

A Lokacija bolnice ili klinike: *Izaberite lokaciju/lokacije gde je pacijent dobio (ili će dobiti) zdravstvenu negu*

- Henry Ford Hospital HF Kingswood Hospital HF Macomb Hospital
 HF Medical Centers HF West Bloomfield Hospital HF Allegiance Hospital
 HF Wyandotte Hospital ili HF Health Center Brownstown Ostalo, navedite (_____)

B Informacije o pacijentu: *Popunite ovaj odeljak o pacijentu koji dobija zdravstvenu negu*

Ime i prezime pacijenta: _____ Datum rođenja: _____

Broj socijalnog osiguranja: _____ Broj zdravstvene evidencije: _____ Identifikacioni broj jemca: _____

C Odgovorno lice (jemac): *Popunite ovaj odeljak o licu koje plaća račun za pružene medicinske usluge*

Ime i prezime odgovornog lica: _____
(ako se razlikuje od imena navedenog u Odeljku B) _____ Veza sa pacijentom: _____

Adresa stanovanja: _____ Telefon: _____

Grad: _____ Država: _____ Poštanski broj: _____ Okrug _____

Poslodavac: _____ Sa punim radnim vremenom Sa pola radnog vremena Telefon na poslu: _____

D Provera kvalifikovanosti za zdravstveno osiguranje

<p>1. Da li ste se prijavili ili ste odbijeni za Medicare ili Medicaid?</p> <p>1a. Medicare Deo A <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da 1b. Medicare Deo B <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da 1c. Medicare Deo C <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da 1d. Medicaid <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da</p> <p><i>Ako ste odbijeni za Medicaid, da li se to desilo u poslednjih 90 dana?</i> <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da</p>		<p>4. Da li vaš poslodavac ili poslodavac vašeg supružnika nudi grupno zdravstveno osiguranje? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da</p> <p>4a. Da li ste tokom prethodnih 3 do 6 meseci imali zdravstveno osiguranje preko poslodavca? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da</p> <p>Ako jeste, da li je dostupna COBRA? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da</p>	
<p>2. Da li podnosite zahtev za finansijsku pomoć za usluge koje se tiču:</p> <p>2a. Nezgode izazvane motornim vozilom <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da 2b. Žrtve zločina <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da 2c. Osiguranja od posledica nezgode na radu <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da 2d. Druge povrede (npr. pad usled poskliznuća) <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da</p>		<p>5. Da li imate bilo kakvo drugo zdravstveno osiguranje? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da</p> <p>Ako je odgovor potvrđan, navedite informacije o osiguranju:</p> <p>6. Da li imate stalno prebivalište u oblasti u kojoj posluje Henry Ford Health System? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da</p>	

E Članovi domaćinstva i prihodi domaćinstva od zarade

Koliko članova ima vaše domaćinstvo? _____

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

Ime i prezime člana domaćinstva	Veza sa podnosiocem zahteva	Bruto mesečni prihod (pre odbitaka)
		USD
		USD
		USD
Ukupan bruto mesečni prihod		USD

F Drugi prihodi domaćinstva (ne iz zaposlenja)

Drugi izvori prihoda	Mesečni iznos
Izdržavanje deteta/ alimentacija	USD
Starateljstvo, službena funkcija, crkveni prihod itd.	USD
Penzija, socijalno osiguranje, invalidsko osiguranje	USD
Iznajmljivanje imovine	USD
Anuiteti, kamate, naknada za penzionisanje	USD
Novčana naknada za nezaposlene ili osiguranje od posledica nezgode na radu	USD
Drugo (<i>Molimo da navedete</i>)	USD
Ukupni drugi izvori prihoda	USD

G Sredstva domaćinstva

Vrsta sredstava	Ukupno
Gotovina	USD
Štedni račun	USD
Tekući račun	USD
Akcije	USD
Obveznice	USD
Štedne obveznice	USD
Potvrde o depozitu (CD)	USD
Nalozi na tržištu novca	USD
Zajednički fondovi	USD
Trustovi	USD
Ukupna sredstva	USD

H Mesečni troškovi domaćinstva

Vrsta troška	Mesečni iznos
Renta	USD
Hipoteka	USD
Izdržavanje deteta	USD
Namirnice	USD
Plaćanje za vozilo	USD
Opšti računi	USD
Ukupni mesečni troškovi domaćinstva:	USD

Ovlašćenje

Ovim dajem ovlašćenje za dostavljanje informacija sadržanih u ovoj prijavi za Henry Ford Health System (HFHS) za potrebe utvrđivanja moje kvalifikovanosti za finansijsku pomoć u skladu sa pravilima i procedurama HFHS. Ovlašćujem HFHS 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.

Ime i prezime

štampanim slovima: _____ Veza sa pacijentom: _____

Potpis: _____ Datum: _____

Proverite da li ste popunili i dostavili svu važeću dokumentaciju potrebnu za obradu vašeg zahteva pre predaje zahteva:

<input type="checkbox"/> Popunjene sve stranice zahteva, uključujući potpis i datum	<input type="checkbox"/> Najnovije izjave o godišnjim zaradama i porezima (Obrazac W-2) i/ili izjava o raznim prihodima (Obrazac 1099)	<input type="checkbox"/> Platne liste za 2 poslednja meseca sa zaradom od početka godine za svakog člana domaćinstva
<input type="checkbox"/> Savezna prijava poreza na dohodak za poslednju godinu (Obrazac 1040)	<input type="checkbox"/> Kopija važeće vozačke dozvole Savezne države Mičigen ili lične karte Savezne države Mičigen	<input type="checkbox"/> Noviji izvodi iz banke za poslednja dva meseca: čekovni/štedni računi
<input type="checkbox"/> Dokaz o drugim prihodima (npr. prihod od izdavanja itd.)	<input type="checkbox"/> Priložene kopije kartica zdravstvenog osiguranja, ako imate pokriće	<input type="checkbox"/> Priložena kopija dopisa Medicaid o odbijanju, ako ste se prijavili i ako ste odbijeni

Imajte u vidu da bi se za dalju procenu vašeg zahteva od vas može tražiti izjava o ličnim finansijskim potrebama.