

DEL 1: PATIENTOPLYSNINGER (PÅKRÆVET)

Fuldstændige patientoplysninger anført nedenfor.

Dato for hospitalstjeneste _____

Patientnavn _____ Fødselsdato _____

Adresse _____

By _____ Stat _____ Postnummer _____ Telefonnummer(_____) _____

Har du ansøgt om Medicaid-ydelser inden for de sidste 90 dage? Ja Nej

Var du bosiddende i Ohio på tidspunktet for din hospitalstjeneste? Ja Nej

Var du aktiv Medicaid-modtager på tidspunktet for din tjeneste? Ja Nej

Var du aktiv modtager af handicaphjælp på tidspunktet for din tjeneste? Ja Nej

Civilstand: Gift Fraskilt Enke(mand) Single Partner

DEL 2: FAMILIESTØRRELSE (PÅKRÆVET)

Angiv familiestørrelse og medtag alle husstandsmedlemmers navn, fødselsdato, alder og relation.

Husstandens størrelse _____ (inklusive dig selv, din ægtefælle/sambo, alle pårørende og andre medlemmer af husstanden)

Navn på ægtefælle/samlever _____ Fødselsdato _____

Angiv følgende oplysninger for alle husstandsmedlemmer samt deres relation, da Hospital Care Assurance Program (HCAP) og Kettering Health Charity beregner familiestørrelse på forskellige måder. (Kun gifte, fødte eller adopterede slægtninge vil opfylde kriterierne for en HCAP-husholdning).

Navn Fødselsdato Alder Relation

Navn Fødselsdato Alder Relation

Navn Fødselsdato Alder Relation

Navn Fødselsdato Alder Relation

Navn Fødselsdato Alder Relation

DEL 3: FAMILIENS INDKOMST (PÅKRÆVET)

Angiv månedlig bruttoindkomst for dig selv, din ægtefælle/samlever og alle andre familiemedlemmer i 3 måneder og/eller 12 måneder før datoen for hospitalstjeneste. Bevis for indkomst: checktaloner, selvangivelse/1099/W2'er, socialsikrings-/pensions-/Veterans Affairs-opgørelser, retsdokumenter og andre dokumenter som bevis for indkomst som rapporteret nedenfor.

Husstandsindkomst	Patient	Ægtefælle/partner	Person, over for hvem der består forsørgerpligt (18-20 år)	Forælder eller omsorgsperson
Beskæftigelsesindkomst				
Socialsikringsindkomst, brutto				
Pension				
Veterans Affairs-ydelser				
Midlertidig invaliditetsindkomst (Temporary Disability Income, TDI)				
Arbejdsløshedsydelse				
Underholdsbidrag				
Børnebidrag				
Andet (beskriv)				
Samlet månedlig indkomst	\$	\$	\$	\$

1. Har der været ændringer i din månedlige indkomst inden for de seneste 12 måneder? Ja Nej
2. Samlet bruttoindkomst for familie de seneste 3 måneder i USD _____
3. Samlet bruttoindkomst for familie de seneste 12 måneder i USD _____
4. Hvis du angiver en indkomst på 0 USD, skal du give en kort forklaring på, hvordan du opfylder dine månedlige forpligtelser.

Jeg giver Kettering Health tilladelse til at indsende og/eller udveksle dokumentation med personlige oplysninger til/med farmaceutiske produktionsvirksomheder med det formål at hjælpe mig med at få finansiel hjælp til mine medicinudgifter og bekræfter ved min underskrift nedenfor, at alt, hvad jeg har angivet i denne ansøgning, efter min bedste overbevisning er præcist og korrekt.

Jeg forstår, at de oplysninger, jeg indsender, vil blive bekræftet af Kettering Health. Jeg forstår, at hvis nogen af de oplysninger, jeg har angivet, viser sig at være usande, vil Kettering Health revurdere min berettigelsesstatus angående finansiel hjælp og træffe passende foranstaltninger. Jeg forstår, at Kettering Health kan anmode om yderligere bevis for indkomst, og at hvis jeg ikke indsender den ønskede dokumentation, vil det resultere i afslag på min ansøgning.

Ansøger/værges underskrift _____ Dato _____

Hvis dette underskrives af en anden end patienten, angiv da personens fulde navn og årsagen til, at patienten ikke kan underskrive.

Send ansøgning og alle relevante dokumenter til: **Kettering Health Financial Assistance PO Box 933310 Cleveland, OH 44193, E-mail: FinancialCounselors@ketteringhealth.org eller fax (937) 522-9944.** For yderligere spørgsmål ring: (937) 914-7680