



Anleitung zum Ausfüllen des Formulars zur Beantragung von finanzieller Unterstützung

Dies ist ein Antrag auf finanzielle Unterstützung (auch als karitative Fürsorge bezeichnet) durch Providence.

Laut nationalem und Bundesstaatsrecht sind alle Krankenhäuser verpflichtet, einzelnen Personen und Familien, die bestimmte Einkommensvoraussetzungen erfüllen, finanzielle Unterstützung zu gewähren. Sie können je nach Familiengröße und Haushaltseinkommen unter Umständen eine kostenlose oder ermäßigte Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen, selbst wenn Sie eine Krankenversicherung besitzen. Unsere Richtlinien zur finanziellen Unterstützung und unseren Leitfaden zur Preisstaffelung erhalten Sie auf unserer Website unter <https://www.providence.org/obp>. Wählen Sie auf der Website den Bundestaat aus, in dem sich Ihr Wohnsitz befindet.

Welche Leistungen werden durch die finanzielle Unterstützung abgedeckt? Die finanzielle Unterstützung deckt in Abhängigkeit von Ihrer Anspruchsberechtigung alle medizinisch notwendigen Leistungen ab, die von unseren Krankenhäusern erbracht werden. Es ist möglich, dass durch die finanzielle Hilfe nicht alle medizinischen Kosten abgedeckt werden, wie z. B. die Kosten, die durch andere Leistungserbringer entstanden sind.

Wenn Sie Fragen haben oder Hilfe beim Ausfüllen des Antrags benötigen: Unsere Richtlinien zur finanziellen Unterstützung sowie entsprechendes Informationsmaterial und die Antragsunterlagen sind auf unserer Webseite verfügbar. Wir informieren Sie gerne auch telefonisch. Wir stehen Ihnen für alle Fragen zur Verfügung und unterstützen Sie bei Sprachproblemen oder bei Einschränkungen durch Behinderung. Übersetzte Dokumente sind auf Anfrage erhältlich.

Sie können uns über folgende Website kontaktieren: <https://www.providence.org/obp>

Unsere Servicemitarbeiter stehen unter den folgenden Rufnummern zu Ihrer Verfügung:

1-855-229-6466

Montag bis Freitag 8:00 Uhr bis 17:00 Uhr

Damit Ihr Antrag bearbeitet werden kann, müssen Sie uns die folgenden Auskünfte erteilen:

- Informationen über Ihre Familie**
Geben Sie bitte die Anzahl der Familienmitglieder in Ihrem Haushalt an (Familie bezieht sich auf Personen, die durch Geburt, Heirat oder Adoption verwandt sind und zusammenleben)
- Informationen über das Bruttomonatseinkommen Ihrer Familie (vor Steuern und Abzügen), einschließlich Gehaltsabrechnungen, W-2-Formularen, Steuererklärungen, Zuerkennungsschreiben der Sozialversicherung usw.**
(Weitere Beispiele finden Sie im Abschnitt „Einkommen“ des Antrags auf finanzielle Unterstützung.)
- Unterlagen zu Familieneinkommen und Vermögen**
- Gegebenenfalls zusätzliche Informationen/Belege**
- Ihre Unterschrift und das Datum der Beantragung**

Bitte beachten: Die Angabe der Sozialversicherungsnummer ist für die Beantragung der finanziellen Unterstützung nicht erforderlich. Ihr Antrag kann jedoch beschleunigt bearbeitet werden, wenn Sie uns Ihre Sozialversicherungsnummer mitteilen. Die Angaben werden anhand von Sozialversicherungsnummern überprüft. Wenn Sie keine Sozialversicherungsnummer besitzen, tragen Sie bitte „nicht anwendbar“ oder „NA“ ein.



Senden Sie den ausgefüllten Antrag mit allen Belegunterlagen an: Providence Regional Business Office, P.O. Box 3299 Portland, OR 97208-3395. Bewahren Sie eine Kopie des Antrags in Ihren Unterlagen auf.

Sie können Ihren ausgefüllten Antrag auch persönlich einreichen: Begeben Sie sich zur Zahlstelle des Krankenhauses in Ihrer Nähe.

