

## CHI St. Anthony Hospital Anweisungen für das Antragsformular für finanzielle Unterstützung

Dies ist ein Antrag auf finanzielle Unterstützung bei *CommonSpirit Health*.

**CommonSpirit Health bietet finanzielle Unterstützung** für Menschen und Familien, die bestimmte Einkommensanforderungen erfüllen. Je nach Familiengröße und Einkommen sind Sie möglicherweise berechtigt, kostenlose Pflege oder ermäßigte Pflege in Anspruch zu nehmen, selbst wenn Sie krankenversichert sind. Gefördert werden Patientinnen und Patienten, deren Familieneinkommen weniger als 400 % der Bundesarmutsrichtlinien beträgt. Informationen zu den Armutsrichtlinien des Bundes finden Sie unter <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

**Was deckt die finanzielle Unterstützung ab?** Die finanzielle Unterstützung des Krankenhauses deckt je nach Anspruchsberechtigung angemessene krankenhausbetonte Dienstleistungen ab, die von CommonSpirit Health erbracht werden. Die finanzielle Unterstützung deckt möglicherweise nicht alle Pflegekosten ab, beispielsweise die von anderen Organisationen erbrachten Dienstleistungen.

**Wenn Sie Fragen haben oder Hilfe beim Ausfüllen dieses Antrags benötigen:** Sie können aus jedem Grund Hilfe anfordern, einschließlich aufgrund einer Behinderung oder Sprachhilfe, unter: 844-286-5546

**Damit Ihr Antrag bearbeitet werden kann, müssen Sie Folgendes tun:**

- Uns Informationen über Ihre Familie bereitstellen**
- Uns Auskunft über das monatliche Bruttoeinkommen Ihrer Familie (Einkommen vor Steuern und Abzügen) geben**
- Nachweise für das Familieneinkommen bereitstellen**
- Unterlagen für Familienvermögen (optional) bereitstellen**
- Bei Bedarf zusätzliche Informationen hinzufügen**
- Unterschreiben und datieren Sie das Formular**

**Anmerkung: Sie müssen keine Sozialversicherungsnummer angeben, um finanzielle Unterstützung zu beantragen.** Wenn Sie uns Ihre Sozialversicherungsnummer mitteilen, beschleunigt dies die Bearbeitung Ihres Antrags. Sozialversicherungsnummern werden verwendet, um die uns zur Verfügung gestellten Informationen zu überprüfen. Wenn Sie keine Sozialversicherungsnummer haben, markieren Sie bitte „nicht zutreffend“ oder „NA“.

**Ausgefüllter Antrag mit allen Unterlagen per Post oder Fax an:** CHI ST ANTHONY HOSPITAL, zu Händen von: EES -Financial Assistance Center, P.O. Box 660872, Dallas, TX 75266-0872 Fax: 469-803-4627. Bewahren Sie unbedingt eine Kopie für Ihre Unterlage auf.

**Persönliche Einreichung Ihrer ausgefüllten Bewerbung:** CHI St. Anthony Hospital, 2801 St Anthony Way, Pendleton, OR 97801

Wir werden Sie innerhalb von 30 Kalendertagen nach Eingang eines vollständigen Antrags auf finanzielle Unterstützung, einschließlich der Einkommensnachweise, über die endgültige Feststellung der Anspruchsberechtigung und der Einspruchsrechte informieren.

Mit der Einreichung eines Antrags auf finanzielle Unterstützung erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir entsprechend notwendige Nachforschungen anstellen, um finanzielle Verpflichtungen und Informationen zu bestätigen.

