

Anleitung zum Ausfüllen des Antragsformulars für wohltätige Betreuung/finanzielle Unterstützung

Dies ist ein Antrag auf finanzielle Unterstützung (auch bekannt als wohltätige Betreuung) bei Providence.

Nach Bundes- und Landesrecht sind alle Krankenhäuser verpflichtet, Personen und Familien, die bestimmte Einkommensvoraussetzungen erfüllen, finanzielle Unterstützung zu gewähren. Auch wenn Sie krankenversichert sind, können Sie je nach Familiengröße und Einkommen Anspruch auf kostenlose oder ermäßigte Leistungen haben. Unsere Richtlinien für die finanzielle Unterstützung und die Staffelung finden Sie auf der krankenhausspezifischen Website unter www.stjhs.org oder auf der Website des Krankenhauses unter www.covenanthealth.org.

Was deckt die finanzielle Unterstützung ab? Die medizinische finanzielle Unterstützung deckt je nach Anspruchsberechtigung medizinisch notwendige Leistungen ab, die in einem unserer Krankenhäuser oder Kliniken unserer Familie von Organisationen erbracht werden. Die finanzielle Unterstützung deckt u. U. nicht alle Gesundheitskosten ab, auch nicht die von anderen Organisationen erbrachten Leistungen.

Wenn Sie Fragen haben oder Hilfe beim Ausfüllen dieses Antrags benötigen: Unsere Richtlinien zur finanziellen Unterstützung, Informationen zu den Programmen und die Unterlagen zur Antragstellung sind auf unserer Website oder telefonisch erhältlich. Sie können aus jedem Grund Hilfe in Anspruch nehmen, auch bei Behinderungen oder Sprachproblemen. Übersetzte schriftliche Dokumente sind auf Anfrage erhältlich.

So erreichen Sie uns: www.covenanthealth.org

Kundenbetreuer sind erreichbar unter: 503-215-7575 oder 855-229-6466

Montag-Freitag 8:00 Uhr bis 17:00 Uhr

Damit Ihr Antrag bearbeitet werden kann, müssen Sie:

- Uns Informationen über Ihre Familie zur Verfügung stellen**
Die Anzahl der Familienmitglieder in Ihrem Haushalt angeben (zur Familie gehören Personen, die durch Blutsbande, Heirat oder Adoption miteinander verbunden sind und zusammenleben)
- Angaben über das monatliche Bruttoeinkommen Ihrer Familie (Einkommen vor Steuern und Abzügen) machen, einschließlich Gehaltsabrechnungen, W-2-Formularen, Steuererklärungen, Sozialversicherungsbescheiden und Bescheinigungen über Einkünfte aus Vermögenswerten, sowie Erklärungen und Nachweise über Vermögenswerte vorlegen.**¹ (weitere Beispiele finden Sie im Abschnitt Einkommen des Antrags auf finanzielle Unterstützung)
- Bei Bedarf zusätzliche Informationen beifügen**
- Das Formular für die finanzielle Unterstützung unterschreiben und datieren**

Anmerkung: Um finanzielle Unterstützung zu beantragen, müssen Sie keine Sozialversicherungsnummer angeben. Wenn Sie uns Ihre Sozialversicherungsnummer mitteilen, kann diese dazu verwendet werden, Ihre Identität festzustellen oder die von Ihnen gemachten Angaben zu überprüfen. Wenn Sie keine Sozialversicherungsnummer haben, markieren Sie bitte "nicht zutreffend" (not applicable) oder "n.z." (NA).

¹ Sofern dies nicht durch bundestaatliche Gesetze untersagt ist, wird Providence die von den Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) für die Medicare-Kostenberichterstattung geforderten Informationen über Vermögenswerte sammeln und berücksichtigen.



Schicken Sie den ausgefüllten Antrag mit allen Anlagen an: Covenant Health, Attn: Finanzielle Unterstützung, P.O. Box 3299 Portland, OR 97208-3395 UNITED STATES OF AMERICA. Behalten Sie unbedingt eine Kopie für sich.

Um Ihren ausgefüllten Antrag persönlich abzugeben: Geben Sie den Antrag bei einem Mitarbeiter in der Aufnahmeabteilung des Krankenhauses ab. Wir werden Sie innerhalb von 14 bis 30 Tagen ab Eingang eines vollständigen Antrags auf finanzielle Unterstützung, einschließlich der Einkommensnachweise, über die endgültige Feststellung der Anspruchsberechtigung und ggf. über die Einspruchsmöglichkeiten informieren.

