



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) Unterhaltsberechtigte(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 oder geben Sie ihn persönlich dort ab:

**Ascension Providence - Patient Financial Services
Attn: Financial Counselors
P.O. Box 206767
Dallas TX, 75320, USA
800-291-1493**

**Ascension Medical Group
Attn: Financial Assistance Department
P.O. Box 80278
Indianapolis, IN 46240-9998, USA
833-263-9789**

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, kontaktieren Sie bitte einen unserer Patientenbetreuer unter 512-324-1125.

Mit freundlichen Grüßen

Finanzdienstleistungen für
Patienten, Ascension

Antragsformular für finanzielle Unterstützung



Ascension
Seton

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 _____ Telefonnummer _____

Postanschrift _____ Stadt _____ Bundesland _____ 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 _____ Stadt _____ Bundesland _____ 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 _____ Stadt _____ Bundesland _____ 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 zum/zur Verantwortlichen _____

Name _____ Geburtsdatum _____ Verhältnis zum/zur Verantwortlichen _____

Name _____ Geburtsdatum _____ Verhältnis zum/zur Verantwortlichen _____

Name _____ Geburtsdatum _____ Verhältnis zum/zur 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 Antragsteller _____
Arbeitseinkommen Ehepartner des Antragstellers _____
Sozialleistungen _____
Einkommen aus Pension/Rente _____
Erwerbsminderungsrente _____
Arbeitslosengeld _____
Arbeitnehmerabfindung _____
Einkommen aus Zinsen/Dividenden _____

Empf. Kindesunterhalt _____
Empf. Unterhaltszahlungen _____
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung _____
Lebensmittelgutscheine _____
Einkünfte aus Treuhandfonds _____
Sonstige Einkünfte _____
Sonstige Einkünfte _____
Gesamtes monatliches Bruttoeinkommen in USD _____

Monatliche Lebenshaltungskosten

Hypothek/Miete _____
Nebenkosten _____
Telefon (Festnetz) _____
Handy _____
Lebensmittel/Essen _____
Kabel/Internet/Satelliten-TV _____
Autokredit _____
Kinderbetreuung _____

Kindesunterhalt/Unterhaltszahlungen _____
Kreditkarten _____
Arzt-/Krankenhausrechnungen _____
Auto/Autoversicherung _____
Haus-/Grundstücksversicherung _____
Krankenkasse/Krankenversicherung _____
Lebensversicherung _____
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 des Antragstellers _____

Datum _____

Anmerkungen _____

