



Saint Agnes Medical Center

Danke für Ihr Interesse an unserem Programm für finanzielle Unterstützung. Wenn Sie selbst und/oder ein Familienmitglied in den letzten sechs (6) Monaten finanzielle Unterstützung im Saint Agnes Medical Center beantragt haben, kontaktieren Sie bitte vor dem Ausfüllen des vorliegenden Antrags unser Büro unter (559) 450-3145 oder (855) 224-5998.

Reichen Sie den vollständig ausgefüllten Antrag sowie alle unten aufgeführten erforderlichen Dokumente innerhalb von dreißig (30) Tagen ein:

Vollständige, aufgegliederte Kontoauszüge über drei (3) Monate für alle Giro-, Spar- und/oder Anlagenkonten, aus denen Ein- und Auszahlungen ersichtlich sind. Geben Sie zu sämtlichen Einlagen Erläuterungen an. (Erforderlich)

Nachweis über Einkommen aus Erwerbstätigkeit oder Kapital, wie unten ausgeführt. (Erforderlich)

1. Drei (3) aktuelle Lohnabrechnungen, aus denen der Lohnsatz und die gearbeiteten Stunden hervorgehen. Für Sie selbst, Ihren Ehepartner und alle Familienangehörigen ODER
2. Die aktuelle oder zuletzt eingereichte bundesstaatliche Steuererklärung für Sie selbst sowie Ihren Ehepartner ODER
3. Nachweis von Familie/Freunden, aus dem hervorgeht, wie für den Lebensunterhalt aufgekomen wird UND
4. Alle Dokumente, die für Sie selbst, Ihren Ehepartner und alle Familienangehörigen zutreffend sind:
 - Letzte Steuererklärung einschließlich Gewinn-/Verlustaufstellung im Falle von selbstständiger Tätigkeit
 - Letzte Steuererklärung zum Nachweis von Familienangehörigen
 - Nachweis zur Arbeitslosenhilfe
 - Bewilligungsschreiben zur Studienförderung
 - Beschluss zu öffentlicher Unterstützung (z. B. CalFresh, Medi-Cal usw.)
 - Bewilligungsschreiben oder Scheck für Sozialhilfe und/oder soziale Sicherung bei Behinderung
 - Dividenden, Zinseinnahmen und Einnahmen aus sonstigen Quellen (z. B. Mieteinnahmen, Unterhaltszahlungen, Rente usw.).

Falls Sie diese Dokumente nicht vorweisen können, legen Sie bitte ein Erklärungsschreiben bei, aus dem hervorgeht, warum diese Dokumente nicht eingereicht wurden.

Bitte senden Sie den Antrag für finanzielle Unterstützung und die Begleitdokumente an:

**Saint Agnes Medical Center
Patient Business Services – Financial Services
34375 W 12 Mile Rd
Farmington Hills, MI 48331**

Rücksendung bis: _____

Nach Eingang des vollständigen Antrags beträgt die Bearbeitungszeit etwa 30 Tage. Wenn Sie Fragen haben oder die Informationen in einer anderen Sprache benötigen, kontaktieren Sie unser Büro unter der unten angegebenen Telefonnummer.

Mit freundlichen Grüßen

Kundendienst Saint Agnes
Medical Center
(559) 450-3145 oder (855) 224-5998



Saint Agnes Medical Center

INFORMATIONSHINWEIS FÜR PERSONEN ZU NICHTDISKRIMINIERUNG UND BARRIEREFREIHEIT

Saint Agnes Medical Center erkennt die Unantastbarkeit und die Würde eines jedes Einzelnen an, hält sich an die gültigen Bundesgesetze für Bürgerrechte und lehnt jegliche Diskriminierung ab, u. a. aufgrund von ethnischer Zugehörigkeit, Hautfarbe, nationaler Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht.

Saint Agnes Medical Center: Stellt kostenlose Hilfen und Dienstleistungen bereit, damit Menschen mit Behinderung effizient mit uns kommunizieren können. Dies beinhaltet:

- Qualifizierte Gebärdendolmetscher und Dolmetschdienstleistungen über unser video- und audiogestütztes Dolmetschersystem.
- Schriftliche Informationen in alternativen Formaten, wie Großdruck, Audio, zugängliche elektronische und andere Formate.

Kostenlose Sprachdienstleistungen für Menschen, deren Hauptsprache nicht Englisch ist. Dazu gehören:

- Qualifizierte Dolmetschdienstleistungen
- Informationen, die in anderen Sprachen verfasst sind.

Wenn Sie diese Dienstleistungen in Anspruch nehmen möchten, fragen Sie uns nach Hilfe unter (559) 450-3000 TTY (559) 450-3233

Falls Sie der Meinung sind, dass Saint Agnes Medical Center der Bereitstellung dieser Dienstleistungen nicht nachgekommen ist oder Sie sich auf irgendeine andere Weise in Bezug auf ethnische Zugehörigkeit, Hautfarbe, nationale Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht diskriminiert fühlen, können Sie eine Beschwerde einreichen. Dies können Sie persönlich, per Post, Fax oder E-Mail tun:

**Saint Agnes Medical Center, z. Hd.: Risk Management
1303 E. Herndon Ave., Fresno, CA 93720
559-450-7475,
E-Mail: Information@samc.com**

Sie können auch eine Beschwerde bei der Stelle für Bürgerrechte des US-Ministeriums für Gesundheit und Sozialdienste (US Department of Health & Human Services, Office of Civil Rights) einreichen. Dies können Sie über die Website, per Post oder per Telefon tun:

**Department of Health & Human Services (Ministerium für Gesundheit und Sozialdienste)
200 Independence Avenue, SW, Room a509F,
HHH Building, Washington, DC 20201
Website <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Telefon 1-800-368-1019 TTY 1-800-537-7697**



Saint Agnes Medical Center

Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233)。

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.)번으로 전화해 주십시오. 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।
परकॉल करें। 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Japanese

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます)まで、お電話にてご連絡ください。1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Punjabi

ਧਿਆਨ ਦੇਣ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).



