

## Anleitung zum Ausfüllen des Antragsformulars für Charity Care/finanzielle Unterstützung

Dies ist ein Antrag auf finanzielle Unterstützung (auch Charity Care genannt) am Overlake Hospital Medical Center (OHMC) bzw. Overlake Medical Clinics, LLC (OMC)

**Von allen Krankenhäusern in Washington wird gefordert**, einzelnen Personen und Familien, die bestimmte Einkommensanforderungen erfüllen, **finanzielle Unterstützung zu gewähren**. Sie haben möglicherweise auf der Grundlage Ihrer Familiengröße und Ihres Einkommens Anspruch auf kostenlose oder ermäßigte Versorgung, auch wenn Sie eine Krankenversicherung haben. *Die Richtlinie für finanzielle Unterstützung kann unter [www.overlakehospital.org/financialpolicies](http://www.overlakehospital.org/financialpolicies) abgerufen werden.*

**Was wird durch die finanzielle Unterstützung abgedeckt?** Die finanzielle Unterstützung deckt je nach Ihrer Anspruchsberechtigung entsprechende Dienstleistungen ab, die von OHMC und/oder OMC erbracht werden. Die finanzielle Unterstützung deckt möglicherweise nicht alle Gesundheitsversorgungskosten ab, darunter Dienstleistungen, die von anderen Organisationen erbracht werden.

**Wenn Sie Fragen haben oder Hilfe beim Ausfüllen dieses Antrags benötigen:** Wenden Sie sich bitte telefonisch an unseren Koordinator für finanzielle Unterstützung (Financial Assistance Coordinator ) unter 425-635-6239. Dort erhalten Sie Hilfe, egal aus welchem Grund, einschließlich Behinderungen und sprachliche Unterstützung.

### **Damit Ihr Antrag bearbeitet werden kann, müssen Sie:**

- Uns Informationen zu Ihrer Familie zur Verfügung stellen**  
Die Anzahl der Familienmitglieder in Ihrem Haushalt eintragen (zur Familie gehören Personen, die durch Geburt, Heirat oder Adoption miteinander verbunden sind und zusammen wohnen)
- Angaben zum monatlichen Bruttoeinkommen Ihrer Familie machen (Einkommen vor Steuern und Abzügen)**
- Unterlagen bereitstellen, die das Familieneinkommen belegen**
- Bei Bedarf zusätzliche Informationen beifügen**
- Das Formular unterschreiben und datieren**

**Anmerkung: Um finanzielle Unterstützung zu beantragen, müssen Sie keine Sozialversicherungsnummer angeben.** Wenn Sie uns Ihre Sozialversicherungsnummer nennen, wird die Bearbeitung Ihres Antrags beschleunigt. Die Sozialversicherungsnummern werden verwendet, um die von Ihnen gemachten Angaben zu überprüfen. Wenn Sie keine Sozialversicherungsnummer haben, markieren Sie bitte „nicht zutreffend“ (not applicable) oder „n. z.“ (NA).

### **Schicken Sie den ausgefüllten Antrag mit allen Anlagen per Post oder faxen Sie ihn an:**

Overlake Hospital Medical Center  
1035 116th Ave NE  
Bellevue, WA 98004-9971  
Attn: Patient Financial Services

Sie können den beigegefügteten Rückumschlag verwenden.  
Achten Sie darauf, dass Sie auch ein Exemplar behalten.

Wir werden Sie innerhalb von 14 Kalendertagen ab Eingang eines vollständigen Antrags auf finanzielle Unterstützung, einschließlich eines Einkommensnachweises, über die endgültige Entscheidung über Ihre Anspruchsberechtigung und die Ihnen zur Verfügung stehenden Rechtsmittel informieren, soweit zutreffend.

Durch Ihre Antragstellung auf finanzielle Unterstützung willigen Sie ein, dass wir die erforderlichen Nachforschungen anstellen, um die finanziellen Verpflichtungen und Angaben zu überprüfen.

**Wir wollen helfen. Bitte reichen Sie Ihren Antrag umgehend ein!**  
**Sie erhalten ggf. Rechnungen, bis Ihre Informationen bei uns eingegangen sind.**

### Antragsformular für Charity Care/finanzielle Unterstützung – vertraulich

*Füllen Sie bitte alle Angaben vollständig aus. Wenn etwas nicht zutrifft, tragen Sie „n. z.“ ein. Fügen Sie bei Bedarf zusätzliche Seiten hinzu.*

#### SCREENING-INFORMATIONEN

Benötigen Sie einen Dolmetscher? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja, geben Sie die bevorzugte Sprache an:
Hat die/der Patient(in) Medicaid beantragt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Dies ist ggf. erforderlich, bevor ein Anspruch auf finanzielle Unterstützung geprüft werden kann.
Ist die/der Patient(in) zur Zeit obdachlos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Steht der Versorgungsbedarf der Patientin/des Patienten im Zusammenhang mit einem Verkehrsunfall oder einem Arbeitsunfall? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

#### BITTE BEACHTEN

- Wir können Ihnen nicht garantieren, dass Sie Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, wenn Sie einen Antrag stellen.
- Nachdem Sie Ihren Antrag geschickt haben, prüfen wir ggf. alle Informationen und bitten Sie möglicherweise um zusätzliche Angaben oder einen Einkommensnachweis.
- Innerhalb von 14 Kalendertagen nach Eingang Ihres ausgefüllten Antrags und der Unterlagen bei uns, werden wir Sie davon in Kenntnis setzen, ob Sie Anspruch auf Unterstützung haben.

