

**Ascension Via Christi Health**

**RICHTLINIE ZUR FINANZIELLEN  
UNTERSTÜTZUNG 1. Juli 2025**

**RICHTLINIEN/PRINZIPIEN**

Es ist die Richtlinie der unter diesem Absatz angegebenen Organisationen (jede als „Organisation“ bezeichnet), eine sozial gerechte Praktik für die Bereitstellung einer Notfallversorgung oder anderer medizinisch erforderlicher Versorgungsleistungen in den Einrichtungen der Organisation zu gewährleisten. Diese Richtlinie regelt, unter welchen Voraussetzungen speziell jene Patientinnen und Patienten Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, die finanzielle Unterstützung benötigen und von der Organisation Versorgungsleistungen erhalten. Diese Richtlinie gilt für jede der folgenden Organisationen innerhalb von Ascension Via Christi Health:

Ascension Via Christi St. Francis  
Ascension Via Christi St. Joseph  
Ascension Via Christi St. Teresa  
Ascension Via Christi Rehabilitation Hospital Ascension  
Via Christi Hospital in Manhattan  
Ascension Via Christi Emergency Department in Wellington Wamego  
Health Center  
Ascension Via Christi Emergency Department in Fort Scott Ascension  
Medical Group  
Kansas Surgery and Recovery Center Anatomy  
Imaging

1. Wir gewähren finanzielle Unterstützung aus Ehrfurcht vor der Würde jedes einzelnen Menschen und aus Verpflichtung gegenüber dem Allgemeinwohl, wobei unsere besondere Aufmerksamkeit und Solidarität in Armut lebenden Menschen und anderen schutzbedürftigen Personen gilt, basierend auf den Prinzipien der Verteilungsgerechtigkeit und der sozialen Verantwortung.
2. Diese Richtlinie gilt für alle von der Organisation geleisteten Notfallversorgung und sonstigen medizinisch notwendigen Behandlungen, einschließlich solcher, die von angestelltem ärztlichem Personal erbracht werden, und einschließlich psychosozialer Unterstützungsleistungen. Diese Richtlinie gilt nicht für solche Rechnungen, die für andere als Notfall- oder sonstige medizinisch notwendige Leistungen ausgestellt wurden.
3. Die Liste der Anbieter, die von der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung abgedeckt sind, ist die Liste aller Anbieter, die in den Einrichtungen der Organisation Hilfe leisten, wobei angegeben wird, welche durch die Richtlinien zur finanziellen Unterstützung abgedeckt sind und welche nicht.

**DEFINITIONEN**

Im Rahmen dieser Richtlinie gelten die folgenden Definitionen:

- „**501(r)**“ bezeichnet Abschnitt 501(r) des Internal Revenue Code und die darin enthaltenen Vorschriften.

