

## FINANZHILFE-PROGRAMM

### ANTRAG

- Das Finanzhilfe-Programm bietet bestimmten Patienten Ermäßigungen auf versicherte Dienstleistungen.
- Bitte füllen Sie den beigefügten Antrag auf Finanzhilfe aus und senden ihn mit Datum und Unterschrift versehen einschließlich der erforderlichen Einkommensüberprüfungsunterlagen per Fax oder reichen ihn am Ort, wo die Dienste erbracht werden, ein.
- Ihr ausgefüllter Antrag wird auf eine Ermäßigung bis zu 100 % der Gesamtkosten hin (ausschließlich entsprechender Zuzahlungen) überprüft.
  - *Zuzahlungen zum Finanzhilfe-Programm, die nachstehend aufgeführt sind, werden bei der Ermäßigung nicht berücksichtigt:*
    - *Ambulante Behandlung / Diagnostik* *\$ 5,00 Eigenanteil*
    - *Aufwendige Diagnostik / dringende Pflegedienste* *\$25,00 Eigenanteil*
    - *Ambulante Behandlung / Notfallversorgung oder stationärer Aufenthalt* *\$50,00 Eigenanteil*
  - **Anmerkung: Zuzahlungen gelten nicht für Arztbesuche**
- Wenn Sie nicht für das Finanzhilfeprogramm qualifiziert und nicht versichert sind, erhalten Sie automatisch eine Ermäßigung für Nichtversicherte auf allen medizinischen Leistungen (ausgenommen kosmetische oder Wahldienste).

### Anspruchsberechtigung

Um sich für das „Finanzhilfeprogramm“ zu qualifizieren, müssen Sie alle oder einen Teil der folgenden Unterlagen einreichen:

- Eine Kopie der Steuererklärung des letzten Jahres
- Kopien der laufenden Arbeitsentgelte, falls zutreffend
- Zusätzliche Dokumente zur Einkommensüberprüfung aus anderen Quellen; Beispiele sind unter anderem: Kinderunterhalt, Unterhalt, Arbeitnehmerentschädigung, öffentliche Unterstützung, Einkommen aus Selbständigkeit, Arbeitslosengeld etc.
- Das gesamte Haushaltseinkommen der Bedarfsgemeinschaft muss in Ihren Antrag einfließen, einschließlich des Wohnsitznachweises und der Einkommensquellen.
- Sollte während des Überprüfungsverfahrens festgestellt werden, dass eine Anspruchsberechtigung unter einer alternativen Finanzierungsquelle vorliegt, werden Sie ggf. aufgefordert, einen Antrag für das Alternativprogramm auszufüllen, bevor das Finanzhilfe-Programm in Betracht gezogen werden kann. Beispiel: Antrag auf Medicaid Assistance, Nichtversicherte Kraftfahrer etc.

**Bitte beachten:** *Mangelnde Zusammenarbeit bei der Suche nach Deckungsmöglichkeiten durch andere Programme (d. h. Medicaid, Invaliditäts-, Schadensersatzanspruch, Arbeitnehmerentschädigung, nicht versicherte Kraftfahrer etc.) kann die Verweigerung der Anspruchsberechtigung für das Finanzhilfeprogramms zur Folge haben.*

### FINANZHILFE IST NICHT ERHÄLTlich FÜR:

- Die meisten Zuzahlungen, Selbstbehalte und Mitversicherung.
- Persönliche Gegenstände wie Telefon- und Fernsehkosten.
- Dienstleistungen, die nicht medizinisch zwingend sind, einschließlich Auswahlverfahren, kosmetische Verfahren und Sterilitätsbehandlungen.
- Dienstleistungen, die durch eine Versicherung in einem anderen Gesundheitsnetzwerk abgedeckt werden.

