

## **Anleitung zum Ausfüllen des Antragsformulars für wohltätige Betreuung/finanzielle Unterstützung**

Dies ist ein Antrag auf finanzielle Unterstützung (auch bekannt als Wohltätigkeitspflege) bei Swedish.

**Nach Bundes- und Landesrecht sind alle Krankenhäuser verpflichtet, Personen und Familien**, die bestimmte Einkommensvoraussetzungen erfüllen, finanzielle Unterstützung zu gewähren. Sie können sich für kostenlose oder ermäßigte Pflege qualifizieren (Sie werden für beide durch diese gemeinsame Anwendung berücksichtigt) basierend auf Ihrer Familiengröße und Ihrem Einkommen, auch wenn Sie eine Krankenversicherung haben. Bitte besuchen Sie die Website des Krankenhauses unter <https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financial-assistance>.

**Was deckt die finanzielle Unterstützung ab?** Die medizinische finanzielle Unterstützung deckt die notwendige medizinische Pflege ab, die von einem unserer Krankenhäuser oder Kliniken innerhalb unserer Familie von Organisationen bereitgestellt wird, abhängig von Ihrer Berechtigung. Die finanzielle Unterstützung deckt u. U. nicht alle Gesundheitskosten ab, auch nicht die von anderen Organisationen erbrachten Leistungen.

Wenn Sie Fragen haben oder Hilfe beim Ausfüllen dieses Antrags benötigen: Unsere Richtlinien zur finanziellen Unterstützung, Informationen zu den Programmen und die Unterlagen zur Antragstellung sind auf unserer Website oder telefonisch erhältlich. Sie können aus jedem Grund Hilfe in Anspruch nehmen, auch bei Behinderungen oder Sprachproblemen. Übersetzte schriftliche Dokumente sind auf Anfrage erhältlich.

So erreichen Sie uns: <https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financialassistance>.

Kundenbetreuer sind erreichbar unter: 206-320-5300 oder (1) 877-406-0438

Montag-Freitag 8:30 Uhr bis 16:00 Uhr

Damit Ihr Antrag bearbeitet werden kann, müssen Sie:

### ☐ **Uns Informationen über Ihre Familie zur Verfügung stellen**

Die Anzahl der Familienmitglieder in Ihrem Haushalt angeben (zur Familie gehören Personen, die durch Blutsbande, Heirat oder Adoption miteinander verbunden sind und zusammenleben). Wenn Sie in Kalifornien leben, wird der Haushalt oder die Familie auf diese Weise bestimmt. *Wenn der Patient 18 und älter ist*, umfasst die Familie den Ehepartner, den Lebenspartner und alle unterhaltsberechtigten Kinder unter 21 Jahren oder jedes Alter, wenn sie behindert sind, unabhängig davon, ob sie zu Hause leben oder nicht. *Wenn der Patient unter 18 Jahre alt ist* oder für ein unterhaltsberechtigtes Kind 18 bis 20 Jahre alt ist, umfasst die Familie Eltern, Angehörige und Betreuer von Eltern oder Angehörigen, andere Angehörige unter 21 Jahren oder jedes Alter, wenn es behindert ist..

☐ **Geben Sie uns Informationen über das monatliche Bruttoeinkommen Ihrer Familie (Einkommen vor Steuern und Abzügen), um Gehaltsabrechnungen oder Steuererklärungen oder andere Einkommensinformationen (z. B. W-2-Formulare, Sozialversicherungsbescheide) und Aussagen für Einkünfte aus Vermögenswerten.**<sup>1</sup> (Weitere Beispiele finden Sie im Abschnitt Einkommen aus dem Finanzhilfeantrag)

☐ **Bei Bedarf zusätzliche Informationen beifügen**

☐ **Das Formular für die finanzielle Unterstützung unterschreiben und datieren**

**Anmerkung: Um finanzielle Unterstützung zu beantragen, müssen Sie keine**

**Sozialversicherungsnummer angeben.** Wenn Sie uns Ihre Sozialversicherungsnummer mitteilen, kann diese dazu verwendet werden, Ihre Identität festzustellen oder die von Ihnen gemachten Angaben zu überprüfen. Wenn Sie keine Sozialversicherungsnummer haben, markieren Sie bitte "nicht zutreffend" (not applicable) oder "n.z." (NA). **Schicken Sie den ausgefüllten Antrag mit allen Anlagen an:** Swedish Medical Center c/o Providence Regional Business Office, P.O. Box 31001-3422, Pasadena, CA 91110-3422 UNITED STATES OF AMERICA. Achten Sie darauf, eine Kopie für sich selbst zu behalten.<sup>507846221.4</sup>

**Um Ihren ausgefüllten Antrag persönlich abzugeben:** Wenden Sie sich an die nächstgelegene Finanzberatungsstelle des Krankenhauses. Wir werden Sie innerhalb von 14 bis 30 Tagen ab Eingang eines vollständigen Antrags auf finanzielle Unterstützung, einschließlich der Einkommensnachweise, über die endgültige Feststellung der Anspruchsberechtigung und ggf. über die Einspruchsmöglichkeiten informieren.

