

Antragsformular für finanzielle Unterstützung



Wichtig: SIE KÖNNEN KOSTENLOSE ODER ERMÄSSIGTE BETREUUNG ERHALTEN: Durch das Ausfüllen dieses Antrags kann AdventHealth feststellen, ob Sie kostenlose oder vergünstigte Leistungen oder andere öffentliche Programme erhalten können, die zur Bezahlung Ihrer Gesundheitsversorgung beitragen können. Bitte reichen Sie diesen Antrag an die im Anschreiben angegebene Adresse ein.

WENN SIE NICHT VERSICHERT SIND, BENÖTIGEN SIE KEINE SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER UM ANSPRUCH AUF KOSTENLOSE ODER ERMÄSSIGTE VERSORGUNG ZU HABEN. Für einige öffentliche Programme, einschließlich Medicaid, wird allerdings eine Sozialversicherungsnummer benötigt. Die Angabe einer Sozialversicherungsnummer ist nicht erforderlich, hilft ABER AdventHealth, zu bestimmen, ob Sie sich für öffentliche Programme qualifizieren. Bei Fragen, die als „optional“ gekennzeichnet sind, hat Ihre Antwort (oder nicht-Antwort) keinen Einfluss auf das Ergebnis des Antrags.

Bitte füllen Sie dieses Formular aus und senden Sie es persönlich, per Post, per E-Mail oder per Fax an AdventHealth, um nach dem Leistungsdatum eine kostenlose oder ermäßigte Versorgung so bald als möglich zu beantragen. Wir nehmen Ihren Antrag bis zu 240 Tage nach dem Datum der Ausstellung der ersten Rechnung für Ihre Versorgung an. Mit dem Absenden dieses Antrags bestätigen Sie, dass Sie sich nach treu und Glauben bemüht haben, alle Informationsanfragen im Antrag einzureichen, um AdventHealth bei der Feststellung zu unterstützen, ob der Patient für eine finanzielle Unterstützung in Frage kommt. Wenn Sie Fragen zum Bewerbungsprozess haben, können Sie sich mit Fragen oder Anliegen an die Finanzberatungsabteilung von AdventHealth unter 844-652-0600 wenden.

Beschwerden oder Bedenken bezüglich des Antragsverfahrens für nicht versicherte Patientenrabatte oder des Verfahrens zur finanziellen Unterstützung des Krankenhauses können dem Amt für Gesundheitswesen des Generalstaatsanwalts von Illinois gemeldet werden. Die gebührenfreie Hotline des Gesundheitsamts lautet 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

Patienteninformation

(Bitte in Druckschrift ausfüllen und alle Felder müssen ausgefüllt werden. Geben Sie „N/A“ an, wenn dies nicht auf eine einzelne Zeile in der Anwendung zutrifft.)

Datum _____ Kontonummer _____

Name (Vor- und Nachname) _____

Geburtsdatum _____ Familienstand _____ Telefonnummer _____

Optional – Geschlechtsidentität – Denken Sie über sich selbst als: Männlich Weiblich Transgender Mann/Trans Mann/Frau-zu-Mann (FTM)

Transgender Frau/Trans Frau/Mann-zu-Frau(MTF) /gender-queer/gender nicht konform, weder ausschließlich männlich noch weiblich

Zusätzliche Geschlechterkategorie (oder sonstige)

Optional – Geschlechtsidentität: Welches Geschlecht wurde ursprünglich auf Ihrer Geburtsurkunde angegeben? Männlich Weiblich

Optional – Rasse: Weiß Schwarz oder Afroamerikaner Indianer oder Alaskas Indisch-Asiatisch Chinesisch Philippinisch

Japanisch Koreanisch Vietnamesisch andere Asiaten Hawaiiisch Guamanisch oder Chamorro Samoanisch andere Pazifikinslander

Optional – Ethnizität: hispanische, lateinamerikanische oder spanische Herkunft Mexikanisch, mexikanisch-amerikanische, Chicano/a Puerto Rico

kubanisch andere hispanische, lateinamerikanische oder spanische Herkunft

Optional – Sprache – Sprechen Sie zu Hause eine andere Sprache als Englisch?: Ja Nein

Wenn ja, welche Sprache?: _____

Postadresse _____ Stadt _____ Bundesland _____ PLZ _____

Optional- Sozialversicherungsnummer _____

Arbeitgeber _____ Beschäftigungsstatus _____

Telefonnummer des Arbeitgebers _____

Informationen des Verantwortlichen/Informationen des gesetzlichen Vertreters

(Wenn der obige Patient mit der verantwortlichen Partei identisch ist, lassen Sie diesen Abschnitt leer.)

