

TEIL 1: PATIENTENINFORMATIONEN (ERFORDERLICH)

Vollständige Patienteninformationen unten aufgeführt.

Datum der Krankenhausdienstleistung _____

Name des Patienten _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

Stadt _____ Bundesland _____ Postleitzahl _____ Telefonnummer (_____) _____

Waren Sie zum Zeitpunkt Ihres Krankenhausaufenthalts in Ohio wohnhaft? ☐ Ja ☐ Nein

(Gilt für das Krankenhausversorgungssicherungsprogramm)

TEIL 2: FAMILIENGRÖSSE (ERFORDERLICH)

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

Haushaltsgröße _____ (einschließlich Ihnen selbst, Ihrem Ehepartner/Lebenspartner, allen Angehörigen und anderen Haushaltsmitgliedern)

Name des Ehepartners/Lebenspartners _____ Geburtsdatum _____

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				
Bruttosozialversicherungseinkommen				
Rente/Ruhestand				
VA-Vorteile				
Temporäres ErwerbsunfähigkeitseinErwerbsunfähigkeitseinkommen (TDI)				
Arbeitslosengeld				
Unterhalt				
Unterhalt für Kinder				
Sonstiges (beschreiben)				
Gesamtes monatliches Einkommen	\$	\$	\$	\$

- 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/gesetzlichen Vormunds _____ 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.

Bitte senden Sie den Antrag und alle relevanten Unterlagen an: **Kettering Health Financial Assistance P.O. Postfach 933310 Cleveland, OH 44193, E-Mail: FinancialCounselors@ketteringhealth.org oder Fax (937) 522-9944.** Bei weiteren Fragen rufen Sie bitte die Nummer (937) 914-7680 an.