- **„Allgemeiner Verrechnungsbetrag“** oder **„AGB“** (Amount Generally Billed) bezeichnet hinsichtlich Notfallversorgung und anderer medizinisch erforderlicher Versorgung den Betrag, der Personen mit einer Versicherung, die solche Versorgung abdeckt, im Allgemeinen in Rechnung gestellt wird.
- **„Gemeinschaft“** bezeichnet Sedgwick County als Teil der Wichita, Kansas, Metropolitan Statistical Area (MSA), wie vom United States Office of Management and Budget definiert. Die MSA ist ein Gebiet, das aus fünf Bezirken im südlichen Zentrum von Kansas besteht mit der Stadt Wichita im Mittelpunkt. Zu den fünf Bezirken gehören Butler, Harvey, Sedgwick, Sumner und Kingman. Die Gemeinschaft des Ascension Via Christi Hospital Manhattan und des Wamego Health Center umfasst die Bezirke Riley, Pottawatomie und Geary. Die Gemeinschaft des Ascension Via Christi Hospital Pittsburg umfasst die Bezirke Crawford, Bourbon, Cherokee und Linn.
- **„Notfallversorgung“** bezeichnet die Behandlung einer Erkrankung, die sich in akuten Symptomen von ausreichender Schwere (einschließlich starker Schmerzen) äußert, so dass das Ausbleiben einer sofortigen medizinischen Versorgung zu einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der Körperfunktionen bzw. einer schwerwiegenden Funktionsstörung eines Körperorgans oder Körperteils führen oder die Gesundheit der betreffenden Person ernsthaft gefährden kann.
- **„Medizinisch notwendige Versorgung“** bezeichnet eine Versorgung, die (1) angemessen und mit der Vorbeugung, Diagnose oder Behandlung des Zustands einer Patientin/eines Patienten vereinbar und konsistent ist, (2) die am besten geeignete Versorgung bzw. das Leistungsniveau für den Zustand der Patientin/des Patienten, die sicher erbracht werden kann; (3) nicht in erster Linie dem Komfort der Patientin/des Patienten, dessen Familie, Arzt oder Pflegeperson dient und (4) der Patientin/dem Patienten wahrscheinlich eher nützt als schadet. Damit zukünftige geplante Versorgung als „medizinisch notwendige Versorgung“ anzusehen ist, müssen die Maßnahmen und der Zeitpunkt der Versorgung vom Chief Medical Officer (oder Beauftragten) der Organisation genehmigt werden. Die Feststellung, ob es sich um medizinisch notwendige Versorgung handelt, muss von einem zugelassenen Dienstleister, der den Patienten medizinisch versorgt, und, im Ermessen der Organisation, vom aufnehmenden Arzt, überweisenden Arzt bzw. dem Chief Medical Officer oder einem anderen überprüfenden Arzt (je nach Art der empfohlenen Versorgung) getroffen werden. Für den Fall, dass die von einer/einem unter dieser Richtlinie fallenden Patientin/Patienten verlangte Leistung von einem begutachtenden Arzt als nicht medizinisch notwendig erachtet wird, muss jene Einschätzung auch vom aufnehmenden oder überweisenden Arzt bestätigt werden.
- **„Organisation“** steht für Ascension Via Christi Health.
- **„Patientin/Patient“** steht für alle Personen, die eine Notfallversorgung und sonstige medizinisch erforderliche Versorgung von der Organisation erhalten, sowie die Person, die für die Versorgung der Patientin / des Patienten finanziell verantwortlich ist.
- **„Einzugsgebiet“** - definiert die Gemeinden, die in die Bewertung des Gesundheitsbedarfs der Gemeinde (Community Health Needs Assessment, CHNA) fallen und daher für eine finanzielle Unterstützung in Frage kommen, sofern sie die Voraussetzungen für das Antragsverfahren und die Leitlinien erfüllen.

### Gewährte finanzielle Unterstützung

Die in diesem Abschnitt beschriebene finanzielle Unterstützung ist auf Patienten beschränkt, die in der Gemeinschaft leben:

1. Vorbehaltlich anderer Bestimmungen dieser Richtlinie für finanzielle Unterstützung steht Patientinnen/Patienten mit einem Einkommen, das bis zu 250<sup>1</sup> % der US-Armutsschwelle beträgt, eine 100%ige Wohltätigkeitspflege für den Teil der Gebühren zu, für den die Patientin/der Patient persönlich haftet, ausschließlich etwaiger Zahlungen, die von einer Versicherung geleistet wurden, wenn eine solche Patientin/ein solcher Patient

---

<sup>1</sup> Die Gesundheitseinrichtungen können den Schwellenwert von 250 % erhöhen, aber nicht senken. (Derartige Veränderungen sollten für die gesamte Gesundheitseinrichtung gleich sein und sind nicht auf Krankenhausebene umzusetzen.)

gemäß der vorausschauenden Bewertung (wie in Absatz 5 unten beschrieben) anspruchsberechtigt ist oder einen Antrag auf finanzielle Unterstützung (ein „Antrag“) am oder vor dem 240. Tag nach der ersten Entlassungsrechnung der Patientin/des Patienten einreicht und der Antrag von der Organisation genehmigt wird. Der Patient hat Anspruch auf bis zu 100 % finanzielle Unterstützung, wenn der Patient den Antrag nach dem 240. Tag nach der ersten Entlassungsrechnung des Patienten einreicht. Dann ist allerdings die Höhe der finanziellen Unterstützung, die einem Patienten in dieser Kategorie zur Verfügung steht, auf den unbezahlten Saldo des Patienten beschränkt, nachdem alle auf dem Konto des Patienten geleisteten Zahlungen berücksichtigt wurden. Einer Patientin/einem Patienten, die/der im Rahmen dieser Kategorie finanzieller Unterstützung anspruchsberechtigt ist, werden nicht mehr als die errechneten AGB-Sätze berechnet.