Wir benachrichtigen Sie innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt des vollständig ausgefüllten Antrags, einschließlich der Einkommensnachweise, über die abschließend Entscheidung über Ihre Anspruchsberechtigung und gegebenenfalls über Ihre Rechte bezüglich der Einlegung eines Rechtsbehelfs.

Durch das Einreichen eines Antrags auf finanzielle Unterstützung ermächtigen Sie uns, alle erforderlichen Erkundigungen einzuziehen, um Ihre finanziellen Verbindlichkeiten und die angegebenen Informationen zu überprüfen.

**Wir möchten Ihnen helfen. Bitte schicken Sie uns Ihren Antrag so bald wie möglich!
Sie können Rechnungen erhalten, bis Ihre Informationen bei uns eingehen.**

Formular zur Beantragung von finanzieller Unterstützung – vertraulich

Bitte vollständig ausfüllen (Unzutreffendes bitte mit „NA“ kennzeichnen). Bei Bedarf weitere Blätter anfügen.

VORABINFORMATIONEN

Benötigen Sie einen Dolmetscher? ja nein *Wenn „ja“, tragen Sie bitte die bevorzugte Sprache ein:*

Hat der Patient Medicaid beantragt? ja nein

Erhält der Patient staatliche Versorgungsleistungen wie TANF, Basic Food oder WIC? ja nein

Ist der Patient derzeit ohne Wohnsitz? ja nein

Hängt der Bedarf an medizinischer Versorgung mit einem Auto- oder Arbeitsunfall zusammen? ja nein

BITTE BEACHTEN

- Das Einreichen des Antrags ist keine Garantie dafür, dass eine finanzielle Unterstützung gewährt wird.
- Nach Eingang Ihres Antrags prüfen wir alle enthaltenen Informationen und bitten Sie gegebenenfalls um ergänzende Informationen oder Einkommensnachweise.
- Ob Sie Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, teilen wir Ihnen innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt Ihres Antrags und der beigefügten Unterlagen mit.

INFORMATIONEN ZUM PATIENTEN UND ANTRAGSTELLER

Vorname des Patienten		Mittelname des Patienten		Nachname des Patienten	
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers (freiwillige Angabe: _____)		Geb.-Datum		Sozialversicherungsnummer (optional*) <i>* jedoch erforderlich für Unterstützung, die über die Anforderungen des Bundesstaatsrechts hinausgeht</i>	
Verantwortlicher für die Rechnungszahlung		Verhältnis zum Patienten	Geb.-Datum	Sozialversicherungsnr. (optional*) <i>* jedoch erforderlich für Unterstützung, die über die Anforderungen des Bundesstaatsrechts hinausgeht</i>	
Postanschrift				Telefonnummer(n)	
_____ _____ _____				() _____ () _____ E-Mail-Adresse _____	
Ort	Bundesstaat	PLZ			
Beschäftigungsstatus des Verantwortlichen für die Rechnungszahlung <input type="checkbox"/> Erwerbstätig (Einstellungsdatum: _____) <input type="checkbox"/> Erwerbslos (seit wann erwerbslos: _____) <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Behindert <input type="checkbox"/> Im Ruhestand <input type="checkbox"/> Sonstiges (_____)					

INFORMATIONEN ZUR FAMILIE

Tragen Sie alle Familienmitglieder ein, die zu Ihrem Haushalt gehören, einschließlich sich selbst. „Familie“ bezieht sich auf Personen, die durch Geburt, Heirat oder Adoption verwandt sind und zusammenleben.

