

Antrag auf finanzielle Unterstützung (Financial Assistance Application, FAA)

Demographische Patientendaten

Name des Patienten: Nachname, Vorname, zweiter Vorname	Sozialversicherungsnummer (sofern vorhanden)	Geburtsdatum	Kundennummer Ort der Serviceleistung
Name des Garanten: Nachname, Vorname, zweiter Vorname	Sozialversicherungsnummer (sofern vorhanden)	Geburtsdatum	Beziehung zum Patienten
Patienten-/Garantenadresse	Wohnsitzland	Private Telefonnummer	Weitere Telefonnummer
Stadt	Staat	Postleitzahl	Hausbesitzer? Ja Nein
Haben Sie Medicaid- oder eine andere Unterstützung auf Staats-/Bezirksebene beantragt? (Zutreffendes einkreisen) Ja Nein			
Falls ja, bitte folgende Angaben machen:			
Datum des Antrags:		Status des Antrags:	
Name des Sachbearbeiters:		Telefonnummer des Sachbearbeiters:	

Angaben zum Haushalt

Familienstand:	Verheiratet	Alleinstehend	Getrennt lebend	Geschieden	Verwitwet
Namen von Angehörigen		Verwandtschaft		Geburtsdatum	

Einnahmen aus Beschäftigung / Haushaltsausgaben

Name des Arbeitgebers von Patient/Garant	Monatliches Einkommen: US\$	Bruttoein-	Belege beifügen
Falls Ihr Einkommen US\$ 0 beträgt, bitte erläutern.			Unterlagen beifügen
Name des Arbeitgebers des Ehegatten	Monatliches Einkommen: US\$	Bruttoein-	Belege beifügen
Falls Ihr Einkommen US\$ 0 beträgt, bitte erläutern.			Unterlagen beifügen
Andere Einnahmequellen:	Monatliches Einkommen: US\$	Bruttoein-	Belege beifügen
BEI NHSC-ANTRÄGEN BRAUCHEN AUSGABEN NICHT ANGEGEBEN ZU WERDEN			
Monatliche Haushaltsausgaben	Monatliche Ausgaben: US\$	Gesamtaus-	

WICHTIGER HINWEIS: Um für Unterstützung anspruchsberechtigt zu sein, kann zumindest ein Beleg zum Nachweis von Haushaltseinkommen angefordert werden. Zu derartigen Belegen können unter anderem die letzte Jahressteuererklärung, ein aktuelles W-2-Formular, 1 aktuelle monatliche Lohnabrechnung, ein unterzeichnetes Unterstützungsschreiben usw. gehören.

BITTE VOR DATIERUNG UND UNTERZEICHNUNG DES ANTRAGS DAS NACHSTEHENDE DURCHLESEN

Beachten Sie bitte, dass Sie mit Ihrer Unterschrift zum Ausdruck bringen, sich zur Beifügung von Einkommensbelegen verpflichtet zu haben.

- Ich versichere, dass die von mir gelieferten Informationen nach meinem besten Wissen wahr und korrekt sind.
- Ich werde allein oder mit der Hilfe von Krankenhauspersonal JEDE ART von Hilfe beantragen, die möglicherweise von bundes- bzw. einzelstaatlichen und lokalen Behörden sowie privaten Quellen angeboten wird, um zur Begleichung dieser Arztrechnung beizutragen.
- Ich verstehe, dass mein Antrag auf mögliche Finanzhilfe abgelehnt werden kann, wenn ich mit meinem Gesundheitsdienstleister nicht bezüglich der Überlassung angeforderter Informationen zusammenarbeite.
- Ich verstehe, dass die von mir überlassenen Informationen von meinem Gesundheitsdienstleister sowie von Kreditauskunfteien verifiziert und von bundes- und/oder einzelstaatlichen Behörden und bei Bedarf anderen Instanzen überprüft werden können.
- Ich verstehe, dass für den Erhalt von Unterstützung weitere Informationen angefordert werden können.

Unterschrift (Antragsteller/Garant)	Datum
--	--------------

Schicken Sie den bearbeiteten Antrag und die Dokumente an:

KentuckyOne Health
Attn: Eligibility and Enrollment Services
PO BOX 2587
Louisville, KY 40202
Phone: 502.587.4540
Fax: 502.587.4377

Nur von der Dienststelle auszufüllen

Grund für den Krankenhausbesuch:	FPL %
Gesamtrechnung: US\$	Berichtiger Gesamtbetrag: US\$

Belegunterlagen:

JA

NEIN

Ausweis/Adresse: Führerschein, Ausweis mit Lichtbild oder dergleichen		
Größe/Einkommen der Familie: Steuererklärung, Lohnabrechnung oder dergleichen		

Genehmigung(en):

Name (in Druckbuchstaben)	Name (Unterschrift)	Position	Datum

Bemerkungen: _____

Kontaktangaben:

**Centralized Charity Center
Frisco Assistance Center
P.O. Box 660872
Dallas, TX 75266-0872
1-800-514-4637**

Staat	Krankenhaus	Telefonnummer des Ansprechpartners	Korrespondenz- oder physische Adresse (für den Versand Ihres FAA)
Iowa	Mercy Des Moines	515-247-4199	1055 6th Ave. Des Moines, IA 50314
Iowa	Mercy West Lakes	515-247-4199	1055 6th Ave. Des Moines, IA 50314
Iowa	Mercy Centerville	515-247-4199	1055 6th Ave. Des Moines, IA 50314
Iowa	SKIFF Medical Center	641-787-5435 und 888-474-1083	204 N. 4th Ave. E Newton, IA 50208
Kentucky	Jewish Hospital	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Med Center East	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Med Center Northeast	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Med Center Southwest	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Med Center South	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Jewish Hospital Shelbyville	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Our Lady of Peace	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Saints Mary and Elizabeth Hospital	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Frazier Rehab Institute	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Southern Indiana Rehab	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Saint Joseph Hospital	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202

