

# 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	Soziale Sicherung #	Jahreseinkommen
						€
						€
						€
						€
<b>GESAMT</b>						€

## Einkommensquellen (wenn null, dann in Feld null angeben)

Einnahmen	€
Sozialversicherung	€
Sonstige Einnahmen/Unterhaltszahlungen/Investitionen/Pensionierung	€
<b>Gesamte Einnahmen</b>	€
Miethöhe	€
Hypothekenbetrag	€
401K/IRA-Guthaben	€
Sparkontostand	€
Überprüfung des Medicaid-Anbieters	
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
Sind Sie mit einem Visum hier?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Visum-ID-Nr./Land/Datum der Rückkehr: _____	

# 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 unwahr herausstellen sollten.

**Ich stimme ferner zu, alle Unterstützungsleistungen (z. B. Medicare, Medicaid, staatliche Beihilfen (für Krebs), berufliche Rehabilitation, Versicherungen usw.) zu beantragen, die zur Zahlung meiner Piedmont Healthcare-Gebühren herangezogen werden können. Ich werde in vollem Umfang mit dem Medicaid-Anbieter von Piedmont Healthcare, dem Medicaid-Berechtigungsverarbeiter von Piedmont Healthcare, bei der Ergreifung aller Maßnahmen kooperieren, die als notwendig erachtet werden, um eine solche Unterstützung zu erhalten, und werde Piedmont Healthcare den so eingezogenen Betrag für Gebühren von Piedmont Healthcare abtreten oder zahlen. Die Nichtkooperation mit dem Medicaid-Zulassungsprüfer von Piedmont Healthcare führt zur sofortigen Verweigerung der finanziellen Hilfe. Ein vollständiger Antrag auf finanzielle Unterstützung ist pro Sicherungsgeber gültig.**

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 verwendet 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**
  - Beschäftigt:** Erforderliche Dokumente
    - Die letzten drei Gehaltsabrechnungen (Patient und Ehepartner/Lebenspartner)
  - Arbeitslos:** Erforderliche Unterlagen –
    - Kopien der aktuellsten Kontoauszüge der letzten drei Monate für Arbeitslosenansprüche oder Arbeitslosenprämien, einschließlich Giro-, Spar-, Lastschrift- und virtueller Konten – Alle Konten
  - Selbstständig:** Erforderliche Unterlagen –
    - Kopien der aktuellsten Kontoauszüge der letzten drei Monate, einschließlich Giro-, Spar-, Lastschrift- und virtueller Konten – Alle persönlichen und geschäftlichen Konten
  - Im Ruhestand oder behindert:** Erforderliche Unterlagen –
    - Alle Dokumente zur Einkommensüberprüfung, d. h. Rente, Ruhestand, Behinderung, Hinterbliebenenrente und zusätzliches Sicherheitseinkommen. Dies ist keine vollständige Liste.
    - Kopien der aktuellsten Kontoauszüge der letzten drei Monate, einschließlich Giro-, Spar-, Lastschrift- und virtueller Konten – 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 – ein Brief von einer Unterkunft mit dem Briefkopf des Unternehmens ist erforderlich
  - Ein Unterstützungsschreiben eines Familienmitglieds oder eines Freundes ist keine akzeptable Dokumentation
  - Andere Geschäftsdokumente, die zeigen, wie der Patient unterstützt wird
- **Nachweis der Anzahl der Unterhaltsberechtigten**
  - Vollständige Steuererklärung des Vorjahres – nur erforderlich, wenn Unterhaltsberechtigte geltend gemacht werden
    - Die Vorlage für die Steuererklärung finden Sie auf IRS.GOV
  - Alle Entscheidungsschreiben, aus denen hervorgeht, dass der Patient die rechtliche Verantwortung für das Kind trägt, wie z. B. Belege für gerichtlich angeordnete Vormundschaft oder Sorgerech