



NAME DES PATIENTEN:
KONTO-NR.:

vielen Dank, dass Sie den Community Medical Centers die Möglichkeit geben, sich um Ihre Gesundheitsversorgung zu kümmern.

Ein Antrag auf finanzielle Unterstützung ist beigefügt, um festzustellen, ob ein finanzieller Härtefall vorliegt. Wenn Sie an einer Antragstellung interessiert sind, füllen Sie bitte den Antrag aus und senden Sie ihn innerhalb der nächsten (15) fünfzehn Arbeitstage an uns zurück. Bitte fügen Sie Ihrer Bewerbung eine Kopie der folgenden Dokumente bei:

Einkommensnachweis für alle Familienmitglieder im Haushalt:

1. Drei (3) aktuelle Lohnabrechnungen, W-2 [Lohnausweis] oder die zuletzt eingereichte Steuererklärung *oder*
2. Falls Sie selbständig sind, legen Sie bitte die zuletzt eingereichte Steuererklärung (einschließlich Anlage C) vor *oder*
3. Falls Sie arbeitslos sind, fügen Sie bitte eine Bescheinigung über die Zahlung von Arbeitslosengeld bei *oder*
4. Ruhestands- / Rentenbescheinigung (falls zutreffend) *oder*
5. Falls Sie staatliche Unterstützung erhalten, legen Sie bitte einen Nachweis über die Berechtigung / aktuelle Inanspruchnahme eines der folgenden staatlichen Programme vor: Medicare Savings Program [*Sparprogramm*], Cal WORKS, Cal Fresh (Lebensmittelmarken), SSI/SSP (Zusatzeinkommen der Sozialversicherung/staatliche Zusatzzahlungen) oder WIC (Frauen, Säuglinge und Kinder)

Patienten, die krankenversichert sind, **müssen** auch Unterlagen vorlegen, die belegen, dass in den letzten 12 Monaten 10 % des Familieneinkommens für medizinische Leistungen gezahlt wurden **oder** geschuldet werden. Alle laufenden Salden, Arztrechnungen/Quittungen, Apotheken- und Krankenversicherungsprämien können auf die 10% angerechnet werden.

Community Medical Centers hat sich dem Dienst an unserer Gemeinschaft verschrieben. Wir freuen uns, dass wir Ihnen in der Zeit der Not helfen konnten.

Wenn Sie Fragen zu diesem Konto oder zu den erforderlichen Unterlagen haben, rufen Sie uns bitte unter (559) 459-3939 oder (800) 773-2223 Option Nr.3 an. Ein unvollständiger Antrag kann nicht bearbeitet werden.

Senden Sie den ausgefüllten und unterzeichneten Antrag und die Unterlagen an die unten angegebene Adresse oder per Fax an (559) 230- 8505:

Patient Financial Services
Community Medical Centers
PO Box 1232
Fresno, CA 93715-9889

Datum der Abgabe/des Versands des Formulars _____ Rücksendung des Formulars bis _____

CMC Antrag auf finanzielle Unterstützung

NAME DES PATIENTEN	PATIENTENKONTONR.
	KRANKENAKTENNR.

I. PATIENT / VERANTWORTLICHER

NACHNAME	VORNAME ERSTER BUCHSTABE DES ZWEITEN VORNAMEN
ANSCHRIFT	SOZIALVERSICHERUNGSNR.
	TELEFON
	MOBILTELEFON
NAME DES ARBEITGEBERS	DIENSTTELEFON
	MONATLICHES BRUTTOEINKOMMEN \$

II. EHEPARTNER / LEBENSGEFÄHRTE

NACHNAME	VORNAME ERSTER BUCHSTABE DES ZWEITEN
ANSCHRIFT	SOZIALVERSICHERUNGSNR.
	TELEFON
	MOBILTELEFON
NAME DES ARBEITGEBERS	DIENSTTELEFON
	MONATLICHES BRUTTOEINKOMMEN \$

III. INFORMATIONEN ZUM HAUSHALT

Bitte Ehepartner, Lebensgefährten und unterhaltsberechtignte Kinder unter 21 Jahren angeben. Wenn der Patient minderjährig ist, alle Eltern, Verwandten, die für ihn sorgen, und (Geschwister unter 21 Jahren) auflisten.

NAME	GEBURTSDATUM	BEZIEHUNG

PERSONEN IM HAUSHALT INSGESAMT:

IV. MONATLICHES BRUTTOEINKOMMEN	
Monatliches Einkommen des Patienten / des Verantwortlichen	\$
Monatseinkommen des Ehegatten / Lebensgefährten (falls zutreffend)	\$
Renteneinkommen	\$
Erhaltene Alimente / Unterhaltszahlungen	\$
Arbeitslosigkeit oder Berufsunfähigkeit	\$
Sozialversicherung / Sozialversicherte Invalidität	\$
Sonstiges Einkommen	\$
Falls Alimente / Unterhaltszahlungen gezahlt werden, bitte hier abziehen	-\$
GESAMTES MONATLICHES BRUTTOEINKOMMEN =	\$

V. SONSTIGE ANGABEN		
	Ja	Nein
Sind Sie über 18 Jahre alt und in der Einkommensteuererklärung Ihrer Eltern als unterhaltsberechtigter eingetragen?		
Nehmen Sie das Folgende in Anspruch: Medicare Savings Program [<i>Sparprogramm</i>], Cal WORKS, Cal Fresh (Lebensmittelmarken), SSI/SSP (Zusatzeinkommen der Sozialversicherung/staatliche Zusatzzahlungen) oder WIC (Frauen, Säuglinge und Kinder)		
Sind Sie krankenversichert?		
Wurde der Aufenthalt durch Dritte verursacht, z. B. durch einen Autounfall oder durch Ausrutschen und einen Sturz?		
Haben Sie Medi-Cal oder Medicare beantragt?		
Haben Sie Covered California beantragt?		

UNVOLLSTÄNDIGE ODER BETRÜGERISCHE ANTRÄGE WERDEN ABGELEHNT
<p>MIT DEM AUSFÜLLEN DIESES FINANZIELLEN BERICHTS BESTÄTIGE ICH, DASS DIE OBIGEN ANGABEN RICHTIG UND VOLLSTÄNDIG SIND, UND ERKLÄRE MICH MIT EINER WEITEREN ÜBERPRÜFUNG DURCH COMMUNITY MEDICAL CENTERS EINVERSTANDEN.</p> <p>UNTERSCHRIFT: _____</p> <p>NAME IN GROSSBUCHSTABEN: _____</p> <p>DATUM: _____</p> <p>BEZIEHUNG, SOFERN ES SICH NICHT UM EINEN PATIENTEN HANDELT: _____</p>

Senden Sie den ausgefüllten Antrag und die Unterlagen per Post an die unten stehende Adresse oder per Fax an (559) 230-8505:

Patient Financial Services
Community Medical Centers
PO Box 1232
Fresno, CA 93715-9889