



WellStar Health System
Antrag auf Krankenhaus-Finanzierungsbeihilfe
 Stand: 21.6.2016

LD-24-014G German Rev 6/16
 P.O Box 670747
 Marietta, Georgia 30066
 Telefon: (+1) 770-792-1791

PATIENTENINFORMATION U.S. Einwohner Ja Nein

Kontonummer: _____ Firma: _____
 Name: _____ Sozialversicherungsnummer: _____ Geburtsdatum: _____

INFORMATIONEN ZUM BÜRGERN und EHEGATTEN Verheiratet Geschieden Getrennt Verwitwet

Name: _____ Sozialversicherungsnummer _____ Beziehung zum Patienten: _____

Geburtsdatum: ____ / ____ / ____ Wohnadresse: _____

Telefonnummer: (____) _____ Andere Telefonnummer: (____) _____

Arbeitgeber: _____ Adresse: _____

Arbeits#: _____ Stellenbezeichnung: _____ Jahreseinkommen oder Stundenlohn: _____ **Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigt** (bitte eine Möglichkeit einkreisen)

Name des Ehegatten: _____ Sozialversicherungsnummer _____ Geburtsdatum: ____ / ____ / ____

Arbeitgeber: _____ Adresse: _____

Arbeits#: _____ Stellenbezeichnung: _____ Jahreseinkommen oder Stundenlohn: _____ **Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigt** (bitte eine Möglichkeit einkreisen)

Unterhaltsberechtigzte (Zählen Sie nur jene unterhaltsberechtigzten Angehörigen auf, die auf Ihrem Steuerformular angegeben werden können.)

Name (Vorname, zweiter Vorname, Nachname)	Geburtsdatum (MM/TT/JJJJ)	Beziehung
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	

Haben Sie Medicaid beantragt?
 Ja Nein
 Sind Sie Cobra-berechtigt?
 Ja Nein

Vermögen und andere Einkünfte

Girokontostand \$ _____ Name der Bank: _____ Sparguthaben \$ _____ Name der Bank: _____

Monatliche Pension oder Rente \$ _____ Sozialversicherung: \$ _____ Individuelle Altersvorsorge (IRA) \$ _____ Einlagenzertifikate \$ _____ Kindesunterhaltszahlungen \$ _____

Beziehen Sie Studienkredit-Rückzahlungen? Ja oder Nein (bitte eine Möglichkeit einkreisen) Studienkredit-Rückzahlungen \$ _____

Unterhaltszahlungen \$ _____ Grundeigentümer: Ja oder Nein (bitte eine Möglichkeit einkreisen) Wert \$ _____ Andere Vermögenswerte, d.h. Aktien, Anleihen, 401K \$ _____

Haben Sie Einkünfte aus Vermietung oder Verpachtung? Ja oder Nein (bitte eine Möglichkeit einkreisen) Wenn ja, wie hoch sind die monatlichen Einkünfte: \$ _____ Wie hoch ist der Eigentumswert? \$ _____

Haben Sie in den letzten 3 Jahren Insolvenz angemeldet? Ja oder Nein (bitte eine Möglichkeit einkreisen) Wenn ja, geben Sie bitte das Datum an: ____ / ____ / ____

Besitzen Sie Aktien oder Anleihen? Ja oder Nein (bitte eine Möglichkeit einkreisen) Wenn ja, in welchem Wert? \$ _____

WellStar Health System bietet jenen Patienten finanzielle Unterstützung, die eine notwendige medizinische Leistung oder Behandlung in WellStar-Krankenhäusern in Anspruch genommen haben, jedoch eingeschränkte oder keine finanziellen Mittel haben, um für diese Leistungen zu bezahlen. WellStar bietet medizinische Notfallversorgung für alle, unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit oder Förderungswürdigkeit im Rahmen der WellStar-Finanzierungsbeihilfe.