**Wir wollen helfen. Bitte reichen Sie Ihre Bewerbung zeitnah ein!**

**Es kann sein, dass Sie Rechnungen erhalten, bis wir Ihre Informationen erhalten.**

**CHI St. Anthony Hospital**  
**Antragsformular für finanzielle Unterstützung – Vertraulich**

*Bitte füllen Sie alle Informationen vollständig aus. Falls etwas nicht zutrifft, schreiben Sie „NA“.  
Hängen Sie bei Bedarf zusätzliche Seiten an.*

**INFORMATIONEN ZUM SCREENING**

Brauchen Sie einen Dolmetscher? <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> Falls ja, geben Sie Ihre bevorzugte Sprache an:
Hat der Patient Medicaid beantragt? <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> Möglicherweise müssen Sie einen Antrag stellen, bevor eine finanzielle Unterstützung in Betracht gezogen wird
Erhält der Patient staatliche öffentliche Dienstleistungen wie Lebensmittelmarken oder WIC (Frauen, Säuglinge und Kinder)? <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b>
Ist der Patient momentan obdachlos? <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b>
Steht der medizinische Versorgungsbedarf des Patienten im Zusammenhang mit einem Autounfall oder einem Arbeitsunfall? <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b>
Liste der CommonSpirit Health-Krankenhäuser, in denen Sie behandelt wurden:

**BITTE BEACHTEN**

- Wir können nicht garantieren, dass Sie Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, selbst wenn Sie einen Antrag stellen.
- Sobald Sie Ihre Bewerbung abgeschickt haben, können wir alle Informationen überprüfen und zusätzliche Informationen oder Einkommensnachweise anfordern.

**PATIENTEN- UND BEWERBERINFORMATIONEN**

Vorname des Patienten	Zweiter Vorname des Patienten	Nachname des Patienten
Geburtsdatum	Patientenkontonummern:	
		Sozialversicherungsnummer des Patienten (optional*)
Person, die für die Bezahlung der Rechnung verantwortlich ist	Beziehung zum Patienten	Geburtsdatum
		Sozialversicherungsnummer (optional*)
Postanschrift		Hauptkontaktnummer(n)
_____		( ) _____
_____		( ) _____
Stadt	Bundesland	PLZ
E-Mail-Adresse: _____		
Beschäftigungsstatus der Person, die für die Zahlung der Rechnung verantwortlich ist		
<input type="checkbox"/> <b>Erwerbstätig</b> (Datum der Einstellung: _____) <input type="checkbox"/> <b>Arbeitslos</b> (wie lange bereits: _____)		
<input type="checkbox"/> <b>Selbstständig</b> <input type="checkbox"/> <b>Student</b> <input type="checkbox"/> <b>Behinderung</b> <input type="checkbox"/> <b>Rentner</b> <input type="checkbox"/> <b>Sonstiges</b> (_____ )		

**INFORMATIONEN ZUR FAMILIE**

Führen Sie die Familienmitglieder Ihres Haushalts auf, einschließlich Ihnen selbst. „Familie“ umfasst zwei oder mehr Personen, die durch Geburt, Heirat oder Adoption miteinander verwandt sind und zusammenleben. Wenn ein Patient in seiner Einkommensteuererklärung jemanden als unterhaltsberechtigten geltend machen kann, wäre diese Person für die Zwecke dieses Antrags ein Familienmitglied des Patienten.

**FAMILIENGRÖSSE** \_\_\_\_\_

*Bei Bedarf zusätzliche Seite anhängen*

Name	Geburtsdatum	Beziehung zum Patienten	Wenn Sie 18 Jahre oder älter sind: Name des/der Arbeitgeber(s) oder der Einkommensquelle	Wenn Sie 18 Jahre oder älter sind: Monatliches Bruttoeinkommen (vor Steuern):	Beantragen Sie auch finanzielle Unterstützung?
					Ja / Nein
					Ja / Nein
					Ja / Nein
					Ja / Nein
					Ja / Nein
					Ja / Nein

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

- Löhne - Arbeitslosigkeit - Selbstständigkeit - Arbeitnehmerentschädigung - Behinderung - SSI
- Kindes-/Ehegattenunterhalt - Duale Studiengänge (Studierende) - Rente - Ausschüttungen von Rentenkonten
- Sonstiges (*bitte angeben: \_\_\_\_\_*)

## INFORMATIONEN ZUM EINKOMMEN

***DENKEN SIE DARAN:*** Sie müssen Ihrem Antrag einen Einkommensnachweis beifügen.

**Sie müssen Angaben zum Einkommen Ihrer Familie machen. Eine Einkommensüberprüfung ist erforderlich, um die finanzielle Unterstützung bestimmen zu können.**

