



# Ascension

[Date]

Sehr geehrter Patient/Antragsteller,

bei Ascension steht Mitgefühl im Mittelpunkt. Wir sind bestrebt, allen Menschen eine persönliche Betreuung zukommen zu lassen – vor allem denen, die sie am dringendsten benötigen. Es ist unsere Aufgabe und unser Privileg, unseren Patienten finanzielle Unterstützung zu bieten. Finanzielle Unterstützung wird nur für Notfälle und andere medizinisch notwendige Behandlungen gewährt. Wir bedanken uns dafür, dass Sie uns Ihr Vertrauen geschenkt haben und wir Sie und Ihre Familie in allen Fragen der Gesundheitsfürsorge betreuen dürfen.

Wir senden Ihnen dieses Schreiben und den beigefügten Antrag auf finanzielle Unterstützung, weil wir Ihre Anfrage erhalten haben. Sollten Sie keine Anfrage gestellt haben, ignorieren Sie dieses Schreiben bitte. Bitte füllen Sie beide Seiten aus und unterschreiben und datieren Sie den Antrag, bevor Sie ihn zurücksenden. Wenn Sie innerhalb der letzten sechs Monate einen Antrag ausgefüllt haben und finanzielle Unterstützung erhalten haben, bitten wir Sie, uns dies mitzuteilen – möglicherweise müssen Sie keinen neuen Antrag ausfüllen. Leider können wir keine früheren Anträge berücksichtigen, die älter als sechs Monate sind.

Zusammen mit dem Antrag müssen Sie einen Nachweis über das Einkommen Ihres Haushalts.

## **Beispiele für den Nachweis von Einkommen:**

- Kopien der letzten 3 Gehaltsabrechnungen des Arbeitgebers
- Kopien der letzten jährlichen Steuererklärung (bei Selbstständigen mit allen Erklärungen)
- Schreiben des Sozialversicherungs- bzw. Rentenversicherungsträgers
- Letzte jährliche Steuererklärung der Eltern oder des Vormunds, wenn der Antragsteller in deren Steuererklärung als unterhaltsberechtigter aufgeführt und unter 25 Jahre alt ist
- Kopie des Arbeitslosengeldbescheids
- Andere Dokumente zur Einkommensprüfung

Wenn Sie von Ihrer Familie oder Freunden unterstützt werden oder mit ihnen zusammenleben, lassen Sie diese das beigefügte Formular „Unterstützungserklärung“ ausfüllen. Dadurch übernehmen sie keine Verantwortung für Ihre Arztrechnungen. So können Sie nachweisen, wie Sie Ihren Lebensunterhalt bestreiten können. Wenn Sie keine Unterstützung durch Familie und Freunde erhalten, brauchen Sie das Formular „Unterstützungserklärung“ nicht auszufüllen.

Und schließlich können wir bei unserer finanziellen Unterstützung möglicherweise Ihre noch ausstehenden Arztrechnungen berücksichtigen. Wenn Sie dies wünschen, legen Sie uns bitte auch Belege über Ihre ausstehenden monatlichen Arzt- und Apotheken-/Medikamentenkosten vor, z. B. aktuelle Rechnungen oder Kontoauszüge. **Bitte beachten Sie, dass 1) der ausgefüllte Antrag zusammen mit 2) dem Einkommensnachweis, 3) den ausstehenden Arztrechnungen (falls zutreffend) eingegangen sein muss, damit der Antrag berücksichtigt werden kann. Wir können keine unvollständigen Anträge bearbeiten oder berücksichtigen.**

Bitte bedenken Sie bei der Einreichung Ihres Antrags, dass die Datenübermittlung per E-Mail über das Internet nicht sicher ist. Auch wenn es unwahrscheinlich ist, besteht die Möglichkeit, dass Informationen, die Sie einer E-Mail beifügen, von anderen Parteien als dem Empfänger abgefangen und gelesen werden können. Wir möchten Ihre persönlichen Daten schützen und sicherstellen, dass sie weiterhin sicher sind. Da der Antrag Ihre

Sozialversicherungsnummer und andere private Informationen enthält, bitten wir Sie dringend, diesen nicht per E-Mail zu versenden.

**Bitte drucken Sie Ihren vollständigen Antrag und die weiteren Unterlagen aus und senden Sie diese per Post oder geben Sie sie persönlich bei der folgenden Adresse ab:**

Ascension Mid-Michigan  
3274 Solutions Center  
Chicago, IL 60677-3002

Wir sind für Sie da und möchten sicherstellen, dass Patienten, die ein Recht auf finanzielle Unterstützung haben, diese auch erhalten. Wenn Sie Fragen zu diesem Antrag, zu den erforderlichen Unterlagen oder zur besten Zustellmethode haben, rufen Sie bitte einen unserer Patientenbeauftragten unter Standish (888) 978-6279, St. Joseph (989) 362-0118 an.

