Finanzielle Unterstützung
Anweisungen zum Antragsformular

Dies ist ein Antrag auf finanzielle Unterstützung (auch bekannt als „Wohltätigkeitspflege“) bei PeaceHealth.

In Übereinstimmung mit den staatlichen und bundesstaatlichen Anforderungen bietet PeaceHealth finanzielle Unterstützung für Personen und Familien, die bestimmte Einkommensanforderungen erfüllen. Je nach Familiengröße und Einkommen haben Sie möglicherweise Anspruch auf kostenlose oder ermäßigte Leistungen, selbst wenn Sie krankenversichert sind. Die Richtlinien von PeaceHealth zur finanziellen Unterstützung und weitere Informationen finden Sie unter **peacehealth.org**.

Was deckt die finanzielle Unterstützung ab?
Die Finanzhilfe für Krankenhäuser deckt je nach Anspruchsberechtigung angemessene krankenhausbezogene Leistungen von PeaceHealth ab. Die finanzielle Unterstützung deckt möglicherweise nicht alle Kosten für die Gesundheitsversorgung ab, einschließlich der von anderen Organisationen erbrachten Leistungen.

Wenn Sie Fragen haben oder Hilfe beim Ausfüllen dieses Antrags benötigen: Bitte wenden Sie sich an den Kundendienst: 877-202-3597. Sie können aus jedem Grund Hilfe in Anspruch nehmen, auch bei Behinderungen oder Sprachproblemen.

Damit Ihre Bewerbung bearbeitet werden kann, müssen Sie:

- Uns Informationen über Ihre Familie mitteilen
  Die Anzahl der Familienmitglieder in Ihrem Haushalt angeben (zur Familie gehören Personen, die durch Geburt, Heirat oder Adoption miteinander verwandt sind und zusammenleben)
- Uns Informationen über das monatliche Bruttoeinkommen Ihrer Familie angeben (Einkommen vor Steuern und Abzügen)
- Belege für das Familieneinkommen vorlegen
- Bei Bedarf weitere Informationen beilegen
- Das Formular unterschreiben und datieren

Senden Sie den ausgefüllten Antrag mit allen Unterlagen per Post, E-Mail oder Fax an:
PeaceHealth Patient Financial Services, PO Box 748632, Los Angeles, CA 90074- 8632. E-Mail-Adresse: financialassistance@peacehealth.org
Fax: (360) 729-3047. Behalten Sie unbedingt eine Kopie für Ihre Unterlagen.

So können Sie Ihre ausgefüllte Bewerbung persönlich abgeben: Bitte wenden Sie sich an den Kundendienst, um die nächstgelegene Abgabestelle zu erfahren: 877-202-3597.

Nach Erhalt eines vollständigen Antrags auf finanzielle Unterstützung, einschließlich der Einkommensnachweise, werden wir Sie innerhalb von 14 Kalendertagen über die endgültige Feststellung der Anspruchsberechtigung und ggf. über Ihr Widerspruchsrecht informieren.

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

Wir wollen helfen. Bitte reichen Sie Ihren Antrag schnellstmöglich ein! Bis wir Ihre Daten erhalten haben, erhalten Sie möglicherweise weiter Rechnungen.

PeaceHealth

Antragsformular für finanzielle Unterstützung von PeaceHealth – *VERTRAULICH*

Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wenn etwas nicht zutrifft, tragen Sie „NA“ ein. Fügen Sie bei Bedarf weitere Blätter hinzu.

BITTE SENDEN SIE DEN AUSGEFÜLLTEN ANTRAG AN PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632

Nummer des Bürgen

SCREENINGINFORMATIONEN

Benötigen Sie einen Dolmetscher? ❑ **Ja** ❑ **Nein** *Falls Ja, geben Sie die bevorzugte Sprache an:* _____

Erhält der Patient staatliche Unterstützungsleistungen wie Medicaid, TANF, Basic Food oder WIC? (OPTIONAL) ❑ **Ja** ❑ **Nein**

Ist der Patient derzeit obdachlos? ❑ **Ja** ❑ **Nein**

Steht der Bedarf´des Patienten an medizinischer Versorgung im Zusammenhang mit einem Autounfall oder Arbeitsunfall? ❑ **Ja** ❑ **Nein**