2. Vorbehaltlich anderer Bestimmungen dieser Richtlinie für finanzielle Unterstützung erhalten Patientinnen/Patienten mit einem Einkommen von über 250<sup>2</sup> % der US-Armutsschwelle, jedoch nicht mehr als 400<sup>3</sup> % der US-Armutsschwelle einen Stufenrabatt für den Teil der Gebühren für erbrachte Versorgungsleistungen, für welchen die Patientin/der Patient persönlich haftet, ausschließlich etwaiger Zahlungen, die ggf. von einer Versicherung geleistet wurden, wenn die betreffende Patientin/der betreffende Patient am oder vor dem 240. Tag nach der ersten Entlassungsrechnung einen Antrag einreicht und der Antrag von der Organisation bewilligt wird. Der Patient hat Anspruch auf den Stufenrabatt, wenn der Patient den Antrag nach dem 240. Tag nach der ersten Entlassungsrechnung des Patienten einreicht. Dann ist allerdings die Höhe der finanziellen Unterstützung, die einem Patienten in dieser Kategorie zur Verfügung steht, auf den unbezahlten Saldo des Patienten beschränkt, nachdem alle auf dem Konto des Patienten geleisteten Zahlungen berücksichtigt wurden. Einer Patientin/einem Patienten, die/der im Rahmen dieser Kategorie finanzieller Unterstützung anspruchsberechtigt ist, werden nicht mehr als die errechneten AGB-Sätze berechnet. Der Rabatt ist wie folgt gestaffelt:

251 % - 300 % FPL Basis = 85 % Abschreibung

301 % - 350 % FPL Basis = 80 % Abschreibung

351 % - 399 % FPL Basis = 75 % Abschreibung

3. Vorbehaltlich der anderen Bestimmungen dieser Richtlinie für finanzielle Unterstützung hat eine Patientin/ein Patient mit einem Einkommen von mehr als 400<sup>4</sup> % der FPL ggf. im Rahmen einer Bedürftigkeitsprüfung Anrecht auf finanzielle Unterstützung in Form von Rabatten auf Patientengebühren für erbrachte Versorgungsleistungen von der Organisation basierend auf den Gesamtschulden der Patientin/des Patienten für medizinische Versorgung. Ein Patient hat Anspruch auf finanzielle Unterstützung gemäß der Bedürftigkeitsprüfung, wenn der Patient übermäßig hohe Gesamtschulden für medizinische Versorgung hat, einschließlich Schulden für medizinische Leistungen gegenüber Ascension und eventuelle andere Gesundheitsdienstleister für Notfallversorgung und andere medizinisch notwendige Behandlungen, die gleich oder höher als das Bruttoeinkommen des Haushalts des betreffenden Patienten sind. Die Höhe der finanziellen Unterstützung, die im Rahmen der Bedürftigkeitsprüfung gewährt wird, ist die gleiche wie für Patienten mit einem Einkommen von 400<sup>10</sup> % der US-Armutsschwelle gemäß Absatz 2 oben, wenn die betreffende Patientin/der betreffende Patient am oder vor dem 240. Tag nach der ersten Entlassungsrechnung der Patientin / des Patienten einen Antrag einreicht und der Antrag von der Organisation bewilligt wird. Die Patientin/der Patient hat Anspruch auf den Rabatt im Rahmen einer Bedürftigkeitsprüfung, wenn die betreffende Patientin/der betreffende Patient den Antrag nach dem 240. Tag nach der ersten Entlassungsrechnung des Patienten einreicht. Dann ist allerdings die Höhe der finanziellen Unterstützung, die der betreffenden Patientin/dem betreffenden Patienten in dieser Kategorie zur Verfügung steht, auf den unbezahlten Saldo der Patientin / des Patienten beschränkt nach Berücksichtigung aller auf dem Konto der Patientin / des Patienten geleisteten Zahlungen. Einer Patientin/einem Patienten,

---

<sup>2</sup> Wie von der Gesundheitseinrichtung angepasst, um Regulierungen gemäß Fußnote 5 zu berücksichtigen.