Mit freundlichen Grüßen

Ascension Finanzleistungen für  
Patienten

# Antragsformular für finanzielle Unterstützung



## Ascension

Ascension Standish Hospital and Ascension St. Joseph Hospital

### Patienteninformationen

(Bitte in Druckschrift ausfüllen und alle Felder müssen ausgefüllt werden. Bitte in jeder einzelnen Zeile des Antrags, die nicht zutrifft, „n. z.“ angeben)

Datum \_\_\_\_\_ Nummer des Kontos \_\_\_\_\_ Name des Krankenhauses \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Familienstand (optional) \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

Postanschrift \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Bundesstaat \_\_\_\_\_ 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 (optional) \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

Postanschrift \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Bundesstaat \_\_\_\_\_ 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 (optional) \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

Postanschrift \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Bundesstaat \_\_\_\_\_ 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 zur verantwortlichen Partei \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Verhältnis zur verantwortlichen Partei \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Verhältnis zur verantwortlichen Partei \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Verhältnis zur verantwortlichen Partei \_\_\_\_\_

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

## Monatliches Einkommen

(Geben Sie für jeden unten aufgeführten Punkt Dollarbeträge ein. Geben Sie jeweils die Höhe pro Monat an.)

Erwerbseinkünfte Antragsteller(in) \_\_\_\_\_  
Erwerbseinkünfte Ehepartner(in) der/des \_\_\_\_\_  
Antragsteller(in/s) \_\_\_\_\_  
Sozialversicherungsleistungen \_\_\_\_\_  
Rente/Ruhestandsbezüge \_\_\_\_\_  
Invalidenrente \_\_\_\_\_  
Arbeitslosenunterstützung \_\_\_\_\_  
Zahlungen aus d. Arbeitsunfallvers. \_\_\_\_\_  
Zins-/Dividenderträge \_\_\_\_\_

Empf. Kindesunterhalt \_\_\_\_\_  
Mieteinnahmen \_\_\_\_\_  
Lebensmittelgutscheine \_\_\_\_\_  
Einkünfte aus einem Treuhandfonds \_\_\_\_\_  
Sonstige Einkünfte \_\_\_\_\_  
Sonstige Einkünfte \_\_\_\_\_  
**Monatliches Gesamtbruttoeinkommen in USD** \_\_\_\_\_

## Monatliche Lebenshaltungskosten

Hypothek/Miete \_\_\_\_\_  
Nebenkosten \_\_\_\_\_  
Telefon (Festnetz) \_\_\_\_\_  
Handy \_\_\_\_\_  
Lebensmittel \_\_\_\_\_  
Kabel/Internet/Satellitenempfang \_\_\_\_\_  
Abzahlung eines Autos \_\_\_\_\_  
Kinderbetreuung \_\_\_\_\_

Kindesunterhalt \_\_\_\_\_  
Kreditkarten \_\_\_\_\_  
Arzt-/Krankenhausrechnungen \_\_\_\_\_  
Auto/Kfz-Versicherung \_\_\_\_\_  
Haus-/Sachversicherung \_\_\_\_\_  
Krankenversicherung \_\_\_\_\_  
Lebensversicherung \_\_\_\_\_  
Sonstige monatliche Ausgaben \_\_\_\_\_  
**Monatliche Gesamtausgaben in USD** \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass die obigen Angaben nach bestem 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** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---



**Ascension**

## **Unterstützungsschreiben**

Nummer der Patientenakte / Kontonummer \_\_\_\_\_

Name des Unterstützers \_\_\_\_\_

Verhältnis zur/zum Patient(in/en)/Antragsteller(in) \_\_\_\_\_

Anschrift des Unterstützers \_\_\_\_\_

An Ascension:

Hiermit informiere ich Sie darüber, dass (Name der/des Patient(in/en) \_\_\_\_\_) über wenig bis gar keine Einkünfte verfügt und ich zu ihren/seinen Lebenshaltungskosten beitrage. Er/sie hat mir gegenüber kaum bzw. keine Schulden.

Mit der Unterzeichnung dieser Erklärung stimme ich zu, dass die angegebenen Informationen nach bestem Wissen und Gewissen zutreffen.

Unterschrift des Unterstützers \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_