



Antrag auf Finanzhilfeprogramm des Krankenhauses
 P.O. Box 670747, Marietta, GA 30066
 Telefon: 470-245-9998

PATIENTENINFORMATION	U.S.-Einwohner <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
-----------------------------	--

Kontonummer: _____ Name der Einrichtung: _____

Name: _____ SS#: _____ Geburtsdatum: _____

BÜRGER und EHEPARTNER-SPOUS INFORMATION	Verheiratet <input type="radio"/>	Geschieden <input type="radio"/>	Getrennt <input type="radio"/>	Verwitwet <input type="radio"/>	Alleinstehend <input type="radio"/>
--	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

Name des Bürgen: _____ SS#: _____ Beziehung zum Patienten: _____

Geburtstag: ____/____/____ Wohnanschrift: _____

Tel.nr.: (____) _____ Andere Tel.nr.: (____) _____

Arbeitgeber 1: _____ Anschrift: _____

Beschäftigtenr.: _____ Position: _____ Jahres- oder Stundenlohn: _____ Arbeit Vollzeit, Teilzeit oder arbeitslos (eines einkreisen)

Arbeitgeber 2: _____ Anschrift: _____

Arbeitsnr.: _____ Position: _____ Jahres- oder Stundenlohn: _____ Arbeit Vollzeit, Teilzeit oder arbeitslos (eines einkreisen)

Name Ehepartner: _____ SS#: _____ Geburtsdatum: ____/____/____

Arbeitgeber 1: _____ Anschrift: _____

Beschäftigtenr.: _____ Position: _____ Jahres- oder Stundenlohn: _____ Arbeit Vollzeit, Teilzeit oder arbeitslos (eines einkreisen)

Arbeitgeber 2: _____ Anschrift: _____

Arbeitsnr.: _____ Position: _____ Jahres- oder Stundenlohn: _____ Arbeit Vollzeit, Teilzeit oder arbeitslos (eines einkreisen)

Gesetzlich Unterhaltspflichtiger (Nur diejenigen aufführen, die auf ihrem Bundessteuerformular geltend gemacht werden können.)

Name (1. Vorname, 2. Vorname, Nachname)	Geburtsdatum (MM/TT/JJ)	Beziehung	
	/ /		Haben Sie sich für Medicaid beworben? Ja _____ Nein _____ Sind sie für Cobra berechtigt? Yes _____ No _____
	/ /		
	/ /		
	/ /		

Vermögenswerte und andere Einkommensquellen

Kontostand: \$ _____ Bankname: _____ Sparguthaben: \$ _____ Bankname: _____

Geldmarktkontostand: \$ _____ Bankname: _____ Sozialversicherung: \$ _____ Monatliche Rente: \$ _____

Unterhalt: \$ _____ Kindergeld: \$ _____ Einlagenzertifikate: _____

Alle anderen Vermögenswerte, z. B. Aktien, Anleihen etc. _____ Art: _____

Erhalten Sie Studentendarlehenszahlungen? Ja oder Nein (eins einkreisen) Betrag Studentenzahlungen: \$ _____

Haben Sie innerhalb der letzten 3 Jahre Konkurs angemeldet? Ja oder Nein (eins einkreisen) Falls ja, bitte Datum angeben: ____/____/____

Besitzen Sie Mietobjekte? Ja oder Nein (eins einkreisen) Falls ja, wie hoch ist das monatliche Einkommen? \$ _____

Wert der Immobilie: \$ _____

Wellstar Health System verpflichtet sich, Patienten finanzielle Unterstützung zu gewähren, die in den Wellstar-Krankenhäusern medizinisch notwendige Pflege in Anspruch genommen haben, aber nur begrenzte oder keine Mittel haben, um diese Pflege zu bezahlen. Wellstar bietet allen Personen medizinische Notfallversorgung, unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit oder ihrer Berechtigung im Rahmen des Finanzhilfeprogramms.

