

## VERTRAULICHER ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

Für Krankenhaus- und professionelle Dienstleistungen, die von Einrichtungen und Ärzten von Trinity Health erbracht werden

Persönlich und vertraulich

Guarantor Name Smarttext

Guarantor Address Smarttext

Date Smarttext: October 08, 2021

**Bürge:** Guarantor smarttext

**Fallnummer:** smarttext

**In den Fall einbezogene Patienten:**

- smarttext patient name(s)

Sehr geehrte(r) patient name smarttext,

vielen Dank, dass Sie RHM smarttext als Ihren Gesundheitsdienstleister ausgewählt haben. Bitte füllen Sie den beigefügten Antrag aus und senden ihn zurück an die unten angegebene Anschrift, um die Beurteilung Ihrer finanziellen Unterstützung abzuschließen.

Wenn Sie Fragen haben, kontaktieren Sie bitte unser Kundendienstcenter unter 800-494-5797, Montag bis Freitag zwischen 9:00 und 17:00 Uhr Nordamerikanische Ostküstenzeit.

Mit freundlichen Grüßen

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services

Im Namen von RHM smarttext

20555 Victor Parkway

Livonia, MI 48152

## VERTRAULICHER ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

Für Krankenhaus- und professionelle Dienstleistungen, die von Einrichtungen und Ärzten von Trinity Health erbracht werden

**Bitte füllen Sie das Antragsformular aus, unterzeichnen Sie es und senden Sie es innerhalb von 10 Tagen zurück, zusammen mit den Kopien folgender Dokumente**

### Erforderliche Nachweise

- ☐ Einkommensnachweis des letzten Monats
- ☐ Kontoauszüge der letzten zwei Monate von allen Bankkonten, einschließlich aller Seiten (Erklärung für wiederkehrende Einzahlungen)
- ☐ Die letzten Steuererklärungen (Formular 1040 mit Anhang C, E oder F) oder Gewinn- und Verlustrechnungen der letzten drei Monate (für Selbstständige/Unterhaltsberechtigte)

### Fügen Sie folgende Dokumente bei, falls zutreffend

- ☐ Letztes W2 für saisonales Einkommen
- ☐ Arbeitslosengeld/Ablehnungsschreiben
- ☐ Kindergeld/Unterhalt
- ☐ Kein Einkommen - Füllen Sie den Teil "Schreiben zur finanziellen Unterstützung" des Antrags aus

### Patienteninformationen

| Name des Patienten                                                                                                                                                                                                      |                                     | Geburtsdatum                                                                                                                                                |                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Sozialversicherungs-/EIN-Nummer (optional)                                                                                                                                                                              | Mobiltelefon                        | Sonstige Telefonnummer                                                                                                                                      |                                                  |
| Postanschrift                                                                                                                                                                                                           | Stadt                               | Staat                                                                                                                                                       | Postleitzahl                                     |
| E-Mail-Adresse                                                                                                                                                                                                          | In welchem Staat sind Sie ansässig? |                                                                                                                                                             |                                                  |
| Familienstand <input type="checkbox"/> Ledig] <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Sonstiger _____                                                         |                                     |                                                                                                                                                             |                                                  |
| Reichen Sie eine Steuererklärung ein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Wenn nicht, warum nicht?                                                                                             |                                     | Können Sie in der Steuererklärung einer anderen Person als unterhaltsberechtigt angegeben werden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |                                                  |
| Waren Sie oder Ihre unterhaltsberechtigten Angehörigen zum Zeitpunkt der Dienstleistung krankenversichert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Bitte eine Kopie der Versicherungskarte beifügen) |                                     |                                                                                                                                                             |                                                  |
| Sind Sie ein dokumentierter Einwohner der Vereinigten Staaten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich möchte nicht antworten                                            |                                     |                                                                                                                                                             |                                                  |
| Haushaltsmitglieder, einschließlich Sie selbst, basierend auf Ihren letzten Steuererklärungen                                                                                                                           | Geburtsdatum                        | Beziehung zum                                                                                                                                               | In der Steuererklärung geltend gemacht (Ja/Nein) |
|                                                                                                                                                                                                                         |                                     |                                                                                                                                                             |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                         |                                     |                                                                                                                                                             |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                         |                                     |                                                                                                                                                             |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                         |                                     |                                                                                                                                                             |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                         |                                     |                                                                                                                                                             |                                                  |

## VERTRAULICHER ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

Für Krankenhaus- und professionelle Dienstleistungen, die von Einrichtungen und Ärzten von Trinity Health erbracht werden

| Einkommensnachweis für alle Haushaltsmitglieder |                  |                                      |                             |                  |                                       |
|-------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------|-----------------------------|------------------|---------------------------------------|
| Monatliche Einkommensquelle                     | Wer erhält dies? | Bruttomonats einkommen (vor Steuern) | Monatliche Einkommensquelle | Wer erhält dies? | Bruttomonats ein kommen (vor Steuern) |
| Löhne                                           |                  |                                      | Arbeitsunfallversi-cherung  |                  |                                       |
| Sozialversicherung/Be hinderung                 |                  |                                      | Arbeitslosenunter-stützung  |                  |                                       |
| Rente                                           |                  |                                      | Kindergeld/Unterhalt        |                  |                                       |
| Selbstständigkeit                               |                  |                                      | Mieteinnahmen               |                  |                                       |
| Sozialhilfe                                     |                  |                                      | Sonstige                    |                  |                                       |

| Letter of Financial Support - Sollte nur von der Person ausgefüllt werden, die Unterstützung leistet                                                                                                                                                                           |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich unterstütze den Lebensunterhalt des Patienten zu mehr als 50%, aber ich kann nicht für medizinische Rechnungen aufkommen.                                                                                                                         |                         |
| <input type="checkbox"/> Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die obigen Angaben korrekt sind und dass ich in keiner Weise für die Rechnungen des Patienten haftbar gemacht werden kann. Wenn Sie Fragen haben, kontaktieren Sie mich bitte unter _____ (Telefonnummer) |                         |
| Name der unterstützenden Person                                                                                                                                                                                                                                                | Beziehung zum Patienten |
| Unterschrift der unterstützenden Person                                                                                                                                                                                                                                        | Datum                   |

### EINKOMMENS- UND IDENTIFIZIERUNGSNACHWEIS

Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass die angegebenen Informationen überprüft werden müssen. Ich bin für die Rückzahlung von Leistungen verantwortlich, die bei Trinity Health Tochtergesellschaften erbracht wurden, wenn die oben genannten Informationen unter Vorspiegelung falscher Tatsachen erteilt wurden.

Unterschrift des Patienten : \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Oder Unterschrift des gesetzlichen Vormunds (falls zutreffend): \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Beziehung zum Patienten: \_\_\_\_\_ Datum : \_\_\_\_\_

**Bitte schicken Sie Ihren Antrag an die obige Adresse oder per Fax an 312-871-3350 und/oder laden Sie Dokumente über MyChart (Patientenportal) hoch - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> Wenn Sie Fragen haben, kontaktieren Sie bitte unser Kundendienstcenter unter 800-494-5797 Montag bis Freitag 9:00 - 17:00 Uhr Nordamerikanische Ostküstenzeit.**

Wenn Ihre Gesundheitsdienstleistungen im Bundesstaat Illinois in Anspruch genommen wurden, können Bedenken oder Beschwerden bezüglich des Antragsverfahrens für finanzielle Unterstützung oder des nicht versicherten Rabatts an das Healthcare Bureau of the Illinois Attorney General 1-877-305-5145 / <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/> gemeldet werden [hcform.pdf](#)