



0332

ANWEISUNGEN ZUR BEANTRAGUNG FINANZIELLER UNTERSTÜTZUNG

1. Bitte füllen **Sie** alle Bereiche des beigefügten Antragsformulars aus. Wenn ein Bereich nicht auf Sie zutrifft, geben Sie n. z. in das vorgesehene Feld ein.
2. Verwenden Sie ein zusätzliches Blatt, wenn Sie mehr Platz benötigen, um eine Frage zu beantworten.
3. Sie müssen beim Einreichen dieses Antrags Einkommensnachweise vorlegen. Die folgenden Dokumente gelten als Einkommensnachweise:

Wenn Sie eine Einkommenssteuererklärung abgegeben haben, müssen Sie die folgenden Kopien einreichen:

- a. Einkommenssteuerbescheid (Formular 1040) des aktuellsten Jahres. Sie müssen alle Zeitpläne und Anhänge beifügen, die Sie an die Steuerbehörde gesendet haben.

Wenn Sie keine Einkommenssteuererklärung abgegeben haben, reichen Sie bitte Folgendes ein:

- a. Die zwei (2) letzten Gehaltsabrechnungen; und
- b. Ein Schreiben, in dem Sie erläutern, warum Sie keinen Einkommenssteuerbescheid abgeben.

Wenn Sie kein Einkommen bzw. Nachweise über Einkommen haben, erläutern Sie bitte schriftlich, wovon Sie selbst/Ihre Familie den Lebensunterhalt bestreitet.

4. Ihr Antrag auf Unterstützung kann erst bearbeitet werden, wenn alle Informationen vorliegen.
5. Es ist wichtig, dass Sie den Antrag auf finanzielle Unterstützung ausfüllen und zusammen mit sämtlichen erforderlichen Anhängen innerhalb von **vierzehn (14) Tagen** einsenden.
6. Sie müssen den Antrag auf finanzielle Unterstützung datieren und unterzeichnen. Wenn der Patient/die verantwortliche Partei und der Ehegatte Informationen einreichen, müssen beide den Antrag unterschreiben.
7. Wenden Sie sich bei Fragen unter (909) 651-4177 Montags bis Donnerstags zwischen 9.00 Uhr und 17.00 Uhr und Freitags von 9.00 Uhr bis 14.00 Uhr (Am Wochenende und an Feiertagen geschlossen) an die Patient Business Office. An Wochenenden, Feiertagen und nach Büroschluss wenden Sie sich zur Unterstützung bitte an einen Mitarbeiter der Anmeldung.
8. Senden Sie den ausgefüllten Antrag und alle erforderlichen Dokumente an:

Loma Linda University Medical Center
Patient Business Office
P.O. Box 700
Loma Linda, CA 92354



LOMA LINDA
UNIVERSITY
MEDICAL CENTER

Loma Linda University Medical Center
ANWEISUNGEN ZUR BEANTRAGUNG
FINANZIELLER UNTERSTÜTZUNG

Seite 1 von 3

PATIENTENIDENTIFIKATION

19-0332 (2-15)

ANWEISUNGEN ZUR BEANTRAGUNG FINANZIELLER UNTERSTÜTZUNG

Der Zweck dieses Formulars besteht darin, den Anspruch des Patienten/der verantwortlichen Partei auf finanzielle Unterstützung gemäß der Loma Linda University Medical Center-Richtlinie zur wohltätigen Versorgung/rabattierten Versorgung zu prüfen.

NAME PATIENT/VERANTWORTLICHE
PARTEI (Bürge) _____

NAME
EHEGATTE _____

ADRESSE

TELEFONNUMMER
Privat: _____
Dienstlich: _____

SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER
Patient/verantwortliche Partei _____

Ehegatte _____

FAMILIENSTAND (alle Unterhaltsberechtigten angeben)

Name	Alter	Beziehung

BESCHÄFTIGUNGSSTATUS

Patient/verantwortliche Partei

Arbeitgeber

Patient/verantwortliche Partei _____

Position _____

Arbeitgeber _____

Kontaktperson _____

Arbeitgeberkontakt _____

Telefon _____

Arbeitgeber des Ehegatten

Position des Ehegatten _____

Arbeitgeber _____

Kontaktperson _____

Arbeitgeberkontakt _____

Telefon _____



EINKOMMEN

	Patient/Bürge	Ehegatte
1. Bruttogehälter und Lohn/Jahr (vor Abzügen)	\$ _____	\$ _____
2. Einkommen aus Selbstständigkeit/Jahr	\$ _____	\$ _____
3. Anderes Einkommen:		
a. Zinsen und Dividenden	\$ _____	\$ _____
b. Immobilienvermietung und -verpachtung	\$ _____	\$ _____
c. Sozialversicherung	\$ _____	\$ _____
d. Alimente	\$ _____	\$ _____
e. Unterhaltszahlungen	\$ _____	\$ _____
f. Arbeitslosigkeit/Behinderung	\$ _____	\$ _____
g. Sozialleistungen	\$ _____	\$ _____
h. Alle anderen Quellen (Liste beifügen)	\$ _____	\$ _____
Gesamtes Einkommen (obige Zeilen 1-3h hinzufügen)	\$ _____	\$ _____

UNGEWÖHNLICHE AUFWENDUNGEN

Bitte geben Sie Informationen zu ungewöhnlichen Aufwendungen an, wie z. B. medizinische Rechnungen, Insolvenz, Gerichtsurteile oder Entschädigungszahlungen (ggf. Liste beifügen).

Beschreibung	Betrag

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie/wir, dass die angegebenen Informationen nach bestem Wissen und Gewissen wahr und richtig sind. Ich/wir ermächtigen LLUMC, jegliche in diesem Antrag angegebenen Information zu verifizieren. Ich/wir willigen ausdrücklich ein, dass mein/unser Arbeitgeber kontaktiert werden darf.

 Unterschrift des Patienten/der verantwortlichen Partei Beziehung zum Patienten Datum

 Unterschrift des Ehegatten Datum



PATIENTENIDENTIFIKATION