



# Ascension

Datum:

Liebe(r) Patient(in)/Antragsteller(in),

Ascension ist von Mitgefühl geprägt und engagiert sich für eine individualisierte Versorgung aller Menschen – insbesondere der Bedürftigsten. Es ist unsere Mission und unser Privileg, unseren Patienten finanzielle Unterstützung zu bieten. Finanzielle Unterstützung ist nur verfügbar für die Notfallversorgung und andere medizinisch notwendige Versorgung. Vielen Dank, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken, dass wir uns um Sie und Ihre Familie in allen Fragen der Gesundheitsversorgung kümmern.

Sie erhalten dieses Schreiben und den beigefügten Antrag auf finanzielle Unterstützung, da wir Ihre entsprechende Anfrage erhalten haben. Wenn Sie eine solche Anfrage nicht gestellt haben, ignorieren Sie dieses Schreiben und das Antragsformular bitte. Füllen Sie bitte beide Seiten aus und unterschreiben und datieren Sie das Formular, bevor Sie es zurück senden. Wenn Sie innerhalb der letzten sechs Monate einen Antrag ausgefüllt haben und Ihnen finanzielle Unterstützung bewilligt wurde, lassen Sie uns dies bitte wissen. Bereits mehr als sechs Monate zurückliegende Bewilligungen bilden leider keine ausreichende Grundlage mehr.

Gemeinsam mit dem Antrag müssen Sie auch einen Nachweis Ihres Haushaltseinkommens vorlegen sowie einen Nachweis aller Vermögenswerte jedes Haushaltsmitglieds.

## **Beispiele für den Nachweis von Einkommen und Vermögen sind:**

- Kopien der letzten drei Gehaltsabrechnungen des Arbeitgebers
- Kopie der letzten jährlichen Steuererklärung (bei Selbständigkeit bitte alle Formulare kopieren)
- Sozialversicherungs- und/oder Rentenbescheid
- Letzte Jahressteuererklärung eines Elternteils oder Erziehungsberechtigten, wenn es sich bei der/dem Antragsteller(in) um eine(n) Unterhaltsberechtigte(n) handelt, die/der im Steuerformular der betreffenden Person aufgeführt und jünger als 25 Jahre ist
- Kopie eines Belegs erhaltener Arbeitslosenunterstützung
- Bewilligung/Ablehnung des Anspruchs auf Medicaid und/oder staatlich finanzierte medizinische Hilfe
- Sonstige Bescheinigungen über Einkünfte

## **Beispiele für den Nachweis von Vermögenswerten sind:**

- Aktuelle Kontoauszüge (Giro- und Sparkonten) der letzten 3 Monate
- Investitionen, einschließlich Aktien und Anleihen
- Treuhandfonds
- Geldmarktkonten
- Offene Investmentfonds

Schließlich können wir möglicherweise Ihre ausstehenden Arztrechnungen bei der Prüfung Ihres Anspruchs auf finanzielle Unterstützung berücksichtigen. Wenn Sie möchten, dass wir dies berücksichtigen, legen Sie bitte auch Unterlagen über Ihre ausstehenden monatlichen Arzt- und Apotheken-/Arzneimittelkosten vor, z. B. aktuelle Rechnungen oder Kontoauszüge. **Beachten Sie bitte, dass der Antrag nur dann bearbeitet werden kann, wenn 1) der ausgefüllte Antrag zusammen mit 2) dem Einkommensnachweis, 3) Vermögensnachweis und gegebenenfalls 4) den ausstehenden Rechnungen für medizinische Leistungen eingereicht wurde. Unvollständige Anträge können leider nicht bearbeitet bzw. berücksichtigt werden.**

Bitte beachten Sie im Zusammenhang mit Ihrer Antragstellung, dass die Kommunikation per E-Mail über das Internet nicht sicher ist. Obwohl es unwahrscheinlich ist, besteht die Möglichkeit, dass in einer E-Mail enthaltene Informationen von anderen Personen als derjenigen, an die sie gerichtet ist, abgefangen und gelesen werden. Der Schutz und die Sicherheit Ihrer personenbezogenen Daten liegen uns am Herzen. Da der Antrag Ihre Sozialversicherungsnummer und andere personenbezogene Daten enthält, bitten wir Sie, diese nicht per E-Mail zu versenden.

**Bitte drucken Sie Ihren ausgefüllten Antrag aus und senden Sie ihn per Post an folgende Adressen:**

**Ascension St. Vincent's  
PO Box 932886  
Atlanta, GA 31193,  
USA**

**Ascension Medical Group  
PO Box 80278  
Indianapolis, IN 46240, USA**

Wir möchten, dass Patientinnen und Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, diese auch erhalten, und bieten Ihnen deshalb unsere Hilfe an. Wenn Sie Fragen zu diesem Antrag, zu den erforderlichen Unterlagen oder zur Übermittlung Ihres Antrags an uns, kontaktieren Sie bitte einen unserer Patientenbetreuer unter 904-308-7381

