

# 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 \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_  
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 St. John Hospital**  
**Attn: Financial Counseling/FAP**  
**22101 Moross Road Detroit, Michigan 48236**

1-866-501-3627, Option 3

