

VERTRAULICHER ANTRAG AUF EIN KRANKENHAUSVERSICHERUNGSPROGRAMM (HCP) ODER FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG
 Für Krankenhaus- und professionelle Dienstleistungen, die von Einrichtungen und Ärzten von Trinity Health erbracht werden

Bitte füllen Sie das Antragsformular aus, unterzeichnen Sie es und senden Sie es innerhalb von 10 Tagen zurück, zusammen mit den Kopien folgender Dokumente

Erforderliche Nachweise

- Einkommensnachweis des letzten Monats Preuve de revenu brut des trois derniers mois (si vous présentez une demande de HCP)
- Kontoauszüge der letzten zwei Monate von allen Bankkonten, einschließlich aller Seiten (Erklärung für wiederkehrende Einzahlungen)
- Die letzten Steuererklärungen (Formular 1040 mit Anhang C, E oder F) oder Gewinn- und Verlustrechnungen der letzten drei Monate (für Selbstständige/Unterhaltsberechtigte)

Fügen Sie folgende Dokumente bei, falls zutreffend

- Letztes W2 für saisonales Einkommen
- Arbeitslosengeld/Ablehnungsschreiben
- Kindergeld/Unterhalt
- Kein Einkommen - Füllen Sie den Teil "Schreiben zur finanziellen Unterstützung" des Antrags aus

Patienteninformationen

| | | | | | |
|--|--------------|---|--|---|--|
| Name des Patienten | | Geburtsdatum | | | |
| Sozialversicherungs-/EIN-Nummer (optional) | | Mobiltelefon | Sonstige Telefonnummer | | |
| Postanschrift | | Stadt | Staat Postleitzahl | | |
| E-Mail-Adresse | | In welchem Staat sind Sie ansässig? | | | |
| Familienstand <input type="checkbox"/> Ledig] <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Sonstiger _____ | | | | | |
| Datum (en) des Krankenhausdienstes: Von _____ Bis _____ | | | | | |
| Reichen Sie eine Steuererklärung ein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn nicht, warum nicht? | | Können Sie in der Steuererklärung einer anderen Person als unterhaltsberechtigt angegeben werden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | |
| Waren Sie oder Ihre unterhaltsberechtigten Angehörigen zum Zeitpunkt der Dienstleistung krankenversichert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Bitte eine Kopie der Versicherungskarte beifügen) | | | | | |
| Sind Sie ein dokumentierter Einwohner der Vereinigten Staaten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich möchte nicht antworten | | | | | |
| Haushaltsmitglieder, einschließlich Ihnen selbst, basierend auf Ihren letzten Steuererklärungen | Geburtsdatum | Beziehung zum Patienten | Einkommen für 3 Monate vor dem Krankenhausdienst | Einkommen für 12 Monate vor Krankenhausdienst | In der Steuererklärung geltend gemacht (J/N) |
| | | | | | |
| | | | | | |

VERTRAULICHER ANTRAG AUF EIN KRANKENHAUSVERSICHERUNGSPROGRAMM (HCP) ODER FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG
Für Krankenhaus- und professionelle Dienstleistungen, die von Einrichtungen und Ärzten von Trinity Health erbracht werden

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Einkommensnachweis für alle Haushaltsmitglieder

| Monatliche Einkommensquelle | Wer erhält dies? | Bruttomonatsein kommen (vor Steuern) | Monatliche Einkommensquelle | Wer erhält dies? | Bruttomonatsein-kommen (vor Steuern) |
|---------------------------------|------------------|--------------------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------------------------|
| Löhne | | | Arbeitsunfallversicherung | | |
| Sozialversicherung/B ehinderung | | | Arbeitslosenunterstützung | | |
| Rente | | | Kindergeld/Unterhalt | | |
| Selbstständigkeit | | | Mieteinnahmen | | |
| Sozialhilfe | | | Sonstige | | |

Brief über finanzielle Unterstützung - Sollte nur von der Person ausgefüllt werden, die Unterstützung leistet

- Ich unterstütze den Lebensunterhalt des Patienten zu mehr als 50%, aber ich kann nicht für medizinische Rechnungen aufkommen.
- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die obigen Angaben korrekt sind und dass ich in keiner Weise für die Rechnungen des Patienten haftbar gemacht werden kann. Wenn Sie Fragen haben, kontaktieren Sie mich bitte unter _____ (Telefonnummer)

| Name der unterstützenden Person | Beziehung zum Patienten |
|---|-------------------------|
| Unterschrift der unterstützenden Person | Datum |

EINKOMMENS- UND IDENTIFIZIERUNGSNACHWEIS

Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass die angegebenen Informationen überprüft werden müssen. Ich bin für die Rückzahlung von Leistungen verantwortlich, die bei Trinity Health Tochtergesellschaften erbracht wurden, wenn die oben genannten Informationen unter Vorspiegelung falscher Tatsachen erteilt wurden.

Unterschrift des Patienten : _____ Datum: _____

Oder Unterschrift des gesetzlichen Vormunds (falls zutreffend): _____ Datum: _____

Beziehung zum Patienten: _____ Datum : _____

Bitte schicken Sie Ihren Antrag an die obige Adresse oder per Fax an 312-871-3350 und/oder laden Sie Dokumente über MyChart (Patientenportal) hoch - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> Wenn Sie Fragen haben, kontaktieren Sie bitte unser Kundendienstcenter unter 800-494-5797 Montag bis Freitag 9:00 - 17:00 Uhr Nordamerikanische Ostküstenzeit.