

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 _____

Unterhaltsberechtigte der verantwortlichen Partei

(Wenn die/der Patient(in) und die verantwortliche Seite die gleiche Person sind, geben Sie für die Patientin / 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 _____



Ascension

ERFORDERLICHE UNTERLAGEN UND NACHWEISE

Legen Sie bitte dem Antrag eine Kopie von mindestens einer der folgenden Unterlagen als Einkommensnachweis bei. Wenn Sie verheiratet sind oder seit 6 Monaten oder länger mit jemandem zusammenleben, muss diese Person mindestens eine Kopie der folgenden Unterlagen als Nachweis ihres Einkommens vorlegen, bevor der Antrag bearbeitet werden kann.

- Kopie der letzten 3 Gehaltsabrechnungen des Arbeitgebers
- Kopie der letzten Jahressteuererklärung (bei Selbständigkeit bitte alle Formulare kopieren)
- Sozialversicherungs- und/oder Rentenbescheid
- Letzte Jahressteuererklärung des 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
- Sonstige Bescheinigungen über Einkünfte
- Kopien der Bankauszüge der letzten 3 Monate
- Kopie eines Belegs über Arbeitslosenunterstützung

Wenn Sie Unterstützung von einer Familie oder Freunden erhalten oder mit diesen in einem Haus leben, lassen Sie sie bitte das beigefügte Formular „Unterstützungsschreiben“ ausfüllen. Daraus entsteht für diese keine Verantwortung für die Begleichung Ihrer Arztrechnungen. Dies dient lediglich als Nachweis dafür, wie Sie in der Lage sind, Ihren Lebensunterhalt zu bestreiten. Wenn Sie keine Unterstützung von Familie und Freunden erhalten, müssen Sie das Formular zum Unterstützungsschreiben nicht ausfüllen.

Außerdem fügen Sie bitte alle Unterlagen zum Nachweis Ihrer ausstehenden monatlichen Auslagen für medizinische Behandlungen und pharmazeutische Hilfsmittel / Medikamente bei.

Beachten Sie bitte, dass der Antrag nur dann bearbeitet werden kann, wenn der ausgefüllte Antrag zusammen mit dem Einkommensnachweis eingereicht wurde. Wir dürfen leider keine Anträge bearbeiten bzw. berücksichtigen, die nicht vollständig sind.

Beachten Sie bitte, dass die Kommunikation per E-Mail über das Internet nicht sicher ist. Es ist zwar unwahrscheinlich, aber möglich, dass in einer E-Mail enthaltene Informationen von anderen als der Person, an die sie gerichtet sind, abgefangen und gelesen werden.

Wir möchten Ihre persönlichen Daten schützen und sicherstellen, dass sie sicher bleiben. Da der Antrag Ihre Sozialversicherungsnummer und andere personenbezogene Daten enthält, bitten wir Sie, diesen nicht per E-Mail zu schicken.

Drucken Sie Ihren ausgefüllten Antrag bitte aus und senden Sie ihn per Post an oder geben Sie persönlich unter folgender Adresse ab:

Ascension Providence Rochester Hospital
1101 West University Rd., Rochester, MI

Sollten Sie Fragen zu diesem Antrag haben, rufen Sie bitte einen unserer Patientenvertreter an unter (248) 652-5334.