Mit der Einreichung eines Antrags auf finanzielle Unterstützung erteilen Sie uns Ihr Einverständnis, dass wir die entsprechenden Nachforschungen anstellen dürfen, um finanzielle Verpflichtungen und Angaben zu überprüfen.

*<sup>1</sup> Sofern dies nicht durch bundestaatliche Gesetze untersagt ist, wird Swedish die von den Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) für die Medicare-Kostenberichterstattung geforderten Informationen über Vermögenswerte sammeln und berücksichtigen.*

*Dies gilt insbesondere für Medicare-Begünstigte, die nicht auch bei Medicaid versichert sind. Für alle anderen sind die Angaben zum Vermögen fakultativ.*

506318055.3

**Wir wollen helfen. Bitte reichen Sie Ihren Antrag umgehend ein. Sie erhalten ggf. weiterhin Rechnungen, bis Ihr ausgefüllter Antrag und die erforderlichen Unterlagen bei uns eingegangen sind, es sei denn, dies ist nach den Gesetzen Ihres Bundesstaates für wohltätige Betreuung verboten.**

## Antragsformular für wohltätige Betreuung/finanzielle Unterstützung – vertraulich

Füllen Sie bitte alle Angaben vollständig aus. Wenn etwas nicht zutrifft, tragen Sie "n.z." ein. Fügen Sie bei Bedarf zusätzliche Blätter hinzu.

### SCREENING-INFORMATIONEN

Benötigen Sie einen Dolmetscher? <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> Wenn ja, listen Sie die bevorzugte Sprache auf:
Hat der Patient f oder Medicaid beantragt? <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> Ist der Patient blind? <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b>
Ist der Patient behindert? <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b>
Erhält der/die Patient/in öffentliche Leistungen vom Bundesstaat wie TANF, Grundnahrungsmittel oder WIC? <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b>
Ist der Patient derzeit obdachlos? <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b>
Steht der Bedarf des/der Patienten/in an medizinischer Versorgung im Zusammenhang mit einem Verkehrsunfall oder Arbeitsunfall? <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b>

### BITTE BEACHTEN SIE

- Auch wenn Sie einen Antrag stellen, können wir nicht garantieren, dass Sie für eine finanzielle Unterstützung in Frage kommen.
- Nachdem Sie Ihren Antrag eingereicht haben, überprüfen wir alle Angaben und fordern gegebenenfalls zusätzliche Informationen oder einen Einkommensnachweis an.
- Innerhalb von 14-30 Tagen nach Eingang Ihres ausgefüllten Antrags und Ihrer Unterlagen werden wir Sie darüber informieren, ob die Voraussetzungen für eine finanzielle Unterstützung erfüllt sind.

### ANGABEN ZUM PATIENTEN UND ANTRAGSTELLER

Vorname des/der Patienten/in		Zweiter Vorname des/der Patienten/in		Familiennamen des/der Patienten/in	
<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Sonstiges (kann angeben _____)		Geburtsdatum		Sozialversicherungsnummer des/der Patienten/in (optional)	
Verantwortliche für die Begleichung der Rechnung		Beziehung zum/zur Patienten/in	Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer (optional)	
Postanschrift				Telefonnummer(n) des Hauptansprechpartners	
_____ _____ _____				( ) _____ ( ) _____	
Stadt	Staat Land	Postleitzahl		E-Mail-Adresse:	
Beschäftigungsstatus der Verantwortlichen für die Begleichung der Rechnung					
<input type="checkbox"/> <b>Beschäftigt</b> (Einstellungsdatum): _____ <input type="checkbox"/> <b>Arbeitslos</b> (Wie lange arbeitslos:) _____					
<input type="checkbox"/> <b>Selbstständig</b> <input type="checkbox"/> <b>Student</b> <input type="checkbox"/> <b>Behindert</b> <input type="checkbox"/> <b>Im Ruhestand</b> <input type="checkbox"/> <b>Anderer</b> _____					

## Antragsformular für Wohltätigkeitspflege/Finanzielle Unterstützung - vertraulich

### ANGABEN ZUR FAMILIE

Bitte alle Familienmitglieder in Ihrem Haushalt aufführen, Sie selbst eingeschlossen. Zur "Familie" gehören Personen, die durch Blutsbande, Heirat oder Adoption miteinander verbunden sind und zusammenleben.

**FAMILIENGRÖSSE** — Bei Bedarf eine zusätzliche Seite anhängen

Name	Geburtsdatum	Beziehung zum/zur Patienten/in	Ab 18 Jahre alt oder älter: Name des/der Arbeitgeber/s oder Einkommensquelle	Ab 18 Jahre alt oder älter: Monatliches Bruttoeinkommen insgesamt (vor Steuern):	Beantragt auch eine finanzielle Unterstützung?
					Ja /Nein
					Ja /Nein
					Ja /Nein
					Ja /Nein
					Ja /Nein
					Ja /Nein
					Ja /Nein

**Das Einkommen aller erwachsenen Familienmitglieder muss offengelegt werden. Zu den Einkommensquellen gehören beispielsweise:** Löhne- Arbeitslosenunterstützung- Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit- Unfallversicherung- Erwerbsunfähigkeitsrente- Sozialhilfeleistungen (SSI)- Kinderbeihilfe/Ehegattenunterhalt- Work-Study-Programme (Studenten)- Einkommen aus Vermögenswerten, z. B. Aktien, Anleihen, IRAs, Investmentfonds, Mieteinnahmen usw.