Für die Qualifikation auf finanzielle Unterstützung für das Wellstar-Krankenhaus müssen Sie mit Wellstar kooperieren, um alternative Zahlungsquellen oder Deckungsbeiträge aus öffentlichen und privaten Zahlungsprogrammen zu ermitteln. Folgendes ist für die Qualifikation erforderlich:

Antragsinformationen:

Reichen Sie einen wahren und richtigen, unterschriebenen und vollständigen Antrag auf Finanzhilfe ein;

Alle Bewerber für Finanzhilfe müssen Nachweise für Einkommen und Vermögenswerte des Haushalts erbringen, indem Folgendes bereitgestellt wird, soweit zutreffend:

Stellen Sie folgende Dokumente auf Grundlage der AKTUELLEN finanziellen Situation bereit:

- Stellen Sie drei (3) Monate der letzten Gehaltsabrechnungen oder eine Erklärung des Arbeitgebers zur Überprüfung des Bruttolohns UND die letzten zwei (2) Monate der Kontoauszüge für jedes Scheck-, Spar-, Geldmarkt- oder andere Bank- oder Anlagekonto für den Haushalt bereit.
- Letztes IRS-Formular 1040 UND IRS W-2/1099 (soweit zutreffend), das letztes Jahr passend zu IRS-Formular 1040 eingereicht wurde
Zusätzliche Dokumente (soweit zutreffend):
- Schriftliche Erklärungen zu allen anderen Einkünften des Haushalts der letzten zwei (2) Monate (z. B. Arbeitslosengeld, Invalidität, Ruhestand, Studentendarlehen, Bewilligungsschreiben des Sozialversicherungsamtes, aktueller Gewinn- und Verlustbericht für alle selbständigen Antragsteller, Unterlagen zu vom Gericht angeordneten Unterhaltszahlungen und Kindesunterhalt, Leistungserklärungskarten (TANF) usw.)
- Falls weniger als 3 Monate arbeitslos – Trennungsnitteilung des früheren Arbeitgebers
- Falls mehr als 3 Monate arbeitslos -- Gehaltsermittlung (Department of Labor)
- Ablehnungsschreiben zur Arbeitslosenentschädigung
- Dokumentation der Vermögenswerte, einschließlich und ohne Einschränkung, zu Grundsteuererklärungen, Einlagenzertifikaten und anderen Anlageerklärungen
- Beitragserklärungen von Personen, die dem Patienten Einkommen oder Sachleistungen zur Verfügung stellen

Es sind keine Änderungen oder Redigierungen des Dokuments erlaubt.

Diese Informationen müssen innerhalb von 30 Tagen eingegangen sein, um Ihre Bewerbung bearbeiten zu können. Für finanzielle Unterstützung im Rahmen des Finanzhilfeprogramms von Wellstar Health System in Frage kommende Konten müssen die Anträge innerhalb von 240 Tagen ab dem ersten Abrechnungsdatum nach der Entlassung ausgefüllt haben. Wellstar behält sich das Recht vor, Ihr Konto für das Finanzhilfeprogramm nicht zu bearbeiten, falls es unzutreffend ist. Sie können Wellstar bei Fragen oder zur Unterstützung dieses Antrags unter folgender Adresse kontaktieren:

SBO FAP Department, P.O. BOX 670747, Marietta, GA 30066, Fax: 770-792-1737 oder Telefon: 470-245-9998.

Kommentare:

Ich fordere Wellstar hiermit auf, meine Berechtigung für das Finanzhilfeprogramm zu ermitteln. Ich verstehe, dass die von mir zu Jahreseinkommen und Familiengröße vorgelegten Daten überprüft werden müssen. Ich verstehe auch, dass, falls sich von mir vorgelegte Daten als falsch erweisen, diese Ermittlung zu einer Verweigerung der Finanzhilfe führt. Ich bin ferner damit einverstanden, das Antrags- und Prüfverfahren für jegliche Unterstützung (d. h. Medicaid, Medicare, staatliche Beihilfe (für Krebs), berufliche Rehabilitation, Versicherung usw.) einzuhalten, die zur Zahlung meiner Wellstar-Kontogebühren zur Verfügung steht. Ich werde uneingeschränkt bei allen Maßnahmen kooperieren, die für die Erlangung derartiger Unterstützung als notwendig erachtet werden, und Wellstar den für Wellstar-Gebühren erstatteten Betrag zuweisen oder zahlen. Ich bin damit einverstanden, alle verbleibenden Restbeträge zu zahlen, nachdem die Anpassung des Finanzhilfeprogramms vorgenommen wurde. Andernfalls können die Nachlässe des Finanzhilfeprogramms rückgängig gemacht werden. Pro Bürge gilt ein ausgefüllter Antrag auf ein Finanzhilfeprogramm.

Ich versichere, dass die obigen Informationen nach bestem Wissen und Gewissen wahr und richtig sind.

Unterschrift des Bürgen: _____ Datum: _____