

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

Alexian Brothers Health System, das am Markt als Tochtergesellschaft von Ascension Illinois auftritt, 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 Ihre Gesundheitsversorgung und die Ihrer Familie anvertrauen.

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 zurückschicken. Falls Sie innerhalb der letzten sechs Monate einen Antrag gestellt haben und Ihnen finanzielle Unterstützung bewilligt wurde, lassen Sie uns dies bitte wissen. Möglicherweise müssen Sie dann keinen neuen Antrag stellen. Anträge, die länger als sechs Monate zurückliegen, können leider nicht berücksichtigt werden.

Fügen Sie Ihrem Antrag bitte die Kopie mindestens einer der folgenden Unterlagen als Einkommensnachweis an. Wenn Sie verheiratet sind oder seit mindestens sechs Monaten mit jemandem zusammenleben, muss auch diese Person die Kopie mindestens einer der folgenden Unterlagen als Nachweis ihres Einkommens vorlegen, bevor der Antrag bearbeitet werden kann.

- Kopien der letzten zwei Gehaltsabrechnungen des Arbeitgebers
- Kopie der letzten jährlichen Steuererklärung (bei Selbständigkeit bitte alle Formulare kopieren)
- Sozialversicherungs- und/oder Rentenbescheid
- Letzte jährliche Steuererklärung des 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 unter 25 Jahre alt ist
- Sonstige Bescheinigungen über Einkünfte
- Kopien der Bankauszüge der letzten drei Monate
- Kopie eines Belegs erhaltener Arbeitslosenunterstützung

Außerdem fügen Sie bitte Unterlagen bei, die belegen, welche monatlichen Rechnungsbeträge für ärztliche Behandlungen und Medikamente Sie nach wie vor schulden.

Bitte beachten Sie, dass Ihr Antrag nur bearbeitet wird, wenn uns neben dem ausgefüllten Antrag auch der Einkommensnachweis vorliegt. Unvollständige Anträge können leider nicht bearbeitet oder berücksichtigt werden.

Bitte beachten Sie, 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 als der Person, an die sie gerichtet sind, abgefangen und gelesen werden.

Wir möchten Ihre persönlichen Daten schützen und sicherstellen, dass sie sicher bleiben. 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 Briefpost an folgende Adresse:

Ascension Illinois PFS  
Attention: Financial Assistance Department  
PO Box 74008855  
Chicago, IL 60674-8855

Bei Fragen zu diesem Antrag wenden Sie sich bitte an einen unserer Patientenvertreter unter 833-272-7585.

Mit freundlichen Grüßen

Finanzdienstleistungen für Patienten  
Ascension Illinois

# Finanzielle Unterstützung

## Antragsformular

**Wichtig: SIE KÖNNEN MÖGLICHERWEISE KOSTENLOSE ODER ERMÄSSIGTE VERSORGUNG ERHALTEN:** Durch das Ausfüllen dieses Antrags kann Alexian Brothers Health System, das am Markt als Tochtergesellschaft von Ascension Illinois auftritt, feststellen, ob Sie kostenlose oder vergünstigte Leistungen oder andere öffentliche Programme erhalten können, die zur Bezahlung Ihrer Gesundheitsversorgung beitragen können. Bitte reichen Sie diesen Antrag bei der im Anschreiben angegebenen Adresse ein.

WENN SIE NICHT VERSICHERT SIND, BENÖTIGEN SIE KEINE SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER, UM ANSPRUCH AUF KOSTENLOSE ODER ERMÄSSIGTE VERSORGUNG ZU HABEN. Für einige öffentliche Programme, einschließlich Medicaid, wird allerdings eine Sozialversicherungsnummer benötigt. Die Angabe einer Sozialversicherungsnummer ist nicht verpflichtend, hilft Alexian Brothers Health System, das am Markt als Tochtergesellschaft von Ascension Illinois auftritt, zu bestimmen, ob Sie für öffentliche Programme anspruchsberechtigt sind. Bei Fragen, die als „optional“ gekennzeichnet sind, hat Ihre Antwort (oder Nichtbeantwortung) keinen Einfluss auf die Entscheidung über Ihren Antrag.