**Alle Familienmitglieder, die 18 Jahre oder älter sind, müssen ihr Einkommen offenlegen. Bitte legen Sie für jede genannte Einnahmequelle entsprechende Nachweise vor.**

**Beispiele für Einkommensnachweise sind:**

- Die Einkommensteuererklärung des letzten Jahres, gegebenenfalls einschließlich der Aufstellungen; oder
- Eine "W-2"-Quellensteuererklärung; oder
- Aktuelle Gehaltsabrechnungen (*3 Monate*); oder
- Schriftliche, unterschriebene Erklärungen von Arbeitgebern oder anderen; UND
- Genehmigung/Verweigerung des Anspruchs auf Medicaid und/oder staatlich finanzierte medizinische Hilfe; oder
- Genehmigung/Ablehnung des Anspruchs auf Arbeitslosengeld.

Wenn Sie keinen Einkommensnachweis oder kein Einkommen haben, fügen Sie bitte eine zusätzliche Seite mit einer unterschriebenen Erklärung bei, in der Sie erklären, wie Sie die grundlegenden Lebenshaltungskosten (z. B. Unterkunft, Lebensmittel und Nebenkosten) bewältigen.

## INFORMATIONEN ZU VERMÖGENSWERTEN

(Dieser Abschnitt ist optional und kann verwendet werden, um die Berechtigung für andere Unterstützungsprogramme zu bestimmen.)

### **Bitte legen Sie für jede identifizierte Vermögenswert-Quelle einen Nachweis vor. Beispiele für Einkommensnachweise sind:**

- Aktuelle Kontoauszüge (mit den letzten 3 Monaten)
  - Girokonto / Girokonten
  - Sparkonto / Sparkonten
- Anlagen, einschließlich Aktien und Anleihen
- Treuhandfonds
- Geldmarktkonto/-konten
- Investmentfonds
- Andere Investmentfonds, für die keine Strafe verhängt wird, wenn Gelder abgehoben werden.

## ZUSATZINFORMATIONEN

Bitte fügen Sie eine zusätzliche Seite bei, wenn es weitere Informationen über Ihre aktuelle finanzielle Situation gibt, die Sie uns mitteilen möchten, wie z. B. eine finanzielle Notlage, übermäßige medizinische Ausgaben, saisonales oder vorübergehendes Einkommen oder persönliche Verluste.

## ZUSTIMMUNG DES PATIENTEN

Ich bin mir im Klaren darüber, dass CommonSpirit Health Informationen überprüfen kann, indem es Kreditinformationen überprüft und Informationen aus anderen Quellen einholt, um die Berechtigung für finanzielle Unterstützung oder Zahlungspläne zu bestimmen.

- Ich bestätige, dass die von mir gemachten Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen richtig sind.
- Ich werde unabhängig oder mit Unterstützung des Krankenhauspersonals JEDE und SÄMTLICHE Unterstützung beantragen, die über Bundes-, Landes-, Kommunal- und private Quellen verfügbar ist, um diese Gesundheitsrechnung zu bezahlen.
- Ich verstehe, dass mein Antrag abgelehnt werden kann, wenn ich nicht mit CommonSpirit Health bei der Bereitstellung der angeforderten Informationen zusammenarbeite.
- Ich bin mir im Klaren darüber, dass die von mir übermittelten Informationen einer Überprüfung durch CommonSpirit Health, einschließlich Kreditauskunfteien, unterliegen und von Bundes- und/oder Landesbehörden und anderen nach Bedarf überprüft werden können.
- Ich verstehe, dass zusätzliche Informationen angefordert werden können, um sich für Unterstützung zu qualifizieren.

Wenn Sie eine Zahlung von einer Versicherungsgesellschaft, einem Arbeitnehmerentschädigungsplan oder einem anderen Dritten erhalten, erklären Sie sich damit einverstanden, das Krankenhaus über eine solche Zahlung zu informieren. Das Krankenhaus behält sich das Recht vor, die ursprünglichen, vollständig in Rechnung gestellten Gebühren einzuziehen, wenn ein Dritter Ihnen die Zahlung für die Leistungen des Krankenhauses erbringt.

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

\_\_\_\_\_  
Datum