

A

โรงพยาบาลหรือคลินิก: โปรดเลือกสถานพยาบาลที่ซึ่งผู้ป่วยได้รับ (จะ ได้รับ) การรักษาพยาบาล

- Henry Ford Hospital HF Kingswood Hospital HF Macomb Hospital
- HF Medical Centers HF West Bloomfield Hospital HF Allegiance Hospital
- HF Wyandotte Hospital หรือ HF Health Center Brownstown อื่น โปรดระบุ (_____)

B

ข้อมูลผู้ป่วย ในหัวข้อนี้ กรุณากรอกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่จะได้รับการรักษาพยาบาล

ชื่อผู้ป่วย: _____ วันที่เกิด: _____

หมายเลขประกันสังคม: _____ MRN: _____ เลขประจำตัวประชาชน
ของผู้ค้าประกัน: _____

C

บุคคลที่รับผิดชอบ (ผู้ค้าประกัน): ในหัวข้อนี้ กรุณากรอกข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลที่จะเป็นผู้รับผิดชอบค่ารักษาพยาบาล

ชื่อบุคคลที่รับผิดชอบ: _____ ความสัมพันธ์กับ _____

(กรณีไม่ตรงกันกับชื่อ ข.) ผู้ป่วย: _____

ที่อยู่: _____ โทรศัพท์: _____

เมือง: _____ รัฐ: _____ รหัสไปรษณีย์: _____ เทศมณฑล: _____

นายจ้าง: _____ ทำงานแบบเต็มเวลา หมายเลขโทรศัพท์ _____
 ทำงานแบบไม่เต็มเวลา ที่ทำงาน: _____

D

การตรวจสอบสิทธิด้านการประกันสุขภาพ

<p>1. คุณเคยสมัครหรือได้รับการปฏิเสธสำหรับโครงการ Medicare หรือ Medicaid หรือไม่</p> <p>1a. Medicare Part A <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่</p> <p>1b. Medicare Part B <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่</p> <p>1c. Medicare Part C <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่</p> <p>1d. Medicaid <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่</p> <p>หากเคยถูกปฏิเสธสำหรับโครงการ Medicaid การปฏิเสธดังกล่าวอยู่ภายในช่วง 90 วันที่ผ่านมาใช่หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่</p>		<p>4. นายจ้างของคุณหรือนายจ้างของคุณสมรสของคุณให้บริการประกันสุขภาพแบบกลุ่มหรือไม่</p> <p>4a. ในช่วงระหว่าง 3 ถึง 6 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยได้รับการคุ้มครองจากนายจ้างหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่</p> <p>หากใช่ มีบริการประกันสุขภาพ COBRA หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่</p>	<p><input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่</p>
<p>2. คุณกำลังสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงินสำหรับบริการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่อไปนี้ใช่หรือไม่:</p> <p>2a. อุบัติเหตุทางรถยนต์ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่</p> <p>2b. ผู้เคราะห์ร้ายจากอาชญากรรม <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่</p> <p>2c. การชดเชยแรงงาน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่</p> <p>2d. การบาดเจ็บอื่น ๆ (เช่น การลื่นหกล้ม) <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่</p>		<p>5. คุณมีประกันสุขภาพอื่นหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่</p> <p>หากใช่ โปรดให้ข้อมูลเกี่ยวกับการประกันสุขภาพดังกล่าว:</p> <p>6. คุณเป็นผู้พำนักอาศัยถาวรที่อาศัยอยู่ภายในพื้นที่การให้บริการของ Henry Ford Health System หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่</p>	<p><input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่</p>

E

สมาชิกในครอบครัวและรายได้จากการจ้างงานของครอบครัว

มีสมาชิกในครอบครัวของคุณกี่คน _____

โปรดแสดงรายชื่อสมาชิกในครอบครัวผู้ที่มีรายได้ (โปรดแนบเอกสารอีกฉบับหากจำเป็น):

ชื่อสมาชิกในครอบครัว	ความสัมพันธ์กับผู้สมัคร	รายได้รวมต่อเดือน (ก่อนหักภาษี)
		\$
		\$
		\$
รายได้รวมต่อเดือนทั้งสิ้น		\$

F

รายได้อื่น ๆ ของครอบครัว (ไม่ใช่การจ้างงาน)

แหล่งรายได้อื่น ๆ	จำนวนเงินต่อเดือน
บริการเลี้ยงดูเด็ก/ค่าเลี้ยงดู	\$
การอุปถัมภ์ดูแล, ความช่วยเหลือจากชุมชนเมือง รายได้จากโบสถ์ ฯลฯ	\$
บำนาญ, ประกันสังคม, ประกันสังคมสำหรับผู้พิการ	\$
สินทรัพย์ให้เช่า	\$
กรรมธรม์บำนาญ ดอกเบี้ย เงิน บำเหน็จ	\$
ว่างงาน หรือ เงินชดเชยแรงงาน	\$
อื่น ๆ (โปรดระบุ)	\$
แหล่งรายได้อื่นทั้งหมด	\$