ANZAHL FAMILIENMITGLIEDER _____

Bei Bedarf weiteres Blatt anfügen

Name	Geb.-Datum	Verhältnis zum Patienten	Ab 18. Jahren: Arbeitgeber oder Einnahmequelle	Ab 18. Jahren: Bruttomonatseinkommen (vor Steuerabzug):	Beantragt auch finanzielle Unterstützung?
					ja / nein
					ja / nein
					ja / nein
					ja / nein

Die Einkommen aller erwachsenen Familienmitglieder sind anzugeben. Einnahmequellen sind z. B.:

- Gehalt/Lohn - Arbeitslosengeld - Erwerb aus selbstständiger Tätigkeit - Arbeitsunfallversicherung
- Behindertenversorgung - SSI - Unterhalt für Kinder/Ehegatten - Duales Studium (Studenten)
- Rente/Pension - Erträge aus Alterssparkonto - Sonstiges (bitte beschreiben): _____

Formular zur Beantragung von finanzieller Unterstützung – vertraulich

INFORMATIONEN ZUM EINKOMMEN

HINWEIS: Sie sind verpflichtet, Ihrem Antrag Einkommensnachweise beizufügen.

Sie müssen Auskünfte zum Familieneinkommen geben. Die Prüfung der Einkommensnachweise ist zur Anspruchsfeststellung erforderlich.

Alle Familienmitglieder, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen ihr Einkommen angeben. Wenn Sie keinen Nachweis vorlegen können, müssen Sie eine unterzeichnete schriftliche Erklärung über Ihr Einkommen einreichen. Bitte fügen Sie für jede Einnahmequelle einen Nachweis bei.

Beispiele für Einkommensnachweise:

- Lohnsteuerbescheinigung („W-2“)
- Gehaltsabrechnungen (für die letzten 3 Monate)
- Einkommenssteuererklärung des letzten Jahres, gegebenenfalls einschließlich Anhängen
- Erklärungen von Arbeitnehmern oder Sonstigen (unterzeichnet)
- Genehmigung/Ablehnung des Anspruchs auf Medicaid oder staatliche medizinische Unterstützung
- Genehmigung/Ablehnung des Anspruchs auf Arbeitslosenunterstützung

Wenn Sie nicht im Besitz eines Einkommensnachweises sind oder kein Einkommen haben, fügen Sie bitte ein weiteres Blatt bei, auf dem Sie den Sachverhalt erklären.

INFORMATIONEN ZU IHREN AUSGABEN

Wir verwenden diese Informationen, um einen vollständigen Überblick über Ihre finanzielle Situation zu erhalten.

Monatliche Haushaltsausgaben:

Miete/Hypothek	\$ _____	Med. Behandlungskosten	\$ _____
Versicherungsprämien	\$ _____	Strom/Gas/Wasser	\$ _____
Sonstige Forderungen/Ausgaben	\$ _____	(Unterhalt für Kinder, Darlehen, Medikamente, Sonstiges)	

INFORMATIONEN ZUM VERMÖGEN

Diese Informationen können verwendet werden, wenn Ihr Einkommen höher als 101 % der US-Armutsgrenze ist.

Derzeitiges Girokontoguthaben

\$ _____

Derzeitiges Sparkontoguthaben

\$ _____

Besitzt Ihre Familie Vermögenswerte folgender Art?

Bitte alles Zutreffende ankreuzen

- Aktien
 Anleihen
 401K
 Gesundheitssparkonten
 Fonds
 Eigentum (ausgenommen Erstwohnsitz)
 Eigenes Unternehmen

ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN

Bitte fügen Sie ein weiteres Blatt bei, wenn Sie uns weitere Auskünfte über Ihre derzeitige finanzielle Situation erteilen möchten, wie beispielsweise ungebührliche finanzielle Belastungen, übermäßige medizinische Behandlungskosten, saisonbedingte oder vorübergehende Erträge oder ein persönlicher Verlust.

ZUSTIMMUNG DES PATIENTEN

Ich verstehe, dass Providence meine Angaben durch Anfragen bei Kreditbüros oder anderen Quellen überprüfen kann, um über meine Anspruchsberechtigung auf finanzielle Unterstützung oder Zahlungspläne zu entscheiden.

Ich bestätige, dass die obigen Angaben nach bestem Wissen wahr und korrekt sind. Mir ist bewusst, dass mein Antrag auf finanzielle Unterstützung abgelehnt werden kann, wenn sich herausstellt, dass meine finanziellen Angaben falsch waren, und dass ich die Zahlungsverantwortung für in Anspruch genommene Leistungen gegebenenfalls selbst übernehmen muss.

Unterschrift des Antragstellers

Datum