obe strane, potpišite se i navedite datum pre nego što nam je pošaljete nazad. Ako ste popunili molbu u proteklih šest meseci i odobrena Vam je finansijska pomoć, molimo Vas da nas obavestite o tome, jer u tom slučaju nema potrebe da popunjavate novu molbu. Nažalost, ne možemo da se pouzdamo u prethodne molbe koje su starije od šest meseci.

Uz molbu je neophodno da nam dostavite i potvrdu o primanjima za svoje domaćinstvo, kao i dokumentaciju o svojoj imovini koju poseduje bilo koji član Vašeg domaćinstva.

**Kao dokaz o primanjima i imovini mogu poslužiti:**

- Kopije tri poslednje platne liste dobijene od poslodavca
- Kopije poslednje godišnje poreske prijave (ako ste samostalno zaposleni, uključite i sve dodatne obrasce)
- Rešenje o primanju socijalne pomoći i/ili penzije
- Poslednja godišnja poreska prijava roditelja ili staratelja ako je podnosilac molbe izdržavano lice koje je navedeno na njihovom poreskom obrascu i ima manje od 25 godina
- Kopija potvrde o primanju naknade za nezaposlene
- Potvrda o ispunjavanju/neispunjavanju uslova za program „Medicaid“ i/ili medicinsku pomoć koju finansira država
- Drugi dokumenti kojim se potvrđuju prihodi

**Kao dokaz o imovini mogu poslužiti:**

- Izvodi iz banke (tekući i štedni računi) za poslednja tri meseca
- Investicije, uključujući i akcije i obveznice
- Poverenički fondovi
- Depozitni štedni računi
- Zajednički fondovi

Ako dobijate pomoć od porodice ili prijatelja ili živite u istom domaćinstvu s njima, zamolite ih da popune priloženi obrazac sa oznakom „Pismo podrške“. To ih neće učiniti odgovornim za Vaše medicinske račune. To će nam pomoći da razumemo na koji način pokrivete životne troškove. U slučaju da ne dobijate pomoć porodice i prijatelja, nema potrebe da popunjavate obrazac „Pismo podrške“.

Na kraju, postoji mogućnost i da razmotrimo Vaše neizmirene medicinske račune kako bismo utvrdili da

li ispunjavate uslove za finansijsku pomoć. Ako biste želeli da to uradimo, priložite dokumentaciju u vezi sa neizmirenim mesečnim medicinskim i apotekarskim troškovima ili troškovima nabavke lekova, kao što su tekuće fakture ili izvodi stanja na računu. **Uzmite u obzir da je neophodno da nam dostavite 1) popunjenu molbu zajedno sa 2) dokazom o prihodu, 3) imovini i 4) neizmirenim medicinskim računima (ako je primenljivo) da bismo razmotrili Vašu molbu. Ne postoji mogućnost da obradimo niti razmotrimo nepotpune molbe.**

Prilikom slanja molbe, vodite računa da komunikacija putem e-pošte preko interneta nije bezbedna. Iako to nije izgledno, ipak postoji mogućnost da podaci koje navedete u e-poruci mogu presresti i pročitati druga lica, osim osobe kojoj ste ih poslali. Želimo da zaštitimo Vaše lične podatke i pobrinemo se za to da ostanu bezbedni. Budući da u molbi navodite svoj broj socijalnog osiguranja i druge privatne podatke, preporučujemo Vam da nam je ne šaljete e-poštom.

