

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 _____ Konto-Nr. _____
Name (Vorname und Nachname) _____
Geburtsdatum _____ Ehestatus _____ Telefonnummer _____
Anschrift _____ Stadt _____ Bundesstaat _____ Postleitzahl _____
Sozialversicherungsnummer (nur für Abrechnungs- und Identifizierungszwecke) _____
Arbeitgeber _____ Beschäftigungsstatus _____
Anzahl der Arbeitsstunden pro Woche _____ Telefonnummer des Arbeitgebers _____

Angaben der verantwortlichen Seite/Angaben des Erziehungsberechtigten

(Wenn die/der o. g. Patient(in) und die verantwortliche Partei die gleiche Person sind, lassen Sie diesen Abschnitt frei.)

Name (Vorname und Nachname) _____
Geburtsdatum _____ Ehestatus _____ Telefonnummer _____
Anschrift _____ Stadt _____ Bundesstaat _____
Postleitzahl _____
Sozialversicherungsnummer (nur für Abrechnungs- und Identifizierungszwecke) _____
Arbeitgeber _____ Beschäftigungsstatus _____
Anzahl der Arbeitsstunden pro Woche _____ Telefonnummer des Arbeitgebers _____

Angaben der/des Ehepartner(in/s) der verantwortlichen Seite

(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.)

Datum _____ Konto-Nr. _____
Name (Vorname und Nachname) _____
Geburtsdatum _____ Ehestatus _____ Telefonnummer _____
Anschrift _____ Stadt _____ Bundesstaat _____ Postleitzahl _____
Sozialversicherungsnummer (nur für Abrechnungs- und Identifizierungszwecke) _____
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 _____ Beziehung zur verantwortlichen Partei _____

Name _____ Geburtsdatum _____ Beziehung zur verantwortlichen Partei _____

Name _____ Geburtsdatum _____ Beziehung zur verantwortlichen Partei _____

Name _____ Geburtsdatum _____ Beziehung 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.)

Einkommen des/der Antragsteller(in) _____	Erhaltenes Kindergeld _____
Einkommen der/des Ehepartner(in/s) des/der Antragsteller(in) _____	Erhaltener Unterhalt _____
Sozialversicherungsleistungen _____	Einkommen aus Mieteigentum _____
Pension/Renteneinkommen _____	Lebensmittelmarken _____
Einkommen aus Behinderung _____	Einkommen aus Treuhandfonds _____
Arbeitslosengeld _____	Sonstiges Einkommen _____
Arbeitnehmerentgelt _____	Sonstiges Einkommen _____
Zins-/Dividendeneinkommen _____	Gesamtes monatliches Bruttoeinkommen \$ _____

Monatliche Lebenshaltungskosten

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

Hypothek/Vermietung _____	Unterhalt _____
Strom/Gas/Wasser _____	Kreditkarten _____
Telefon (Festnetz) _____	Arzt-/Krankenhausrechnungen _____
Mobiltelefon _____	Autoversicherung _____
Einkäufe/Lebensmittel _____	Haus-/Immobilienversicherung _____
Kabel/Internet/Satellitenfernsehen _____	Krankenversicherung _____
Autoanzahlungen _____	Lebensversicherung _____
Kinderbetreuung _____	Sonstige monatliche Ausgaben _____
	Monatliche Gesamtausgabe(n) \$ _____

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 des/der Antragsteller(in) _____

Datum _____

Anmerkungen



Ascension

Unterstützungsschreiben

Nummer der Patientenakte / Kontonummer _____

Name der/des Unterstützer(in/s) _____

Verhältnis zur/zum Patient(in/en)/Antragsteller(in) _____

Anschrift der/des Unterstützer(in/s) _____

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 der/des Unterstützer(in/s) _____

Datum _____



Ascension

[Datum]

Liebe(r) Patient(in)/Antragsteller(in),

Ascension ist von Mitgefühl geprägt und engagiert sich für eine individualisierte Versorgung für alle Menschen - insbesondere die Bedürftigsten. Es ist unsere Mission und unser Privileg, unseren Patienten finanzielle Unterstützung anzubieten. 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.

Wir schicken Ihnen dieses Schreiben und den beigefügten Antrag auf finanzielle Unterstützung, da wir Ihre Anfrage erhalten haben. Sollten Sie diese Unterlagen nicht angefordert haben, betrachten Sie diese Mitteilung bitte als gegenstandslos. Füllen Sie bitte beide Seiten aus und unterschreiben und datieren Sie das Formular, bevor Sie es zurückschicken. Sollten Sie innerhalb der letzten sechs Monate einen Antrag ausgefüllt haben und Ihnen wurde finanzielle Unterstützung bewilligt, lassen Sie uns dies bitte wissen. Möglicherweise müssen Sie dann keinen neuen Antrag stellen. Anträge, die länger als sechs Monate zurückliegen, können leider nicht berücksichtigt werden.

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 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 St. Joseph/Standish Hospital
Financial Counseling Department
200 Hemlock
Tawas City, MI 48764

Sollten Sie Fragen zu diesem Antrag haben, rufen Sie bitte einen unserer Patientenvertreter an unter 989-984-3796,

Herzliche Grüße

Patient Financial Services
Ascension