

Datum/Daten der Behandlung oder
Kontonummer
Nummer(n)*:

Antrag auf Finanzielle Unterstützung

Nur für Verwaltungszwecke

Initialen des Finanzberaters
(FC):

Dieser Antrag dient als Ihr Gesuch auf finanzielle Unterstützung bei den oben aufgeführten Krankenhäusern. Um Ihre Versorgung effizienter zu verwalten, gilt: Wird dieser einzelne Antrag genehmigt, sind Sie für Unterstützungsleistungen in jedem dieser Krankenhäuser des Northern Light Health-Systems anspruchsberechtigt. Ihr vollständig ausgefüllter Antrag wird ausschließlich im gesetzlich zulässigen oder vorgeschriebenen Umfang zwischen diesen Krankenhäusern weitergegeben.

PATIENT/ANTRAGSTELLER		BESCHÄFTIGUNGSMITTELMER				NICHT BESCHÄFTIGT?	
NAME:		NAME DES ARBEITGEBERS:				LETZTER ARBEITSTAG:	
SOZIALVERSICHERUNG SNUMMER (freiwillig):	Geburtsdatum:	EINSTELLUNGSDATUM:					
		BERUFSBEZEICHNUNG:					
MOBIL-/FESTNETZNUMMER:		TELEFON:					
ANSCHRIFT:		ANSCHRIFT:				BITTE ERLÄUTERN:	
E-MAIL (freiwillig):		FAMILIENSTAND (freiwillig):					
FAMILIENINFORMATIONEN: Für die Anspruchsberechtigung auf Unterstützung im Rahmen der Wohlfahrtspflege („Charity Care“) umfasst „Familie“ Personen, die durch Geburt, Heirat oder Adoption miteinander verbunden sind, im selben Haushalt leben und eine rechtliche Unterhaltspflicht haben. Bitte führen Sie die in Ihrem Haushalt lebenden Familienmitglieder auf.						(Nur für die Praxis/Verwaltung) Krankenakten-Nr.	
		Beziehung	Geburtsdatum:	Beantragt diese Person ebenfalls finanzielle Unterstützung? Ja/Nein	Jahreseinkommen	Name des aktuellen Krankenversicherungsplans	(Nur für interne Verwendung) MRN-Nr.

HAT JEMAND IN IHREM HAUSHALT IN DEN LETZTEN 3 MONATEN MAINECARE BEANTRAGT? _____ WENN JA: BITTE FÜGEN SIE EINE KOPIE DES BEWILLIGUNGS- ODER ABLEHNUNGSBESCHEIDS BEI.	WENN EINE PERSON IN IHREM HAUSHALT VERSICHERT IST, FÜGEN SIE BITTE EINE KOPIE DER VERSICHERUNGSKARTE(N) BEI. BITTE ÜBERPRÜFEN SIE, OB DIE VERSICHERUNG ÜBER DEN VERSICHERUNGSMARKTPLATZ ABGESCHLOSSEN WURDE. Ja/Nein
--	--

*Konten sind nur dann für dieses Programm berechtigt, wenn das Datum des Antrags auf finanzielle Unterstützung innerhalb von 240 Tagen nach dem Datum der ersten Abrechnung für das jeweilige Konto liegt.

Bruttohaushaltseinkommen <u>pro Monat</u>	Antragsteller	Mitantragsteller
Löhne und Gehälter		
Mieteinnahmen (ausgenommen Native Americans/Alaska Natives)		
Einkünfte aus der Sozialversicherung/Renteneinkünfte		
Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit		
Militärbezüge/Pension		
Erwerbsminderungsleistungen der Sozialversicherung (SSDI)		
Arbeitslosengeld		
Unterhaltszahlungen (bei Scheidung vor dem 01.01.2019)		
TANF oder allgemeine Unterstützungsleistungen		
Aufwandsentschädigungen (z. B. für Trainer, Geistliche usw.)		
Unterstützungsschreiben / finanzielle Hilfe von Familie oder Freunden		
Sonstige steuerpflichtige Einkünfte		
GESAMT	\$	\$

UNTERSCHRIFTEN:			
PATIENT/ANTRAGSTELLER	DATUM	MITANTRAGSTELLER	DATUM

Anleitung und Arbeitsblatt zum Antrag auf finanzielle Unterstützung

Vielen Dank, dass Sie einen Antrag auf finanzielle Unterstützung bei Northern Light Health angefordert haben. Bevor eine Entscheidung getroffen werden kann, benötigen wir einige Angaben und Unterlagen. Ihr Antrag muss vollständig ausgefüllt sein und alle Mitglieder Ihres Haushalts umfassen. Für alle **Haushaltsmitglieder** müssen entsprechende Einkommensnachweise vorgelegt werden. Patienten werden bei der Beantragung verfügbarer Krankenversicherungen/MaineCare und/oder Leistungen Dritter unterstützt. Um anspruchsberechtigt zu sein, müssen Sie gemäß 22 MRSA 1716-A Ihren Wohnsitz im Bundesstaat Maine haben; Nichtansässige werden nur für Notfallbehandlungen berücksichtigt. **Füllen Sie das untenstehende Arbeitsblatt aus, um festzustellen, welche Unterlagen erforderlich sind.**

✓ **GILT FÜR ALLE ZUTREFFENDEN FÄLLE BEI ALLEN MITGLIEDERN IHRES HAUSHALTS**

WENN EINE PERSON.....

