

DEEL 1: PATIËNTENINFORMATIE (VEREIST)

Volledige informatie over de patiënt hieronder vermeld.

Datum van de ziekenhuisopname _____

Naam patiënt _____ Geboortedatum _____

Adres _____

City _____ Staat _____ Postcode _____ Telefoonnummer (_____) _____

Heeft u in de afgelopen 90 dagen een Medicaid-uitkering aangevraagd? Ja Nee

Was u een inwoner van Ohio ten tijde van uw ziekenhuisopname? Ja Nee

Medicaid-ontvanger op het moment van uw opname? Ja Nee

Was u op het moment van de opname een actieve ontvanger van invaliditeitsbijstand? Ja Nee

Burgerlijke staat: Gehuwd Gescheiden Weduwe(weduwnaar) Allenstaand Huisgenoot

DEEL 2: GEZINSGROOTTE (VEREIST)

Maak een lijst van de gezinsgrootte en vermeld de naam, geboortedatum, leeftijd en relatie van alle gezinsleden.

Grootte van het huishouden _____ (inclusief uzelf, uw partner/huisgenoot, alle afhankelijke en andere leden van het huishouden)

Naam partner/huisgenoot _____ Geboortedatum _____

Geef de volgende informatie over alle leden van het huishouden en hun relatie, omdat HCAP en Kettering Health Charity de gezinsgrootte op verschillende manieren berekenen. (Alleen getrouwde, natuurlijk geboren of geadopteerde familieleden komen in aanmerking voor een HCAP-huishouden.)

Naam _____ Geboortedatum _____ Leeftijd _____ Relatie _____

Naam _____ Geboortedatum _____ Leeftijd _____ Relatie _____

Naam _____ Geboortedatum _____ Leeftijd _____ Relatie _____

Naam _____ Geboortedatum _____ Leeftijd _____ Relatie _____

Naam _____ Geboortedatum _____ Leeftijd _____ Relatie _____

DEEL 3: GEZINSINKOMEN (VEREIST)

Geef het maandelijkse bruto-inkomen voor uzelf, uw partner/huisgenoot en alle andere gezinsleden voor 3 maanden en/of 12 maanden voorafgaand aan de datum van de ziekenhuisopname. Geaccepteerde inkomensbewijzen: chequestrookjes, belastingaangifte/1099/W2's, sociale zekerheids-/pensioen-/VA-verklaringen, gerechtelijke documenten en andere documenten die het inkomen bewijzen zoals hieronder vermeld.

Huishoudelijk inkomen	Patiënt	Partner/Huisgenoot	Afhankelijke van 18-20 jaar	Ouder of verzorger
Arbeidsinkomen				
Bruto inkomen sociale zekerheid				
AOW/pensioen				
VA-uitkering				
Inkomen uit tijdelijke arbeidsongeschiktheid (TDI)				
Werkloosheidsuitkering				
Alimentatie				
Kinderbijlage				
Overige (beschrijf)				
Totaal maandelijks inkomen	\$	\$	\$	\$

1. Waren er in de afgelopen 12 maanden wijzigingen in uw maandinkomen? Ja Nee
2. Totaal bruto gezinsinkomen tijdens de vorige 3 maanden in dollars _____
3. Totaal bruto gezinsinkomen tijdens de vorige 12 maanden in dollars _____
4. Indien een inkomen van 0 dollar wordt vermeld, geef dan een beknopte verklaring over hoe u aan uw maandelijkse verplichtingen voldoet.

Ik machtig Kettering Health om persoonlijke informatiedocumentatie in te dienen en/of uit te wisselen met farmaceutische productiebedrijven met als doel mij te helpen financiële steun te verkrijgen voor mijn medicatiekosten en verklaar door mijn handtekening hieronder dat alles wat ik in deze aanvraag heb vermeld naar mijn beste weten waar en nauwkeurig is.

Ik begrijp dat de informatie die ik verstuur door Kettering Health moet worden geverifieerd. Ik begrijp dat als de informatie die ik heb gegeven onwaar blijkt te zijn, Kettering Health mijn status om in aanmerking te komen voor financiële hulp, opnieuw zal beoordelen en passende maatregelen zal nemen. Ik begrijp dat Kettering Health om aanvullend bewijs van inkomen kan vragen, en dat het niet indienen van de gevraagde documentatie ertoe zal leiden dat mijn aanvraag wordt afgewezen.

Handtekening van de aanvrager/wettelijke voogd _____ Datum _____

Indien ondertekend door iemand anders dan de patiënt, de volledige naam vermelden en de reden waarom de patiënt niet in staat is te tekenen.

Stuur de aanvraag en alle toepasselijke documenten naar: **Kettering Health Financial Assistance P.O. Box 933310 Cleveland, OH 44193, E-mail: FinancialCounselors@ketteringhealth.org of fax (937) 522-9944.** Voor bijkomende vragen, bel: (937) 914-7680