## Antragsformular für wohltätige Betreuung/finanzielle Unterstützung – vertraulich

### ANGABEN ZU EINKOMMEN

***BITTE BEACHTEN SIE:*** Sie müssen Ihrem Antrag einen Einkommensnachweis beifügen.

**Sie müssen Angaben zum Einkommen Ihrer Familie machen. Zur Entscheidung über finanzielle Unterstützung ist eine Einkommensprüfung erforderlich. Alle Familienmitglieder, die mindestens 18 Jahre alt sind, müssen ihr Einkommen offenlegen. Wenn Sie nicht Unterlagen vorlegen, können Sie eine schriftliche unterschriebene Erklärung einreichen, die Ihr Einkommen beschreibt Bitte Beweise für jede identifizierte Einnahmequelle. Als Nachweis des Einkommens gelten beispielsweise:**

- eine "W-2"-Quellensteuerbescheinigung; oder
- Aktuelle Gehaltsabrechnungen (3 Monate); oder
- Einkommensteuererklärung des Vorjahres, ggf. einschließlich Schedules; oder
- Schriftliche, unterzeichnete Erklärungen von Arbeitgebern oder Dritten; oder
- Einkommensnachweise aus Vermögenswerten (Aktien, Anleihen, IRAs, Investmentfonds usw.); oder
- Genehmigung/Ablehnung des Anspruchs auf Arbeitslosenunterstützung.

Wenn Sie kein Einkommen nachweisen können oder kein Einkommen haben, fügen Sie bitte ein zusätzliches Blatt mit einer Erklärung bei.

### ANGABEN ZU AUSGABEN

*Anhand dieser Informationen können wir uns ein vollständigeres Bild von Ihrer finanziellen Situation machen.*

Monatliche Ausgaben für den Lebensunterhalt:

Rent/mortgage \$ \_\_\_\_\_ Medical expenses \$ \_\_\_\_\_  
 Krankenversicherungsprämien \$ \_\_\_\_\_ Versorgungsunternehmen \$ \_\_\_\_\_  
 Andere Schulden/Ausgaben \$ \_\_\_\_\_ (Kindergeld, Darlehen, Medikamente, andere)

### VERMÖGENSINFORMATIONEN UND DOKUMENTATION

Aktueller Girokontostand (siehe unten, um zu sehen, ob Sie einen Kontoauszug vorlegen müssen\*)

\$ \_\_\_\_\_

Allgemeiner Sparkontostand

\$ \_\_\_\_\_

Verfügt Ihre Familie über diese anderen Vermögenswerte?

**Zutreffendes bitte ankreuzen**

☐ Keine Aktiva

☐ Aktien   ☐ Anleihen   ☐ 401K   ☐ Gesundheitssparkonto(e)

**Bei Medicare-Empfängern ohne Medicaid-Versicherung kann Schweden Bankauszüge oder ähnliche Unterlagen verlangen.**

*Diese Informationen werden nur von Medicare-Begünstigten benötigt, die nicht gleichzeitig über eine Medicaid-Versicherung verfügen. Für alle anderen sind diese Angaben optional. Diese Informationen dürfen nur im Einklang mit unseren Richtlinien und den Vorschriften des Bundesstaates, in dem Sie behandelt wurden, verwendet werden und werden gemäß den Anforderungen der Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) für die Medicare-Kostenberichterstattung erfasst und berücksichtigt.*

**Antragsformular für wohltätige Betreuung/finanzielle Unterstützung – vertraulich****ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN**

**Bitte fügen Sie ein zusätzliches Blatt an, wenn es weitere Informationen zu Ihrer gegenwärtigen finanziellen Lage gibt, die Sie uns gern mitteilen möchten, wie beispielsweise eine finanzielle Notlage, übermäßige medizinische Ausgaben, Einnahmen aus Saison- oder Zeitarbeit oder ein persönlicher Verlust.**

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DES PATIENTEN**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Swedish zur Feststellung meines Anspruchs auf finanzielle Unterstützung oder die Inanspruchnahme von Zahlungsplänen die von mir gemachten Angaben ggf. durch Einholung einer Kreditauskunft und von Informationen aus anderen Quellen überprüft.

Hiermit bestätige ich, dass die oben gemachten Angaben nach bestem Wissen der Wahrheit entsprechen und korrekt sind. Ich bin mir darüber im Klaren, dass mein Antrag auf finanzielle Unterstützung abgelehnt werden kann, wenn sich herausstellt, dass die von mir gemachten Angaben nicht der Wahrheit entsprechen, und dass ich dann für die erbrachten Dienstleistungen verantwortlich bin und die entsprechenden Rechnungen zu begleichen habe.

---

Unterschrift des/der Antragstellers/in

---

Datum