

**Diese Broschüre steht in  
folgenden Sprachen zur  
Verfügung:**

- Westarmenisch
- Vereinfachtes Chinesisch
- Englisch
- Französisch
- Deutsch
- Hmong
- Japanisch
- Koreanisch
- Russisch
- Spanisch
- Tagalog
- Vietnamesisch

**Finanzierungshilfeprogramm  
(Financial Assistance Program)**

AdventistHealth.org/FAP  
1-844-827-5047

# Unterstützung bei der Begleichung Ihrer Arztrechnungen

**Finanzierungshilfeprogramm**





Wir von Adventist Health arbeiten hart, damit Sie gesund und vital bleiben. Dazu zählt auch die finanzielle Unterstützung, wenn Sie Schwierigkeiten bei der Bezahlung Ihrer Arztrechnung haben. Sie sollten stets Zugang zu medizinischen Versorgungsleistungen haben, auch wenn Sie glauben, dass Sie sich diese nicht leisten können.

### Bin ich beihilfeberechtigt?

Um zu erfahren, ob Sie für den Erhalt von Unterstützung zum Bezahlen Ihrer Arztrechnungen berechtigt sind, füllen Sie bitte den Antrag auf finanzielle Beihilfe aus. Sie können das Formular entweder beim Erhalt der medizinischen Versorgungsleistung oder nach Erhalt der Rechnung ausfüllen. Wir werden die von Ihnen in diesem Formular bereitgestellten Informationen verwenden, um festzustellen, ob Sie Anspruch auf Unterstützung beim Bezahlen Ihrer Rechnungen haben.

Allgemein gilt:

- Wenn Ihr Jahreseinkommen weniger bzw. gleich 200 % der derzeitigen US-Armutsgrenze beträgt, haben Sie eventuell Anspruch auf einen vollständigen Rabatt auf die Kosten.
- Wenn Ihr Jahreseinkommen mehr als 200 % der derzeitigen US-Armutsgrenze beträgt, haben Sie eventuell Anspruch auf einen Teilrabatt auf die Kosten.

### Wie beantrage ich Beihilfe?

Ein kostenloses Exemplar dieser Zusammenfassung, unsere Richtlinie zur Finanzierungshilfe und einen Antrag in verschiedenen Sprachen sind bei folgenden Stellen erhältlich:

1. Im Anmeldungsbereich
2. Auf unserer Website ([AdventistHealth.org/FAP](http://AdventistHealth.org/FAP))
3. Telefonisch unter 1-844-827-5047
4. Auf dem Postweg an unsere Adresse:

**Adventist Health**

**ATTN: Financial Assistance Program**

PO BOX 619002

Roseville, CA 95661

Bitte fragen Sie uns, falls Sie Hilfe beim Ausfüllen des Formulars benötigen. Wenn Sie das Formular vollständig ausgefüllt haben, händigen Sie dieses einem Rezeptionsmitarbeiter oder senden Sie es auf dem Postweg an obige Adresse.

### Wie entscheiden Sie, wie viel finanzielle Unterstützung ich erhalte?

Der Betrag der Finanzierungshilfe den Sie erhalten, richtet sich nach Ihrer Bedürftigkeit. Wenn Sie Anspruch auf Unterstützung haben, ziehen wir die Beträge, die allen Patienten mit Versicherungsschutz grundsätzlich in Rechnung gestellt werden, heran, um zu bestimmen, wie viel Ihnen für die Notversorgung und die medizinisch erforderliche Versorgung berechnet wird.