

## TEIL 1: PATIENTENINFORMATIONEN (ERFORDERLICH)

Vollständige Patienteninformationen unten aufgeführt

Datum der Krankenhausdienstleistung \_\_\_\_\_

Patientenname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Stadt \_\_\_\_\_ Bundesstaat \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Telefonnummer (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Haben Sie innerhalb der letzten 90 Tage Medicaid-Leistungen beantragt?  Ja  Nein

Zeitpunkt Ihres Krankenhausaufenthalts in Ohio ansässig?  Ja  Nein

Ihrer Versorgung ein aktiver Medicaid-Empfänger?  Ja  Nein

Waren Sie zum Zeitpunkt Ihrer Versorgung ein aktiver Empfänger von Behindertenhilfe?  Ja  Nein

Familienstand:  Verheiratet  Geschieden  Witwe(r)  Single  Lebenspartner

## TEIL 2: FAMILIENGRÖSSE (ERFORDERLICH)

Geben Sie die Familiengröße an und geben Sie den Namen, das Geburtsdatum, das Alter und die Verwandtschaftsbeziehung aller Haushaltsmitglieder an.

Größe des Haushalts \_\_\_\_\_ (einschließlich Ihnen selbst, Ihrem Ehepartner/Lebenspartner, allen unterhaltsberechtigten Personen und anderen Haushaltsmitgliedern)

Name des Ehepartners/Lebenspartners \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geben Sie die folgenden Informationen für alle Haushaltsmitglieder und deren Beziehung an, da HCAP und Kettering Health Charity die Familiengröße auf unterschiedliche Weise berechnen. (Nur verheiratete, natürlich geborene oder adoptierte Verwandte kommen für einen HCAP-Haushalt infrage.)

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_ Beziehung \_\_\_\_\_

### TEIL 3: FAMILIENEINKOMMEN (ERFORDERLICH)

Stellen Sie ein monatliches Bruttoeinkommen für Sie selbst, Ihren Ehepartner/Lebenspartner und alle anderen Familienmitglieder für 3 Monate und/oder 12 Monate vor dem Datum des Krankenhausaufenthalts zur Verfügung. Akzeptierte Einkommensnachweise: Scheckbelege, Steuererklärung/1099/W2, Sozialversicherungs-/Renten-/VA-Abrechnungen, Gerichtsdokumente und andere Dokumente für Einkommensnachweise, wie unten aufgeführt.

Haushaltseinkommen	Patient	Ehepartner/Lebenspartner	Abhängige 18-20 Jahre	Elternteil oder Betreuer
Arbeitseinkommen				
Brutto Sozialversicherungsabkommen				
Rente/Ruhestand				
VA benefits				
Temporäres Erwerbsunfähigkeitseinkommen (TDI)				
Arbeitslosengeld				
Unterhalt				
Unterhalt für Kinder				
Sonstiges (beschreiben)				
<b>Gesamtes monatliches Einkommen</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

- Hat sich Ihr monatliches Einkommen in den letzten 12 Monaten verändert?  Ja  Nein
- Gesamtbruttofamilieneinkommen der letzten 3 Monate \$ \_\_\_\_\_
- Gesamtbruttofamilieneinkommen der letzten 12 Monate \$ \_\_\_\_\_
- Wenn Sie ein Einkommen von 0 \$ angeben, erläutern Sie kurz, wie Sie Ihren monatlichen Verpflichtungen nachkommen.  
\_\_\_\_\_

Ich ermächtige Kettering Health, persönliche Informationsdokumente an pharmazeutische Hersteller zu übermitteln und/oder auszutauschen, um mir dabei zu helfen, finanzielle Unterstützung für meine Medikamentenkosten zu erhalten, und bestätige durch meine Unterschrift unten, dass alle Angaben, die ich in diesem Antrag gemacht habe, wahr und korrekt nach bestem Wissen und Gewissen sind.

Mir ist bewusst, dass die von mir übermittelten Informationen einer Überprüfung durch Kettering Health unterliegen. Mir ist bewusst, dass Kettering Health meinen Anspruchsstatus für finanzielle Unterstützung neu bewerten und entsprechende Maßnahmen ergreifen wird, wenn sich die von mir gemachten Angaben als unwahr erweisen. Mir ist bewusst, dass Kettering Health möglicherweise zusätzliche Einkommensnachweise verlangt und dass die Nichteinreichung der angeforderten Unterlagen zur Ablehnung meines Antrags führt.

Unterschrift des Antragstellers/Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Wenn die Unterschrift von einer anderen Person als dem Patienten erfolgt, geben Sie bitte den vollständigen Namen und den Grund an, warum der Patient nicht unterschreiben kann..

Bewerbung und alle relevanten Unterlagen weiterleiten an: **Kettering Health Financial Assistance P.O. Box 933310 Cleveland, OH 44193, E-Mail: FinancialCounselors@ketteringhealth.org oder Fax (937) 522-9944.** Für weitere Fragen rufen Sie (937) 914-7680 an