



Dignity Health®

Rehabilitation Hospital

In partnership with Select Medical

Antrag auf finanzielle Unterstützung

Patientenkontonummer(n)

Listen Sie das oder die Krankenhäuser auf,
in denen Sie behandelt wurden

Nachname des Patienten

Vorname des Patienten

Sozialversicherungsnummer des Patienten

Geburtsdatum des Patienten

Bürge Nachname (falls abweichend)

Vorname

Bürge Sozialversicherungsnummer

Geburtsdatum

Bürge Wohnanschrift

Telefonnummer

Stadt

Bundesstaat

Postleitzahl

Name des Arbeitgebers des Bürgen

Bürge Berufliche Funktion/Abteilung

Adresse des Arbeitgebers des Bürgen

Telefon des Arbeitgebers des Bürgen

Stadt

Bundesstaat

Postleitzahl

Name des Arbeitgebers des Ehepartners

Berufliche Funktion/Abteilung des Ehepartners

Adresse des Arbeitgebers des Ehepartners

Telefon des Arbeitgebers des Ehepartners

Stadt

Staat

Postleitzahl

Personen im Haushalt (einschließlich Antragsteller)

Name	Beziehung zum Patienten	Geburtsdatum	Arbeitgeber	Jährliches Einkommen
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				
9)				
10)				

Dignity Health Rehabilitation Hospital Antrag auf finanzielle Unterstützung (Fortsetzung)

Um festzustellen, wer wirklich Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, müssen wir zunächst die unten aufgeführten Informationen einholen, um eine finanzielle Notlage nachzuweisen. Bitte füllen Sie den Antrag aus und senden Sie ihn zusammen mit allen unten aufgeführten Unterlagen zurück. Wenn Sie eines der Dokumente nicht vorlegen können oder es zusätzliche Faktoren gibt, die die Bewertung beeinflussen könnten, reichen Sie bitte eine schriftliche Erklärung ein, in der Sie Ihre Situation erläutern.

Erforderliche Unterlagen:

1. Verweigerung der Anspruchsberechtigung durch das Medicaid-Programm des Wohnsitzstaates.
2. Einkommensnachweis für alle Familienmitglieder* in den letzten 12 Monaten vor dem Datum, an dem die Leistungen der Dignity Health Rehabilitation erbracht wurden. Dies könnte die aktuellste(n) Einkommenssteuererklärung(en) oder Lohnabrechnungen für denselben Zeitraum umfassen. Wenn Sie selbstständig sind, fügen Sie Schedule C Ihrer Steuererklärung bei. Sollten diese nicht verfügbar sein, geben Sie bitte auf einem separaten Dokument eine Erklärung zu Ihrer finanziellen Situation in den letzten drei Monaten ab und reichen Sie diese zusammen mit diesem Antrag ein.

*Die Familie eines Patienten umfasst:

- a) Für Personen ab 18 Jahren, einen Ehepartner, einen Lebenspartner gemäß der Definition in Abschnitt 297 des Familiengesetzes (Family Code) und unterhaltsberechtigter Kinder unter 21 Jahren, unabhängig davon, ob sie zu Hause leben oder nicht.
- b) Für Personen unter 18 Jahren: ein Elternteil, pflegende Angehörige und andere Kinder unter 21 Jahren des Elternteils oder des pflegenden Angehörigen.

Sobald wir unsere erste Prüfung der eingereichten Unterlagen abgeschlossen haben, kann Folgendes erforderlich sein, um die Anspruchsberechtigung festzustellen:

Nachweis von Geldvermögen - **Alle** der folgenden Punkte:

- Girokontoauszüge - letzte 3 Monate
- Sparkontoauszüge - letzte 3 Monate
- Aktien, Anleihen und Festgeldanlagen (CDs)

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, für die Zahlungshilfe berücksichtigt zu werden. Außerdem versichern Sie, dass alle Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen und Gewissen gemacht wurden. Sollte sich herausstellen, dass die von Ihnen gemachten Angaben unvollständig oder falsch sind, kann jede Ermäßigung auf Ihrer Rechnung rückgängig gemacht werden und die vollständige Zahlung von Ihnen verlangt werden. Mit Ihrer Unterschrift ermächtigen Sie das Dignity Health Rehabilitation Hospital, Referenzen und Kreditwürdigkeit zu prüfen, um diesen Antrag auf finanzielle Unterstützung zu prüfen.

Wenn Sie eine Zahlung von einer Versicherungsgesellschaft, einer Berufsgenossenschaft oder einem anderen Dritten erhalten, verpflichten Sie sich, das Krankenhaus über eine solche Zahlung zu informieren. Das Krankenhaus behält sich das Recht vor, die ursprünglich in Rechnung gestellten Kosten in voller Höhe einzutreiben, wenn Sie von einem Dritten eine Zahlung für die Krankenhausleistungen erhalten.

Unterschrift der für die Rechnung verantwortlichen Person
(Bürge)

Datum

Genehmigender/ Titel

Prozentsatz Genehmigt

Datum

Senden Sie die ausgefüllte Bewerbung an:

Dignity Health Rehab Hospital

Attn: Admissions Department

2930 Siena Heights Dr.

Henderson, NV 89052