



Ascension

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. Dann senden Sie es bitte zurück. 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.

Zusammen mit dem Antrag müssen Sie einen Nachweis über Ihr Haushaltseinkommen sowie einen Nachweis über alle Vermögenswerte jedes Haushaltsmitglieds vorlegen.

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) Unterhaltsberechtigten(n) handelt, die/der im Steuerformular der betreffenden Person aufgeführt und unter 25 Jahre alt 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 Adresse:

Für Krankenhauskonten bei Ascension St. Vincent

Postfach 713441

Chicago, IL 60677-4341, USA

Für Konten medizinischer Gruppen:

Postfach 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, rufen Sie bitte einen unserer Patientenbetreuer unter 866-435-2078 an.

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 _____ Telefon-Nummer _____

Postanschrift _____ Stadt _____ Bundesland _____ PLZ _____

Sozialversicherungsnummer (optional) _____

Arbeitgeber _____ Status der Beschäftigung _____

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 _____ Telefon-Nummer _____

Postanschrift _____ Stadt _____ Bundesland _____ PLZ _____

Sozialversicherungsnummer (optional) _____

Arbeitgeber _____ Status der Beschäftigung _____

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 _____ Telefon-Nummer _____

Postanschrift _____ Stadt _____ Bundesland _____ PLZ _____

Sozialversicherungsnummer (optional) _____

Arbeitgeber _____ Status der Beschäftigung _____

Anzahl der Arbeitsstunden pro Woche _____ Telefonnummer des Arbeitgebers _____

Unterhaltsberechtigter 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 _____ Beziehung zur verantwortlichen Partei _____

Name _____ Geburtsdatum _____ Verhältnis zum Verantwortlichen _____

Name _____ Geburtsdatum _____ Verhältnis zum Verantwortlichen _____

Name _____ Geburtsdatum _____ Verhältnis zum 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 des Antragstellers _____ | Empf. Kindesunterhalt _____ |
| Arbeitseinkommen Ehepartner des Antragstellers _____ | Empf. Unterhaltszahlungen _____ |
| Sozialleistungen _____ | Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung _____ |
| Einkommen aus Rente/Pension _____ | Lebensmittelgutscheine _____ |
| Erwerbsminderungsrente _____ | Einkünfte aus Treuhandfonds _____ |
| Arbeitslosengeld _____ | Sonstige Einkünfte _____ |
| Arbeitnehmerabfindung _____ | Sonstige Einkünfte _____ |
| Einkommen aus Zinsen/Dividenden _____ | Gesamtes monatliches Bruttoeinkommen in USD _____ |

Monatliche Lebenshaltungskosten

| | |
|------------------------------------|---|
| Hypothek/Miete _____ | Kindesunterhalt/Unterhaltszahlungen _____ |
| Nebenkosten _____ | Kreditkarten _____ |
| Telefon (Festnetz) _____ | Arzt-/Krankenhausrechnungen _____ |
| Handy _____ | Auto/Autoversicherung _____ |
| Lebensmittel/Essen _____ | Haus-/Grundstücksversicherung _____ |
| Kabel/Internet/Satelliten-TV _____ | Krankenkasse/Krankenversicherung _____ |
| Autokredit _____ | Lebensversicherung _____ |
| Kinderbetreuung _____ | 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 Antragsteller(in) _____

Datum _____

Anmerkungen _____

