

So beantragen Sie finanzielle Unterstützung

Anleitung zum Ausfüllen Ihres Antrags

Aus gesetzlichen Gründen sind alle Krankenhäuser verpflichtet, Personen und Familien, die bestimmte Voraussetzungen erfüllen, finanzielle Unterstützung zu gewähren. Je nach Familiengröße und Einkommen haben Sie möglicherweise Anspruch auf kostenlose Behandlung oder ermäßigte Gebühren für bestimmte Leistungen, selbst wenn Sie krankenversichert sind. Unsere Richtlinien zur finanziellen Unterstützung finden Sie unter **ohsu.edu/financial-assistance**.

Was wird durch die finanzielle Unterstützung abgedeckt?

- Nicht alle Leistungen kommen in Frage. Sie müssen sich vergewissern, dass die Leistung abgedeckt ist, bevor Sie sie in Anspruch nehmen. Eine Liste der Leistungen, die **wir NICHT abdecken**, finden Sie in unseren Richtlinien zur finanziellen Unterstützung unter **ohsu.edu/financial-assistance**.
- Wenn Ihnen finanzielle Unterstützung bewilligt wird, garantiert dies NICHT, dass Sie die Leistungen auch erhalten.
- Wenn Sie Anspruch auf Medicaid oder andere Programme haben, empfehlen wir Ihnen, einen Antrag zu stellen. Medicaid oder andere Programme bieten möglicherweise umfangreichere Leistungsvorteile.

Schritte zum Ausfüllen des Antragsformulars



- ❶ Geben Sie Daten zu Ihrer Person und Ihrer Familie an.
 - Sie müssen Ihre Sozialversicherungsnummer **NICHT** angeben.
 - Ein Haushalt besteht aus einer Einzelperson, einem Ehepaar oder einem eingetragenen Lebenspartner (auch wenn diese nicht in Ihrer Steuererklärung aufgeführt sind) sowie allen Angehörigen, die Sie in Ihrer Steuererklärung angeben.
Ein Kind unter 18 Jahren gilt in der Regel als unterhaltsberechtigtes Familienmitglied.
Beispiele für Haushalte:
 - Ehepaare (oder Lebenspartner), die rechtmäßig verheiratet sind und zusammenleben, sowie ihre unterhaltsberechtigten Kinder unter 18 Jahren und alle anderen Personen, die innerhalb oder außerhalb des Haushalts leben, die das Paar in seiner Steuererklärung angibt.
 - Unverheiratete Paare mit einem oder mehreren gemeinsamen Kindern, sofern das Kind der Patient ist.
 - Gesponserte Nichtstaatsangehörige, ihr Sponsor und die Familie des Sponsors.
- ❷ Geben Sie Angaben zum Bruttoeinkommen Ihres Haushalts an (Einkommen vor Steuern und Abzügen).
- ❸ Geben Sie Ihr Vermögen an und legen Sie entsprechende Nachweise vor, damit wir prüfen können, ob Sie Anspruch auf Medicaid-Programme haben.
- ❹ Fügen Sie alle weiteren von uns angeforderten Unterlagen bei.
- ❺ Unterschreiben Sie das Formular für finanzielle Unterstützung und tragen Sie das Datum ein.

Wenn Sie Hilfe beim Ausfüllen des Antrags benötigen, rufen Sie bitte montags bis freitags von 9 a.m.-4:30 p.m. unter der Nummer **503-494-8551** an.

Dem Formular beizufügende Unterlagen



Bitte **senden Sie uns die aktuellsten Kopien** aller unten aufgeführten Dokumente, die auf Sie zutreffen. Originaldokumente können wir **NICHT** zurücksenden.

