

Antrag auf finanzielle Unterstützung

BEWERBERINFORMATIONEN

Alle Felder müssen ausgefüllt werden

Datum der Dienstleistung (Vergangenheit oder Zukunft): _____ Einrichtung: _____

Vollständiger Name des Patienten: _____ Sozialversicherungsnummer: _____

Geburtsdatum: _____ Physische Adresse: _____

Ort: _____ Bundesland: _____ PLZ: _____

Postanschrift: _____ Krankenaktennummer: _____

Telefonnummer: _____ Name der Person, die den Antrag ausfüllt: _____

Beziehung zum Patienten: _____

Haushaltsmitglieder nach rechtlichem Namen, einschließlich Sie selbst (Bürge)

Name (Nachname und Vorname(n))	Geburtsdatum	Alter	Beziehung	Beruf	Sozialversicherungsnummer	Jahreseinkommen
						€
						€
						€
						€
GESAMT						€

Einkommensquellen (wenn null, dann in Feld null angeben)

Einnahmen	€
Sozialversicherung	€
Sonstige Einnahmen/Unterhaltszahlungen/Investitionen/Pensionierung	€
Gesamte Einnahmen	€
401K-Kontostand	€
Hypothekenbetrag	€
Miethöhe	€
Sparkontostand	€
Verifizierung des Gesundheitswesens ändern	
Wenn Sie kein Einkommen haben, wie bestreiten Sie dann Ihren Lebensunterhalt?	Beschreiben Sie unten:

Andere Deckungsfragen

Hat der Patient eine Krankenversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wird der Patient für Verletzungen behandelt, die durch eine Haftung Dritter abgedeckt sind, wie z. B. eine Autoversicherungsgesellschaft oder eine Arbeitnehmerentschädigung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hat der Patient Medicaid? – Wenn ja, gehen Sie zu Seite 2	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hat der Patient einen Antrag auf Medicaid gestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beziehen Sie Sozialhilfe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie über 65?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie 19 oder jünger?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie ein Elternteil und arbeitslos?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Antrag auf finanzielle Unterstützung

Erklärung: Ich bestätige, dass die von mir bereitgestellten Informationen nach bestem Wissen und Gewissen wahr und richtig sind. Mir ist bekannt, dass die von mir übermittelten Informationen überprüft werden, einschließlich der Bewertung durch eine Kreditauskunftei, und dass sie bei Bedarf von Bundes- und/oder Landesbehörden und anderen Stellen überprüft werden. Ich ermächtige meinen Arbeitgeber, Piedmont Healthcare Nachweise über mein Einkommen zukommen zu lassen. Mir ist bewusst, dass Piedmont Healthcare meinen finanziellen Status neu bewerten und die erforderlichen Maßnahmen ergreifen wird, falls sich die von mir gemachten Angaben als un wahr herausstellen sollten.

Ich erkläre mich ferner damit einverstanden, jegliche Unterstützung (z. B. Medicare, Medicaid, staatliche Beihilfen (für Krebs), berufliche Rehabilitation, Versicherungen usw.) zu beantragen, die für die Bezahlung meiner Kosten bei Piedmont Healthcare zur Verfügung stehen könnte. Ich werde in vollem Umfang mit Change Healthcare, dem Bearbeiter der Medicaid-Berechtigung von Piedmont Healthcare, zusammenarbeiten, um alle Maßnahmen zu ergreifen, die zur Erlangung einer solchen Unterstützung für notwendig erachtet werden, und werde Piedmont Healthcare den für die Gebühren von Piedmont Healthcare eingezogenen Betrag abtreten oder zahlen. Für jeden Bürger ist ein vollständiger Antrag für das Financial Assistance Program erforderlich.