Zur Beantragung einer vollständigen oder teilweisen Ermäßigung von Behandlungskosten füllen Sie dieses Formular bitte aus und senden Sie es per Briefpost, -Mail oder Fax an Alexian Brothers Health System, das am Markt als Tochtergesellschaft von Ascension Illinois auftritt, oder geben sie es dort persönlich ab, und zwar in jedem Fall möglichst bald nach erfolgter Leistungserbringung. Wir nehmen Ihren Antrag bis zu 240 Tage nach dem Datum der Ausstellung der ersten Rechnung für Ihre Versorgung an. Mit dem Einreichen dieses Antrags bestätigen Sie, dass Sie sich nach bestem Wissen und Gewissen bemüht haben, alle im Antrag geforderten Informationen bereitzustellen, um Alexian Brothers Health System, das am Markt als Tochtergesellschaft von Ascension Illinois auftritt, bei der Beurteilung der Anspruchsberechtigung des Patienten bzw. der Patientin zu unterstützen. Bei Fragen zum Antragsprozess steht Ihnen die Finanzberatungsabteilung von Alexian Brothers Health System, das am Markt als Tochtergesellschaft von Ascension Illinois auftritt, unter 833-272-7585 gerne zur Verfügung.

Sollten Sie im Zuge der Beantragung eines Rabatts für nicht versicherte Patienten oder von finanzieller Unterstützung eines Krankenhauses Anlass zu Beschwerden oder Besorgnissen haben, können Sie diese dem Amt für Gesundheitswesen des Generalstaatsanwalts von Illinois melden. Die gebührenfreie Hotline des Gesundheitsamts lautet 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

### Angaben zum Patiente/zur Patientin

*(Bitte in Druckschrift ausfüllen. Alle Felder müssen ausgefüllt werden. Geben Sie „N/A“ an, wenn eine Zeile etwas voraussetzt, das in Ihrem Fall nicht gegeben ist.)*

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

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

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

Optional – Gender-Identität – Sehen Sie sich selbst als:  Mann  Frau  Transgender Mann/Transmann/Frau-zu-Mann (FzM)

Transgender Frau/Transfrau/Mann-zu-Frau (MzF)  queer/Geschlecht nicht konform, weder ausschließlich männlich noch weiblich

Zusätzliche Geschlechterkategorie (oder sonstige)

Optional – Geschlechtsidentität: Welches Geschlecht wurde ursprünglich auf Ihrer Geburtsurkunde angegeben?:  Männlich  Weiblich

Optional – Race:  Weiß  Schwarz oder Afroamerikanisch  Indianisch oder Alaskisch  Indisch  Chinesisch  Philippinisch

Japanisch  Koreanisch  Vietnamesisch  Sonstig asiatisch  Hawaiisch  Guamanisch oder Chamorro  Samoanisch

Sonstig pazifisch

Optional – Ethnie:  Hispanischer, lateinamerikanischer oder spanischer Herkunft  Mexikanisch, amerikanisch-mexikanisch,

Chicano/a  Puerto-ricanisch

Kubanisch  Anderer hispanischer, lateinamerikanischer oder spanischer Herkunft

Optional – Sprache – Sprechen Sie zu Hause eine andere Sprache als Englisch?:  Ja  Nein

Wenn ja, welche Sprache? \_\_\_\_\_

Postadresse \_\_\_\_\_ Stadt \_\_\_\_\_ Bundesstaat \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_

Optional – Sozialversicherungsnummer \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

### Angaben zum/zur Verantwortliche/n bzw. gesetzlichen Vertreter/in

(Wenn der obige Patient mit dem/der Verantwortlichen identisch ist, lassen Sie diesen Abschnitt bitte leer.)

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

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

Postadresse \_\_\_\_\_ Stadt \_\_\_\_\_ Bundesstaat \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_

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

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

### Angaben zum Ehepartner des/der Verantwortlichen

(Wenn der/die Verantwortliche mit dem Patienten bzw. der Patientin übereinstimmt, bitte stattdessen Angaben zum Ehepartner des Patienten bzw. der Patientin machen.)

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

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

Postadresse \_\_\_\_\_ Stadt \_\_\_\_\_ Bundesstaat \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_

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

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

Telefonnummer des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

### Angehörige des/der Verantwortlichen

(Wenn der/die Verantwortliche mit dem Patienten bzw. der Patientin übereinstimmt, bitte stattdessen Angaben zum Ehepartner des Patienten bzw. der Patientin machen.)

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

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

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

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

Zahl der Haushaltsmitglieder (Erwachsene und Kinder) \_\_\_\_\_



System, das am Markt als Tochtergesellschaft von Ascension Illinois auftritt, überprüft werden können, und ich erlaube Alexian Brothers Health System, das am Markt als Tochtergesellschaft von Ascension Illinois auftritt, sich zwecks Überprüfung der in diesem Antrag gemachten Angaben an Dritte zu wenden. Ich verstehe, dass ich, wenn ich in diesem Antrag wissentlich unwahre Informationen zur Verfügung stelle, keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung habe, jegliche mir gewährte finanzielle Unterstützung rückgängig gemacht werden kann und ich dann für die Begleichung der Rechnung(en) verantwortlich bin.

Unterschrift Antragsteller(in) \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

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