Mit freundlichen Grüßen

Finanzdienstleistungen für  
Patienten, Ascension

# Antragsformular für finanzielle Unterstützung



Ascension

## Patienteninformationen

(Bitte in Druckschrift ausfüllen. Alle Felder müssen ausgefüllt werden. Geben Sie „N/A“ an, wenn eine Zeile in Ihrem Fall nicht zutrifft)

Datum \_\_\_\_\_ Kontonummer \_\_\_\_\_

Name (Vor- und Nachname) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

Postanschrift \_\_\_\_\_ Stadt \_\_\_\_\_ Bundesland \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer (optional) \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Beschäftigungsstatus \_\_\_\_\_

Anzahl der Arbeitsstunden pro Woche \_\_\_\_\_ Telefonnummer des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

## Angaben der verantwortlichen Seite/Angaben des Erziehungsberechtigten

(Wenn der o. g. Patient und die verantwortliche Partei die gleiche Person sind, lassen Sie diesen Abschnitt frei.)

Name (Vor- und Nachname) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

Postanschrift \_\_\_\_\_ Stadt \_\_\_\_\_ Bundesland \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer (optional) \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Beschäftigungsstatus \_\_\_\_\_

Anzahl der Arbeitsstunden pro Woche \_\_\_\_\_ Telefonnummer des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

## Angaben der/des Ehepartner(in/s) der verantwortlichen Seite

(Wenn der Patient und die verantwortliche Seite die gleiche Person sind, geben Sie für den Patienten die Daten der/des Ehepartner(in/s) ein.)

Name (Vor- und Nachname) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

Postanschrift \_\_\_\_\_ Stadt \_\_\_\_\_ Bundesland \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer (optional) \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Beschäftigungsstatus \_\_\_\_\_

Anzahl der Arbeitsstunden pro Woche \_\_\_\_\_ Telefonnummer des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

## Unterhaltsberechtigzte der verantwortlichen Partei

(Wenn der Patient und die verantwortliche Seite die gleiche Person sind, geben Sie für den Patienten die Daten der/des Ehepartner(in/s) ein.)

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Verhältnis zum/zur Verantwortlichen \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Verhältnis zum/zur Verantwortlichen \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Verhältnis zum/zur Verantwortlichen \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Verhältnis zum/zur Verantwortlichen \_\_\_\_\_

Anzahl der im Haushalt lebenden Erwachsenen und Kinder \_\_\_\_\_

## Monatliches Einkommen

(Bitte im Folgenden stets Beträge in US-Dollar angeben. Bitte stets den monatlichen Betrag angeben.)

Arbeitseinkommen Antragsteller \_\_\_\_\_  
Arbeitseinkommen Ehepartner des Antragstellers \_\_\_\_\_  
Sozialleistungen \_\_\_\_\_  
Einkommen aus Pension/Rente \_\_\_\_\_  
Erwerbsminderungsrente \_\_\_\_\_  
Arbeitslosengeld \_\_\_\_\_  
Arbeitnehmerabfindung \_\_\_\_\_  
Einkommen aus Zinsen/Dividenden \_\_\_\_\_

Empf. Kindesunterhalt \_\_\_\_\_  
Empf. Unterhaltszahlungen \_\_\_\_\_  
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung \_\_\_\_\_  
Lebensmittelgutscheine \_\_\_\_\_  
Einkünfte aus Treuhandfonds \_\_\_\_\_  
Sonstige Einkünfte \_\_\_\_\_  
Sonstige Einkünfte \_\_\_\_\_  
**Gesamtes monatliches Bruttoeinkommen in USD** \_\_\_\_\_

## Monatliche Lebenshaltungskosten

Hypothek/Miete \_\_\_\_\_  
Nebenkosten \_\_\_\_\_  
Telefon (Festnetz) \_\_\_\_\_  
Handy \_\_\_\_\_  
Lebensmittel/Essen \_\_\_\_\_  
Kabel/Internet/Satelliten-TV \_\_\_\_\_  
Autokredit \_\_\_\_\_  
Kinderbetreuung \_\_\_\_\_

Kindesunterhalt/Unterhaltszahlungen \_\_\_\_\_  
Kreditkarten \_\_\_\_\_  
Arzt-/Krankenhausrechnungen \_\_\_\_\_  
Auto/Autoversicherung \_\_\_\_\_  
Haus-/Grundstücksversicherung \_\_\_\_\_  
Krankenkasse/Krankenversicherung \_\_\_\_\_  
Lebensversicherung \_\_\_\_\_  
Sonstige monatliche Ausgaben \_\_\_\_\_  
**Gesamte monatliche Ausgaben in USD** \_\_\_\_\_

## Vermögen

Bargeld/Ersparnisse/Girokonten \_\_\_\_\_  
Aktien/Anleihen/Anlagen/CD(s) \_\_\_\_\_  
Sonstige Immobilien/Zweitwohnsitz \_\_\_\_\_  
Boot/Wohnmobil/Motorrad/Freizeitfahrzeug \_\_\_\_\_  
Sammlerautos/nicht notwendige Autos \_\_\_\_\_  
Sonstiges Vermögen \_\_\_\_\_

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

Unterschrift des Antragstellers \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

**Anmerkungen** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_