- ☐ **Wohnsitznachweis.** Fügen Sie eines der folgenden Dokumente bei: eine auf Ihren Namen lautende Strom-, Gas- oder Wasserrechnung, einen Mietvertrag, eine Hypothekenabrechnung für Ihren Wohnsitz, Kopie Ihres Führerscheins oder Personalausweises. Wir behalten uns vor, weitere Wohnsitznachweise anzufordern. Sie müssen in den Vereinigten Staaten wohnhaft sein und dürfen nicht vorhaben, das Land zu verlassen.
- ☐ **Lohnabrechnungen** der letzten 3 vollen Kalendermonate. Falls Sie keine Lohnabrechnungen haben, können Sie uns ein Schreiben Ihres Arbeitgebers vorlegen, in dem Ihr Bruttoeinkommen der letzten 3 vollen Kalendermonate aufgeführt ist. *Das Einkommen wird in dem Monat angerechnet, in dem es eingegangen ist (Zahlungsdatum), und nicht in dem Monat, in dem es verdient wurde.*
- ☐ **Einkommensteuererklärungen** für das zuletzt eingereichte Steuerjahr, einschließlich aller Anlagen (z. B. Anlage C für Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit).
- ☐ **Sozialversicherungsbescheid, Veteranenbescheid, Rentenbescheid** oder ein gleichwertiges Dokument.
- ☐ **Leistungsbescheid** der staatlichen Arbeitsvermittlung.
- ☐ Bescheinigung über **Kindesunterhalt** und/oder **Ehegattenunterhalt**.
- ☐ **Arbeitsblatt für Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit oder Gewinn- und Verlustrechnung für die letzten 3 vollen Kalendermonate.**
- ☐ Nachweise für **alle anderen Einkommensquellen**, die in Ihrem Antrag aufgeführt sind, einschließlich Einkünfte aus Zinsen oder Dividenden oder sonstigen regelmäßigen Einkommensquellen.
- ☐ **Kontoauszüge von Banken oder Kreditgenossenschaften** für Giro- und Sparkonten.
- ☐ **Auszüge von Festgeldkonten, Aktien, Anleihen oder Anlagekonten.**

Reichen Sie das Formular ein



- Wir werden Ihnen innerhalb von **3 Wochen** nach Eingang Ihres vollständig ausgefüllten Antrags und der Unterlagen mitteilen, ob Sie Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben.
- Während wir Ihren Antrag prüfen, erhalten Sie weiterhin Rechnungen.

Postalisch:

Oregon Health & Science University
Patient Financial Services, RPB07
3181 SW Sam Jackson Park Road
Portland, OR 97239-3098
Fax: 503-418-2377
E-Mail: sfr@ohsu.edu

Persönliche Abgabe:

Bitte rufen Sie unter 503-494-8551 an, um die nächstgelegene Anlaufstelle zu erfahren.

Antragsformular auf finanzielle Unterstützung

Bitte füllen Sie alle Angaben vollständig aus. Falls eine Angabe nicht zutrifft, tragen Sie bitte „k. A.“ ein. Fügen Sie bei Bedarf zusätzliche Seiten bei.

INFORMATIONEN ZUR PRÜFUNG

Benötigen Sie einen Dolmetscher? ☐ **Ja** ☐ **Nein** Falls ja, geben Sie bitte die gewünschte Sprache an:

Hat der Patient Medicaid beantragt? ☐ **Ja** ☐ **Nein**

Bezieht der Patient staatliche Sozialleistungen wie TANF, Basic Food oder WIC? ☐ **Ja** ☐ **Nein**

Ist der Patient derzeit obdachlos? ☐ **Ja** ☐ **Nein**

Steht die medizinische Versorgung des Patienten im Zusammenhang mit einem Auto- oder einem Arbeitsunfall? ☐ **Ja** ☐ **Nein**

Bei welcher Einrichtung beantragt der Patient finanzielle Unterstützung? ☐ **Hillsboro Medical Center** ☐ **OHSU**

HINWEIS:

- Wir können nicht garantieren, dass Sie Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, selbst wenn Sie einen Antrag stellen.
- Sobald Sie Ihren Antrag eingereicht haben, prüfen wir alle Angaben und bitten Sie gegebenenfalls um weitere Informationen oder einen Einkommensnachweis.
- Innerhalb von 21 Kalendertagen nach Eingang Ihres ausgefüllten Antrags und der Unterlagen teilen wir Ihnen mit, ob Sie Anspruch auf Unterstützung haben.

ANGABEN ZUM PATIENTEN UND ZUM ANTRAGSTELLER

Vorname des Patienten	Zweiter Vorname des Patienten	Nachname des Patienten
☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Sonstiges (bitte angeben _____)	Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer des Patienten (optional)
Für die Zahlung der Rechnung verantwortliche Person	Beziehung zum Patienten	Geburtsdatum
Postanschrift (einschließlich physischer Adresse, falls abweichend) _____ _____ _____		Haupttelefonnummer(n) () _____ () _____ E-Mail-Adresse: _____
Stadt	Bundesstaat	Postleitzahl

Beschäftigungsstatus der für die Zahlung der Rechnung verantwortlichen Person

☐ **Berufstätig** (Einstellungsdatum: _____)
 ☐ **Arbeitslos** (seit wann arbeitslos: _____)

☐ **Selbstständig**
 ☐ **Student**
 ☐ **mit Behinderung**
 ☐ **Rentner**
 ☐ **Sonstiges** (_____)

ANGABEN ZUR FAMILIE

Führen Sie die Haushalts-/Familienmitglieder auf, für die Sie finanziell verantwortlich sind, einschließlich Ihrer eigenen Person. Definitionen und Beispiele zum Begriff „Haushalt“ finden Sie in den Anweisungen.