<sup>3</sup> Gesundheitseinrichtungen können die 400 %-Schwelle nach oben oder unten anpassen, um die Lebenshaltungskosten anhand des örtlichen Lohnindexes im Vergleich zum US-weiten Lohnindex zu berücksichtigen.

<sup>4</sup> Wie von der Gesundheitseinrichtung angepasst, um Regulierungen gemäß Fußnote 9 zu berücksichtigen.

## Anhang A

die/der im Rahmen dieser Kategorie finanzieller Unterstützung anspruchsberechtigt ist, werden nicht mehr als die errechneten AGB-Sätze berechnet.

4. Eine Patientin/ein Patient hat möglicherweise keinen Anspruch auf die in Absatz 1 bis 3 beschriebene finanzielle Unterstützung, wenn davon ausgegangen wird, dass die betreffende Patientin/der betreffende Patient über genügend Mittel verfügt, um gemäß einer Vermögensprüfung zahlungsfähig zu sein. Die Vermögensprüfung beinhaltet eine materielle Bewertung der Zahlungsfähigkeit einer Patientin / eines Patienten anhand der im FAP-Antrag bemessenen Kategorien von Vermögenswerten. Eine Patientin/ein Patient mit Vermögenswerten, die 250 % der US-Armutsschwelle übersteigen, hat möglicherweise keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung.
5. Ein Anspruch auf finanzielle Unterstützung kann zu jedem beliebigen Zeitpunkt im Umsatzzyklus festgestellt werden und die Verwendung einer Einschätzung der Anspruchsberechtigung für einen Patienten mit einem ausreichend hohen unbezahlten Saldo innerhalb der ersten 240 Tage nach der ersten Entlassungsrechnung des Patienten umfassen, um den Anspruch auf eine 100%ige Wohltätigkeitsversorgung festzustellen, ungeachtet des Versäumnisses des Patienten, einen Antrag auf finanzielle Unterstützung („FAP-Antrag“) zu stellen. Wenn einem Patienten eine 100%ige Wohltätigkeitsversorgung lediglich anhand einer Einschätzung der Anspruchsberechtigung gewährt wird, ohne dass ein ausgefüllter FAP-Antrag eingereicht wurde, ist die Höhe der finanziellen Unterstützung für einen anspruchsberechtigten Patienten auf den unbeglichenen Saldo des Patienten nach Berücksichtigung aller auf dem Konto des Patienten geleisteten Zahlungen begrenzt. Die Feststellung eines Anspruchs nur auf der Grundlage einer Einschätzung der Anspruchsberechtigung gilt nur für den Versorgungsfall, für den die Einschätzung der Anspruchsberechtigung durchgeführt wurde.
6. Bei Patienten, die an bestimmten Versicherungsprogrammen teilnehmen, welche die Organisation als „außerhalb des Netzwerks“ liegend ansieht, kann die Organisation die finanzielle Unterstützung, die der Patientin / dem Patienten andernfalls auf Grundlage einer Überprüfung der Versicherungsinformationen der Patientin / des Patienten und anderer relevanter Fakten und Umstände zur Verfügung stünde, reduzieren oder verweigern.
7. Patientinnen/Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, wird möglicherweise eine nominale Pauschalgebühr für die Leistungen berechnet. Die nominale Pauschalgebühr wird die AGB-Gebühr für Leistungen nicht übersteigen.<sup>5</sup>

Die Zuzahlungen zur finanziellen Unterstützung fallen pro Besuch und Termin an.

Standard-Zuzahlungsbeträge bei finanzieller Unterstützung:

- ED: 100 USD/Besuch
- Ambulanter Besuch im Krankenhaus: 25 USD/Besuch
- Aufenthalt zur Beobachtung: 100 USD/Besuch
- Stationärer Aufenthalt: 100 USD/Besuch

HINWEIS: Die Zuzahlung für stationäre Behandlungen umfasst alle Termine, die eine Patientin/ein Patient während ihres/seines stationären Aufenthalts wahrnimmt.

- Ambulanter Reha-Besuch: 25 USD/Besuch.

