

**ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG – UNIVERSITY HOSPITALS**

Wenn Sie glauben, dass Ihnen finanzielle Unterstützung zusteht, füllen Sie diesen Antrag aus. Der gesamte Antrag muss vollständig ausgefüllt und unterschrieben sein, um bearbeitet zu werden.

**Bei Fragen oder Anliegen zu diesem Antrag oder wenn Hilfe zum Ausfüllen benötigen, rufen Sie uns bitte unter (866) 771-7266 an oder besuchen Sie uns in einer der UH-Einrichtungen.**

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum der Leistung: \_\_\_\_\_  
 Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_ Kontonr.: \_\_\_\_\_  
 Ort: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Einrichtung: \_\_\_\_\_  
 Bundesstaat: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Hatten Sie Ihren Wohnsitz zum Zeitpunkt der Behandlung in Ohio?  Ja  Nein

Übernimmt Ihre Krankenversicherung die Kosten für diese Behandlung?  Ja  Nein Wenn ja, vervollständigen Sie die unten aufgeführten Informationen und fügen Sie eine Kopie der Versicherungskarte bei.

Name der Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_ Vertragsnr. \_\_\_\_\_ Gruppennr.: \_\_\_\_\_

Haben Sie Anspruch auf COBRA?  Ja  Nein

Erhalten Sie Medicaid-Leistungen?  Ja  Nein Falls ja, geben Sie hier die Abrechnungsnr. an: \_\_\_\_\_ Legen Sie eine Kopie Ihrer Medicaid-Karte bei.

Verfügen Sie über  Health Reimbursement Arrangement (Behandlungskosten-Erstattungsvereinbarung)  Health Savings Account (Behandlungskosten-Sparkonto)  
 Flexible Spending Account (Flexibles Ausgabenkonto)

Bitte tragen Sie sämtliche Mitglieder Ihres Haushaltes unten ein. Schließen Sie Eltern, Ehegatten (unabhängig davon, ob sie in Ihrem Leben) und Kinder (eigene oder adoptierte Kinder) unter 18 Jahren und in dem Haus Zuhause des Patienten lebend mit ein. Fügen Sie Kopien von Einkommensnachweisen bei, wie Lohnabrechnungen, Sozialversicherungsbescheide, Arbeitsunfallversicherung, Steuerbescheide, oder rufen Sie einen UH-Finanzberater an, um andere Nachweise zur Erfüllung von Anspruchsvoraussetzungen festzulegen.

Patient Familienmitglieder	Alter	Verwandtschaftsverhältnis zum Patienten	Einkommensquelle oder Name des Arbeitgebers	Einkommen 3 Monate vor dem Behandlungsdatum	Einkommen 12 Monate vor dem Behandlungsdatum
Patient -		selbst			
2.					
3.					
4.					
5.					

Wenn Sie oben 0,00 \$ Einkommen aufgelistet haben, erklären Sie bitte kurz, wie Sie (oder der Patient) finanziell während der angeforderten Zeit über die Runden gekommen sind.

Ich habe auch Rechnungen der folgenden UH-Standorte: CMC | AHUJA | GEAUGA | GENEVA | CONNEAUT | PORTAGE | ST JOHN | ELYRIA | PARMA | HOMECARE SAMARITAN | UH PHYSICIAN SERVICES | UHLSF

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach meinem besten Wissen und Gewissen, dass die Antworten dieses Antrages der Wahrheit entsprechen. Ich weiß, dass es rechtswidrig ist, zwecks Bezugs staatlicher Leistungen wissentlich falsche Angaben zu machen. Mir ist weiterhin bewusst, dass sich andere Parteien auf die hier von mir angegebenen Informationen stützen. Ich gebe ihnen hiermit dazu die Erlaubnis.

Unterschrift der verantwortlichen Partei: X \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Verantwortlichen von UH: X \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY:** #in HH \_\_\_\_\_ 3mo TTL \_\_\_\_\_ 12 mo TTL \_\_\_\_\_ FPL \_\_\_\_\_  HCAP  UCAP  AGB  M

Medical Record No: \_\_\_\_\_ Date Completed: \_\_\_\_\_

# University Hospitals

## KOSTEN FÜR NOTWENDIGE MEDIZINISCHE BEHANDLUNGEN VOM VORIGEN KALENDERJAHR

Dieses Formblatt wird zur Bestimmung von medizinisch notwendigen Auslagen verwendet, um festzustellen, ob Ihnen zusätzliche Kontenunterstützung gemäß UH Financial Assistance Policy zusteht.

**NUR AUSFÜLLEN, WENN SIE EIN VERSICHERTER PATIENT SIND, DER UNTERSTÜTZUNG BENÖTIGT, ODER WENN SIE NICHT VERSICHERT SIND UND IHR EINKOMMEN ÜBER 250 % DER STAATLICHEN ARMUTSGRENZE LIEGT.**

Führen Sie alle Krankenhaus,- Arzt- und Apothekendienstleistungen auf, für die Verbindlichkeiten aus dem letzten Kalenderjahr vorliegen. Bitte beachten Sie, dass eine Versicherungserklärung für alle Ausgaben zur Verfügung gestellt werden muss.

<u>DIENSTLEISTER</u>	<u>LEISTUNGSDATUM</u>	<u>ZAHLBAR VOM PATIENTEN</u>	<u>OFFICE USE ONLY</u>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd

**VERBINDLICHKEITEN DES PATIENTEN INSGESAMT IN DIESEM KALENDERJAHR** \_\_\_\_\_

Habe Sie Fragen bezüglich der Vervollständigung dieses Antrags? Rufen Sie uns unter (866) 771-7266 an.

**Bitte reichen Sie den ausgefüllten Antrag bei folgender Adresse ein: University Hospitals, Management Service Center, 3605 Warrensville Center Road, Shaker Heights, OH 44122.**

**FOR OFFICE USE ONLY:** FPL \_\_\_\_\_  10  15  20  25  NOT QUALIFIED Date Completed: \_\_\_\_\_