### UNTERSTÜTZUNG

Bei Fragen zur Finanzhilfe-Richtlinie oder für Hilfe beim Ausfüllen des Finanzhilfe-Antrags oder für die korrekte Postanschrift zur Einreichung Ihres ausgefüllten Antrags, wenden Sie sich bitte an die folgenden Stellen:

Einrichtung/Gesundheitssystem, wo Dienstleistungen angeboten werden	Finanzberater	Kundendienst	Finanzberater Fax Nr.	Versand des ausgefüllten Antrags an:
Genesys Health System	810-606-7431	888-544-7737	810-606-7897	Patientenzugang / Abt. Finanzberatung One Genesys Parkway, Grand Blanc, MI 48439
St. Mary's of Michigan – Saginaw	989-907-7585	888-978-6279	989-907-7765	Abt. Finanzberatung 4599 Towne Centre Rd. Saginaw, MI 48604
St. Mary's of Michigan – Standish Hospital	989-846-3586	888-978-6279	989-846-3541	Abt. Finanzberatung 805 W. Cedar St., Standish, MI 48658
St. Joseph's Health System – Tawas	989-984-3796	877-216-5873	989-362-2106	Abt. Finanzberatung 200 Hemlock, Tawas City, MI 48764
Ascension Medical Group Ärzte Genesys	844-701-9988	844-701-9988	512-324-8962	N.R.S.C – Abt. Finanzhilfe 4616 West Howard Lane, Suite 850 Austin, Texas 78728
Ascension Medical Group Ärzte St. Mary's, Standish und St. Joseph's Gesundheitsdienstleister	800-566-5050	800-566-5050	317-583-2753	N.R.S.C – Abt. Finanzhilfe 10330 N Meridian St., Suite 200 Indianapolis, IN 46290

Wenn Sie finanzielle oder sonstige Informationen senden (faxen), die für die Anspruchsberechtigung verwendet werden sollen, schreiben Sie bitte rechts oben auf jeder Seite, die gefaxt wird, den Patientennamen, Geburtsort und Geburtsdatum sowie die Kontonummer (falls zutreffend).

**Vielen Dank für Ihr Vertrauen in unser Gesundheitsversorgungsangebot**

## ANTRAG AUF FINANZHILFE PROGRAMM

PATIENTENDATEN (BITTE IN DRUCKSCHRIFT AUSFÜLLEN)					Konto-Nr.	
Name der/des Patient(in/en):		Geburtsdatum	Familienstand	Geschlecht		Telefon-Nr.
Anschrift:		Stadt	Bundesstaat	PLZ	E-Mail-Adresse	
Sozialversicherungsnummer	Arbeitgeber			Vollzeit Teilzeit		Wie viele Std./Wo.
Anschrift des Arbeitgebers:		Stadt	Bundesstaat	PLZ		Telefon-Nr.

### DATEN DER VERANTWORTLICHEN PARTEI

Name		Geburtsdatum	Familienstand	Geschlecht		Telefon-Nr.
Das gleiche wie oben						
Anschrift			Bundesstaat	PLZ	E-Mail-Adresse	
Sozialversicherungsnummer	Arbeitgeber			Vollzeit Teilzeit		Wie viele Std./Wo.
Anschrift des Arbeitgebers		Stadt	Bundesstaat	PLZ		Telefon-Nr.

### DATEN DER/DES EhePARTNER(IN/S) DER VERANTWORTLICHEN SEITE

Name der/des Ehepartner(in/s)			Sozialversicherungsnummer		Geburtsdatum
Arbeitgeber d. Ehepartner(in/s):	Anschrift:		Stadt	Bundesstaat	PLZ
					Telefon-Nr.

### UNTERHALTSBERECHTIGTE:

Name	Alter	Verhältnis	Name	Alter	Verhältnis

**MONATLICHES BRUTTOGEHALT**

Erwerbseinkünfte Antragsteller(in)	_____
Einkünfte Antragsteller(in)	_____
Sozialversicherungsleistungen	_____
Rente/Ruhestandsbezüge	_____
Arbeitslosenunterstützung	_____
Zahlungen aus d. Arbeitsunfallvers.	_____
Zins-/Dividendenerträge	_____
Kindesunterhalt	_____
Versorgungsausgleich	_____
Mieteinnahmen	_____
Lebensmittelgutscheine	_____
Sonstige	_____
Sonstige	_____
<b>GESAMTBRUTTOEINKOMMEN:</b>	<b>\$ _____</b>

