

ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

Name des Patienten _____ CPI # _____ Datum _____

Name d. Antragstellers _____ Beziehung z. Patienten _____

Adresse: _____ Stadt: _____ Staat: _____ PLZ _____

Telefon _____

Sind Unfall/ Verletzung der Grund für Ihren Besuch? _____ Falls ja, welcher Art? _____

Tragen Sie Haushaltsmitglieder, Geburtsdatum, Rechtsbeziehung und alle Einkommensquellen ein; geben Sie an, ob sich das Einkommen auf eine Woche, einen Monat oder ein Jahr bezieht:

NAME	GEBURTS-DATUM	RECHTL. BEZIEHUNG	BRUTTOEINKOMMEN (W/M/J)

Gesamtes monatliches Einkommen abzgl. Gesamtausgaben: \$ _____

 Sind Sie Eigentümer Ihrer Wohnung? J N Falls ja, geschätzter Wert? \$ _____

 Besitzen Sie Grundstücke u/o Immobilien? J N Falls ja, geschätzter Wert? \$ _____

 Erhalten Sie SNAP/Essensmarken? J N

 Besitzen Sie weitere, unten aufgeführten Vermögenswerte? J N Falls ja, bitte unten angeben.

Personenkraftwagen			Girokonten/Ersparnisse/Finanzanlagen	
Marke	Baujahr	Wert \$	Bank	Wert \$
Marke	Baujahr	Wert \$	Bank	Wert \$
Marke	Baujahr	Wert \$	Sonstige	Wert \$

Die unten aufgeführten Dokumente sind ggf. erforderlich (Anleitung siehe Rückseite). Bitte fügen Sie diese Ihrem Antrag bei.

- ✓ Kopie der letzten Lohnabrechnung(en) mit der/den jährlichen Gesamtsumme(n) für alle oben aufgeführten Familienmitglieder.
- ✓ Kopie der letzten Steuererklärung des Bundes, einschließlich aller Steuersätze.
- ✓ Nachweis über jegliche als sonstiges Einkommen ausgewiesenen Einnahmen.

Ich bestätige, dass alle oben genannten Informationen wahr und vollständig sind und nach meinem besten Wissen und Gewissen bereitgestellt werden. Ich autorisiere die Freigabe von Informationen, die erforderlich sind, um festzustellen, ob ich für eine finanzielle Unterstützung oder ein anderes vom Bund oder vom Bundesstaat finanziertes Programm qualifiziert bin, einschließlich der Überprüfung meiner Einnahmen und Vermögenswerte. Hiermit erteile ich die Erlaubnis und ermächtige einen Vertreter des Georgia Department of Community Health, alle Informationen über meinen Medicaid-Antrag offenzulegen.

Ich verstehe, dass die von mir übermittelten Informationen überprüft werden müssen, einschließlich Kreditauskunfteien und anderen, soweit erforderlich oder notwendig.

 Unterschrift des Antragstellers

 Datum

ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

Das Gesundheitssystem der Augusta University bietet ein finanzielles Hilfsprogramm für Patienten und Familien in finanzieller Not, die ihre Krankenhausrechnung nicht bezahlen können. Für Personen, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, können Ermäßigungen bei medizinisch notwendigen Leistungen helfen. Füllen Sie einfach den „Antrag auf Finanzielle Unterstützung“ aus, fügen Sie Kopien von Dokumenten zur Bestätigung Ihres Einkommens bei und senden Sie den vollständigen Antrag an eine der folgenden Stellen zurück:

Per Post:

Augusta University Health
z. Hd.: Patient Accounting Department
1120 15th Street HS 1331
Augusta, GA 30912, USA

Per Fax:

(706)721-9097

Bei Fragen:

Kundendienst anrufen
(706)721-2961

Bitte fügen Sie Ihrem „Antrag auf Finanzielle Unterstützung“ die folgenden Dokumente bei:

- Stellen Sie eine Kopie ihrer zuletzt ausgefüllten, unterschriebenen Bundessteuererklärung 1040A, 1040EZ oder 1040 mit Steuersätzen zur Verfügung
- Kopien der Lohnabrechnungen der letzten drei (3) Monate mit den bisherigen Gesamteinkommen aller berufstätigen Familienangehörigen.

Wenn der Patient (oder die verantwortliche Partei) im letzten Jahr keine Steuererklärung abgegeben hat oder sich die Einkommenssituation geändert hat, sollte der Patient Fotokopien von mindestens einem der folgenden Dokumente vorlegen, um das gesamte Bruttoeinkommen der Familie (vor Abzügen) zu überprüfen:

- Kopie oder Erklärung, aus der Unterhalt, Kindergeld, Mieteinnahmen, Zinsen, Dividenden, regelmäßige Unterhaltszahlungen, Erträge aus Nachlässen oder Treuhandfonds hervorgehen.
- Ein datiertes und unterzeichnetes Schreiben des Arbeitgebers auf Firmenbriefpapier mit der Angabe der Höhe des Bruttoeinkommens pro Tageszeitraum und der Gesamtzahl der geleisteten Arbeitsstunden pro Lohnperiode.
- Kopien von Schecks oder Bescheinigungen über Renten, Sozialversicherung, Kriegsveteranenleistungen, öffentliche Unterstützung. *Etwaiges Einkommen von Familienmitgliedern aus TANF (vorübergehend hilfsbedürftige Familien) oder aus der Sozialversicherung (SSI) ist ausgeschlossen und wird nicht zur Berechnung des gesamten Familienbruttoeinkommens herangezogen.
- Kopie des Kontoauszugs mit einer „elektronischen Einzahlung“ der Bundessozialversicherung, Veteranenleistungen
- Erklärung zu Arbeitnehmerentgelt oder Arbeitslosengeld
- Zusammenfassende Kopie über Lebensmittelmarken
- Schreiben des Department of Family and Children Services (Abteilung für Familien- und Kinderdienste) oder des Sozialversicherungsamtes zur Bestätigung des Einkommens

Bitte senden Sie Ihre Unterlagen für den Nachweis des Einkommens umgehend zurück, um Ihren „Antrag auf Finanzielle Unterstützung“ abzuschließen. Wenn Sie das Antragsverfahren zur Finanziellen Unterstützung nicht abschließen, werden Ihnen die ausstehenden Krankenhausbeträge in Rechnung gestellt. Falls Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unseren Kundendienst unter (706) 721-2961.



Senden Sie die Unterlagen bitte an: Patient Accounting Department, 1120 15 St., HS 1331, Augusta GA 30912, USA.