Saint Agnes Medical Center

Portugese

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233) فراهم می باشد. با تماس بگیرید

Cambodian

ប្រយ័ត្ន: បើសិនអ្នកនិយាយខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាគឺធរសំបុំឈ្មោះ ចូរ ទូរស័ព្ទ ។ 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Thai

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Lao

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Arabic

-ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم - 1 هاتف الصم والبكم- 11 : 559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Hmong

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Samoan

MO LOU SILAFIA: Afai e te tautala Gagana fa'a Sāmoa, o loo iai auaunaga fesoasoan, e fai fua e leai se totogi, mo oe, Telefoni mai: 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Hawaiian

E NĀNĀ MAI: Inā ho'opuka 'oe i ka 'ōlelo [ho'okomo 'ōlelo], loa'a ke kōkua manuahi iā 'oe. E kelepona iā 1- 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).



VERTRAULICHER ANTRAG FÜR FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

Fachdienstleistungen von angeschlossenen Ärzten oder anderen Anbietern können separat berechnet werden. Der Antrag für finanzielle Unterstützung unterliegt deren Richtlinien, Verfahren und den gültigen Vorschriften. Die in diesem Antrag angegebenen Informationen können in Bezug auf die Patientenversorgung an angeschlossene Anbieter übermittelt werden. Saint Agnes Medical Center erkennt die Unantastbarkeit und die Würde jedes Einzelnen an, hält sich an die gültigen Bundes- und Staatsgesetze und lehnt jegliche Diskriminierung ab, u. a. aufgrund von ethnischer Zugehörigkeit, Hautfarbe, nationaler Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht.

Name des Patienten			Geburtsdatum
Straße		Telefonnummer	Telefonnummer für Benachrichtigungen
Stadt/Bundesland/Postleitzahl			Sozialversicherungsnummer
Postanschrift (falls abweichend) oder E-Mail-Adresse, falls bevorzugt			

Machen Sie die folgenden Angaben zu sich selbst (falls Sie nicht der Patient sind), Ehepartner und Familienangehörige:

Name	SVN	Geburtsdatum	Verhältnis zum Patienten

Listen Sie alle Kontonummern und/oder Daten der Leistung auf, für die finanzielle Unterstützung erwogen werden soll.

Name des Patienten	Kontonummer	Leistungsdatum	Medizinische Bilanz

Status Healthcare Marketplace

Haben Sie eine Versicherung beantragt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Falls ja, Name/Kennung
Falls ja, haben Sie sie beantragt über:			<input type="checkbox"/> Medicaid - Staat <input type="checkbox"/> Health Exchange/ Healthcare.gov <input type="checkbox"/> Andere _____
Wurde für Sie ein Versicherungsplan genehmigt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Haben Sie sich für einen Versicherungsplan angemeldet und die Prämie bezahlt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	

Geldvermögen

Girokontoguthaben	Bank:	\$
Sparkontoguthaben	Bank:	\$

Beschäftigung

Arbeitnehmer	Arbeitgeber	Zahlungsperioden	Anzahl von	Jährliches Brutto
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$

Sonstige Einnahmequellen

	Monatlich	Jährlich
Unterhalt	\$	\$
Öffentliches Unterstützungsprogramm Art (z. B. Bargeld, Lebensmittelmarken usw.)	\$	\$
Auszahlungen aus Pensionsplan	\$	\$
Sozialhilfe/soziale Sicherung einer Behinderung	\$	\$
Arbeitslosenunterstützung oder Abfindungszahlung Anzahl der Wochen: _____ Startdatum: _____ Enddatum: _____ Pro Woche \$: _____	\$	\$
Sonstige Einnahmen	\$	\$
Sonstige Einnahmen (von Familie, Freunden, Kirche usw.)	\$	\$

ÜBERPRÜFUNG VON EINKOMMEN UND IDENTITÄT

Falls wir zusätzliche Informationen benötigen, werden Sie telefonisch, per Post oder E-Mail benachrichtigt.

Ich bestätige, dass die obigen Angaben nach meinem besten Wissen vollständig, wahr und genau sind. Es ist mir bewusst, dass die angegebenen Informationen überprüft werden und persönlich und vertraulich behandelt werden. Ich ermächtige die Freigabe sämtlicher Informationen durch das kalifornische Amt für Gesundheitsleistungen (California Department of Health Care Services). **Es ist mir bewusst, dass ich gegebenenfalls Nachweise zu Einnahmen, Ausgaben, Familienangehörigen, Kontoauszügen, Gutscheinen und Steuererklärungen erbringen muss.** Es ist mir auch bewusst, dass ich für die Zahlung sämtlicher vom Saint Agnes Medical Center durchgeführten Leistungen hafte, falls oben falsche Angaben gemacht wurden. Ich weiß, dass ich ausschließlich finanzielle Unterstützung vom Saint Agnes Medical Center und nicht von anderen Gesundheitsdienstleistern oder Ärzten beantrage.

UNTERSCHRIFT:

DATUM:

UNTERSCHRIFT DES EhePARTNERS (falls erforderlich)

DATUM:
