

Antrag auf finanzielle Unterstützung

Name des Antragstellers (Vorname, zweiter Vorname, Nachname)	Datum	Nummer der Krankenakte (falls bekannt)
--	-------	--

Bitte fügen Sie für die Bewertung des Finanzhilfeprogramms alle folgenden Unterlagen hinzu:

- Dieser Antrag, unterzeichnet und datiert
- Steuerbescheide und Bewilligungsbescheide (letzte Jahre)
- Lohnbescheinigungen (letzte Monate)
- Bescheinigung über die Bewilligung von Sozialleistungen (Rente, Arbeitslosengeld, SSI, SSDI)
- 2 Kontoauszüge
- Schreiben, in dem erklärt wird, wie Sie Ihre täglichen Ausgaben zum Leben decken

Bei welchen Organisationen stellen Sie einen Antrag auf finanzielle Unterstützung? UW HEALTH MERITER BEIDE

Hat der Patient derzeit einen Versicherungsschutz? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Abdeckung: _____
Wenn nicht, hat der Patient einen Versicherungsschutz über Marketplace (Healthcare.gov) beantragt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nimmt der Patient an einem Health-Sharing-Programm des Gesundheitsministeriums teil? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hat der Patient sich aus religiösen/kulturellen Gründen dagegen entschieden, an einem staatlich finanzierten Versicherungsprogramm teilzunehmen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hat der Patient/die finanziell verantwortliche Partei im vergangenen Jahr eine Steuererklärung abgegeben? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn nicht, warum? _____

Patient/finanziell verantwortliche Partei

Name (Vorname, zweiter Vorname, Nachname)	Beziehung zum Patienten	Geburtsdatum (TT. Monat JJJJ)	
Adresse	Stadt	Bundesstaat	Postleitzahl
Telefon	Haushaltsgröße (Patient, Ehepartner und Angehörige)		Familienstand
Beschäftigungsstatus <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Pensioniert <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Arbeitslos		Wenn arbeitslos, letzter Tag der Beschäftigung (TT. Monat JJJJ)	
Arbeitgeber	Wöchentliches Einkommen Std./Woche: Gehalt (USD)/Stunde:	Einstellungsdatum (TT. Monat JJJJ)	

Ehepartner/Partner

Name (Vorname, zweiter Vorname, Nachname)	Geburtsdatum (TT. Monat JJJJ)	Telefon	
Adresse	Stadt	Bundesstaat	Postleitzahl
Beschäftigungsstatus <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Pensioniert <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Arbeitslos		Wenn arbeitslos, letzter Tag der Beschäftigung (Tag/Monat und Jahr)	
Arbeitgeber	Wöchentliches Einkommen Std./Woche: Gehalt (USD)/Stunde:	Einstellungsdatum (TT. Monat JJJJ)	

Angehörige

Vollständiger Name	Beziehung	Geburtsdatum (TT. Monat JJJJ)
1.		
2.		
3.		
4.		

Monatliches Einkommen der finanziell verantwortlichen Partei und des Ehepartners (falls zutreffend)

Patient/Verantwortliche Partei		Ehepartner	
	Monatliches sozialversicherungspflichtiges Einkommen		Monatliches sozialversicherungspflichtiges Einkommen
	Datum des SSDI-Antrags		Datum des SSDI-Antrags
	Rente		Rente
	Arbeitslosigkeit		Arbeitslosigkeit
	Einlagenzertifikat/IRA		Einlagenzertifikat/IRA
	Entnahme aus Altersvorsorgeplan		Entnahme aus Altersvorsorgeplan
	Einkommen aus Vermietung/ Grundbesitz		Einkommen aus Vermietung/ Grundbesitz
	Sonstige Erträge		Sonstige Erträge

Sonstige Verbindlichkeiten (Arztrechnungen, Bankdarlehen, Kreditkarten, Sonstige)

Art	Listenbezeichnung/Verwendung für Kredite/Kreditkarten	Unbezahlte Restschulden	Monatliche Zahlung

Sonstige Kommentare

Bestätigung

Ich verstehe, dass diese Informationen nur zur Bestimmung der finanziellen Verantwortung für meine Gebühren bei der UW Health verwendet und vertraulich behandelt werden. Im Rahmen der Anforderungen des Finanzhilfeprogramms muss ich hinsichtlich meiner Eignung für das Medicaid-Programm oder andere öffentliche Unterstützungsprogramme untersucht werden, wie zum Beispiel: BadgerCare – WI Medicaid; Elderly, Blind, Disabled (EBD); Alien Emergency Medical Assistance (AEMA); Victim of Violent Crime Compensation Fund (VOVC); Presumptive Disability/Medicaid; Social Security Disability/Income (SSD/SSI); Marketplace Health Insurance. Mit meiner Unterschrift gestatte ich UW Health, alle auf diesem Formular bereitgestellten Informationen zu verifizieren.

So signieren Sie dieses Dokument elektronisch: Gehen Sie zu „Tools“ --> „Ausfüllen und Unterschreiben“

Unterschrift des Patienten/der verantwortlichen Partei	Datum (TT. Monat JJJJ)
Name der Person, die das Formular ausfüllt, falls abweichend vom Patienten	Datum (TT. Monat JJJJ)