**Svoju popunjenu molbu i prateću dokumentaciju odštampajte i pošaljite poštom ili dostavite lično na sledeću adresu:**

Facility/Office where service was provided	Mail Completed Applications to:
Henry Ford St. John Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Henry Ford Warren Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Henry Ford Madison Heights Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Henry Ford Providence Novi Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Henry Ford Providence Southfield Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Henry Ford River District Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Henry Ford SEMI Medical Group	PO BOX 80278, Indianapolis, IN 46240

Stojimo Vam na raspolaganju i želimo da budemo sigurni da će finansijsku pomoć zaista dobiti pacijenti koji ispunjavaju uslove za nju. U slučaju da imate pitanja u vezi sa ovom molbom, neophodnom pratećom dokumentacijom ili sa tim koji je najbolji način da nam je dostavite, pozovite jednog od naših predstavnika za kontakt sa pacijentima na broj telefona:

Facility where service was provided	Phone #
Henry Ford St. John Hospital	877-809-6191
Henry Ford Warren Hospital	888-329-0421
Henry Ford Madison Heights Hospital	888-329-0421
Henry Ford Providence Novi Hospital	800-878-2455
Henry Ford Providence Southfield Hospital	800-878-2455
Henry Ford River District Hospital	888-329-0421

Srdačan pozdrav,

Finansijske usluge za pacijente  
Henry Ford Health

# Obrazac zahtjeva za finansijsku pomoć

## Informacije o pacijentu

(Molimo da odštampate i sva polja moraju biti popunjena. Označite N/P ako nije primjenjivo na svakoj pojedinačnoj liniji u zahtjevu)

Datum \_\_\_\_\_ Broj računa \_\_\_\_\_ Naziv bolnice \_\_\_\_\_

Ime (ime i prezime) \_\_\_\_\_

Datum rođenja \_\_\_\_\_ Bračni status \_\_\_\_\_ Broj telefona \_\_\_\_\_

Poštanska adresa \_\_\_\_\_ Grad \_\_\_\_\_ Država \_\_\_\_\_ Poštanski broj \_\_\_\_\_

Broj socijalnog osiguranja (opciono) \_\_\_\_\_

Poslodavac \_\_\_\_\_ Status zaposlenja \_\_\_\_\_

Broj radnih sati nedeljno \_\_\_\_\_ Broj telefona poslodavca \_\_\_\_\_

## Informacije o odgovornoj strani/informacije o zakonskom staratelju

(Ako je pacijent gorenaveden u isto vreme i odgovorna strana, ostavite ovaj deo praznim.)

Ime (ime i prezime) \_\_\_\_\_

Datum rođenja \_\_\_\_\_ Bračni status \_\_\_\_\_ Broj telefona \_\_\_\_\_

Poštanska adresa \_\_\_\_\_ Grad \_\_\_\_\_ Država \_\_\_\_\_ Poštanski broj \_\_\_\_\_

Broj socijalnog osiguranja (opciono) \_\_\_\_\_

Poslodavac \_\_\_\_\_ Status zaposlenja \_\_\_\_\_

Broj radnih sati nedeljno \_\_\_\_\_ Broj telefona poslodavca \_\_\_\_\_

## Informacije o supružniku odgovorne strane

(Ako je pacijent gorenaveden u isto vreme i odgovorna strana, popunite informacije o supružniku za pacijenta.)

Ime (ime i prezime) \_\_\_\_\_

Datum rođenja \_\_\_\_\_ Bračni status \_\_\_\_\_ Broj telefona \_\_\_\_\_

Poštanska adresa \_\_\_\_\_ Grad \_\_\_\_\_ Država \_\_\_\_\_ Poštanski broj \_\_\_\_\_

Broj socijalnog osiguranja (opciono) \_\_\_\_\_

Poslodavac \_\_\_\_\_ Status zaposlenja \_\_\_\_\_

Broj radnih sati nedeljno \_\_\_\_\_ Broj telefona poslodavca \_\_\_\_\_

## Izdržavana lica odgovorne strane

(Ako je pacijent gorenaveden u isto vreme i odgovorna strana, popunite informacije o supružniku za pacijenta.)

