

ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG**PERSÖNLICHE DATEN**

Aktuelles Datum:		Bürgernummer:
PERSÖNLICHE DATEN DES FAMILIENVORSTANDS:		PERSÖNLICHE DATEN DES EHEGATTEN: (FALLS ZUTREFFEND)
Vorname:		
Mittlere Initiale:		
Nachname:		
Geburtsdatum:		
Sozialversicherungsnummer:		
Straße, Ort, PLZ:		
Name und Adresse des Arbeitgebers:		
☐ Vollzeit		☐ Vollzeit
☐ Teilzeit		☐ Teilzeit
☐ Selbständig ☐ Beschäftigungslos ☐ Student ☐ Im Ruhestand		☐ Selbständig ☐ Beschäftigungslos ☐ Student ☐ Im Ruhestand

UNTERHALTSBERECHTIGTE (BEI MEHR ALS 6 UNTERHALTSBERECHTIGTEN SEPARATE SEITE VERWENDEN)

Vollständiger Name:	Verhältnis:	Geburtsdatum:

KREUZEN SIE ALLE ZUTREFFENDEN KÄSTCHEN AN:

Ich habe staatliche oder bundesstaatliche medizinische Unterstützung beantragt?

☐ Ja ☐ Nein-bitte Grund angeben:

- ☐ Medicaid anspruchsberechtigt, aber nicht für Leistungsdatum oder für nicht abgedeckte Leistungen
- ☐ Ich bin krankenversichert, aber nicht für das Leistungsdatum, oder Leistung war nicht abgedeckt bzw. wurde nicht auf Selbstbehalt angerechnet
- ☐ Verstorben ohne Vermögen
- ☐ Freistellung aus religiösen Gründen (Bundesstaatliche Befreiung gemäß Affordable Care Act)

LEGEN SIE ALLE NACHFOLGENDEN UNTERLAGEN VOR:

- | | |
|---|---|
| ☐ Aktuelle Steuererklärung | ☐ Brief, in dem Ihre finanzielle Lage beschrieben wird |
| ☐ Giro- und Sparkontoauszüge (letzte 3 Monate beifügen) | ☐ Gehaltsabrechnung (letzte 2 beifügen) |
| ☐ Haben Sie eine Krankenversicherung? J N Falls nicht, müssen Sie einen Nachweis über die Genehmigung oder Ablehnung von Wisconsin Medical Assistance (Medicaid) vorlegen, es sei denn Sie haben eine Freistellung aus religiösen Gründen. Bei Fragen wenden Sie sich an die unten im Antragsformular genannte Kontaktperson. | |

SONSTIGES MONATSEINKOMMEN

Bereinigtes Bruttoeinkommen: \$	Mieteinnahmen: \$	Vorübergehende/dauerhafte Arbeitsunfähigkeit: \$	Einkünfte aus Sozialversicherung/SSI: \$
Rente: \$	Arbeitsunfallversicherung: \$	Unterhaltszahlungen: \$	Sonstige: \$
Leistungen für Veteranen: \$	Zinsen/Dividenden \$		

VERMÖGEN:

Girokonto: \$	Sparkonto: \$
Aktien/Anleihen: \$	Sonstiges IRA/CD/HSA/HRA: \$
401K: \$	Zinsen/Dividenden \$

BESTÄTIGUNG

Hiermit bestätige ich, dass die aufgeführten Informationen zutreffend und korrekt sind. Alle falschen Angaben in diesem Antrag können zur Ablehnung der finanziellen Unterstützung führen.

Unterschrift des Patienten/der verantwortlichen Partei:	Datum:
--	---------------

Anträge und Unterlagen können im Vernon Health Hospital am Anmeldeschalter in der Haupthalle abgegeben oder postalisch an folgende Adresse gesendet werden:

Vernon Health-Patient Accounts
507 S. Main Street
Viroqua, WI 54665

Bei Fragen wenden Sie sich telefonisch an (608) 637-2101.