



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 und einen Nachweis über alle Vermögenswerte aller Haushaltsmitglieder vorlegen.

Beispiele für den Nachweis von Einkommen und Vermögenswerten:

- 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
- Bewilligung/Ablehnung des Anspruchs auf medizinische Unterstützung durch Medicaid bzw. staatlich finanzierte medizinische Hilfe
- Andere Dokumente zur Einkommensprüfung

Beispiele für den Nachweis von Vermögenswerten:

- Aktuelle Kontoauszüge (Giro- und Sparkonten) der letzten 3 Monate
- Kapitalanlagen, einschließlich Aktien und Anleihen
- Treuhandfonds
- Geldmarkt-Konten
- Investmentfonds

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) dem Vermögensnachweis und 4) 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:

| Facility/ Office where services were/ will be provided | Mail Completed Application To: |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Ascension St. John Hospital | 22101 Moross Road Detroit, Michigan 48236 |
| Ascension Macomb - Oakland Hospital, Warren Campus | 11800 Twelve Mile Rd, Warren, MI 48093 |
| Ascension Macomb - Oakland Hospital, Madison Heights Campus | 27351 Dequindre Rd, Madison Heights, MI 48071 |
| Ascension Providence Hospital | 16001 W Nine Mile Rd, Southfield, MI 48075 |
| Ascension Providence Park Hospital | 47601 Grand River Ave, Novi, MI 48374 |
| Ascension River District Hospital | 4100 River Rd, East China, MI 48054 |
| Ascension Medical Group - Physician Services | PO Box 80278, Indianapolis, IN 46240 |

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 [xxx-xxx- xxxx] an.

| Facility/Office where service were/will be provided | Phone # |
|-----------------------------------------------------|--------------|
| Ascension Macomb-Oakland Hospitals | 888-329-0421 |
| Ascension St. John Hospital, Detroit | 877-809-6191 |
| Ascension Providence Hospital | 800-878-2455 |
| Ascension Providence Park Hospital | 800-878-2455 |
| Ascension River District Hospital | 810-329-5318 |

Mit freundlichen Grüßen

Ascension Finanzleistungen für
Patienten

Antragsformular für finanzielle Unterstützung



Ascension

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 _____ 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 _____ 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 _____ Telefonnummer _____

Postanschrift _____ Ort _____ Bundesstaat _____ PLZ _____

Sozialversicherungsnummer (optional) _____

Arbeitgeber _____ Beschäftigungsstatus _____

Anzahl der Arbeitsstunden pro Woche _____ Telefonnummer des Arbeitgebers _____

Unterhaltsberechtigta 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 _____
Empf. Versorgungsausgleich _____
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/Versorgungsausgleich _____
Kreditkarten _____
Arzt-/Krankenhausrechnungen _____
Auto/Kfz-Versicherung _____
Haus-/Sachversicherung _____
Krankenversicherung _____
Lebensversicherung _____
Sonstige monatliche Ausgaben _____
Monatliche Gesamtausgaben in USD _____

Vermögen

Bargeld/Ersparnisse/Scheckkonten _____
Aktien/Anleihen/Anlagen/Depositenzertifikat(e) _____
Sonstiges Grundvermögen/Zweitwohnsitz _____
Boot/Wohnmobil/Motorrad/Freizeitfahrzeug _____
Sammlerautos / nicht wesentliche Autos _____
Sonstiges Vermögen _____

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 _____