

ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG DURCH UNIVERSITY HOSPITALS

Wenn Sie glauben, dass Sie ein Anrecht auf finanzielle Hilfe haben, füllen Sie diesen Antrag aus. Um in Betracht gezogen zu werden, müssen Sie den Antrag vollständig ausfüllen und unterschreiben. Bei Fragen oder Zweifeln im Zusammenhang mit dem Antrag oder für Hilfe beim Ausfüllen rufen Sie uns bitte unter (216) 844-8299 oder (800) 859-5906 an oder besuchen Sie uns in einer der UH-Einrichtungen.

| | | |
|-------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Name des Patienten: _____ | Geburtsdatum: _____ | Datum der Leistung: _____ |
| Straße und Hausnummer: _____ | Familienstand: _____ | Name des Patienten: _____ |
| Ort: _____ | Datum der Leistung: _____ | Einrichtung: _____ |
| Bundesstaat: _____ PLZ: _____ | | |

| | | | |
|---|--|--|---|
| Waren Sie zum Zeitpunkt der Leistung Bürger des States Ohio? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | |
| Haben Sie eine Krankenversicherung, die diese Leistungen abdeckt? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <i>Falls ja, geben Sie die Daten unten ein und fügen Sie eine Kopie Ihrer Versicherungskarte bei.</i> |
| Name der Versicherungsgesellschaft: _____ | Versicherungs-Nr.: _____ | | Gruppennummer: _____ |
| Haben Sie Anspruch auf COBRA? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | |
| Erhalten Sie Leistungen von Medicaid? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <i>Falls ja, geben Sie die Rechnungsnummer _____ unten ein und fügen Sie eine Kopie der Medicaid-Karte bei.</i> |
| Verfügen Sie über eines der Folgenden? | <input type="radio"/> Krankenversicherung mit Kostenerstattung (HRA) | <input type="radio"/> Gesundheitssparkonto (HSA) | <input type="radio"/> Flexibles Gesundheitskostenkonto (FSA) |

Bitte führen Sie unten alle Haushaltsmitglieder auf; einschließlich Eltern, Ehepartner (unabhängig davon, ob sie im Haushalt leben) und mit dem Patienten im gleichen Haushalt lebende Kinder (leibliche und adoptierte) unter 18 Jahren. Fügen Sie Kopien von Einkommensnachweisen bei (z. B. Lohn-/Gehaltsabrechnung, Sozialversicherungsbescheid, Unfallversicherung, Steuerbescheid) oder wenden Sie sich an einen UH Financial Counselor, um sich nach sonstigen Nachweisen zu erkundigen, die zur Anspruchsberechtigung dienen.

| Familienangehörige des Patienten | Alter | Verhältnis zum Patienten | Einkommensquelle oder Name des Arbeitgebers | Einkommen 3 Monate vor dem Datum der Leistung | Einkommen 12 Monate vor dem Datum der Leistung |
|----------------------------------|-------|--------------------------|---|---|--|
| Patient - | | selbst | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |

Wenn Sie oben als Einkommen 0,00 \$ angegeben haben, erläutern Sie bitte kurz, wie Sie (bzw. der Patient) im oben angegebenen Zeitraum wirtschaftlich ausgekommen sind.

Ich habe auch Rechnungen der folgenden UH-Einrichtungen: CMC AHUJA RH RICHMOND RH BEDFORD GEAUGA GENEVA CONNEAUT PORTAGE ST JOHN ELYRIA PARMA SAMARITAN UH MEDICAL GROUP

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach bestem Wissen und Gewissen, dass alle Angaben auf diesem Antrag 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. Hiermit ermächtige ich sie dazu.

Unterschrift der verantwortlichen Partei: X _____ **Datum:** _____
 Unterschrift des UH-Vertreters: X _____ **Datum:** _____

FOR OFFICE USE ONLY: #in HH _____ 3mo TTL _____ 12 mo TTL _____ FPL _____ HCAP UCAP AGB MI
 Medical Record No: _____ Date Completed: _____

MEDIZINISCH NOTWENDIGE AUSGABEN IM KALENDERJAHR 2016

Dieses Formular wird zur Bestimmung der Auslagen für medizinisch notwendige Kosten verwendet, um ermitteln zu können, ob Sie im Rahmen der UH-Richtlinie zur finanziellen Unterstützung Anspruch auf zusätzliche Hilfe haben.

NUR AUSZUFÜLLEN, WENN SIE ALS VERSICHERTER PATIENT UNTERSTÜTZUNG BEANTRAGEN ODER WENN SIE ALS NICHT VERSICHERTER PATIENT EIN EINKOMMEN HABEN, DAS MEHR ALS 250 % ÜBER DER JEWEILIGEN LEITLINIE ZUR ARMUTSGRENZE LIEGT.

Führen Sie Ihre Verbindlichkeiten gegenüber allen Krankenhaus-, Arzt- und Apothekenleistungen für 2016 auf. Bitte beachten Sie, dass für alle Kosten eine Versicherungserklärung der Leistungen zur Verfügung gestellt werden muss.

| <u>LEISTUNGSERBRINGER</u> | <u>DATUM DER LEISTUNG</u> | <u>ZAHLUNG DURCH PATIENTEN FÄLLIG AM</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 _____

Haben Sie Fragen zum Ausfüllen dieses Antrags? Rufen Sie uns an: (216) 844-8299 oder (800) 859-5906

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an: University Hospitals, Customer Service Center, 20800 Harvard Ave, Beachwood, OH 44122, USA

FOR OFFICE USE ONLY: FPL _____ o 10 o 15 o 20 o 25 o NOT QUALIFIED Date Completed: _____