



Antrag für das Programm zur finanziellen Unterstützung von Krankenhäusern  
(Hospital Financial Assistance Program)  
P.O. Box 748733  
Atlanta, Georgia 30374  
Telefon: 470 245 9998

**PATIENTEN INFORMATION**

In den USA ansässig  Ja  Nein

Krankenaktennummer (medical record number, MRN): \_\_\_\_\_ Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Patientenname: \_\_\_\_\_ SS-Nr.: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**BÜRGE UND EHEPARTNER**

Verheiratet  Geschieden  Getrennt lebend  Verwitwet  Ledig

Name des Bürgen: \_\_\_\_\_ SS-Nr.: \_\_\_\_\_ Beziehung zum Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Privatadresse: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Sonstige Tel-Nr.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Arbeitgeber 1: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Arbeit Nr.: \_\_\_\_\_ Position: \_\_\_\_\_ Jahres- oder Stundenlohn: \_\_\_\_\_ Vollzeit-, Teilzeitbeschäftigung oder Arbeitslosigkeit (bitte einkreisen)

Arbeitgeber 2: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Arbeit Nr.: \_\_\_\_\_ Position: \_\_\_\_\_ Jahres- oder Stundenlohn: \_\_\_\_\_ Vollzeit-, Teilzeitbeschäftigung oder Arbeitslosigkeit (bitte einkreisen)

Name des Ehepartners: \_\_\_\_\_ SS-Nr.: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Arbeitgeber 1: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Arbeit Nr.: \_\_\_\_\_ Position: \_\_\_\_\_ Jahres- oder Stundenlohn: \_\_\_\_\_ Vollzeit-, Teilzeitbeschäftigung oder Arbeitslosigkeit (bitte einkreisen)

Arbeitgeber 2: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Arbeit Nr.: \_\_\_\_\_ Position: \_\_\_\_\_ Jahres- oder Stundenlohn: \_\_\_\_\_ Vollzeit-, Teilzeitbeschäftigung oder Arbeitslosigkeit (bitte einkreisen)

**Gesetzlich Unterhaltsberechtigte (Führen Sie nur die Unterhaltsberechtigten auf, die auf Ihrem Bundessteuerformular angegeben werden können)**

Name (Vorname, Zweiter Vorname, Nachname)	Geburtsdatum (mm/tt/jj)	Beziehung	
	/__/		Haben Sie Medicaid beantragt? Ja _____ Nein _____
	/__/		
	/__/		Haben Sie Anspruch auf Cobra? Ja _____ Nein _____
	/__/		

**Vermögen und andere Einkommensquellen**

Girokontostand: \$ \_\_\_\_\_ Bankname: \_\_\_\_\_ Sparguthaben: \$ \_\_\_\_\_ Bankname: \_\_\_\_\_

Geldmarktsaldo: \$ \_\_\_\_\_ Bankname: \_\_\_\_\_ Sozialversicherungsnummern: \$ \_\_\_\_\_ Monatliche Rente: \$ \_\_\_\_\_

Unterhaltszahlungen: \$ \_\_\_\_\_ Unterhalt: \$ \_\_\_\_\_ CDs: \_\_\_\_\_

Alle sonstigen Vermögenswerte, d. h. Aktien, Anleihen usw.: Typ: \_\_\_\_\_ Wert (\$): \_\_\_\_\_

Erhalten Sie Rückzahlungen von Studiendarlehen? Ja oder Nein (bitte einkreisen) \_\_\_\_\_ Erstattungsbetrag für Studenten: \$ \_\_\_\_\_

Haben Sie in den letzten 3 Jahren einen Konkursantrag gestellt? Ja oder Nein (bitte einkreisen) \_\_\_\_\_ Falls ja, geben Sie das Datum an: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Besitzen Sie Mieteigentum? Ja oder Nein (bitte einkreisen) \_\_\_\_\_ Falls ja, wie hoch ist das monatliche Einkommen? \$ \_\_\_\_\_, \$ \_\_\_\_\_

Das Gesundheitssystem Wellstar (Wellstar Health System) hat sich verpflichtet, Patienten, die eine medizinisch notwendige Behandlung in den Wellstar-Krankenhäusern in Anspruch genommen haben, aber nur begrenzte oder gar keine Mittel haben, diese Behandlung zu bezahlen, finanziell zu unterstützen. Wellstar stellt allen Personen eine medizinische Notfallversorgung zur Verfügung, unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit oder ihrer Berechtigung im Rahmen des Finanzhilfeprogramms (Financial Assistance Program).

