

A 병원(또는 진료소) 위치: 환자가 진료를 받은(진료를 받을) 병원을 선택하세요.

- Henry Ford Hospital HF Kingswood Hospital HF Macomb Hospital
 HF Medical Centers HF West Bloomfield Hospital HF Allegiance Hospital
 HF Wyandotte Hospital or HF Health Center Brownstown 기타(직접 기입) (_____)

B 환자 정보: 진료를 받는 환자 관련 내용을 이 섹션에 작성하세요

환자 이름: _____ 생년월일: _____
 사회 보장 번호: _____ MRN: _____ 보증인 ID: _____

C 진료비 지불 의무자(보증인): 진료비를 지불하는 사람 관련 내용을 이 섹션에 작성하세요.

지불 의무자 이름: _____ 환자와의 관계: _____
 (섹션 B와 다른 경우) _____
 주소: _____ 전화: _____
 시: _____ 주: _____ 우편번호: _____ 카운티: _____
 고용주: _____ 풀타임 근무 파트타임 근무 직장 전화: _____

D 건강 보험 수급 자격 확인

<p>1. Medicare 또는 Medicaid 지급을 신청했거나 지급을 거절당한 경험이 있나요?</p> <p>1a. Medicare Part A 1b. Medicare Part B 1c. Medicare Part C 1d. Medicaid</p> <p>Medicaid 지급을 거절했다면 최근 90일 이내에 거절했나요?</p>	<p><input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예</p>	<p>4. 고용주 또는 배우자의 고용주가 단체의료보험을 제공하나요?</p> <p>4a. 최근 3 ~ 6개월간 고용주를 통해 보험 보장을 받았나요?</p> <p>보장을 받은 경우, COBRA 적용 가능한가요?</p>	<p><input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예</p>
<p>2. 다음과 관련된 서비스에 대한 금융 지원을 신청하시나요?</p> <p>2a. 자동차 사고(Motor Vehicle Accident, MVA) 2b. 범죄 피해 2c. 산업재해보상보험 2d. 기타 부상(예: 미끄러지거나 떨어짐)</p>	<p><input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예</p>	<p>5. 다른 건강 보험을 보유하고 있나요?</p> <p>있는 경우 보험 관련 정보를 기입하세요.</p> <p>6. Henry Ford Health System 보험 적용 지역 내에 거주하는 영주권자인가요?</p>	<p><input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예</p>

E 가구원 및 가구 근로 소득

가족이 몇 명인가요? _____

소득이 있는 가구원 기입(필요하면 추가 용지 첨부):

가구원 이름	신청인과의 관계	월 총 소득 (공제 전)
		\$
		\$
		\$
월 총 소득 합계		\$

F 가구 기타 소득(취업 외)

기타 소득원	월 금액
자녀 양육비/이혼 수당	\$
위탁 양육, 타운십 수탁, 교회 소득 등	\$
연금, 사회 보장 연금, 사회 보장 장애인 보조금	\$
임대용 부동산	\$
연금, 이자, 퇴직금	\$
실업 또는 산재 보상금	\$
기타(직접 기입)	\$
기타 소득원 합계	\$

G 가계 자산

자산 유형	합계
현금	\$
예금 계좌	\$
당좌 계좌	\$
주식	\$
채권	\$
저축성 채권	\$
양도성 예금 증서(Certificates of Deposit, CD)	\$
금융시장 예금 계좌(Money Market Accounts)	\$
뮤추얼 펀드	\$
신탁	\$
총 자산	\$

H 가구 월 지출

비용 유형	월 금액
임대료(집세 등)	\$
담보 대출	\$
자녀 양육비	\$
식료품류	\$
자동차 할부금	\$
일반 청구서	\$
가구 월 지출 합계:	\$

허가 인증

본인은 이로써 HFHS 정책 및 절차에 따라 금융 지원 수급 자격 상태를 확인하기 위한 용도로 본 신청서에 있는 정보를 Henry Ford Health System(HFHS)에 공개하는 것을 허가합니다. 본인은 신용 조사 보고서 입수, 취업 및/또는 소득 확인, 적절한 증빙 서류 입수 등(이에 국한되지 않음)의 HFHS가 필요에 따라 이 정보가 맞는지 확인하도록 허가합니다. 본인이 이 신청서에 제공한 모든 정보 및 소득 서류는 진짜이고, 정확하며 표시된 대로 완전합니다. 언제라도 본인이 제공한 정보가 거짓이거나 정확하지 않은 것으로 확인되는 경우 모든 금융 지원이 취소되고 본인은 모든 미지불 잔액 전액을 즉시 지불할 책임을 수락합니다. 본인은 또한 금융 지원 부분 할인 후 지불해야 하는 금액에 대한 납입 책임을 수락하기로 동의합니다.

정자체 이름: _____ 환자와의 관계: _____

서명: _____ 날짜: _____

신청서를 반환하기 전 귀하의 요청을 처리하는 데 필요한 해당 서류를 전부 작성하여 제출했는지 확인하십시오.

<input type="checkbox"/> 서명 및 날짜를 포함해 작성 완료한 신청서 전체 페이지 수	<input type="checkbox"/> 최근 연도 임금 및 세금 명세서(Form W-2) 및/또는 기타 소득 명세서(Form 1099)	<input type="checkbox"/> 각 가구원의 올해 초부터 현재까지 소득이 포함된 최근 2개월치 급여 명세서
<input type="checkbox"/> 최근 연도 연방 소득세 신고 (Form 1040)	<input type="checkbox"/> 유효한 미시간 주 운전 면허증 또는 미시간 주 신분증 사본	<input type="checkbox"/> 당좌/예금 계좌 최근 2개월치 내역서
<input type="checkbox"/> 기타 소득(즉, 임대용 부동산 등) 증명서	<input type="checkbox"/> 보험 보장되는 경우 의료 보험 카드 사본 포함	<input type="checkbox"/> 신청 후 지급을 거절당한 경우 Medicaid 지급 거절 확인서 사본 포함

신청서를 추가로 평가하기 위해 개인 금융 지원 필요 진술서를 요청할 수 있습니다.