Name (Vor- und Nachname) _____

Geburtsdatum _____ Familienstand _____ Telefonnummer _____

Anschrift _____ Stadt _____ Bundesland _____ PLZ _____

Sozialversicherungsnummer (optional) _____

Arbeitgeber _____ Beschäftigungsstatus _____

Angaben zum verantwortlichen Ehepartner

(Wenn der Patient mit der verantwortlichen Partei identisch ist, geben Sie die Angaben zum Ehepartner des Patienten ein.)

Name (Vor- und Nachname) _____

Geburtsdatum _____ Familienstand _____ Telefonnummer _____

Anschrift _____ Stadt _____ Bundesland _____ PLZ _____

Sozialversicherungsnummer (optional) _____

Arbeitgeber _____ Beschäftigungsstatus _____

Telefonnummer des Arbeitgebers _____

Unterhaltsberechtigte der verantwortlichen Partei

(Wenn der Patient mit der verantwortlichen Partei identisch ist, geben Sie die Angaben zum Ehepartner des Patienten ein.)

Name _____ Geburtsdatum _____ Beziehung zur verantwortlichen Partei _____

Name _____ Geburtsdatum _____ Beziehung zur verantwortlichen Partei _____

Name _____ Geburtsdatum _____ Beziehung zum/zur verantwortlichen Partei _____

Name _____ Geburtsdatum _____ Beziehung zur verantwortlichen Partei _____

Anzahl der im Haushalt lebenden Erwachsenen und Kinder _____

Monatliches Einkommen

(Geben Sie für jeden der unten aufgeführten Punkt Beträge in US-Dollar ein. Geben Sie jeweils den Betrag pro Monat an.)

Bewerber verdientes Einkommen _____	Kinderhilfe erhalten _____
Bewerber Ehepartner Einkommen _____	Unterhaltszahlungen _____
Sozialleistungen _____	erhalten Miete Grundstückseinkommen _____
Pension / Ruhestand Einkommen _____	Lebensmittelmarken _____
Behinderung _____	Treuhandfonds Verteilung erhalten _____
Einkommen Arbeitslosigkeit _____	Sonstiges Einkommen _____
Entschädigung Arbeitnehmer _____ Zinsen /	Gesamtbrutto monatliches Einkommen Dollar
Dividende Einkommen _____	_____

Monatliche Lebenshaltungskosten

Patienten, die gemäß der AdventHealth-Richtlinie zur finanziellen Unterstützung vermutlich für eine finanzielle Unterstützung in Frage kommen, müssen diesen Abschnitt nicht ausfüllen.

Hypothek/Miete _____	Kindergeld/Unterhaltszahlung _____
Nebenkosten _____ Telefon	Kreditkarten _____
(Festnetz) _____ Handy	Arzt/Krankenhausrechnungen _____
_____	Auto/Autoversicherung _____
Lebensmittel/Essen _____	Haus/Sachversicherung _____
Kabel/Internet/Satelliten-TV _____	Krankenversicherung _____
Autokredit _____	Lebensversicherung _____
Kinderbetreuung _____	andere monatliche Ausgaben _____
	Monatliche Gesamtausgaben _____

Vermögen

Bargeld/Ersparnisse/Girokonten _____
Aktien/Anleihen/Investitionen/CD(s) _____
Sonstige Immobilien/Zweitwohnsitz _____
Boot/Wohnmobil/Motorrad/Freizeitfahrzeug _____
Sammlerautos /nicht notwendige Autos _____
Rücklagen für Gesundheit/Konto für flexible Ausgaben _____