HINWEIS: Für Konten, die für wiederkehrende Rehabilitationsbesuche eingerichtet wurden, wird die entsprechende Zuzahlung an die Einrichtung mit einer Obergrenze von 250 USD erhoben.

8. Wenn eine Patientin/ein Patient außerhalb des definierten Einzugsgebiets wohnt, in dem sie/er Leistungen in Anspruch nehmen möchte, hat sie/er keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung und es müssen andere Zahlungsmöglichkeiten gefunden werden, wenn die Patientin/der Patient sich für eine Behandlung in einer Einrichtung von Ascension Via

---

<sup>5</sup> Einfügen, wenn die Organisation eine solche Pauschalgebühr erhebt, und zu überarbeiten, um die Praktiken der Organisation zu berücksichtigen.

Christi entscheidet. Darüber hinaus wird ermittelt, ob es in der Heimatgemeinde der Patientin/des Patienten andere Einrichtungen gibt, die dieselben Leistungen anbieten.

- a. Wird eine Patientin/ein Patient in der Notaufnahme wegen eines Notfalls behandelt, von der Notaufnahme ins Krankenhaus eingeliefert oder direkt aufgenommen, entfällt die Berücksichtigung des Einzugsbereichs ausschließlich für den Tag der Leistung.
  - b. Wenn eine Patientin/ein Patient, die/der außerhalb des definierten Einzugsgebiets wohnt, an eine Einrichtung von Ascension Via Christi überwiesen wird und vom überweisenden Arzt eine Leistung angeordnet wurde, die in der Heimatgemeinde nicht verfügbar ist, und diese Leistung medizinisch notwendig ist. Ascension Via Christi prüft die Leistungen, die für eine finanzielle Unterstützung in Frage kommen, anhand eines vollständigen Antrags und entsprechender Belege. Die Patientin/der Patient muss das Antragsverfahren und die Richtlinien vollständig einhalten.
9. Die Patientin/der Patient kann gegen eine Ablehnung des Anspruchs auf finanzielle Unterstützung Widerspruch einlegen, sofern sie/er der Organisation innerhalb von vierzehn (14) Kalendertagen nach Erhalt der Mitteilung über die Ablehnung weitere Informationen zur Verfügung stellt. Alle Anfechtungen werden von der Organisation zur endgültigen Entscheidung geprüft. Wenn die endgültige Entscheidung die vorherige Verweigerung der finanziellen Unterstützung bestätigt, wird die Patientin bzw. der Patient schriftlich benachrichtigt. Die Entscheidung der Organisation über die Inanspruchnahme finanzieller Unterstützung durch Patienten und Familien kann wie folgt angefochten werden:
- a. Durch Einreichung eines schriftlichen Widerspruchs bei der Finanzberatung. Der Grund für den Widerspruch sollte in dem Antrag dokumentiert werden. Alle Anträge sind per Post zu richten an: Finanzielle Unterstützung/Widersprüche, P.O. Box 47887, Wichita, KS 67201, USA. Während des Berufungsverfahrens können zusätzliche Unterlagen angefordert werden.
  - b. Alle Widersprüche werden vom Berufungsausschuss für finanzielle Unterstützung der Organisation geprüft und die Entscheidungen des Ausschusses werden schriftlich an die Patientin/den Patienten oder die Familie, die den Widerspruch eingelegt hat, versandt.

#### **Sonstige Unterstützungsmöglichkeiten für Patienten, denen keine finanzielle Unterstützung zusteht**

Patienten, die keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung (wie oben beschrieben) haben, können eventuell andere Arten von Hilfeleistungen beziehen, die von der Organisation angeboten werden. Der Vollständigkeit halber sind diese anderen Arten von Hilfeleistungen hier aufgeführt, obwohl diese nicht auf Bedürftigkeit basieren und nicht der Bestimmung 501(r) unterliegen.

