

# ANTRAG AUF FINANZIELLE HILFE

Bucyrus Krankenhaus • Galion Krankenhaus • Avita Ontario • Avita Ärztenetz

Name des Antragstellers \_\_\_\_\_  
Nachname Vorname MI

\*Datum/Zeitraum der Leistung \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Konto-nummer(n) \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ Bundesstaat \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

1. Ist/sind der/die Patient(en) US-Staatsbürger?  Ja  Nein
2. War(en) der/die Patient(en) zum Zeitpunkt der Leistung in Ohio wohnhaft?  Ja  Nein
3. War(en) der/die Patient(en) zum Zeitpunkt der Leistung ein aktiver Medicaid-Empfänger?  
*Falls ja, ID-Nummer(n) des/der Medicaid-Empfänger(s) angeben: \_\_\_\_\_*  Ja  Nein
4. Hatte(n) der/die Patient(en) zum Zeitpunkt der Leistung eine andere Krankenversicherung (als Medicaid)?  
*Falls ja, geben Sie den Namen der Versicherung an: \_\_\_\_\_*  Ja  Nein

**Stellen Sie alle erforderlichen Informationen für den Antragsteller und alle in seinem/ihrer Haushalt lebenden Personen, zur Verfügung.**

Vollständiger Name	Geburtsdatum	Verhältnis zum Antragsteller	Gesamtbruttoeinkommen		
			Quelle des Einkommens <small>(z. B. Erwerbstätigkeit, Sozialhilfe (SSI), Kindes-, Ehegattenunterhalt)</small>	Drei Monate vor dem Datum der ältesten Leistung	Zwölf Monate vor dem Datum der ältesten Leistung

**Falls Sie kein oder nur ein geringes Einkommen angeben, erläutern Sie kurz, wie Sie Ihren Lebensunterhalt bestreiten, einschließlich der Frage, wer für Unterkunft, Essen, Transport, Strom/Wasser und Kleidung aufkommt und wie lange Sie von dieser/n Person(n) bzw. dieser/n Behörde(n) unterstützt werden.**

**EINKOMMEN von (alle Familienmitglieder)**

*Alle zutreffenden Angaben ankreuzen \*\**

- Kopien der aktuellen Gehaltsabrechnungen und W2-Formulare des Vorjahres
- Sozialhilfe-/Renten-/Invalidenrentenbescheinigung
- Arbeitslosenunterstützung
- Einkommen aus Selbstständigkeit
- Kinder- oder Ehegattenunterhalt
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**LIQUIDE VERMÖGENSWERTE (alle Familienmitglieder)**

*Alle zutreffenden Angaben ankreuzen \*\**

- Bargeld
- Kontoauszug (Giro-/Sparkonto)
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**\*\* Wenn ausgewählt, müssen Sie Nachweise hochladen/bereitstellen.**

Senden Sie dieses Formular mit den erforderlichen Nachweisen an:

Avita Health System

Attn: Patient Services  
 269 Portland Way S  
 Galion, OH 44833

Fax: 419-462-4582

Für Hilfe rufen Sie bitte an:  
 419-468-0512

*Ich verstehe, dass ich im Falle vorsätzlicher Falschangaben oder des Zurückhaltens von Informationen strafrechtlich wegen Betrugs verfolgt werden kann. Mit meiner Unterschrift auf diesem Antrag ermächtige ich die Weitergabe aller erforderlichen Informationen zur Feststellung meiner Anspruchsberechtigung, einschließlich, aber nicht beschränkt auf die Überprüfung der Adresse, eine Bonitätsprüfung über eine nationale Auskunft, eine Vermögensprüfung durch das Kreisfinanzamt sowie die Überprüfung aller aufgeführten Leistungen.*

**Unterschrift** \_\_\_\_\_ **Datum** \_\_\_\_\_