

A

Місцезнаходження лікарні або клініки: *виберіть заклад (-и), де пацієнт отримав (отримає) медичні послуги*

- Henry Ford Hospital                       HF Kingswood Hospital                       HF Macomb Hospital  
 HF Medical Centers                       HF West Bloomfield Hospital                       HF Allegiance Hospital  
 HF Wyandotte Hospital або HF Health Center Brownstown                       Інший, укажіть ( \_\_\_\_\_ )

B

Інформація про пацієнта: *заповніть цей розділ даними пацієнта, який отримує медичні послуги*

П. І. Б. пацієнта: \_\_\_\_\_ Дата народження: \_\_\_\_\_  
 Номер соціального страхування: \_\_\_\_\_ Номер медичної карти: \_\_\_\_\_ Ідентифікатор поручителя: \_\_\_\_\_

C

Відповідальна особа (поручитель): *заповніть цей розділ даними особи, яка сплачує медичний рахунок*

П. І. Б. відповідальної особи: \_\_\_\_\_ Ким доводиться пацієнтові: \_\_\_\_\_  
*(якщо відрізняються від зазначених у розділі B)*  
 Вулиця, будинок / квартира: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_  
 Місто: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Індекс: \_\_\_\_\_ Округ: \_\_\_\_\_  
 Роботодавець: \_\_\_\_\_  Повний робочий день  Неповний робочий день Робочий телефон: \_\_\_\_\_

D

Перевірка відповідності критеріям для отримання медичного страхування

<p>1. Ви подавали заяву на участь у програмі Medicare або Medicaid?</p> <p>1a. Medicare, частина A 1b. Medicare, частина B 1c. Medicare, частина C 1d. Medicaid</p> <p><i>Якщо вам відмовили щодо Medicaid, це сталося впродовж останніх 90 днів?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p>	<p>4. Чи пропонує ваш роботодавець або роботодавець вашого чоловіка (дружини) колективне медичне страхування?</p> <p>4a. Чи отримали ви страхове покриття від свого роботодавця за останні 3–6 місяців?</p> <p><b>Якщо так, чи є страхове покриття COBRA?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p>
<p>2. Чи подаєте ви заяву на фінансову допомогу стосовно послуг, пов'язаних із таким:</p> <p>2a. Дорожньо-транспортна пригода (ДТП) 2b. Жертва злочину 2c. Компенсаційні виплати працівникам 2d. Інші травми (наприклад, через падіння)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p>	<p>5. Чи є у вас якась інше медичне страхування?</p> <p>Якщо так, надайте про нього інформацію:</p> <p>6. Чи є ви особою, котра постійно проживає в США та мешкає в районі обслуговування Henry Ford Health System?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p>

**E**

**Члени сім'ї та дохід сім'ї від трудової діяльності**

Зі скількох осіб складається ваша сім'я? \_\_\_\_\_

Зазначте всіх членів сім'ї, які отримують дохід (за необхідності додайте ще одну сторінку):

П. І. Б. члена сім'ї	Ким доводиться заявникові	Валовий місячний дохід (до відрахувань)
		\$
		\$
		\$
<b>Сукупний валовий місячний дохід</b>		<b>\$</b>

**F**

**Інший дохід сім'ї (не від трудової діяльності)**

Інші джерела доходу	Сума на місяць
Виплати на утримання дитини / аліменти	\$
Патронатне виховання, міський попечитель, церковний дохід і т. ін.	\$
Пенсія, соціальне страхування, соціальне страхування у зв'язку з непрацездатністю	\$
Надання власності в оренду	\$
Щорічна рента, відсотки, зняття коштів із пенсійного рахунку	\$
Допомога з безробіття або компенсаційні виплати працівникам	\$
Інше (зазначте)	\$
<b>Усього з інших джерел доходу</b>	<b>\$</b>

**G**

**Майно сім'ї**

Тип майна	Сума
Готівкові кошти	\$
Ощадний рахунок	\$
Розрахунковий рахунок	\$
Акції	\$
Облігації	\$
Заощаджувальні облігації	\$
Депозитні сертифікати (CD)	\$
Депозитні рахунки грошового ринку	\$
Взаємні інвестиційні фонди	\$
Трасти	\$
<b>Усього майна</b>	<b>\$</b>

**H**

**Щомісячні господарчі витрати**

Тип витрат	Сума на місяць
Орендна плата	\$
Іпотека	\$
Виплати на утримання дитини	\$
Продукти харчування	\$
Платежі за автомобіль	\$
Звичайні рахунки	\$
<b>Загальні щомісячні господарчі витрати:</b>	<b>\$</b>

Дозвіл

Я наступним дозволяю розкриття інформації, що міститься в цій заяві, організації Henry Ford Health System (HFHS) із метою визначення моєї відповідності критеріям для отримання фінансової допомоги згідно з правилами та процедурами HFHS. Я дозволяю HFHS перевірити цю інформацію за необхідності, причому така перевірка може включати, серед іншого, отримання кредитної історії, перевірку даних про працевлаштування та (або) дохід і отримання відповідних супровідних документів. Уся інформація та документи про дохід, надані мною з цією заявою, є вірними, точними та повними в тому вигляді, як їх наведено. Якщо в будь-який момент часу буде визначено, що надана мною інформація є хибною або неточною, усю фінансову допомогу буде відкликано, і я візьму на себе відповідальність за повне та негайне відшкодування всіх отриманих коштів. Я також погоджуюсь узяти на себе відповідальність за покриття будь-яких сум, які підлягають сплаті після застосування будь-яких часткових знижок у межах фінансової допомоги.

П. І. Б. друкуючи  
літерами: \_\_\_\_\_

Ким доводиться  
пацієнтові: \_\_\_\_\_

Підпис: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

**Перш ніж надсилати заяву, перевірте, чи ви заповнили й надали всю відповідну документацію, необхідну для обробки вашого запиту.**

<input type="checkbox"/> Усі сторінки заповнені, заява підписана й датована	<input type="checkbox"/> Звіти про заробітну плату та податки (форма W-2) і (або) звіт про різні доходи (форма 1099) за останній рік	<input type="checkbox"/> Квитанції про нарахування заробітної плати за останні 2 місяці із зазначенням заробітку з початку року на поточний момент для кожного члена сім'ї
<input type="checkbox"/> Декларація про федеральний податок на прибуток за останній рік (форма 1040)	<input type="checkbox"/> Копія чинних водійських прав штату Мічиган або посвідчення особи штату Мічиган	<input type="checkbox"/> Банківські виписки (поточні / ощадні рахунки) за останні два місяці
<input type="checkbox"/> Довідки про інші доходи (наприклад, доходи від надання в оренду тощо)	<input type="checkbox"/> Додано копії карток медичного страхування за наявності страхового поліса	<input type="checkbox"/> Додано копію письмової відмови, якщо ви подавали заяву в програму Medicaid і отримали відмову

**Зверніть увагу, що для подальшої оцінки може знадобитися ваша заява про особисті фінансові потреби.**