

Antragsformular für unentgeltliche medizinische Versorgung/finanzielle Unterstützung – vertraulich.  
Bitte füllen Sie alle Angaben vollständig aus. Falls etwas nicht zutrifft, tragen Sie bitte „n. z.“ ein. Fügen Sie bei Bedarf weitere Seiten hinzu.

### SCREENING-INFORMATIONEN

Benötigen Sie einen Dolmetscher? ☐ Ja ☐ Nein

Falls „Ja“, geben Sie bitte Ihre bevorzugte Sprache an:

Hat der Patient einen Antrag auf finanzielle Unterstützung durch Medicaid gestellt? ☐ Ja ☐ Nein

Bezieht der Patient staatliche Sozialleistungen wie TANF, „Basic Food“ (Lebensmittelhilfe) oder WIC?

☐ Ja ☐ Nein

Ist der Patient derzeit obdachlos? ☐ Ja ☐ Nein

Steht der medizinische Versorgungsbedarf des Patienten im Zusammenhang mit einem Autounfall oder einem Arbeitsunfall? ☐ Ja ☐ Nein

### BITTE BEACHTEN

- Wir können nicht garantieren, dass Sie Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, selbst wenn Sie einen Antrag stellen.
- Sobald Sie Ihren Antrag eingereicht haben, werden wir Ihre Angaben prüfen und Sie gegebenenfalls um die Nachreichung fehlender Informationen bitten.
- Diese Anwendung dient dazu, die Anspruchsberechtigung sowohl für „Charity Care“ (kostenlose medizinische Versorgung) als auch für „Discounted Care“ (vergünstigte medizinische Versorgung) festzustellen. Wenn Sie lediglich „Discounted Care“ beantragen, erhalten Sie möglicherweise weniger finanzielle Unterstützung, als im Rahmen von „Charity Care“ verfügbar wäre.

### PATIENTEN- UND ANTRAGSTELLERDATEN

|                                                                                                                                        |                                             |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vorname des/der Patienten/Patientin                                                                                                    | Zweiter Vorname des/der Patienten/Patientin |                                                                                                                                                                                                                         | Nachname des/der Patienten/Patientin                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich<br><input type="checkbox"/> Anderweitiges (bitte angeben)<br><hr/> | Geburts datum                               | <input type="checkbox"/> Ledig<br><input type="checkbox"/> Verheiratet<br><input type="checkbox"/> Geschieden<br><input type="checkbox"/> Getrennt<br><input type="checkbox"/> Witwe<br><input type="checkbox"/> Witwer | Sozialversicherungsnummer des/der Patienten/Patientin (optional)                                                             |
| Einrichtung:                                                                                                                           | Datum der Dienstleistung                    | Eingangsnummer                                                                                                                                                                                                          | Bevorzugte Kontaktmethode:<br><input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Post |
| Verantwortliche Person für die Begleichung der Rechnung                                                                                | Beziehung zum/zur Patienten/Patientin       | Geburtsdatum                                                                                                                                                                                                            | Sozialversicherungsnummer (optional)                                                                                         |
| Postanschrift<br><hr/> <hr/>                                                                                                           |                                             |                                                                                                                                                                                                                         | Hauptkontaktnummer(n)<br>(    ) _____<br>(    ) _____<br>E-Mail-Adresse:<br>_____                                            |
| Postleitzahl Stadt Land                                                                                                                |                                             |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                              |

Beschäftigungsstatus der für die Begleichung der Rechnung verantwortlichen Person

☐ Beschäftigt (Einstellungsdatum: \_\_\_\_\_)

☐ Arbeitslos (seit wann: \_\_\_\_\_)

☐ Selbstständig   ☐ Studierende(r)   ☐ Behinderte(r)   ☐ Rentner(in)

☐ Sonstiges (bitte näher erläutern): \_\_\_\_\_

### ANGABEN ZUR FAMILIE

Führen Sie die Familienmitglieder in Ihrem Haushalt auf, Sie selbst eingeschlossen.

**Für Patienten aus Kalifornien und Hawaii gilt folgende Definition des Begriffs „Familie“:** (i) Bei Personen ab 18 Jahren: Ehepartner, Lebenspartner, unterhaltsberechtigter Kinder unter 21 Jahren oder Kinder jeden Alters, sofern sie behindert sind, unabhängig davon, ob sie im selben Haushalt leben oder nicht, und (ii) bei Personen unter 18 Jahren oder bei einem unterhaltsberechtigten Kind im Alter von 18 bis 20 Jahren: Eltern, sorgeberechtigte Verwandte sowie weitere Kinder der Eltern oder der sorgeberechtigten Verwandten, die unter 21 Jahre alt sind oder bei einer Behinderung jeden Alters sein können.

**Für Patienten aus Oregon:** Unter „Haushalt“ versteht man:

(A) Eine einzelne Person; oder (B) Ehepartner, Lebenspartner oder ein Elternteil und ein Kind unter 18 Jahren, die zusammenleben; **sowie** weitere Personen, für deren Unterhalt eine einzelne Person, ein Ehepartner, ein Lebenspartner oder ein Elternteil finanziell aufkommt.

