

# GEWÄHRLEISTUNG DER BEHANDLUNG IM KRANKENHAUS (HCP) / WOHLTÄTIGKEITSPROGRAMM / ANTRAG AUF FINANZIELLE HILFE

Name des Patienten (Nachname)	(Vorname)	(Initiale des zweiten Vornamens)	Kontonummer
Anschrift			Behandlungstag —
Ort und US-Bundesstaat			Geburtsdatum des Patienten
PLZ	Telefonnummer		Sozialversicherungsnummer des Patienten
Gab es für die Behandlungen eine Krankenversicherung mit Deckung?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Waren Sie während der Behandlung ein Einwohner von Ohio?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erhielten Sie während Ihres Krankenhausaufenthaltes aktiv Leistungen von Medicaid? Falls ja, bitte die Rechnungsnummer für den Empfänger angeben:			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erfolgte die Behandlung aufgrund eines Fahrzeugunfalls?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Machen Sie bitte für alle Personen, die zu Ihnen engen Verwandten gehören, (und für Sie selbst) die folgenden Angaben. Im Rahmen von HCP zählen zur Familie der Patient, der Ehemann/die Ehefrau (unabhängig davon, ob der Ehemann/die Ehefrau im selben Haushalt wohnt) und die natürlichen oder adoptierten Kinder des Patienten unter 18 Jahren, die im selben Haushalt wie der Patient wohnen.

Name des Angehörigen	Alter	Beziehung zum Patient	Name des Arbeitgebers oder einer anderen Einkommensquelle	Einstellungsdatum für das gesamte Einkommen	Einkommen für den Zeitraum von 3 Monaten	Einkommen für den Zeitraum von 12 Monaten
(Patient)		Ich selbst				
Summe:						

Nachweis des Einkommens für diesen Antrag als Anhang beifügen. Als Einkommensnachweis gelten Gehaltsabrechnungen oder andere Dokumente mit Angaben zum Einkommen für den betreffenden Zeitraum (3 bzw. 12 Monate vor der Behandlung oder 3 bzw. 12 Monate des derzeitigen Einkommens).

\*Falls Sie \$0,00 als Einkommen angegeben haben, erklären Sie bitte, wie Sie für Ihren Lebensunterhalt aufkommen.  
\*Falls Sie derzeit nicht erwerbstätig sind, geben Sie bitte an, wann Sie zuletzt gearbeitet haben.

Wert der Vermögenswerte						
Haus/Wohnung:	<input type="checkbox"/> Eigentum	<input type="checkbox"/> Miete	Monatliche Zahlung: \$			
Kontostand (Girokonto):	\$		Kontostand Sparkonto:	\$		
Investitionen insgesamt:	\$		Investitionen, Beschreibung:	\$		
Wert sonstiger Vermögenswerte:	\$			\$		
Beschreibung der Vermögenswerte (Auto, Boot usw.)						
Sonstiges Einkommen:	\$		Sonstiges Einkommen, Beschreibung:			
Gesamtausgaben pro Monat (Haus/Wohnung, Auto, Nebenkosten, Lebensmittel usw.): \$						

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an:

OhioHealth CBO Financial Assistance  
P.O. Box 7527  
oder per Fax an: 614-566-6080  
oder per E-Mail an: [customercenter@OhioHealth.com](mailto:customercenter@OhioHealth.com)

Falls Sie weitere Hilfe benötigen, verwenden Sie die Rufnummer 614-566-1505 oder sprechen Sie mit einem Finanzberater (Financial Counselor) am OhioHealth-Krankenhaus. Dublin, OH 43016, USA

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der obigen Angaben nach bestem Wissen und Gewissen. Hiermit bestätige ich auch, dass ich in angemessenem Rahmen Schritte einleiten werde, um Hilfe für die Begleichung meiner Krankenhausrechnungen zu erhalten (Medicaid, Medicare, Versicherung usw.). Finanzielle Hilfe ist ein letztes Mittel. Bevor Hilfe gewährt wird, müssen alle sonstigen Optionen für Haftpflicht oder andere Zahlungspflichtige ausgeschöpft werden.

**Ich nehme zur Kenntnis, dass dieser Antrag (bzw. dieses Antragsformular) dazu dient, festzustellen, ob ich gemäß der festgelegten Kriterien Anspruch auf finanzielle Hilfe im Rahmen von HCP oder andere Finanzhilfen habe. Falls sich meine Angaben als unrichtig erweisen, kann das Krankenhaus meine finanzielle Lage erneut prüfen und entsprechende Schritte einleiten. Hiermit erteile ich OhioHealth die Genehmigung, je nach Bedarf finanzielle Auskünfte aus anderen Quellen einzuholen, wie z. B. Kreditwürdigkeit, Auskünfte zum Immobilienbesitz und/oder Auskünfte von Inkassogesellschaften.**



Unterschrift des Antragstellers: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Befragers: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_