

Finanzielle Unterstützung Anweisungen zum Antragsformular

Dies ist ein Antrag auf finanzielle Unterstützung (kostenfreie bz. kostenreduzierte medizinische Versorgung) 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, wenden Sie sich bitte an den Kundendienst unter 877-202-3597. Hilfe kann aus jedem beliebigen Grund in Anspruch genommen werden, auch bei Behinderung oder sprachlichen Problemen.

Damit Ihr Antrag bearbeitet werden kann, müssen Sie:

- Uns Informationen über Ihre Familie mitteilen.
- Die Anzahl der Familienmitglieder in Ihrem Haushalt angeben (hierzu gehören Personen, die durch Geburt, Heirat oder Adoption mit Ihnen 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.

Hinweis: Sie müssen keine Sozialversicherungsnummer angeben, um finanzielle Unterstützung zu beantragen. Wenn Sie uns Ihre Sozialversicherungsnummer mitteilen, beschleunigt dies jedoch die Bearbeitung Ihres Antrags. Anhand der Sozialversicherungsnummer können wir Angaben überprüfen. Falls Sie nicht über eine Sozialversicherungsnummer verfügen, kreuzen Sie bitte „nicht zutreffend“ bzw. „NA“ an.

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 eine Kopie für Ihre Unterlagen.

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

Nach Erhalt Ihres 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 Ihre finanziellen Verpflichtungen und Informationen zu überprüfen.

Wir wollen helfen. Bitte reichen Sie Ihren Antrag schnellstmöglich ein! Bis Ihre Unterlagen bei uns eingegangen sind, erhalten Sie möglicherweise weitere Rechnungen.

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
<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Sonstiges Angabe möglich: _____	Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer (nicht erforderlich)
Für die Bezahlung der Rechnung verantwortliche Person	Beziehung zum Patienten	Geburtsdatum
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