Kentucky	Saint Joseph East	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Saint Joseph Jessamine	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Saint Joseph London	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Saint Joseph Martin	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Saint Joseph Berea	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Continuing Care Hospital	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	Flaget Memorial Hospital	502-587-4540	PO BOX 2587 Louisville, KY 40202
Kentucky	University of Louisville Hospital	502-562-4943	z. Hd.: Admissions Department 530 South Jackson Street Louisville, KY 40202
Kentucky	St. Joseph Hospital Kentucky One	855-715-4379	Keine Adresse
Kentucky	Saint Joseph Mount Sterling	859-497-5130/859- 497-5157	PO BOX 7 Mt Sterling, KY 40353
Nebraska	CHI Health Saint Elizabeth	402-219-8868	555 S 70th Street Lincoln NE 68510
Nebraska	CHI Health Saint Francis	308-398-5475	2620 W Faidley Avenue Grand Island NE 68003
Nebraska	CHI Health Good Samaritan	308-865-7179	10 East 31st Street Kearney NE 68847
Nebraska	CHI Health Saint Mary's	402-874-5218	1301 Grundman Blvd Nebraska City NE 68410
Nebraska	CHI Health Nebraska Heart	402-328-3792	7440 S 91st Street Lincoln NE 68526
Nebraska	Bergan Mercy	402-717-4800	2301 N. 117th Ave. Ste 100 Omaha NE 68164
Nebraska	Immanuel Medical Center	402-717-4800	2301 N. 117th Ave. Ste 100 Omaha NE 68164
Nebraska	Mercy Council Bluffs	402-717-4800	2301 N. 117th Ave. Ste 100 Omaha NE 68164
Nebraska	Midlands	402-717-4800	2301 N. 117th Ave. Ste 100 Omaha NE 68164
Nebraska	Lakeside	402-717-4800	2301 N. 117th Ave. Ste 100 Omaha NE 68164
Nebraska	Lasting Hope Recovery Center	402-717-4800	2301 N. 117th Ave. Ste 100 Omaha NE 68164

Nebraska	Community Memorial	402-717-4800	2301 N. 117th Ave. Ste 100 Omaha NE 68164
Nebraska	Mercy Corning	402-717-4800	2301 N. 117th Ave. Ste 100 Omaha NE 68164
Nebraska	Memorial Hospital Schuyler	402-717-4800	2301 N. 117th Ave. Ste 100 Omaha NE 68164
Oregon	Mercy Medical (Roseburg, OR) Alle Rechnungen, die bei Mercy Medical mit Meditech bearbeitet werden	541 677-2217	Mercy Medical Center-MECS 2700 NW Stewart Parkway Roseburg, OR 97471
Oregon	St Anthony Hospital (Pendleton, OR) Alle Rechnungen, die mit Meditech bearbeitet werden	541 278-3244	St. Anthony Hospital-MECS 2801 St. Anthony Way Pendleton, OR 97801
Texas	CHI St Luke's Health Memorial Lufkin	936-639-7011 oder 936-639-7829	1201 W Frank Lufkin TX 75904
Texas	CHI St Luke's Health Memorial Livingston	936-639-7011 oder 936-639-7829	1717 59 Bypass Livingston TX 77351
Texas	CHI St Luke's Health Memorial San Augustine	936-639-7011 oder 936-639-7829	511 E Hospital St San Augustine TX 75972
Texas	CHI ST Luke's Health Memorial Specialty	936-639-7011 oder 936-639-7829	1201 Frank Ave Ste D5 Lufkin TX 75904
Texas	Frisco Assistance Center (zentrale Wohlfahrtseinrichtung)	800-374-4637	Financial Assistance Center P.O. Box 660872 Dallas, TX 75266-0872
Texas	St. Joseph Regional Health Center	979-776-3777	2801 Franciscan Drive Bryan, TX 77802
Washington	St Clare	253-792-2220	MECS Department MS 10-30 PO BOX 2197 Tacoma WA 98401-2197
Washington	St Joseph	253-792-2220	MECS Department MS 10-30 PO BOX 2197 Tacoma, WA 98401-2197

Washington	St Elizabeth	253-792-2220	MECS Department MS 10-30 PO BOX 2197 Tacoma, WA 98401-2197
Washington	Highline	253-792-2220	MECS Department MS 10-30 PO BOX 2197 Tacoma, WA 98401-2197
Washington	Harrison	253-792-2220	MECS Department MS 10-30 PO BOX 2197 Tacoma, WA 98401-2197
Washington	St Francis	253-792-2220	MECS Department MS 10-30 PO BOX 2197 Tacoma, WA 98401-2197
Washington	St Anthony	253-792-2220	MECS Department MS 10-30 PO BOX 2197 Tacoma, WA 98401-2197
Washington	St Elizabeth	253-792-2220	MECS Department MS 10-30 PO BOX 2197 Tacoma, WA 98401-2197