✓ FELD

SIND FOLGENDE KOPIEN EINZUREICHEN:

Einkünfte aus unselbstständiger Tätigkeit (vor Abzügen)		Aktuelle Gehaltsabrechnungen oder Entgeltabrechnungen von jeder Beschäftigung, aus denen die letzten 13 Wochen oder die letzten 12 Monate des Bruttoeinkommens hervorgehen
Mieteinnahmen (ausgenommen Native Americans/Alaska Natives)		Gewinn- und Verlustrechnung der letzten 13 Wochen oder der letzten 12 Monate
Selbstständig		Gewinn- und Verlustrechnung der letzten 13 Wochen oder der letzten 12 Monate
Arbeitslos und Bezug von Arbeitslosenleistungen		Wöchentlicher Leistungsnachweis mit Angabe des Bruttoeinkommens der letzten 13 Wochen Zur Anforderung eines Schreibens: Telefon 1-800-593-7660 oder https://www.maine.gov/labor/unemployment
Unterhaltszahlungen oder militärische Familienzuzuwendungen		Unterhalt (bei Scheidung vor dem 01.01.2019) – Leistungs- oder Bewilligungsbescheid oder Nachweis der letzten 13 Wochen bzw. der letzten 12 Monate über Bruttoeinkünfte/Zahlungen
Bezug von kurz- oder langfristigen Invaliditätsleistungen		Leistungs- oder Bewilligungsbescheid mit Angabe des Bruttoeinkommens der letzten 13 Wochen oder der letzten 12 Monate (Bestätigungsschreiben, falls der Anspruch noch geprüft wird)
Bezug von Sozialversicherungsleistungen/Erwerbsminderungsleistungen (SSI/SSDI)		Aktueller Leistungsbescheid für das laufende Jahr. Sie können eine Kopie Ihres Leistungsbescheids anfordern, indem Sie 1-877-405-1448 (Raum Bangor) oder 1-877-319-3076 (Raum Portland) anrufen.
Dividenden, Zinsen, Lizenzgebühren aus Nachlässen oder Treuhandvermögen		Nachweis der letzten 13 Wochen oder der letzten 12 Monate über Bruttoeinkünfte/-zahlungen
Im Ruhestand und Bezug von Rentenleistungen		Leistungsbescheid oder Kontoauszug (z. B. 401(k), IRA usw.), aus dem das Bruttoeinkommen der letzten 13 Wochen hervorgeht
Bezieht TANF-Leistungen oder allgemeine Sozialhilfe		Entscheidungsschreiben des Department of Health and Human Services (DHHS)
Nicht erwerbstätig, aber Sie erhalten Unterstützung durch Freunde oder Familie		Legen Sie ein Schreiben vor, in dem die von Ihnen erhaltene Unterstützung erläutert wird und das von der unterstützenden Person unterschrieben ist.
Student		Wenn Sie in der Steuererklärung einer anderen Person als unterhaltsberechtigter Person angegeben sind, kann es sein, dass Sie Angaben zu deren Unterstützungsleistungen machen müssen.

**Bitte reichen Sie Kopien der oben genannten Einkommensnachweise ein; Originale werden nicht zurückgesandt.*

Zur Prüfung eines Anspruchs auf finanzielle Unterstützung werden Patienten bei der Beantragung verfügbarer Versicherungsdeckung/MaineCare und/oder sonstiger Drittanbieter-Programme unterstützt.

***Wenden Sie sich an Ihre örtliche Dienststelle des Department of Health and Human Services (DHHS) unter:**

1-800-442-6003 oder besuchen Sie:

<https://www.maine.gov/benefits/account/login.html>

Hinweis: Wenn Sie kürzlich einen Antrag beim DHHS gestellt haben, informieren Sie uns bitte und senden Sie uns nach Erhalt eine Kopie des Entscheidungsschreibens zu.

