

Anleitung für das Antragsformular für Karitative Pflege / Finanzielle Unterstützung

Dies ist ein Antrag auf finanzielle Unterstützung (auch bekannt als Karitative Pflege) bei St. Joseph Health.

Nach Bundes- und Landesrecht sind alle Krankenhäuser verpflichtet, Menschen und Familien, die bestimmte Einkommensanforderungen erfüllen, finanzielle Unterstützung zu gewähren. Sie können sich für eine kostenlose Pflege oder eine vergünstigte Pflege auf der Grundlage Ihrer Familiengröße und Ihres Einkommens qualifizieren, auch wenn Sie eine Krankenversicherung haben. Um unsere Richtlinien für die finanzielle Unterstützung und die Richtlinien für die Gleitskala einzusehen, besuchen Sie bitte die krankenhausspezifische Website unter <https://www.stjhs.org>

Was deckt die finanzielle Unterstützung ab? Die medizinische Finanzhilfe deckt die medizinisch notwendige Krankenhausversorgung durch eines unserer Krankenhäuser in Abhängigkeit von Ihrer Berechtigung. Die finanzielle Unterstützung kann nicht alle Kosten des Gesundheitswesens decken, einschließlich der von anderen Unternehmen erbrachten Dienstleistungen.

Wenn Sie Fragen haben oder Hilfe beim Ausfüllen dieses Antrags benötigen: Unsere Richtlinien zur finanziellen Unterstützung, Informationen über die Programme und die Bewerbungsunterlagen sind auf unserer Website oder per Telefon verfügbar. Sie können aus jedem Grund Hilfe erhalten, einschließlich Behinderung und Sprachunterstützung. Übersetzte schriftliche Dokumente sind auf Anfrage erhältlich.

So erreichen Sie uns: <https://www.stjhs.org/our-programs/patient-financial-assistance>

Kundendienstmitarbeiter bei: **707-525-5228**

Damit Ihr Antrag bearbeitet werden kann, müssen Sie das Folgende tun:

- Geben Sie uns Informationen über Ihre Familie.**
Geben Sie die Anzahl der Familienmitglieder in Ihrem Haushalt an (Familie beinhaltet Personen durch Geburt, Heirat oder Adoption verwandt sind und zusammenleben)
- Geben Sie uns Informationen über das monatliche Bruttoeinkommen Ihrer Familie (Einkommen vor Steuern und Abzügen), einschließlich Gehaltsabrechnungen, W-2-Formulare, Steuererklärungen, Bewilligungsschreiben der Sozialversicherung, etc.**
(siehe Antrag auf finanzielle Unterstützung, Abschnitt Einkommen für weitere Beispiele)
- Dokumentation des Familieneinkommens und Angabe von Vermögenswerten**
- Fügen Sie bei Bedarf zusätzliche Informationen bei**
- Unterzeichnen und datieren Sie das Formular für die finanzielle Unterstützung**

Hinweis: Sie müssen keine Sozialversicherungsnummer angeben, um eine finanzielle Unterstützung zu beantragen. Wenn Sie uns Ihre Sozialversicherungsnummer mitteilen, hilft dies, die Bearbeitung Ihres Antrags zu beschleunigen. Die Sozialversicherungsnummern werden verwendet, um die uns zur Verfügung gestellten Informationen zu überprüfen. Wenn Sie keine Sozialversicherungsnummer haben, markieren Sie bitte "nicht anwendbar" oder "NA".

Senden Sie den ausgefüllten Antrag mit allen Unterlagen per Post an: **Santa Rosa Memorial Hospital, Attn: Financial Assistance, P.O. Box 4119, Santa Rosa, CA 95402.** Bewahren Sie eine Kopie für sich selbst auf.

Um Ihren ausgefüllten Antrag persönlich einzureichen: Gehen Sie zur Geschäftsstelle (Business Office).

