

ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

Das Augusta University Health System bietet ein finanzielles Hilfsprogramm für Patienten und Familien, die sich in finanziellen Schwierigkeiten befinden und ihre Krankenhausrechnung nicht bezahlen können. Für diejenigen, die die Voraussetzungen erfüllen, können finanzielle Ermäßigungen für medizinisch notwendige Leistungen angeboten werden. Bitte füllen Sie den „Antrag auf finanzielle Unterstützung“ aus, fügen Sie Kopien von Dokumenten zur Bestätigung Ihres Einkommens bei und senden Sie ihn an eine der nachfolgenden Adressen:

Per Post:

Augusta University Health
z.Hd.: Financial Counseling Department
1120 15th Street BI 1010
Augusta, GA 30912

Per Fax:

(706) 721-4848

Bei Fragen:

Contact Financial Counseling
(706) 721-1301

Bitte fügen Sie Ihrem „Antrag auf finanzielle Unterstützung“ die folgenden Dokumente bei:

1. Nachweis des Wohnsitzes in Georgia oder South Carolina
 - a. Führerschein oder ein anderer vom Staat Georgia oder South Carolina ausgestellter Ausweis; oder
 - b. Rechnung eines Versorgungsunternehmens mit Angabe der Adresse (kein Postfach) und des Namens des Antragstellers
2. Einkommensnachweis
 - a. Eine Kopie ihrer zuletzt ausgefüllten, unterschriebenen Bundessteuererklärung 1040A, 1040EX oder 1040 mit Steuersätzen
 - b. Kopien der Lohnabrechnungen der letzten drei (3) Monate mit den seit Jahresbeginn ermittelten Gesamtbeträgen aller berufstätigen Familienangehörigen

Wenn der Patient (oder die verantwortliche Partei) im letzten Jahr keine Steuererklärung abgegeben hat oder sich die Einkommenssituation geändert hat, reichen Sie bitte Kopien von mindestens einem der folgenden Dokumente ein, um das gesamte Bruttoeinkommen der Familie (vor Abzügen) zu überprüfen:

- c. Kopie oder Erklärung, aus der Unterhalt, Kindergeld, Mieteinnahmen, Zinsen, Dividenden, laufende Unterhaltszahlungen, Erträge aus Nachlässen oder Treuhandfonds hervorgehen.
- d. Ein datiertes und unterzeichnetes Schreiben des Arbeitgebers mit Firmenbriefkopf, in dem die Höhe des Bruttoeinkommens pro Gehaltsperiode und die Gesamtanzahl der Arbeitsstunden pro Gehaltsperiode aufgeführt sind
- e. Kopie von Schecks oder Bescheinigungen über Renten, Sozialleistungen, Veteranenleistungen oder öffentliche Unterstützung. Das Einkommen von Familienmitgliedern aus TANF (vorübergehende Hilfe für bedürftige Familien) oder SSI (Sozialversicherung) ist ausgenommen und wird nicht in die Berechnung des gesamten Familienbruttoeinkommens mit einbezogen.
- f. Kopie des Kontoauszugs, der eine „elektronische Einzahlung“ der Sozialversicherung oder der Veteranenleistungen durch die Bundesregierung belegt
- g. Erklärung zu Arbeitnehmerentgelt oder Arbeitslosengeld
- h. Kopie einer Übersicht über Lebensmittelmarken
- i. Schreiben des Department of Family and Children Services (Abteilung für Familien- und Kinderdienste) oder des Sozialversicherungsamtes zur Bestätigung des Einkommens

Wenn der Patient (oder die verantwortliche Partei) über kein Einkommen oder andere Mittel zur Unterstützung verfügt, legen Sie bitte Folgendes vor:

- j. Notariell beglaubigte Unterstützungserklärung einer Person oder Einrichtung, die Ihre Hauptunterstützungsquelle für die notwendigen Lebenshaltungskosten darstellt
3. Nachweis der Ausgaben
 - a. Kopien von Miete/Hypothek, Krankenversicherung, Arztrechnungen/Apothekenbericht und Kinderbetreuung. Bitte fügen Sie Nachweise/Kopien der oben aufgeführten Ausgaben bei. Fügen Sie keine Posten hinzu, die von Ihrem Einkommen abgezogen werden.

Ihr Antrag wird nicht berücksichtigt, wenn er unvollständig ist oder die entsprechenden Unterlagen fehlen.



MRN: _____

ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

Name des Patienten/Garantiegebers: _____

Geburtsdatum: _____

Name des Ehegatten/Partners: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Dürfen Nachrichten hinterlassen werden? J / N

Stadt/Staat/PLZ: _____

Alternatives Telefon: _____

E-Mail: _____

Dürfen Nachrichten hinterlassen werden? J / N

Steht Ihr Besuch im Zusammenhang mit einem Unfall oder einer Verletzung? J / N Wenn ja (kreisen Sie eines ein), war es ein Kraftfahrzeug- oder Arbeitsunfall?

Führen Sie jedes Haushaltsmitglied mit Geburtsdatum, Verwandtschaftsgrad, etwaigen Einkünften auf und geben Sie die Häufigkeit an. Wenn Sie mehr Platz benötigen, verwenden Sie bitte ein separates Blatt Papier.

Name	Geburtsdatum	Verwandtschaftsgrad	Bruttoeinkommen (Woche/Monat/Jahr)
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

Bitte geben Sie alle anderen Einkommensquellen und den monatlichen Betrag an	
Unterhaltszahlungen/Kindergeld	\$
Sozialversicherung/Rente	\$
Öffentliche Unterstützung/Lebensmittelmarken	\$
Arbeitslosigkeit/Arbeitnehmerentschädigung	\$
Andere Quellen (bitte angeben):	\$

Bitte listen Sie die monatlichen Ausgaben und Beträge auf	
Miete oder Hypothek (Haupt-und Nebenwohnsitz)	\$
Standardabzug für Versorgungsleistungen (Strom/Gas/Wasser)	\$
Krankenversicherung/Lebensversicherung	\$
Arztrechnungen (Nicht-AU)/Apotheke	\$
Kinderbetreuung/Erwachsenenbetreuung	\$
Staatliche Steuerzahlungen	\$

Ich bestätige, dass die obigen Angaben wahrheitsgemäß, vollständig und nach meinem besten Wissen und Gewissen erstellt wurden. Ich autorisiere die Freigabe von Informationen, die erforderlich sind, um festzustellen, ob ich für eine finanzielle Unterstützung oder ein anderes vom Bund oder vom Bundesstaat finanziertes Programm qualifiziert bin, einschließlich der Überprüfung meiner Einnahmen und Vermögenswerte. Hiermit erteile ich die Erlaubnis und ermächtige einen Vertreter des Georgia Department of Community Health, alle Informationen über meinen Medicaid-Antrag offenzulegen.

Ich verstehe, dass die von mir übermittelten Informationen überprüft werden müssen, einschließlich Kreditauskunftstellen und andere, soweit erforderlich oder notwendig.

Unterschrift des Antragstellers

Datum