**Wenn das DHHS Ihren Antrag wegen zu hoher Einkünfte ablehnt, können Sie dennoch im Rahmen eines Selbstbehalts („spenddown“) anspruchsberechtigt sein.*

- ❖ Ihr Antrag muss unterschrieben und datiert sein und die Richtigkeit der gemachten Angaben bestätigen.
- ❖ Wenn Sie Fragen zum Antragsverfahren haben, rufen Sie bitte die auf Ihrer Rechnung angegebene Telefonnummer an.
- ❖ Wenn Sie die erforderlichen Angaben nicht machen, verzögert sich die Bearbeitung Ihres Antrags oder Ihr Antrag wird abgelehnt.
- ❖ Bitte beachten Sie, dass falsche Angaben zur Ablehnung der finanziellen Unterstützung führen und der Antragsteller die Kosten für die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen selbst zu tragen hat.
- ❖ Bitte beachten Sie, dass das vorsätzliche Einreichen falscher Angaben rechtswidrig ist.
- ❖ Postanschriften für Anträge:

Northern Light Acadia Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Inland Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000
Northern Light AR Gould Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Maine Coast Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000
Northern Light Blue Hill Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Mayo Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000
Northern Light CA Dean Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Mercy Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000
Northern Light Eastern Maine Medical Center Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Seabasticook Valley Health Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000

Erklärung zur Nichtdiskriminierung

Northern Light Health und seine verbundenen Unternehmen (Northern Light Health) halten sich an die geltenden Bürgerrechtsgesetze und schließen niemanden aus oder diskriminieren niemanden aufgrund von Rasse, Hautfarbe, nationaler Herkunft, ethnischer Zugehörigkeit, Alter, geistiger oder körperlicher Leistungsfähigkeit oder Behinderung, politischer Zugehörigkeit, Religion, Kultur, sozioökonomischem Status, genetischen Informationen, Veteranenstatus, Geschlecht – einschließlich Geschlechtsmerkmale, intersexuelle Merkmale, Schwangerschaft oder damit verbundene Zustände –, sexueller Orientierung, Geschlechtsidentität oder -ausdruck oder Sprache.

Northern Light Health bietet kostenlose Dienste an, die Menschen dabei helfen, wirksam zu kommunizieren:

- Qualifizierte Fremdsprachendolmetscherinnen und -dolmetscher
- Qualifizierte Gebärdensprachdolmetscherinnen und -dolmetscher
- Schriftliche Informationen in anderen Sprachen.
- Schriftliche Informationen in anderen Formaten (Großdruck, Audio, barrierefreie elektronische Formate und andere Formate)

Wenn Sie der Ansicht sind, dass Northern Light Health oder eines seiner verbundenen Unternehmen diese Leistungen nicht erbracht oder in irgendeiner Weise Diskriminierung betrieben hat, oder wenn Sie Fragen haben oder Hilfe bei der Einreichung einer Beschwerde in Bezug auf Bürgerrechte, Glaubens- oder Religionsfreiheit oder den Datenschutz bei Gesundheitsdaten benötigen, können Sie sich an Northern Light Health oder das Bundesamt für Bürgerrechte (Office of Civil Rights, OCR) wenden:

Northern Light Health 1557 Civil Rights Coordinator 43 Whiting Hill Road, Suite 200 Brewer, ME 04412 1-866-769-8363, TTY-711 (Maine) nondiscrimination@northernlight.org privacy@northernlight.org	Zentralisierte Fallbearbeitung U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201, USA 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD-Geräte) OCRMail@hhs.gov https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
--	--

Es stehen Ihnen kostenlose Sprachhilfedienste zur Verfügung. Bitte teilen Sie uns Ihre Muttersprache mit, damit wir eine(n) Dolmetscher(in) bereitstellen können, der Sie bei Ihrer Behandlung unterstützt.

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement.

Appelez le 1-888-986-6341 (ATS: 711).

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Oromo (Cushite): XIYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-888-986-6341 (TTY: 711).

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 1-888-986-6341 (TTY: 711)。

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Tagalog (Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Cambodian (Khmer): ប្រសិនបើ អ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, អ្នកនឹងទទួលបានសេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទ ១៨៨៨-៩៨៦-៦៣៤១ (TTY: ៧១១)។

អ្នក ១ ៨៨៨ ៩៨៦ ៦៣៤១ (TTY: ៧១១)។

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.

З в о н и т е 1-888-986-6341 (телетайп: 711).

Arabic: (والبكم الصم هاتف 711) برقم اتصل. بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن، اللغة اذكر تتحدث كنت إذا: ملحوظة 1-888-986-6341 رقم:

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-986-6341 (TTY:

711)번으로 전화해 주십시오.

Thai: เรียน: ถ้า

คุณพูดภาษาไทยคุณ สามารถใช้ บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรีโทร1-888-986-6341 (TTY: 711).

Nilotic (Dinka): PIN KENE: Na ye jam në Thuonjan, ke kuony yenë kɔc waar thook ato kuka lëu yök abac ke cîn wënh cuatë piny. Yuopë 1-888-986-6341 (TTY: 711).

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。1-888-986-6341（TTY:711）まで、お電話にてご連絡ください。

Polish: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-888-986-6341 (TTY: 711).