Wir werden Sie innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt eines vollständigen Antrags auf finanzielle Unterstützung, einschließlich der Einkommensdokumentation, über die endgültige Festlegung der Anspruchs- und Beschwerderechte informieren.

Mit der Einreichung eines Antrags auf finanzielle Unterstützung erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir die notwendigen Nachforschungen zur Bestätigung der finanziellen Verpflichtungen und Informationen durchführen.

**Wir wollen helfen. Bitte senden Sie Ihre Bewerbung umgehend ab!
Sie können Rechnungen erhalten, bis wir Ihre Informationen erhalten.**

Anleitung für das Antragsformular für Karitative Pflege/Finanzielle Unterstützung – vertraulich

Alle Informationen vollständig angeben. Falls nicht zutreffend, mit "NA" markieren. Falls notwendig zusätzliche Seiten hinzufügen.

SCREENING-INFORMATIONEN

Brauchen Sie einen Dolmetscher? Ja Nein Falls ja, bitte gewünschte Sprache angeben:

Hat der Patient je einen Antrag auf Medicaid gestellt? Ja Nein

Erhält der Patient öffentliche Unterstützung wie beispielsweise TANF, Basic Food, oder WIC? Ja Nein

Ist der Patient zur Zeit obdachlos? Ja Nein

Ist der medizinische Versorgungsbedarf des Patienten mit einem Autounfall oder einer Arbeitsunfall verbunden? Ja Nein

BITTE BEACHTEN

- Wir können nicht garantieren, dass Sie Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, auch wenn Sie sich bewerben.
- Nachdem Sie Ihre Bewerbung abgeschickt haben, können wir alle Informationen überprüfen und Sie um zusätzliche Informationen oder Einkommensnachweise bitten.
- Innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt Ihrer ausgefüllten Bewerbung und Unterlagen werden wir Sie darüber informieren, ob Sie Anspruch auf Unterstützung haben.

INFORMATIONEN DES PATIENTEN UND ANTRAGSSTELLERTS

Vorname des Patienten		Zweiter Vorname des Patienten		Nachname des Patienten	
<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Sonstiges (kann angegeben werden _____)		Geburtsdatum		Sozialversicherungsnummer des Patienten (optional*) <i>*optional, aber erforderlich für großzügigere Unterstützung über die staatlichen Mindestanforderungen hinaus</i>	
Verantwortlicher für die Zahlung der Rechnung		Beziehung zum Patienten	Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer (optional*) <i>*optional, aber erforderlich für großzügigere Unterstützung über die staatlichen Mindestanforderungen hinaus</i>	
Adresse _____ _____ Stadt Bundesstaat PLZ				Hauptkontaktnummer(n) () _____ () _____ Email-Adresse: _____	
Beschäftigungsstatus des Verantwortlichen für die Zahlung der Rechnung <input type="checkbox"/> Angestellt (Anstellungsdatum: _____) <input type="checkbox"/> Arbeitslos (wie lange arbeitslos: _____) <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Behindert <input type="checkbox"/> Im Ruhestand <input type="checkbox"/> Sonstiges (_____)					

INFORMATIONEN ÜBER DIE FAMILIE

Liste der Familienmitglieder im Haushalt, einschließlich Sie selbst. „Familie“ umfasst Menschen, die durch Geburt, Heirat oder Adoption verwandt sind und zusammenleben.

ANZAHL DER FAMILIENMITGLIEDER _____ Falls notwendig, zusätzliche Seite hinzufügen

Name	Geburtsdatum	Beziehung zum Patienten	Falls 18 Jahre oder älter: Name(n) des/der Arbeitgeber oder Einkommensquelle	Falls 18 Jahre oder älter: Gesamtes Monatseinkommen (vorsteuerlich):	Auch finanzielle Hilfe beantragt?
					Ja / Nein
					Ja / Nein
					Ja / Nein
					Ja / Nein

Das Einkommen aller erwachsenen Familienmitgliedern muss angegeben werden. Einkommensquellen sind unter anderem:
 - Gehalt - Arbeitslosengeld - Selbständiges Einkommen - Arbeitsunfallvers. [Worker's compensation] - Invalidenvers. [Disability]
 - SSI - Unterhalt für Kinder und Ehegatten

Anleitung für das Antragsformular für Karitative Pflege/Finanzielle Unterstützung – vertraulich

INFORMATIONEN ÜBER EINKOMMEN

BITTE DENKEN SIE DARAN: Sie müssen Ihrem Antrag einen Einkommensnachweis beifügen.