Um Finanzierungsbeihilfe für ein WellStar-Krankenhaus beantragen zu können, ist es zunächst erforderlich zu überprüfen, ob alternative Möglichkeiten zur Förderung oder Kostendeckung aus öffentlichen oder privaten Quellen zur Verfügung stehen. Um Finanzierungsbeihilfe beantragen zu können, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

Informationen zur Antragsstellung:

- Reichen Sie ein wahrheitsgemäß und korrekt ausgefülltes, vollständiges und unterschriebenes Antragsformular ein und**
- Alle Antragsteller für Finanzierungsbeihilfe müssen einen Nachweis ihres Haushaltseinkommens und -vermögens durch Zurverfügungstellung einer oder aller nachstehenden Dokumente erbringen:**

Wenn Sie keine Kopie der aktuellsten Einkommensteuererklärung beilegen können, legen Sie bitte alle oder eines der nachstehenden Formulare bei:

- Kontrollabschnitte der letzten drei (3) monatlichen Gehaltsschecks oder eine Bestätigung des Bruttolohns durch den Dienstgeber oder
- ein im vergangenen Jahr ausgestelltes IRS W-2-Formular oder
- das aktuellste IRS Form 1040-Formular oder
- Kontoauszüge der letzten zwei (2) Monate für jedes Giro-, Spar- und Tagesgeldkonto sowie für jedes andere Bank- oder Investmentkonto oder
- schriftliche Bestätigungen über alle anderen Einkünfte (z.B. Arbeitslosengeld, Invalidenrente, Rente, Studienkredit, Bewilligungsschreiben der Sozialversicherungsbehörde, aktuelle Gewinn- und Verlustrechnung für selbstständige Antragsteller, Nachweis von Unterhaltszahlungen und Kindesunterhaltszahlungen, etc.) der letzten zwei (2) Monate oder
- Ablehnungsschreiben auf den Antrag auf Arbeitslosengeld oder
- Nachweis der Vermögenswerte einschließlich, ohne Einschränkungen, Grundsteuererklärungen, Einlagenzertifikate, 401k-, 403b-, Individuelle Altersvorsorge (IRA)- oder anderen Investmentauszügen oder
- Beitragsnachweise von Personen, von denen der Patient Einkünfte oder Sachleistungen erhält

Diese Informationen werden zur Bearbeitung Ihres Antrags benötigt. Wenn Sie die oben genannten Informationen nicht innerhalb von 240 Tagen nach Ausstellungsdatum der ersten auf die Entlassung folgende Rechnung bereitstellen, behält sich WellStar das Recht vor, Ihren Antrag auf Finanzierungsbeihilfe nicht zu bearbeiten. Bei Fragen oder für Hilfe mit diesem Antragsformular können Sie WellStar gerne kontaktieren:

SBO FAP Department, 805 Sandy Plains Road, Marietta, GA 30067 oder unter unserer Telefonnummer: 678-838-5750.

Anmerkungen:

Hiermit ersuche ich, dass WellStar meine Förderungswürdigkeit für das Finanzierungsbeihilfeprogramm ermittelt. Ich nehme zur Kenntnis, dass die von mir gemachten Angaben zu meinem Jahreseinkommen und zu meiner Familiengröße überprüft werden müssen. Ich nehme weiterhin zur Kenntnis, dass von mir bereitgestellte Informationen, die sich als falsche Angaben erweisen, zur Ablehnung meiner Förderungswürdigkeit führen. Ich versichere außerdem, dass ich sämtliche Förderungen (d.h. Medicaid, Medicare, State Aid (bei Krebserkrankungen), berufliche Rehabilitation, Versicherung, etc.) beantrage, die für das Tragen der Kosten in Zusammenhang mit WellStar infrage kommen könnten. Ich verpflichte mich, alle erforderlichen Schritte für den Erhalt solcher Förderungen zu unternehmen und werde WellStar den erhaltenen Betrag zur Deckung von WellStar-Kosten erstatten oder zuweisen. Ich verpflichte mich, etwaige Restkosten nach Anpassung der Finanzierungsbeihilfe zu tragen. Nichtzahlung kann zur Aufhebung der Finanzierungsbeihilfe führen. Ein vollständiger Antrag auf Finanzierungsbeihilfe pro Bürge ist zulässig.

Ich bestätige, dass die oben gemachten Angaben nach meinem besten Wissen wahr und richtig sind.

Unterschrift des Bürgen: _____ Datum: _____
