

Finanzielle Unterstützung

Sanford Health hat es sich zur Aufgabe gemacht, unseren Patienten eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu bieten. Wir sind uns bewusst, dass die Bezahlung dieser Leistungen für Sie zu diesem Zeitpunkt eine finanzielle Notlage sein kann. Deshalb bieten wir Ihnen die Möglichkeit, eine finanzielle Unterstützung für unser Gesundheitssystem zu beantragen.

In der Anlage zu diesem Brief finden Sie einen Antrag, der Ihre finanzielle Situation zeigt. Sie müssen dieses Dokument vollständig ausfüllen, um unsere finanzielle Unterstützung in Anspruch nehmen zu können. Wenn Ihre finanzielle Situation die von Sanford Health festgelegten Kriterien erfüllt, kann ein Teil oder der gesamte Rechnungsbetrag erlassen werden.

Bitte legen Sie neben einem ausgefüllten Antrag folgendes bei:

- **Kopie Ihrer letzten Federal 1040 Steuererklärung, einschließlich aller anwendbaren Zeitpläne ODER Nachweis der Nichteinreichung durch den IRS (besuchen Sie die IRS-Website unter www.irs.gov)**

UND EINES DER FOLGENDEN:

- **Kopie der letzten beiden Gehaltsabrechnungen für jeden Gehaltsempfänger, der zum Haushaltseinkommen beiträgt**
- **Sozialversicherungs-Bewilligungsschreiben oder letztes Formular 1099, wenn Sie Sozialversicherung beziehen (Wenn Sie Sozialversicherung beziehen und ein anderes Einkommen haben, legen Sie bitte einen Nachweis über zusätzliches Einkommen vor)**

Wir sind uns bewusst, dass Ihr Einkommen aus früheren Steuerunterlagen Ihre aktuellen Umstände möglicherweise nicht angemessen widerspiegelt. Wenn ja, fügen Sie bitte eine kurze Notiz bei, die Ihre aktuelle finanzielle Situation mit allen relevanten Änderungen beschreibt.

Nach Prüfung Ihrer Bewerbung teilen wir Ihnen unsere Entscheidung innerhalb von 30 Tagen nach Eingang schriftlich mit. Wenn sich Ihre finanzielle Situation seit der Einreichung Ihres ursprünglichen Antrags geändert hat, können Sie innerhalb von 30 Tagen ab dem Datum Ihres Feststellungsschreibens Widerspruch einlegen. Wenn Sie über Ihr Konto besprechen möchten, Fragen haben oder Widerspruch einlegen möchten, wenden Sie sich bitte an Sanford Patient Financial Services unter (877) 629-2999. Unsere Geschäftszeiten sind Montag - Donnerstag 7.00 - 18.00 Uhr und Freitag 7.00 - 17.00 Uhr.

An Einwohner von Minnesota, die Dienstleistungen in Gesundheitseinrichtungen von Sanford empfangen, die in Minnesota gelegen sind: Wenn Sie der Meinung sind, dass Ihre Bedenken nicht ausgeräumt wurden, wenden Sie sich bitte zuerst an Patient Financial Services von Sanford unter (877)629-2999 und geben Sie uns die Möglichkeit, Ihre Bedenken auszuräumen. Wenn Sie weiterhin Bedenken haben, die nicht ausgeräumt wurden, können Sie sich an die Generalstaatsanwaltschaft von MN unter (651)296-3353 oder (800)657-3787 wenden.

Bitte beantworten Sie diese Anfrage innerhalb von 30 Tagen und senden Sie sie per **SECURE FAX** an (800)544-5967 oder per **POST** an Sanford Health, PO Box 2010, Fargo, ND 58122-2482.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen.

Mit freundlichen Grüßen



Submit application to:
 Sanford Health
 PO Box 2010
 Fargo, ND 58122-2482
 OR
 Secure Fax: 800-544-5967

Antrag auf finanzielle Unterstützung

Demografie

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Sozialversicherungsnummer: _____
 Name des Ehepartners: _____ Geburtsdatum: _____ Sozialversicherungsnummer: _____
 Familienstand: ___ Ledig ___ Verheiratet ___ Geschieden ___ Verwitwet ___
 Adresse: _____ Ort: _____ Staat: _____ Postleitzahl: _____
 Mobiltelefon (Eigenes): _____ Mobiltelefon (Ehepartner): _____ Telefonnummer zu Hause: _____

Bitte geben Sie alle unterhaltsberechtigten Personen unter 18 Jahren an, die in Ihrem Haushalt leben

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Name: _____ Geburtsdatum: _____
 Name: _____ Geburtsdatum: _____ Name: _____ Geburtsdatum: _____
 Name: _____ Geburtsdatum: _____ Name: _____ Geburtsdatum: _____

Einkommen

Eigenes	Monatliches Bruttoeinkommen	Ehepartner
\$	Bruttoeinkommen/Arbeitslosigkeit/Arbeitsunfallversicherung	\$
\$	Sozialversicherung/SSI/SSDI	\$
\$	Selbstständige Erwerbstätigkeit/Vermietungseinkünfte/Tantiemen/Vermögen/Trusts	\$
\$	Ruhestand/Pension/Renten/Veteranenleistungen	\$
\$	Kindergeld/Ehegattenunterhalt/öffentliche Unterstützung	\$
\$	Sonstiges/Sonstige Erträge: _____	\$
\$	Gesamteinkommen (Bitte legen Sie Nachweise über alle Einkünfte vor)	\$

Wie viel von Ihrer Sanford-Rechnung zahlen Sie bzw. können Sie pro Monat bezahlen? _____

Abtretung der Rechte (Bitte sorgfältig lesen)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Angaben in diesem Antrag und in den beigefügten Unterlagen nach bestem Wissen und Gewissen richtig sind. Mir ist bekannt, dass die Informationen vertraulich behandelt werden und ich möglicherweise aufgefordert werde, zusätzliche Informationen zu liefern. Mir ist bekannt, dass mein Antrag auf finanzielle Unterstützung nur dann geprüft werden kann, wenn ich alle verlangten Angaben gemacht habe. Sanford Health hat keine Zusicherungen gegeben, dass eine finanzielle Unterstützung garantiert wird.

Name (Druckschrift): _____ Unterschrift: _____ Datum: _____

Ehepartner (Druckschrift): _____ Unterschrift: _____ Datum: _____