Sie müssen Angaben über das Einkommen Ihrer Familie machen. Für die Bestimmung der finanziellen Unterstützung ist eine Einkommensprüfung erforderlich.

Alle Familienmitglieder ab 18 Jahren müssen ihr Einkommen offenlegen. Wenn Sie keine Unterlagen zur Verfügung stellen können, können Sie eine schriftliche, unterschriebene Erklärung einreichen, die Ihr Einkommen beschreibt. Bitte weisen Sie jede identifizierte Einnahmequelle nach.

Beispiele für den Nachweis des Einkommens sind:

- Eine "W-2" Einbehaltungserklärung; oder
- Aktuelle Gehaltsabrechnungen (3 Monate); oder
- Einkommensteuererklärung des letzten Jahres, gegebenenfalls einschließlich Anhänge; oder
- Schriftliche, unterschriebene Erklärungen von Arbeitgebern oder anderen; oder
- Genehmigung/Verweigerung der Berechtigung für Medicaid und/oder staatlich finanzierte medizinische Hilfe; oder
- Genehmigung/Verweigerung des Anspruchs auf Arbeitslosenunterstützung.
- Wenn Sie keinen Einkommensnachweis oder kein Einkommen haben, fügen Sie bitte eine zusätzliche Seite mit einer Erklärung bei.

INFORMATIONEN ÜBER AUSGABEN

Wir benutzen diese Informationen um ein genaueres Bild über Ihre finanzielle Situation zu machen.

Monatliche Haushaltsausgaben:

Miete/Hypothek \$ _____

Ärztliche Unkosten \$ _____

Versicherungsprämien \$ _____

Strom, Wasser, Gas \$ _____

Sonstige Schulden/Unkosten \$ _____ (Unterhalt für Kinder, Darlehen, Arzneimittel, sonstiges)

INFORMATIONEN ÜBER VERMÖGEN

Diese Information können benutzt werden, falls Ihr Einkommen mehr als 101% der Bundesarmutsgrenze beträgt.

Aktueller Stand des Girokontos

\$ _____

Aktueller Stand des Sparkontos

\$ _____

Besitzt Ihre Familie andere Vermögenswerte?

Bitte alles Zutreffende ankreuzen

Aktien Anleihen 401K Gesundheitssparkonto(en) Trust(s)

Immobilien (ohne Hauptwohnsitz) Geschäftsbesitz

SONSTIGE INFORMATIONEN

Bitte fügen Sie eine zusätzliche Seite bei, wenn es weitere Informationen über Ihre aktuelle finanzielle Situation gibt, die wir von Ihnen wissen sollen, wie z.B. finanzielle Schwierigkeiten, übermäßige medizinische Ausgaben, saisonale oder vorübergehende Einnahmen oder persönliche Verluste.

PATIENTENVEREINBARUNG

Ich verstehe, dass St. Joseph Health Informationen überprüfen kann, indem es Kreditinformationen überprüft und Informationen aus anderen Quellen erhält, um bei der Bestimmung der Berechtigung für finanzielle Unterstützung oder Zahlungspläne zu helfen.

Ich versichere, dass die oben genannten Informationen nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und korrekt sind.

Ich verstehe, dass, wenn die von mir angegebenen Finanzinformationen für falsch befunden werden, das Ergebnis die Verweigerung der finanziellen Unterstützung sein kann und ich für die erbrachten Dienstleistungen verantwortlich bin und diese bezahlen muss.

Unterschrift des Antragstellers

Datum