Ime \_\_\_\_\_ Datum rođenja \_\_\_\_\_ Odnos sa odgovornom stranom \_\_\_\_\_

Ime \_\_\_\_\_ Datum rođenja \_\_\_\_\_ Odnos sa odgovornom stranom \_\_\_\_\_

Ime \_\_\_\_\_ Datum rođenja \_\_\_\_\_ Odnos sa odgovornom stranom \_\_\_\_\_

Ime \_\_\_\_\_ Datum rođenja \_\_\_\_\_ Odnos sa odgovornom stranom \_\_\_\_\_

Broj odraslih i dece koji žive u domaćinstvu \_\_\_\_\_

## Mesečni prihod

(Popunite u iznosima u dolarima za svaku stavku navedenu dole. Navedite iznos mesečno za svakoga.)

Ostvaren prihod podnosioca zahtjeva \_\_\_\_\_

Prihod supružnika podnosioca zahtjeva \_\_\_\_\_

Naknade za socijalno osiguranje \_\_\_\_\_

Penzioni/mirovinski prihod \_\_\_\_\_

Prihod od invalidnine \_\_\_\_\_

Naknada za nezaposlenost \_\_\_\_\_

Naknade radnicima \_\_\_\_\_

Prihod od kamata/dividendi \_\_\_\_\_

Primljen dečiji dodatak \_\_\_\_\_

Primljena alimentacija \_\_\_\_\_

Prihod od iznajmljivanja nekretnina \_\_\_\_\_

Bonovi za hranu \_\_\_\_\_

Primljena distribucija uzajamnih fondova \_\_\_\_\_

Drugi prihod \_\_\_\_\_

Drugi prihod \_\_\_\_\_

**Ukupan bruto mesečni prihod u \$** \_\_\_\_\_

## Mesečni troškovi života

Hipoteka/zakup \_\_\_\_\_

Komunalni troškovi \_\_\_\_\_

Telefon (fiksni) \_\_\_\_\_

Mobilni telefon \_\_\_\_\_

Namernice/hrana \_\_\_\_\_

Kablovska/internet/satelitski tv \_\_\_\_\_

Otplata automobila \_\_\_\_\_

Nega deteta \_\_\_\_\_

Dečiji dodatak/alimentacija \_\_\_\_\_

Kreditne kartice \_\_\_\_\_

Računi lekara/bolnice \_\_\_\_\_

Osiguranje vozila/automobila \_\_\_\_\_

Osiguranje kuće/imovine \_\_\_\_\_

Medicinsko/zdravstveno osiguranje \_\_\_\_\_

Osiguranje života \_\_\_\_\_

Drugi mesečni troškovi \_\_\_\_\_

**Ukupni mesečni troškovi u \$** \_\_\_\_\_

## Imovina

Gotovina/štednje/čekovni računi \_\_\_\_\_

Akcije/obveznice/ulaganja/CD(s) \_\_\_\_\_

Druga nekretnina/sekundarno prebivalište \_\_\_\_\_

Čamac/kamper/motocikl/rekreativno vozilo \_\_\_\_\_

Kolekcionar automobila/automobili za zabavu \_\_\_\_\_

Druga imovina \_\_\_\_\_

Ovime potvrđujem da su gornje informacije tačne i potpune prema mom najboljem saznanju. Ovime ovlašćujem bolnicu da pribavi informacije od vanjskih agencija za kreditno izvešće ako bolnica to smatra neophodnim.

Potpis podnosioca zahtjeva \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

**Komentari** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Pismo potpore

Broj zdravstvenog kartona pacijenta/broj računa \_\_\_\_\_

Ime pomoćnika \_\_\_\_\_

Odnos sa pacijentom/podnosiocem zahtjeva \_\_\_\_\_

Adresa pomoćnika \_\_\_\_\_

Za Henry Ford Health:

Ovo pismo ima za cilj da obavjesti da (ime pacijenta) \_\_\_\_\_ prima mali ili ne prima nikakav prihod i ja njemu/njoj pomažem sa troškovima života. On/ona ima malu ili nikakvu obavezu prema meni.

Potpisivanjem ove izjave, saglasan/a sam da informacije navedene tačne prema mom najboljem saznanju.

Potpis pomoćnika \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_