BITTE BEACHTEN

- *Wir können nicht garantieren, dass Sie für eine finanzielle Unterstützung infrage kommen, selbst wenn Sie einen Antrag stellen.*
- *Sobald Sie Ihren Antrag eingereicht haben, können wir alle Angaben überprüfen und eventuell zusätzliche Informationen oder Einkommensnachweise anfordern.*

INFORMATIONEN FÜR PATIENTEN UND ANTRAGSTELLER

Vorname des Patienten	Zweitname des Patienten		Nachname des Patienten
❑ Männlich ❑ Weiblich ❑ Sonstiges *Angabe möglich:*_____	Geburtsdatum		Sozialversicherungsnummer (nicht erforderlich)
Für die Bezahlung der Rechnung verantwortliche Person	Beziehung zum Patienten	Geburtsdatum	*Anmerkung: Sie müssen keine Sozialversicherungsnummer angeben, um finanzielle Unterstützung zu beantragen*
Postanschrift			Hauptkontaktnummer(n) _____ _____ _____) _____ _____)
Stadt	Staat	Postleitzahl	E-Mail Adresse: _____

Beschäftigungsstatus der für die Bezahlung der Rechnung verantwortlichen Person

❑ **Angestellt** *Datum der Einstellung:*_____ ❑ **Arbeitslos** *Wie lange arbeitslos:*_____

❑ **Selbstständig** ❑ **Student(in)** ❑ **Behindert** ❑ **Im Ruhestand** ❑ **Sonstiges:** _____

FAMILIENINFORMATIONEN

Führen Sie die Familienmitglieder in Ihrem Haushalt auf, auch Sie selbst. „Familie“ umfasst Personen, die durch Geburt, Heirat oder Adoption miteinander verwandt sind und zusammenleben. **FAMILIENGRÖSSE** _____ *Verwenden Sie bei Bedarf ein zusätzliches Blatt.*

Name	Geburtsdatum	Beziehung zum Patienten	Wenn 18 Jahre alt oder älter: Name des Arbeitgebers/der Arbeitgeber oder der Einkommensquelle	Wenn 18 Jahre alt oder älter: Gesamtes BRUTTO-Monatseinkommen (vor Abzügen):	Beantragt er/sie auch eine finanzielle Unterstützung?

Das Einkommen aller erwachsenen Familienmitglieder muss angegeben und mit dem ausgefüllten Antrag nachgewiesen werden. Beispiele für Einkommensquellen sind:

■ Löhne ■ Arbeitslosigkeit ■ Selbstständige Tätigkeit ■ Arbeitnehmerentgelt ■ Behinderung ■ SSI ■ Unterhalt für Kinder/Ehegatten
■ Arbeitsstudienprogramme (Studenten) ■ Rente ■ Ausschüttungen auf Rentenkonten ■ Sonstiges *Bitte erläutern:* _____

ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN

Bitte verwenden Sie zusätzliche Blätter, wenn Sie uns weitere Informationen über Ihre derzeitige finanzielle Situation mitteilen möchten, z. B. eine finanzielle Notlage, übermäßige medizinische Ausgaben, saisonale oder vorübergehende Einkünfte oder persönliche Verluste.

PATIENTENVEREINBARUNG

- Ich verstehe, dass PeaceHealth Informationen durch die Überprüfung von Kreditinformationen und Einholung von Informationen aus anderen Quellen überprüfen kann, um die Berechtigung für finanzielle Unterstützung oder Zahlungspläne zu bestimmen.
- Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht wurden. Ich verstehe, dass ich für die erbrachten Leistungen verantwortlich bin und für diese aufkommen muss, wenn sich herausstellt, dass die von mir gemachten Angaben falsch sind, und dass dies zur Verweigerung der finanziellen Unterstützung führt.
- Mit der Einreichung eines Antrags auf finanzielle Unterstützung erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir die notwendigen Nachforschungen anstellen, um finanzielle Verpflichtungen und Informationen zu bestätigen.

_____ _____

Unterschrift der antragstellenden Person Datum

Wenn Sie Fragen haben oder Hilfe beim Ausfüllen dieses Antrags benötigen: Bitte wenden Sie sich an den Kundendienst unter: 1-877-202-3597. Sie können aus jedem Grund Hilfe in Anspruch nehmen, auch bei Behinderungen oder Sprachproblemen. Die Richtlinien von PeaceHealth zur finanziellen Unterstützung und weitere Informationen finden Sie unter peacehealth.org.

BITTE SENDEN SIE DEN AUSGEFÜLLTEN ANTRAG AN PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632