**VERMÖGEN**

Barbestand	_____
Sparkonto	_____
Girokonto	_____
Einlagenzertifikate	_____
Versicherungen	_____
Lebensversicherung	_____
Sonstiges Grundvermögen	_____
Sonstige	_____
<b>Fahrzeug/Marke u. Modell:</b>	<b>Wert</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
<b>Ausgleichsleistungen:</b>	
Lebensversicherung	_____
Erbschaft	_____
Sonstige	_____
<b>GESAMTWERT D. VERMÖGENS:</b>	<b>\$ _____</b>

**MONATL. LEBENSHALTUNG**

	Zahlung	Saldo
Hypothek/Miete	_____	_____
Strom	_____	_____
Gas	_____	_____
Telefon	_____	_____
Wasser	_____	_____
Lebensmittel	_____	_____
Kabelfernsehen	_____	_____
Abzahlung eines Autos	_____	_____
Handy	_____	_____
Tagesbetreuung	_____	_____
Kinderunterhalt/Versorgungsausgleich	_____	_____
Verschreibungspflichtige Medikamente	_____	_____
<b>Kreditkarten:</b>		
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
<b>Andere Arzt-/Krankenhaus-Krankenhausrechnungen:</b>		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<b>Versicherungskosten:</b>		
1. Kfz	_____	_____
2. Eigentum	_____	_____
3. Kranken-/Lebensvers.	_____	_____
<b>Sonstige Kreditzahlungen:</b>		
1.	_____	_____
2.	_____	_____
<b>Sonstige monatliche Zahlungen:</b>		
COBRA	_____	_____
Lebensversicherung	_____	_____
3.	_____	_____
<b>MONATL. AUSGABEN gesamt:</b>	<b>\$ _____</b>	<b>\$ _____</b>

**ANMERKUNGEN:**

---



---

Hiermit bestätige ich, dass die obigen Angaben nach bestem Wissen und Gewissen der Wahrheit entsprechen und vollständig sind. Ich autorisiere hiermit das Krankenhaus, Informationen von externen Wirtschaftsauskunfteien einzuholen, wenn das Krankenhaus dies für erforderlich hält.

\_\_\_\_\_ Datum
 \_\_\_\_\_ Unterschrift der/des Patient(in/en), der/des Ehepartner(in/s) oder des gesetzlichen Vertreters



Unterschrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**Nur vom Administrator des Finanzhilfe-Programms auszufüllen**

Einkommen / Unterhaltsberechtigte / Ausgabenüberprüfung	
Geprüftes Gesamteinkommen (alle Quellen)	
Geprüfte Unterhaltsberechtigungen	
Geprüfte Gesamtausgaben	

Angewandte Methode für F.A.P. Festlegen der Anspruchsberechtigung (alle zutreffenden mit Kreis versehen)	
<input checked="" type="checkbox"/>	Bedürftigkeitsüberprüfung
<input checked="" type="checkbox"/>	Voraussichtlich - Art der Annahme
<input checked="" type="checkbox"/>	Stufen-Skala

Andere Betrachtung in F.A.P. Festlegung der Anspruchsberechtigung	

F.A.P. Festlegung der Anspruchsberechtigung/Status	
<input type="checkbox"/> bewilligt	Ermäßigung %:
<input type="checkbox"/> ausstehend	Grund:
<input type="checkbox"/> verweigert	Grund:
<b>Ausgewertet und bestimmt von Name:</b>	
<b>Telefon:</b>	

F.A.P. Schriftliche Benachrichtigung	
Datum der Benachrichtigung an den Antragsteller:	
F.A.P. Wie wurde der Antragsteller benachrichtigt	
<input type="checkbox"/>	Benachrichtigung per Telefon – Name für die persönliche Benachrichtigung wurde weitergeleitet an:
<input type="checkbox"/>	Benachrichtigung durch U.S. Mail (Kopie des Schreibens in der Akte)
<input type="checkbox"/>	Benachrichtigung auf andere Weise: Beschreibung:
<b>Benachrichtigung ausgeführt durch Name:</b>	
<b>Telefon:</b>	

**F.A.P. Kontobearbeitung**

<b>Konto-Nr.</b>	<b>Konto bearbeitet/angepasst</b>	<b>Konto-Nr.</b>	<b>Konto bearbeitet/angepasst</b>
<b><i>Datum:</i></b>	<b><i>Bearbeitet/angepasst von: Name:</i></b>		<b><i>Telefon:</i></b>