HAUSHALT/FAMILIENGROSSE \_\_\_\_\_

| Name | Geburtsdatum | Beziehung zum/zur Patienten/Patientin | Wenn Sie 18 Jahre oder älter sind: Name des Arbeitgebers bzw. der Arbeitgeber oder Einkommensquelle | Wenn Sie 18 Jahre oder älter sind: Monatliches Bruttoeinkommen (vor Steuerabzug): | Beantragen Sie auch finanzielle Unterstützung? |
|------|--------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
|      |              |                                       |                                                                                                     |                                                                                   | Ja/Nein                                        |
|      |              |                                       |                                                                                                     |                                                                                   | Ja/Nein                                        |
|      |              |                                       |                                                                                                     |                                                                                   | Ja/Nein                                        |

Fügen Sie bei Bedarf eine weitere Seite bei.

Es muss das Einkommen aller volljährigen Familienmitglieder angegeben werden. Zu den Einkommensquellen gehören z. B.:

- Löhne - Arbeitslosigkeit - Selbstständigkeit - Arbeitsunfallversicherung - Erwerbsunfähigkeit - SSI
- Unterhalt für Kinder/Ehepartner - Ausbildungsförderungsprogramme (Studierende) - Rente
- Auszahlungen aus Altersvorsorgekonten - Sonstiges (bitte angeben )

### ANGABEN ZUM EINKOMMEN

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

Sie müssen auch Angaben zum Einkommen Ihrer Familie machen. Zur Ermittlung der Höhe der finanziellen Unterstützung ist ein Einkommensnachweis erforderlich.

Alle Familienmitglieder, die 18 Jahre alt oder älter sind, müssen ihr Einkommen offenlegen. Sollten Sie keine Belege vorlegen können, können Sie eine schriftliche, unterzeichnete Einkommenserklärung einreichen.

Zur Feststellung der Anspruchsberechtigung auf finanzielle Unterstützung beschränken sich die Nachweise über das Einkommen auf:

- o aktuelle Gehaltsabrechnungen des Haushalts aus den letzten 6 Monaten vor oder nach der ersten Rechnungsstellung an den Patienten (oder vor Beginn der Leistungserbringung, wenn der Antrag eingereicht wird)oder

- o Einkommensteuererklärung (Formular 1040) des Patienten und seines Ehepartners oder Lebenspartners aus dem Jahr, in dem dem Patienten zum ersten Mal eine Rechnung gestellt wurde, oder aus den 12 Monaten vor der ersten Rechnungsstellung

Sie können auf Wunsch auch andere Arten von Einkommensnachweisen vorlegen, jedoch verlangt Adventist Health keine zusätzlichen Einkommensnachweise. Wenn Sie beispielsweise keinen Einkommensnachweis vorlegen können oder über kein Einkommen verfügen, können Sie eine zusätzliche Seite mit einer Erläuterung beifügen.

### HAFTUNG GEGENÜBER DRITTEN

Haftet ein Dritter für Ihre Dienstleistungen? ☐ JA ☐ NEIN

Falls JA, geben Sie bitte diesen Dritten an: \_\_\_\_\_

### ANGABEN ZU DEN AUSGABEN (optional)

Wir nutzen diese Informationen, um ein umfassenderes Bild von Ihrer finanziellen Situation zu erhalten.

#### Monatliche Haushaltsausgaben:

|                            |           |                                                          |
|----------------------------|-----------|----------------------------------------------------------|
| Miete/Hypothek             | USD _____ | Krankheitskosten \$ _____                                |
| Versicherungsprämien       | USD _____ | Nebenkosten \$ _____                                     |
| Sonstige Schulden/Ausgaben | USD _____ | (Unterhaltszahlungen, Darlehen, Medikamentenkosten usw.) |

### ERGÄNZENDE ANGABEN (optional)

Bitte fügen Sie ein zusätzliches Blatt bei, falls es weitere Informationen zu Ihrer aktuellen finanziellen Situation gibt, die Sie uns mitteilen möchten, wie beispielsweise finanzielle Notlagen, überhöhte Krankheitskosten, saisonale oder vorübergehende Einkünfte oder persönliche Verluste.

### PATIENTENVEREINBARUNG

Ich bin mir darüber im Klaren, dass Adventist Health meine Angaben durch die Überprüfung von Kreditauskünften und die Einholung von Informationen aus anderen Quellen verifizieren kann, um die Anspruchsberechtigung für finanzielle Unterstützung oder Zahlungspläne zu ermitteln.

Ich versichere, dass die obigen Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgetreu und korrekt sind. Mir ist bewusst, dass, sollten sich die von mir zur Verfügung gestellten finanziellen Angaben als falsch herausstellen, dies zur Ablehnung der finanziellen Unterstützung führen kann und ich möglicherweise für die erbrachten Leistungen aufkommen muss.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der antragstellenden Person

\_\_\_\_\_  
Datum

### SO REICHEN SIE IHREN ANTRAG EIN

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte telefonisch an (+1 844 827-5047)

Senden Sie das ausgefüllte Formular per Post an:

Adventist Health,  
Attn: Patient Access  
726 4th Street, Marysville, CA 95901

ODER

Senden Sie das ausgefüllte Formular per E-Mail an:

AHFinAsst@ah.org