Um finanzielle Unterstützung für das Wellstar-Krankenhaus in Anspruch nehmen zu können, ist eine Zusammenarbeit mit Wellstar bei der Identifizierung und Bestimmung alternativer Zahlungsquellen oder Deckungsmöglichkeiten durch öffentliche und private Zahlungsprogramme erforderlich. Um eine finanzielle Unterstützung zu erhalten, sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

**Antragsinformationen:**

Reichen Sie einen wahrheitsgemäßen, korrekten, unterzeichneten und ausgefüllten Antrag auf finanzielle Unterstützung ein; und  
alle Antragssteller, die finanzielle Unterstützung beantragen, müssen einen Nachweis über das Haushaltseinkommen und das Haushaltsvermögen erbringen, indem sie die folgenden Angaben machen:

Aktuellstes Formular 1040 des Internal Revenue Service (IRS) UND IRS W-2/1099 (falls zutreffend), das im letzten Jahr ausgestellt wurde und mit dem Formular 1040 des IRS übereinstimmt.

**Legen Sie die folgenden Dokumente auf der Grundlage Ihrer AKTUELLEN finanziellen Situation vor:**

- Fügen Sie drei (3) Monate der letzten Gehaltsabrechnungen oder eine Bescheinigung des Arbeitgebers über den Bruttolohn UND die letzten zwei (2) Monate der Kontoauszüge für jedes Giro-, Spar-, Geldmarkt- oder sonstige Bank- oder Anlagekonto des Haushalts bei. Alle Seiten einschließlich Leerseiten; ODER
- Aktuellstes IRS-Formular 1040 (einschließlich aller Tabellen) UND IRS W-2/1099 (falls zutreffend), das im vergangenen Jahr ausgestellt wurde und dem IRS-Formular 1040 entspricht.

**Zusätzliche Unterlagen (falls zutreffend)**

- Schriftliche Bescheinigungen der letzten zwei (2) Monate für alle anderen Einkünfte (z. B. Arbeitslosengeld, Erwerbsunfähigkeitsrente, Rentenzahlungen, Studiendarlehen, Bescheid des Sozialversicherungsamtes, aktuelle Gewinn- und Verlustrechnung für alle selbständigen Antragsteller, gerichtlich angeordnete Unterhaltszahlungen, gerichtlich angeordnete Unterhaltszahlungen für Kinder oder Leistungsnachweise (Benefit Card Activity Statement, TANF) usw. für den Haushalt);
- Bei Arbeitslosigkeit von weniger als 3 Monaten - Entlassungs- bzw. Kündigungsschreiben des vorherigen Arbeitgebers;
- Bei Arbeitslosigkeit von mehr als 3 Monaten - Lohnabfrage (Arbeitsministerium);
- Ablehnungsschreiben für Arbeitslosengeld;
- Dokumentation von Vermögenswerten, einschließlich, aber nicht beschränkt auf, Grundsteuererklärungen, Einlagenzertifikate und andere Investitionserklärungen;
- Beitragsklärungen von Personen, die dem Patienten Einkommen oder Sachleistungen zur Verfügung stellen;
- Änderungen oder Schwärzungen von Dokumenten sind nicht zulässig.

Diese Informationen müssen innerhalb von 30 Tagen eingehen, damit Ihre Bewerbung bearbeitet werden kann. Konten, die für eine Überprüfung der Finanzhilfe im Rahmen des Finanzhilfeprogramms von Wellstar Gesundheits-System in Frage kommen, müssen innerhalb von 240 Tagen nach dem ersten Abrechnungsdatum nach der Entlassung ausgefüllte Anträge einreichen. Wellstar behält sich das Recht vor, Ihr Konto für das Finanzhilfeprogramm nicht zu bearbeiten, wenn Sie die Anforderungen nicht erfüllen. Sie können sich bei Fragen oder zur Unterstützung bei diesem Antrag an Wellstar wenden:

Single Billing Office (SBO) Financial Assistance Program (FAP) Department, P.O. BOX 748733 Atlanta, GA 30374. Faxnummer 770 792 1737 oder Telefonnummer: 470 245 9998

