

Bitte füllen Sie alle Felder vollständig aus. Wenn eine Angabe nicht zutrifft, tragen Sie bitte in das entsprechende Feld den Vermerk „NA“ (Nicht zutreffend) ein. Fügen Sie bei Bedarf zusätzliche Seiten an.\*

**VORABINFORMATIONEN**

Brauchen Sie einen Dolmetscher? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, geben Sie Ihre bevorzugte Sprache an:
Hat der Patient/die Patientin einen Medicaid-Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erhält der Patient/die Patientin Sozialhilfeleistungen wie z. B. TANF (vorübergehende Unterstützung für bedürftige Familien), Basic Food (Lebensmittelmarken) oder WIC (Finanzhilfe für Frauen, Säuglinge, Kinder)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist der Patient/die Patientin derzeit obdachlos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bezieht sich die medizinische Versorgung des Patienten/der Patientin auf einen Auto- oder Arbeitsunfall? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**ZU BEACHTEN**

- Wir können nicht garantieren, dass Sie für die finanzielle Unterstützung in Frage kommen, selbst wenn Sie den Antrag stellen.
- Sobald Sie Ihren Antrag eingereicht haben, überprüfen wir alle Angaben und bitten Sie ggf. um die Zusendung weiterer Informationen oder Einkommensnachweise.
- Wir werden Sie innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt Ihres vollständig ausgefüllten Antrags und aller Unterlagen informieren, ob Sie für die finanzielle Unterstützung in Frage kommen.

**PATIENTEN- UND ANTRAGSTELLERINFORMATIONEN**

Vorname		Zweiter Vorname		Nachname	
<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben: _____)		Geburtsdatum		Konto-Nr.	
Zahlungspflichtige Person		Beziehung zum Patienten	Geburtsdatum	US-Sozialversicherungsnummer (optional)	
Postanschrift				Haupttelefonnummer(n) ( ) _____ ( ) _____ E-Mail-Adresse:	
Ort	Bundesstaat	US-Postleitzahl			
Erwerbsstatus der zahlungspflichtigen Person					
<input type="checkbox"/> Angestellt (Anstellungsdatum: _____) <input type="checkbox"/> Arbeitslos (Dauer der Arbeitslosigkeit: _____) <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Ausbildung <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> Ruhestand <input type="checkbox"/> Sonstiges ( _____ )					

**INFORMATIONEN ZUR FAMILIE**

Bitte geben Sie alle Familienmitglieder in Ihrem Haushalt an, Sie eingeschlossen (hierzu zählen Personen, die durch Geburt, Eheschließung oder Adoption miteinander verwandt sind und zusammenleben).  
**FAMILIENGRÖSSE** *Fügen Sie bei Bedarf zusätzliche Seiten an.*

Name	Geburtsdatum	Beziehung zum Patienten	Wenn 18 Jahre alt oder älter: Name des Arbeitgebers/der Arbeitgeber oder Einkommensquelle	Wenn 18 Jahre alt oder älter: Monatliches Bruttoeinkommen (vor Abzug der Steuern):	Hat ebenfalls Antrag auf finanzielle Unterstützung gestellt?
					Ja / Nein
					Ja / Nein
					Ja / Nein
					Ja / Nein

Bitte markieren Sie die medizinische Einrichtung, in der Sie behandelt werden/wurden:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> MultiCare Puget Sound Hospitals | <input type="checkbox"/> MultiCare Inland Northwest Hospitals | <input type="checkbox"/> Woodcreek Pediatrics |
| <input type="checkbox"/> MultiCare Puget Sound Clinics   | <input type="checkbox"/> MultiCare Rockwood Clinics           | <input type="checkbox"/> ABC Clinics          |

 Olympic Sports and Spine

\* Ab dem 1. März 2018 werden Termine in MultiCare Immediate Clinics, MultiCare Indigo Urgent Care und MultiCare Urgent Care nicht mehr vom MultiCare-Finanzhilfe-Programm abgedeckt.

# ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG – VERTRAULICH

(Fortsetzung)

## INFORMATIONEN ZUM EINKOMMEN

**WICHTIG:** Ein Einkommensnachweis ist dem Antrag anzufügen.

**Sie müssen Angaben zum Einkommen Ihrer Familie machen. Beispiele für mögliche Einkommensquellen umfassen u. a.:**

- Lohnzahlungen, Arbeitslosengeld, Erträge aus der Selbstständigkeit, Arbeitsunfallversicherung, Berufsunfähigkeitszahlungen, Sozialhilfe, Unterhaltszahlungen für Kinder und Ehepartner,
- Arbeits- und Studienprogramme/Praktikumsstellen für Studenten, Rente, Ausschüttungen/Auszahlungen aus Altersguthabenkonten u.s.w. (bitte erläutern).

**Die Bestätigung des Einkommens ist für die Ermittlung der finanziellen Unterstützung erforderlich.**

**Alle Familienmitglieder ab 18 Jahren haben Ihr Einkommen offenzulegen. Wenn Sie keine Unterlagen zur Verfügung stellen können, reichen Sie bitte eine schriftliche und unterzeichnete Erklärung ein, in der Sie Ihr Einkommen beschreiben. Bitte reichen Sie für jede Einkommensquelle einen Einkommensnachweis ein.**

**Beispiele für Einkommensnachweise umfassen u. a.:**

- „W-2“-Lohnsteuerbescheinigung oder
- Lohnabrechnungen (aktuell, der letzten 3 Monate) oder
- Einkommenssteuererklärung aus dem letzten Jahr, einschließlich aller Abschreibungsunterlagen (falls zutreffend) oder
- schriftliche, unterzeichnete Erklärungen seitens Arbeitgebern o. ä. oder
- Genehmigungs-/Ablehnungsschreiben hinsichtlich einer Anspruchsberechtigung auf Arbeitslosenunterstützung.

Wenn Sie nicht in der Lage sind, einen Nachweis über Ihr Einkommen bzw. fehlendes Einkommen vorzulegen, fügen Sie bitte eine zusätzliche Seite mit einer Erklärung an.

## ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN

Bitte fügen Sie eine zusätzliche Seite an, falls es weitere Informationen zu Ihrer aktuellen Finanzlage gibt, die Sie uns unterbreiten möchten, wie z. B. eine finanzielle Notlage, saisonbedingtes oder vorübergehendes Einkommen oder persönliche Schadens-/Verlustfälle.

## PATIENTEN- EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich verstehe, dass MultiCare Health System meine Angaben durch eine Prüfung meiner Kreditwürdigkeit und über Auskünfte aus anderen Quellen überprüfen darf, um meine Anspruchsberechtigung für finanzielle Unterstützung oder Zahlungspläne ermitteln zu können.

Ich versichere, dass die obigen Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig sind. Sollte festgestellt werden, dass die von mir gemachten Angaben falsch sind, führt dies zu einer Verweigerung der finanziellen Unterstützung. In einem solchen Fall bin ich verantwortlich und es wird auch von mir erwartet, dass ich erbrachte Dienstleistungen bezahle.

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

\_\_\_\_\_  
Datum