Mit der Einreichung eines Antrags auf finanzielle Unterstützung erteilen Sie uns Ihr Einverständnis, dass wir die entsprechenden Nachforschungen anstellen dürfen, um finanzielle Verpflichtungen und Angaben zu überprüfen.

Wir wollen helfen. Bitte reichen Sie Ihren Antrag umgehend ein. Sie erhalten ggf. weiterhin Rechnungen, bis Ihr ausgefüllter Antrag und die erforderlichen Unterlagen bei uns eingegangen sind, es sei denn, dies ist nach den Gesetzen Ihres Bundesstaates für wohltätige Betreuung verboten.

Antragsformular für wohltätige Betreuung/finanzielle Unterstützung – vertraulich

Füllen Sie bitte alle Angaben vollständig aus. Wenn etwas nicht zutrifft, tragen Sie "n.z." ein. Fügen Sie bei Bedarf zusätzliche Blätter hinzu.

SCREENING-INFORMATIONEN

Benötigen Sie einen Dolmetscher? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja, geben Sie die bevorzugte Sprache an:
Hat der/die Patient/in Medicaid beantragt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ist der/die Patient/in blind? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ist der/die Patient/in behindert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erhält der/die Patient/in öffentliche Leistungen vom Bundesstaat wie TANF, Grundnahrungsmittel oder WIC? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist der Patient derzeit obdachlos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Steht der Bedarf des/der Patienten/in an medizinischer Versorgung im Zusammenhang mit einem Verkehrsunfall oder Arbeitsunfall? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

HINWEIS

- Auch wenn Sie einen Antrag stellen, können wir nicht garantieren, dass Sie für eine finanzielle Unterstützung in Frage kommen.
- Nachdem Sie Ihren Antrag eingereicht haben, überprüfen wir alle Angaben und fordern gegebenenfalls zusätzliche Informationen oder einen Einkommensnachweis an.
- Innerhalb von 14-30 Tagen nach Eingang Ihres ausgefüllten Antrags und Ihrer Unterlagen werden wir Sie darüber informieren, ob die Voraussetzungen für eine finanzielle Unterstützung erfüllt sind.

ANGABEN ZUM PATIENTEN UND ANTRAGSTELLER

Vorname des/der Patienten/in	Zweiter Vorname des/der Patienten/in	Familiename des/der Patienten/in
<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben _____)	Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer des/der Patienten/in (optional)
Verantwortliche für die Begleichung der Rechnung	Beziehung zum/zur Patienten/in	Geburtsdatum Sozialversicherungsnummer (optional)
Postanschrift _____ _____ _____		Telefonnummer(n) des Hauptansprechpartners () _____ () _____ E-Mail-Adresse: _____
Stadt	Bundesstaat	Postleitzahl
Beschäftigungsstatus der Verantwortlichen für die Begleichung der Rechnung <input type="checkbox"/> Beschäftigt (Datum der Einstellung): _____ <input type="checkbox"/> Arbeitslos (wie lange arbeitslos): _____ <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähig <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Sonstige _____		

ANGABEN ZUR FAMILIE

Bitte alle Familienmitglieder in Ihrem Haushalt aufführen, Sie selbst eingeschlossen. Zur "Familie" gehören Personen, die durch Blutsbande, Heirat oder Adoption miteinander verbunden sind und zusammenleben.

FAMILIENGRÖSSE _____

Bei Bedarf zusätzliches Blatt beifügen

Name	Geburtsdatum	Beziehung zum/zur Patienten/in	Ab 18 Jahre alt oder älter: Name des/der Arbeitgeber/s oder Einkommensquelle	Ab 18 Jahre alt oder älter: Monatliches Bruttoeinkommen insgesamt (vor Steuern):	Beantragt auch eine finanzielle Unterstützung?
					Ja / Nein
					Ja / Nein
					Ja / Nein
					Ja / Nein

Das Einkommen aller erwachsenen Familienmitglieder muss offengelegt werden. Zu den Einkommensquellen gehören beispielsweise:

Löhne- Arbeitslosenunterstützung- Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit- Unfallversicherung- Erwerbsunfähigkeitsrente- Sozialhilfeleistungen (SSI)- Kinderbeihilfe/Ehegattenunterhalt- Work-Study-Programme (Studenten)- Einkommen aus Vermögenswerten, z. B. Aktien, Anleihen, IRAs, Investmentfonds, Mieteinnahmen usw.