#### INFORMATIONEN FÜR PATIENTEN UND ANTRAGSTELLER

Vorname der Patientin/des Patienten	Zweiter Vorname der Patientin/des Patienten	Familiename der Patientin/des Patienten
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> sonstige (Angabe möglich _____)	Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer (optional*)  <i>*optional, aber für großzügigere Unterstützung über den gesetzlichen Rahmen des Bundesstaates hinaus erforderlich [???]</i>
Für die Begleichung der Rechnungen verantwortliche Person	Beziehung zum Patienten	Geburtsdatum
		Sozialversicherungsnummer (optional*)  <i>*optional, aber für großzügigere Unterstützung über den gesetzlichen Rahmen des Bundesstaates hinaus erforderlich [???]</i>
Postanschrift		Hauptkontaktnummer(n)
_____ _____		( ) _____ ( ) _____
Stadt	Bundesstaat	PLZ
		E-Mail-Adresse
		_____
Beschäftigungsstatus der für die Begleichung der Rechnungen verantwortlichen Person		
<input type="checkbox"/> <b>berufstätig</b> (Datum der Einstellung: _____) <input type="checkbox"/> <b>arbeitslos</b> (Dauer der Arbeitslosigkeit: _____)		
<input type="checkbox"/> <b>selbständig</b> <input type="checkbox"/> <b>Student</b> <input type="checkbox"/> <b>erwerbsunfähig</b> <input type="checkbox"/> <b>Rentner</b> <input type="checkbox"/> <b>sonstige</b> (_____)		

#### INFORMATIONEN ÜBER DIE FAMILIE

Bitte alle Familienmitglieder in Ihrem Haushalt aufführen, einschließlich Sie selbst. Zur Familie gehören Personen, die durch Geburt, Heirat

oder Adoption miteinander verbunden sind und zusammen wohnen.

**FAMILIENGRÖSSE** \_\_\_\_\_

*Bei Bedarf eine weitere Seite anfügen.*

Name	Geburtsdatum	Beziehung zum Patienten	Falls mindestens 18 Jahre alt: Name des/der Arbeitgeber(s) oder Einkommensquelle	Falls mindestens 18 Jahre alt: Monatliches Bruttoeinkommen insgesamt (vor Steuern):	Stellt auch Antrag auf finanzielle Unterstützung?
					Ja / Nein
					Ja / Nein
					Ja / Nein
					Ja / Nein

**Das Einkommen aller erwachsenen Familienmitglieder muss offengelegt werden. Zu den Einkommensquellen gehören beispielsweise:**  
 - Löhne - Arbeitslosenunterstützung - Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit - Unfallversicherung - Erwerbsunfähigkeitsrente  
 - Sozialhilfeleistungen (SSI) - Kinderbeihilfe/Ehegattenunterhalt - Work-Study-Programme (Studenten) - Rente  
 - Ausschüttungen aus Rentenkonten - sonstige (bitte erklären \_\_\_\_\_)

## Antragsformular für Charity Care/finanzielle Unterstützung – vertraulich

### ANGABEN ZUM EINKOMMEN

**NICHT VERGESSEN:** Sie müssen Ihrem Antrag Einkommensnachweise beifügen.

**Sie müssen Angaben zum Einkommen Ihrer Familie machen. Zur Entscheidung über finanzielle Unterstützung ist eine Einkommensprüfung erforderlich.**

**Alle Familienmitglieder, die mindestens 18 Jahre alt sind, müssen ihr Einkommen offenlegen. Wenn Sie keine Unterlagen beibringen können, können Sie eine schriftliche, unterschriebene Erklärung einreichen, in der Ihr Einkommen beschrieben ist. Fügen Sie bitte für jede angegebene Einkommensquelle einen Nachweis bei.**

**Zu möglichen Einkommensnachweisen gehören:**

- eine W-2 Lohnsteuerbescheinigung oder
- aktuelle Lohnabrechnungen (3 Monate) oder
- Steuererklärung des Vorjahres, einschließlich Schedules, falls zutreffend oder
- schriftliche, unterschriebene Erklärungen von Arbeitgebern oder anderen Personen oder
- Genehmigung/Ablehnung des Anspruchs auf Medicaid und/oder staatliche Gesundheitsversorgung oder
- Genehmigung/Ablehnung des Anspruchs auf Arbeitslosenunterstützung.

Wenn Sie über keinen Einkommensnachweis oder kein Einkommen verfügen, fügen Sie bitte eine zusätzliche Seite mit einer Erklärung bei.

### ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN

Fügen Sie bitte eine zusätzliche Seite an, wenn es weitere Informationen zu Ihrer gegenwärtigen finanziellen Lage gibt, die Sie uns gern mitteilen möchten, wie beispielsweise eine finanzielle Notlage, Einnahmen aus Saison- oder Zeitarbeit oder ein persönlicher Verlust.

**PATIENTEN-EINVERSTÄNDNIS**

Ich bin mir bewusst, dass Overlake Hospital Medical Center/Overlake Medical Clinics LLC zur Feststellung meines Anspruchs auf finanzielle Unterstützung oder die Inanspruchnahme von Zahlungsplänen die von mir gemachten Angaben ggf. durch Einholung einer Kreditauskunft und von Informationen aus anderen Quellen überprüft.

Hiermit bestätige ich, dass die oben gemachten Angaben nach bestem Wissen der Wahrheit entsprechen und korrekt sind. Mir ist bewusst, dass mein Antrag auf finanzielle Unterstützung abgelehnt wird, wenn sich herausstellt, dass die von mir gemachten Angaben nicht der Wahrheit entsprechen, und dass ich dann für die erbrachten Dienstleistungen verantwortlich bin und die entsprechenden Rechnungen zu begleichen habe.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Datum