1. Nicht versicherte Patienten, die keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, erhalten einen Rabatt, der dem Rabatt entspricht, der dem rentabelsten Kostenträger für die betreffende Organisation gewährt wird. Die am meisten zahlende Partei muss mindestens 3 % des Aufkommens der Organisation ausmachen, gemessen an Volumen oder Patienten-Bruttoeinnahmen. Wenn eine einzelne zahlende Partei nicht dieses Mindestausmaß an Volumen erbringt, werden mehrere Vertragsparteien gemittelt, damit die Zahlungsbedingungen, die für das gemittelte Konto mindestens 3 % des Volumens der Geschäftstätigkeit der Organisation für dieses Jahr ausmachen, verwendet werden.
2. Nichtversicherten und versicherten Patientinnen/Patienten, die keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, kann ein Sofortrabatt gewährt werden. Der Sofortrabatt kann zusätzlich zu dem im vorhergehenden Absatz beschriebenen Rabatt für Nichtversicherte angeboten werden.

**Gebührenermäßigungen für Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben**

Patientinnen/Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, wird pro Person nicht mehr als der AGB für Notfallversorgung und andere medizinisch notwendige Leistungen und nicht mehr als die Bruttobeträge für alle anderen Arten medizinischer Leistungen berechnet. Die Organisation berechnet einen oder mehrere AGB-Prozentsätze nach der „Look-Back“-Methode, einschließlich Medicare Fee-for-Service und aller privaten Krankenversicherer, die Zahlungen an die Organisation leisten, alle gemäß 501(r). Ein kostenloses Exemplar der Beschreibung der AGB-Berechnung und der Prozentsätze ist auf der Website der Organisation <https://healthcare.ascension.org/financial-assistance/kansas> erhältlich.

**Antrag auf finanzielle oder sonstige Unterstützung**

Eine Patientin/ein Patient kann ihren/seinen Anspruch anhand einer Einschätzung der Anspruchsberechtigung oder durch Beantragung von finanzieller Unterstützung durch Einreichen eines ausgefüllten Antrags auf finanzielle Unterstützung geltend machen. Der FAP-Antrag und die Anleitung für die FAP-Beantragung sind auf der Website der Organisation erhältlich oder können beim Kundendienst unter 800-298-8347 angefordert werden. Die Organisation verlangt von den Nichtversicherten, dass sie mit einem Finanzberater zusammenarbeiten und Medicaid oder andere öffentliche Hilfsprogramme beantragen, für welche die Patientin/der Patient als potenziell anspruchsberechtigt gilt, um einen Anspruch auf finanzielle Unterstützung geltend zu machen (es sei denn, dieser Anspruch wurde bereits anhand einer Einschätzung der Anspruchsberechtigung bestätigt). Einer Patientin / einem Patienten kann die finanzielle Unterstützung verweigert werden, wenn sie/er in einem FAP-Antrag oder im Zusammenhang mit der Einschätzung der Anspruchsberechtigung falsche Angaben macht, wenn die Patientin/der Patient sich weigert, Versicherungserlöse oder das Recht abzutreten, direkt von einer Versicherungsgesellschaft bezahlt zu werden, die möglicherweise zur Zahlung der erbrachten Leistungen verpflichtet ist, oder wenn sich die Patientin/der Patient weigert, mit einem Finanzberater zusammenzuarbeiten, um Medicaid oder andere öffentliche Hilfsprogramme zu beantragen, auf die die Patientin/der Patient möglicherweise Anspruch hat, um den Anspruch auf finanzielle Unterstützung geltend zu machen (es sei denn, dieser Anspruch wurde bereits anhand einer Einschätzung der Anspruchsberechtigung bestätigt). Die Organisation kann einen FAP-Antrag, der weniger als sechs Monate vor dem Datum der Feststellung der Anspruchsberechtigung ausgefüllt wurde, bei der Feststellung der Anspruchsberechtigung für einen aktuellen Versorgungsfall berücksichtigen. FAP-Anträge, der mehr als sechs Monate vor dem Datum der Feststellung der Anspruchsberechtigung ausgefüllt wurden, werden von der Organisation nicht berücksichtigt.

**Auslegung**

Diese Richtlinie und alle damit zusammenhängenden Verfahren sollen der Bestimmung 501(r) entsprechen und müssen im Einklang mit dieser Bestimmung ausgelegt und angewandt werden, außer wenn ausdrücklich eine andere Auslegung angegeben wird.

\_\_\_\_\_  
Verantwortliche Führungskraft - Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Vorsitzende(r) des Verwaltungsratsausschusses - Unterschrift (falls erforderlich)

\_\_\_\_\_  
Titel