FAMILIENGRÖSSE _____

Fügen Sie bei Bedarf ein zusätzliches Blatt bei

Name	Geburtsdatum	Beziehung zum Patienten	Name des Arbeitgebers bzw. der Arbeitgeber oder Einkommensquelle	Gesamtbruttoeinkommen pro Monat (vor Steuern):	Beantragen Sie auch finanzielle Unterstützung?
					Ja/Nein
					Ja/Nein
					Ja/Nein
					Ja/Nein

Das Erwerbseinkommen und das passive Einkommen aller erwachsenen Familienmitglieder muss angegeben werden.

Bitte geben Sie das passive Einkommen aller Personen im Haushalt an, die unter 18 Jahre alt sind. Zu den

Einkommensquellen gehören bspw.:

- Lohn - Arbeitslosengeld - Selbstständigkeit - Arbeitsunfallentschädigung - Erwerbsunfähigkeitsrente
- SSI - Unterhalt für Kinder/Ehepartner - Work-Study-Programme (Studierende) - Rente
- Auszahlungen aus Altersvorsorgekonten - Sonstiges (*bitte erläutern*) _____

ANGABEN ZUM EINKOMMEN

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

Sie müssen Angaben zum Einkommen Ihrer Familie machen. Der Einkommensnachweis ist erforderlich, um die Höhe der finanziellen Unterstützung festzustellen.

Alle Familienmitglieder müssen ihr Einkommen angeben. Bitte legen Sie für jede angegebene Einkommensquelle einen Nachweis vor. Eine vollständige Liste der Einkommensvoraussetzungen finden Sie auf dem Deckblatt. Beispiele für Einkommensnachweise sind:

- Aktuelle Gehaltsabrechnungen (3 Monate); und
- die Einkommensteuererklärung des letzten Jahres, gegebenenfalls einschließlich der Anlagen; und
- schriftliche, unterschriebene Erklärungen von Arbeitgebern oder anderen Personen; und
- Genehmigung/Ablehnung der Anspruchsberechtigung für Medicaid und/oder staatlich finanzierte medizinische Hilfe; und
- Bescheid über die Bewilligung oder Ablehnung des Anspruchs auf Arbeitslosengeld
- Bescheinigungen von Finanzinstituten

Falls Sie kein Einkommen haben, fügen Sie bitte eine zusätzliche Seite mit einer Erklärung bei.

ANGABEN ZU DEN AUSGABEN

Optional. Kann in bestimmten Situationen genutzt werden, um ein umfassenderes Bild Ihrer finanziellen Situation zu erhalten.

Monatliche Haushaltsausgaben:

Miete/Hypothek	\$ _____	Medizinische Ausgaben	\$ _____
Versicherungsprämien	\$ _____	Versorgungsleistungen	\$ _____
Sonstige Schulden/Ausgaben	\$ _____ (Kindesunterhalt, Kredite, Medikamente, Sonstiges)		

ANGABEN ZUM VERMÖGEN

Diese Angaben werden zur Feststellung der Anspruchsberechtigung für bestimmte Medicaid-Programme herangezogen. Sie werden nicht für Entscheidungen über finanzielle Unterstützung herangezogen

Aktueller Kontostand des Girokontos
\$ _____
Aktueller Kontostand des Sparkontos
\$ _____

Verfügt Ihre Familie über folgende weitere Vermögenswerte?

Bitte alles Zutreffende ankreuzen

- ☐ Aktien ☐ Anleihen ☐ Gesundheitssparkonten ☐ Treuhandfonds
☐ Immobilien (ohne Hauptwohnsitz) ☐ Eigenes Unternehmen

WEITERE INFORMATIONEN

Bitte fügen Sie ein zusätzliches Blatt bei, falls es weitere Informationen zu Ihrer aktuellen finanziellen Situation gibt, die wir kennen sollten, wie z. B. finanzielle Notlagen, überhöhte medizinische Ausgaben, saisonale oder vorübergehende Einkünfte oder persönliche Verluste.

PATIENTENERKLÄRUNG

Mir ist bewusst, dass OHSU Health zur Feststellung der Berechtigung für finanzielle Unterstützung oder Zahlungspläne Informationen überprüfen kann, indem es Bonitätsauskünfte und Informationen aus anderen Quellen einholt.

Ich versichere, dass die oben genannten Angaben nach bestem Wissen wahr und richtig sind. Mir ist bewusst, dass die finanzielle Unterstützung verweigert werden kann, wenn sich die von mir gemachten finanziellen Angaben als falsch erweisen, und dass ich in diesem Fall für die erbrachten Leistungen aufkommen muss.

Unterschrift des Antragstellers

Datum