_____ Unterschrift des Antragstellers	_____ Name des Antragstellers (IN DRUCKBUCHSTABEN)	_____ Datum	_____ Uhrzeit
_____ Unterschrift des Zeugen	_____ Name des Zeugen (IN DRUCKBUCHSTABEN)	_____ Datum	_____ Uhrzeit

Für die Bearbeitung Ihres Antrags benötigen wir einige Unterlagen, die Ihren Antrag unterstützen. Wenn Sie diese Informationen nicht zur Verfügung stellen, kann Ihr Antrag abgelehnt werden und Sie können keinen Einspruch gegen die Ablehnung einlegen. Wenn Sie Fragen haben oder Hilfe beim Ausfüllen des Antrags benötigen, können Sie sich an die Abteilung für Finanzielle Hilfe wenden:

Dokumentationsanforderungen

- Als Lichtbildausweis akzeptable Formen (nur behördliche Ausweise):
 - Gültiger, staatlich ausgestellter Führerschein (ungültige oder abgelaufene Dokumente sind unter bestimmten Umständen zulässig)
 - Staatlicher Personalausweis
 - Reisepass
 - Militärausweis
 - Jeder Konsular- oder Schulbildausweis
 - Visum- oder Ausländerkarte (falls zutreffend)
 - Nicht akzeptabel: Costco-Karte, Selfie oder Weihnachts-/Feiertagsbild
- Nachweis des Wohnsitzes – Die Dokumente zum Nachweis des Wohnsitzes dürfen nicht älter als 30 Tage sein und müssen auf den Namen des Patienten lauten. Zulässige Arten:
 - Mietvertrag – kann verworfen werden, wenn er noch gültig ist und alle anderen Dokumente dieselbe Adresse enthalten.
 - Brief für Lebensmittelmarken
 - Nebenkostenabrechnungen – mit physischer Adresse
 - Andere Geschäftsdokumente, die Ihren Wohnsitz belegen, wie z. B. Kreditkartenabrechnungen, IRS, Medicaid-Briefe, Studentenbriefe von der Schule, Bankauszüge, Hypothekenabrechnungen
 - Hinweis: Ein Postfach weist keinen Wohnsitz nach.
- Einkommensnachweis
 - Falls erwerbstätig: Erforderliche Dokumente – Die letzten drei Gehaltsabrechnungen (Patient und Ehegatte/Partner)
ODER
 - Falls arbeitslos: Erforderliche Unterlagen – Antrag auf Arbeitslosenunterstützung oder Bescheid über die Gewährung von Arbeitslosenunterstützung sowie Kopien der letzten Kontoauszüge der letzten drei Monate für alle Konten (Giro- und Sparkonten)
ODER
 - Falls selbständig: Erforderliche Unterlagen – Kopie der Steuererklärung des Vorjahres und Kopien der Kontoauszüge der letzten drei Monate sowohl von privaten als auch von geschäftlichen Giro-/Sparkonten (Patient und Ehegatte/Partner) – Alle Konten
ODER
 - Falls im Ruhestand: Erforderliche Unterlagen – SSN-Schreiben (falls zutreffend) und Kopien der Kontoauszüge der letzten drei Monate sowohl von privaten als auch von geschäftlichen Giro-/Sparkonten (Patient und Ehegatte/Partner) – Alle Konten
 - Medicare SSN-Brief – WWW.SSA.gov/myaccount
- UND – Die folgenden Dokumente werden zur Überprüfung der Informationen verwendet und sind KEIN Ersatz für die obige Liste.
 - Alle Bescheide, aus denen hervorgeht, dass der Patient Arbeitslosengeld, Medicaid, Sozialhilfe, allgemeine Unterstützung usw. erhält.
 - Brief für Lebensmittelmarken
 - Nachweis der Obdachlosigkeit oder ein Brief von einer Unterkunft auf dem Briefkopf des Unternehmens
 - Andere Geschäftsdokumente, die zeigen, wie der Patient unterstützt wird
- Nachweis der Anzahl der Unterhaltsberechtigten
 - Unterzeichnete Einkommensteuererklärung des Vorjahres – nur erforderlich, wenn Unterhaltsberechtigte geltend gemacht werden
 - Alle Entscheidungsschreiben, aus denen hervorgeht, dass der Patient die rechtliche Verantwortung für das Kind trägt, wie z. B. gerichtliche angeordnete Vormundschafts- oder Sorgerechtsurkunden

Piedmont Healthcare, Customer Solutions Center • 2727 Paces Ferry Road, Building 2, Floor 10, Atlanta, GA 30339

Telefon: 1-855-788-1212 • **Fax:** 770-916-7511 • **E-Mail:** Assistance@piedmont.org