G

สินทรัพย์ของครอบครัว

ประเภทของสินทรัพย์	ทั้งหมด
เงินสด	\$
บัญชีเงินฝาก	\$
บัญชีกระแสรายวัน	\$
หุ้น	\$
พันธบัตร	\$
พันธบัตรออมทรัพย์	\$
บัตรเงินฝาก	\$
บัญชีตลาดเงิน	\$
กองทุนรวม	\$
ทรัสต์	\$
สินทรัพย์ทั้งหมด	\$

H

รายจ่ายต่อเดือนของครัวเรือน

ประเภทของรายจ่าย	จำนวนเงินต่อเดือน
ค่าเช่า	\$
การจ้างงาน	\$
การเลี้ยงดูบุตร	\$
ของใช้ในชีวิตประจำวัน	\$
จ่ายวดรถยนต์	\$
บิลค่าใช้จ่ายทั่วไป	\$
รายจ่ายต่อเดือนของครัวเรือน ทั้งหมด:	\$

ความยินยอม

ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยข้อมูลที่อยู่ในใบสมัครฉบับนี้แก่ Henry Ford Health System (HFHS) เพื่อการตรวจสอบสิทธิของข้าพเจ้าเพื่อการขอรับความช่วยเหลือทางการเงินตามนโยบายและขั้นตอนปฏิบัติของ HFHS ข้าพเจ้ายินยอมให้ HFHS ตรวจสอบยืนยันข้อมูลนี้ (หากจำเป็น) ซึ่งอาจรวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียงการขอรายงานข้อมูลประวัติการชำระสินเชื่อที่ยืนยันการจ้างงาน และ/หรือรายได้และการขอรับเอกสารสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง เอกสารแสดงรายได้และข้อมูลทั้งหมดที่ข้าพเจ้าให้ไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริง ถูกต้อง และครบถ้วน สมบูรณ์ดังที่ได้แสดงไว้ หากเมื่อใดก็ตามที่มีการตรวจสอบพบว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ไว้ นั้นไม่ถูกต้องหรือไม่เที่ยงตรง ความช่วยเหลือทางการเงินทั้งหมดจะถูกยกเลิก และข้าพเจ้าจะรับผิดชอบสำหรับค่าใช้จ่ายทั้งหมดและโดยทันทีสำหรับยอดเงินที่คงค้างใด ๆ และทั้งหมด นอกจากนี้ข้าพเจ้าจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายสำหรับจำนวนเงินที่ครบกำหนดหลังจากหักส่วนลดความช่วยเหลือทางการเงินบางส่วนแล้ว

ชื่อตัวบรรจง: _____ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย: _____

ลายมือชื่อ: _____ วันที่: _____

โปรดตรวจสอบยืนยันว่าคุณได้กรอกข้อมูลและให้เอกสารทั้งหมดที่จำเป็นสำหรับการประมวลผลคำขอของคุณก่อนการยื่นใบสมัครของคุณ:

<input type="checkbox"/> กรอกข้อมูลทุกหน้าของใบสมัครที่รวมถึงการลงลายมือชื่อและวันที่เรียบร้อยแล้ว	<input type="checkbox"/> เอกสารรายการเคลื่อนไหวปีล่าสุดสำหรับค่าจ้างและภาษี (แบบฟอร์ม Form W-2) และ/หรือรายได้เบ็ดเตล็ด Miscellaneous Income (แบบฟอร์ม Form 1099)	<input type="checkbox"/> สลิปเงินเดือน 2 เดือนล่าสุดพร้อมด้วยข้อมูลรายได้ตั้งแต่ต้นปีสำหรับสมาชิกในครอบครัวแต่ละคน
<input type="checkbox"/> เอกสารการเงินภาษีเงินได้จากรัฐบาลกลางสำหรับปีล่าสุด (แบบฟอร์ม Form 1040)	<input type="checkbox"/> สำเนาใบขับขีของรัฐมิชิแกนหรือบัตรประจำตัวประชาชนของรัฐมิชิแกนที่ยังไม่หมดอายุ	<input type="checkbox"/> เอกสารการเดินบัญชีธนาคารสองเดือนล่าสุดสำหรับบัญชีออมทรัพย์/กระแสรายวัน
<input type="checkbox"/> เอกสารพิสูจน์แสดงรายได้อื่น ๆ (กล่าวคือ รายได้จากกรให้เช่า ฯลฯ)	<input type="checkbox"/> แบบสำเนาบัตรประกันสุขภาพ กรณีคุณมีการคุ้มครองของประกันสุขภาพดังกล่าว	<input type="checkbox"/> แบบสำเนาเอกสารจดหมายปฏิเสธของ Medicaid หากเคยสมัครและเคยถูกปฏิเสธ

โปรดพึงทราบว่าอาจมีการร้องขอข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการทางการเงินเพื่อประเมินใบสมัครของคุณเพิ่มเติม