**Kommentare:**

Ich beantrage hiermit, dass Wellstar meinen Anspruch auf das Finanzhilfeprogramm feststellt. Mir ist bekannt, dass die von mir gemachten Angaben zu meinem Jahreseinkommen und zur Familiengröße überprüft werden müssen. Ich bin mir auch bewusst, dass, wenn sich herausstellt, dass die von mir vorgelegten Informationen falsch sind, dies zur Verweigerung des Anspruchs auf finanzielle Unterstützung führen wird. Ich erkläre mich ferner damit einverstanden, den Antrag auf Unterstützung (z. B. Medicaid, Medicare, staatliche Beihilfen (für Krebserkrankungen), berufliche Rehabilitation, Versicherungen usw.), die für die Zahlung meiner Wellstar-Kontogebühren in Frage kommen, zu stellen und zu prüfen. Ich werde in vollem Umfang bei der Ergreifung aller Maßnahmen kooperieren, die zur Erlangung dieser Unterstützung für notwendig erachtet werden, und werde Wellstar den für die Wellstar-Gebühren eingezogenen Betrag abtreten oder zahlen. Ich verpflichte mich, alle nach der Anpassung des Finanzhilfeprogramms verbleibenden Beträge zu zahlen. Andernfalls können alle Rabatte des Finanzhilfeprogramms rückgängig gemacht werden. Für jeden Bürger ist ein ausgefüllter Antrag für das Finanzhilfeprogramm erforderlich.

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und richtig sind.

Unterschrift des Bürgen: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

### **Szenarien und zusätzliche Dokumente, die anstelle der angeforderten Dokumente akzeptiert werden:**

- Sollte das Einkommen des laufenden Jahres geringer sein als das Einkommen in der Steuererklärung, legen Sie bitte zwei Monatsauszüge (ohne Auslassung von Seiten) und 3 Monatslohnabrechnungen anstelle der Steuererklärung vor.

Fügen Sie zwei der folgenden Unterlagen bei, wenn Sie keine Kopie der letzten Bundeseinkommenssteuererklärung vorlegen können, einschließlich aller W-2er, 1099er und aller Aufstellungen:

- Fügen Sie drei (3) Monate der letzten Gehaltsabrechnungen (oder eine Bescheinigung der Arbeitslosigkeit) UND zwei (2) aktuelle Kontoauszüge für alle Giro-, Spar- und Geldmarktkonten bei (keine Seiten weglassen).
  - Sollten weitere Einzahlungen auf dem Bankkonto vorhanden sein, benötigen wir Belege für diese Einzahlungen.
    - Bei geschenktem oder geliehenem Geld ein Schreiben der Person, die den Betrag geschenkt hat, oder des Kreditgebers.
    - Bei einer Erbschaft das Nachlasszeugnis, das den Betrag bestätigt.
    - Für IRA-, 401k- oder andere Rentenausschüttungen oder Aktien-/Anleiheverkäufe einen Kontoauszug, der den ausgeschütteten Betrag bestätigt.
    - Bei Lebensversicherungsdarlehen ein Kontoauszug, aus dem die Ausschüttung hervorgeht.
    - Beim Verkauf eines Fahrzeugs eine Kopie des Kaufvertrags.
    - Für den Unterhalt der Kinder eine Kopie des Scheidungsurteils, aus dem der angeordnete Unterhalt hervorgeht.
    - Bei einer Beschäftigung, für die keine Lohnabrechnungen vorliegen, ein Schreiben des Arbeitgebers (auch wenn es sich um einen Freund oder ein Familienmitglied handelt), in dem die Höhe des Gehalts und die Häufigkeit der Zahlungen angegeben sind.
  - Sollten Sie in den letzten drei Monaten kein Einkommen erzielt haben, ein Unterstützungsschreiben der Person, die Ihnen hilft, sowie eine Lohnabfrage des Arbeitsministeriums, wenn Sie eine Sozialversicherungsnummer haben.
- Sonstige Situationen:
- Ein Patient ist ein Elternteil, der mit seinen Kindern zusammenlebt, und die Kinder geben den Elternteil in ihrer Steuererklärung an.
    - Bitte fügen Sie Ihre Kontoauszüge, Gehaltsabrechnungen und ein Begleitschreiben bei.
  - Ein Patient ist obdachlos.
    - Bitte fügen Sie die Lohnanfrage bei, oder
    - Falls Sie bar bezahlt werden, benötigen wir Ihre Einkommensnachweise und ein Unterstützungsschreiben der Person, mit der Sie zusammenleben.
  - Der Patient/Antragsteller ist unter einundzwanzig Jahre alt und in der Steuererklärung einer anderen Person als unterhaltsberechtigter aufgeführt.
    - Bitte fügen Sie die Steuererklärung, die W-2er und die 1099er einschließlich aller Tabellen für Ihre Eltern bei.
    - Sollten die Eltern keine Steuererklärung abgegeben haben, fügen Sie bitte die Kontoauszüge und Lohnabrechnungen der Eltern bei.