ANGABEN ZU EINKOMMEN

BITTE BEACHTEN SIE: Sie müssen Ihrem Antrag einen Einkommensnachweis beifügen.

Sie müssen Angaben zum Einkommen Ihrer Familie machen. Zur Entscheidung über finanzielle Unterstützung ist eine Einkommensprüfung erforderlich. Alle Familienmitglieder, die mindestens 18 Jahre alt sind, müssen ihr Einkommen offenlegen. Wenn Sie keinen Nachweis erbringen können, können Sie eine schriftliche, unterzeichnete Erklärung über Ihr Einkommen einreichen. Bitte legen Sie für jede angegebene Einkommensquelle einen Nachweis vor.

Als Nachweis des Einkommens gelten beispielsweise:

- eine "W-2"-Quellensteuerbescheinigung; oder
- Aktuelle Gehaltsabrechnungen (3 Monate); oder
- Einkommensteuererklärung des Vorjahres, ggf. einschließlich Schedules; oder
- Schriftliche, unterzeichnete Erklärungen von Arbeitgebern oder Dritten; oder
- Einkommensnachweise aus Vermögenswerten (Aktien, Anleihen, IRAs, Investmentfonds usw.); oder
- Genehmigung/Ablehnung des Anspruchs auf Arbeitslosenunterstützung.

Wenn Sie kein Einkommen nachweisen können oder kein Einkommen haben, fügen Sie bitte ein zusätzliches Blatt mit einer Erklärung bei.

Antragsformular für wohltätige Betreuung/finanzielle Unterstützung – vertraulich

ANGABEN ZU AUSGABEN

Anhand dieser Informationen können wir uns ein vollständigeres Bild von Ihrer finanziellen Situation machen.

Monatliche Ausgaben für den Lebensunterhalt:

Miete/Hypothek \$ _____ Medizinische Ausgaben \$ _____
 Krankenversicherungsprämien \$ _____ Versorgungsleistungen \$ _____
 Sonstige Schulden/Ausgaben \$ _____ (Unterhaltszahlungen, Darlehen, Medikamente, Sonstiges)

ANGABEN ZUM VERMÖGEN

Diese Informationen dürfen nur im Einklang mit unseren Richtlinien und den Vorschriften des Bundesstaates, in dem Sie behandelt wurden, verwendet werden und werden gemäß den Anforderungen der Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) für die Medicare-Kostenberichterstattung erfasst und berücksichtigt.

Aktueller Stand des Girokontos \$ _____ Aktueller Stand des Sparkontos \$ _____	Verfügt Ihre Familie über diese anderen Vermögenswerte? Zutreffendes bitte ankreuzen <input type="checkbox"/> Aktien <input type="checkbox"/> Anleihen <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> Health Gesundheitssparkonto/-konten <input type="checkbox"/> Trust(s) <input type="checkbox"/> Immobilien (außer Hauptwohnsitz) <input type="checkbox"/> Eigenes Unternehmen
--	--

ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN

Bitte fügen Sie ein zusätzliches Blatt an, wenn es weitere Informationen zu Ihrer gegenwärtigen finanziellen Lage gibt, die Sie uns gern mitteilen möchten, wie beispielsweise eine finanzielle Notlage, übermäßige medizinische Ausgaben, Einnahmen aus Saison- oder Zeitarbeit oder ein persönlicher Verlust.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DES PATIENTEN

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Covenant Health Systems zur Feststellung meines Anspruchs auf finanzielle Unterstützung oder die Inanspruchnahme von Zahlungsplänen die von mir gemachten Angaben ggf. durch Einholung einer Kreditauskunft und von Informationen aus anderen Quellen überprüft.

Hiermit bestätige ich, dass die oben gemachten Angaben nach bestem Wissen der Wahrheit entsprechen und korrekt sind. Ich bin mir darüber im Klaren, dass mein Antrag auf finanzielle Unterstützung abgelehnt werden kann, wenn sich herausstellt, dass die von mir gemachten Angaben nicht der Wahrheit entsprechen, und dass ich dann für die erbrachten Dienstleistungen verantwortlich bin und die entsprechenden Rechnungen zu begleichen habe.

 Unterschrift des/der Antragstellers/in

 Datum