



Sehr geehrter Patient, sehr geehrte verantwortliche Partei,

wir stellen Ihnen dieses Antragsformular zur Verfügung, weil Sie möglicherweise zur Teilnahme an unserem **Programm zur finanziellen Unterstützung** qualifiziert sind.

Das beigefügte Formular gilt nur für Rechnungen des Krankenhauses und von dessen Ärzten in Festanstellung. Eine Liste der betreffenden Ärzte finden Sie in unserer Richtlinie über finanzielle Unterstützung, Anhang A. Dieses Formular gilt nicht für sonstige ggf. ausstehende Rechnungen für medizinische Leistungen, beispielsweise für Radiologieleistungen, freiberufliche Ärzte, Krankenwagen usw.

Um für teilweise oder vollständige finanzielle Unterstützung berücksichtigt zu werden, **müssen** Sie das Antragsformular für finanzielle Unterstützung ausfüllen. Die verantwortliche Partei **muss** unten **unterzeichnen** und das ausgefüllte Antragsformular einreichen.

Es ist erforderlich, dass Sie Ihre **aktuelle Steuererklärung** als Begleitdokumentation einreichen. Wenn Sie keine Steuererklärung abgegeben haben, verweisen Sie auf zwei der unten aufgeführten Dokumente und fügen Sie diese bei.

Einkommenssteuererklärung
Lohnabrechnungen
Schriftliche Dokumentation der Einkommensquellen
Kopien aller Kontoauszüge der letzten drei Monate
Unterstützendes W-2-Formular
Unterstützende 1099-Formulare

Wenn Sie die angeforderten Informationen aus irgendeinem Grund nicht bereitstellen können, fügen Sie eine schriftliche Begründung hierfür bei.

Wenn Sie Hilfe beim Ausfüllen des Antragsformulars benötigen oder das ausgefüllte Antragsformular persönlich einreichen möchten, wenden Sie sich unter den folgenden Anschriften an einen unserer Finanzberater:

OU Medical Center
711 SL Young Blvd, Suite 100
Oklahoma City OK, USA

OUMC Edmond
1 S Bryant
Edmond Ok 73034, USA

Bitte rechnen Sie mit dreißig (30) Geschäftstagen Bearbeitungszeit. Wir setzen Sie schriftlich in Kenntnis, ob Sie qualifiziert sind oder nicht.

Denken Sie daran: Wenn Sie dieses Formular einreichen, wird Ihre Rechnung möglicherweise in unser Programm zur finanziellen Unterstützung aufgenommen.

**Schicken Sie das Antragsformular und alle erforderlichen Dokumente an:
Patient Account Services
Attn: Research and Correspondence Dept.
10030 MacArthur Blvd.
Irving, TX 75063, USA.**

ANTRAGSFORMULAR FÜR FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

Name des Krankenhauses _____
 Kontonummer _____
 Name des Patienten _____
 Sozialversicherungsnummer _____
 Name der verantwortlichen Partei _____
 Sozialversicherungsnummer _____
 Anschrift _____ Telefonnummer _____

Abhängige Personen im Haushalt

(Dies betrifft den Ehepartner, Kinder unter 18 Jahren und andere in Ihrer Steuererklärung angegebene Personen)

Name	Alter
(Vorname, zweiter Vorname und Nachname, wenn anders als der des Patienten)	
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Beschäftigung (Patient/Verantwortliche Partei)

Name des Arbeitgebers _____ Stundensatz _____
 Wochenarbeitsstunden _____
 Aktuelles Bruttogehalt pro Woche, Monat oder Jahr (Vor Steuern) _____
 Bei Erwerbslosigkeit: Datum des letzten Arbeitstages _____

Beschäftigung des Ehepartners

Name des Arbeitgebers _____ Stundensatz _____
 Wochenarbeitsstunden _____
 Aktuelles Bruttogehalt pro Woche, Monat oder Jahr (Vor Steuern) _____
 Bei Erwerbslosigkeit: Datum des letzten Arbeitstages _____

Sonstige Einkünfte

	Patient	Ehepartner
Sozialversicherungsbezüge		
Rentenbezüge		
Arbeitslosenbezüge		
Unfallversicherungsbezüge		
Veteranenleistungen		
Mieteinnahmen		
Anteile, Anleihen, Rentensparplan nach 401K		
Dividenden/Zinsen		
Unterhaltszahlungen für Kinder		
Unterhaltszahlungen für Ehepartner		
Sonstiges		



Haben Sie einen Antrag auf Medicaid oder sonstige Unterstützungsleistungen des Bundesstaats/des Landkreises gestellt?

Wenn ja und bekannt: Aktennummer _____ Datum der
Antragstellung _____

Ich, der Unterzeichnende, bestätige, dass ich Anspruch auf finanzielle Unterstützung habe, weil ich für die Bezahlung von Beträgen verantwortlich bin, die aufgrund von erbrachten Leistungen ggf. zur Zahlung fällig sind. Ferner bestätige ich hiermit, dass die oben stehenden Informationen meinem besten Wissen nach der Wahrheit entsprechen und richtig sind. Ich nehme zur Kenntnis, dass die eingereichten Informationen einer Überprüfung unterzogen werden. Während des Überprüfungsverfahrens kann eine Kreditauskunft angefordert werden, um die in diesem Antragsformular angegebenen Informationen zu bestätigen und um festzustellen, ob ich für finanzielle Unterstützung qualifiziert bin. Ich nehme zur Kenntnis, dass das Fälschen von Informationen oder ein unvollständig ausgefülltes Antragsformular meine Berücksichtigung für das Programm gefährden kann.

Unterschrift: _____

Datum: _____

Post an: Patient Account Services, Research & Correspondence Dept, 10030 MacArthur Blvd, Irving, TX 75063, USA