Ich bestätige, dass die Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen und Gewissen der Wahrheit entsprechen. Ich bestätige, dass die Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen und Gewissen der Wahrheit entsprechen. Ich werde jede staatliche, bundesstaatliche oder lokale Unterstützung beantragen, auf die ich möglicherweise Anspruch habe, um zu helfen, meine Arztrechnungen zu zahlen. Ich verstehe, dass diese bereitgestellten Informationen ggf. von ADVENTHEALTH überprüft werden, und ermächtige ADVENTHEALTH, sich an Dritte zu wenden, um die Richtigkeit der in diesem Antrag bereitgestellten Informationen zu überprüfen. Ich verstehe, dass ich, wenn ich in diesem Antrag wissentlich unwahre Informationen zur Verfügung stelle, keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung habe, jegliche mir gewährte finanzielle Unterstützung möglicherweise rückgängig gemacht werden kann und ich dann für die Begleichung der Rechnung(en) verantwortlich bin.

Unterschrift Antragsteller _____

(in) Datum _____

Kommentare _____

Unterstützungsschreiben

Patientennummer/Kontonummer _____

Name des Unterstützers _____

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

Anschrift des Unterstützers _____

An AdventHealth:

Mit diesem Schreiben soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass (Name des Patienten) _____ wenig oder gar kein Einkommen erhält und ich ihm/ihr mit den Lebenshaltungskosten helfe. Er/sie/sie hat wenig bis gar keine Verpflichtung mir gegenüber.

Mit der Unterzeichnung dieser Erklärung stimme ich zu, dass die angegebenen Informationen nach bestem Wissen und Gewissen zutreffen.

Unterschrift des Unterstützers _____

Datum _____



Liebe® Patient(in)/Antragsteller(in),

AdventHealth ist von Mitgefühl bestimmt und engagiert sich für die Bereitstellung von personalisierter Versorgung für alle – insbesondere für die Bedürftigsten. Es ist unsere Mission und unser Privileg, unseren Patienten finanzielle Unterstützung zu bieten. Finanzielle Unterstützung ist lediglich für Notfälle und andere medizinisch notwendige Pflege verfügbar. Vielen Dank, dass Sie uns die gesundheitlichen Bedürfnisse für Sie und Ihre Familie anvertrauen.

Wir schicken Ihnen dieses Schreiben und den beigefügten Antrag auf finanzielle Unterstützung, da wir Ihre Anfrage erhalten haben. Wenn Sie dies nicht angefordert haben, ignorieren Sie es bitte. Füllen Sie bitte beide Seiten aus, und unterschreiben und datieren Sie das Formular, bevor Sie es zurückschicken. Wenn 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 eine Kopie von mindestens einer der folgenden Unterlagen an. Wenn Sie verheiratet sind oder seit 6 Monate 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 jährlichen Steuererklärung (bei Selbständigkeit bitte alle Formulare kopieren)
- Sozialversicherungs- und/oder Rentenbescheid
- Letzte jährliche Steuererklärung 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 ber Einkünfte
- Kopien der Bankauszüge der letzten 3 Monate
- Kopie eines Belegs Arbeitslosenunterstützung

Wenn Sie Unterstützung von einer Familie oder Freunden erhalten oder mit diesem 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, inwiefern 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 als Nachweis Ihrer ausstehenden monatlichen Auslagen für medizinische Behandlungen und pharmazeutische Hilfsmittel /Medikamente bei.

Bitte beachten Sie, dass der ausgefüllte Antrag zusammen mit dem Einkommensnachweis vorliegen muss, damit der Antrag berücksichtigt werden kann. Wir können unvollständige Anträge nicht bearbeiten oder berücksichtigen.

Bitte beachten Sie, 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 als der Person, an die sie gerichtet ist, 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, diese nicht per E-Mail zu versenden.

Bitte drucken Sie Ihre ausgefüllten Antrag aus und senden Sie sie an folgende Adresse:

AdventHealth PFS
Zu Händen: Abteilung Für Finanzielle Unterstützung
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

Wenn Sie Fragen zu diesem Antrag haben, wenden Sie sich bitte an einen unserer Patientenvertreter unter 888-693-2252.

Mit freundlichen Grüßen

Finanzdienstleistungen für Patienten
AdventHealth