

Vernon Memorial Healthcare, Inc.
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:			
<input type="checkbox"/> Vollzeit		<input type="checkbox"/> Vollzeit	
<input type="checkbox"/> Teilzeit		<input type="checkbox"/> Teilzeit	
<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Beschäftigungslos <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Im Ruhestand		<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Beschäftigungslos <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> 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:

<input type="checkbox"/> Medicaid anspruchsberechtigt, aber nicht für Leistungsdatum oder für nicht abgedeckte Leistungen	
<input type="checkbox"/> Ich bin krankenversichert, aber nicht für das Leistungsdatum, oder Leistung war nicht abgedeckt bzw. wurde nicht auf Selbstbehalt angerechnet	
<input type="checkbox"/> Verstorben ohne Vermögen	
<input type="checkbox"/> Freistellung aus religiösen Gründen (Bundesstaatliche Befreiung gemäß Affordable Care Act)	

LEGEN SIE ALLE NACHFOLGENDEN UNTERLAGEN VOR:

<input type="checkbox"/> Aktuelle Steuererklärung	<input type="checkbox"/> Brief, in dem Ihre finanzielle Lage beschrieben wird
<input type="checkbox"/> Giro- und Sparkontoauszüge (letzte 3 Monate beifügen)	<input type="checkbox"/> 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: \$	

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 Memorial Hospital am Anmeldeschalter in der Haupthalle abgegeben oder postalisch an folgende Adresse gesendet werden:

Vernon Memorial Healthcare-Patient Accounts

507 S. Main Street

Viroqua, WI 54665

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