



## So beantragen Sie Hilfe bei medizinischen Rechnungen bei Scripps

Bevor Sie das Formular ausfüllen, vergewissern Sie sich, dass Sie alles gelesen haben.

Bei der Beantragung von Unterstützung bei der Bezahlung Ihrer medizinischen Versorgung bei Scripps werden wir zwei verschiedene Programme in Betracht ziehen. Das eine ist das Scripps Charity-Care-Programm, das andere das Discount-Payment-Programm. Ihre Familie muss einen bestimmten Betrag oder weniger verdienen, um Anspruch auf Unterstützung aus diesen Programmen zu haben.

Für das Scripps Charity-Care-Programm:

- Ihre Familie muss 200 % oder weniger der bundesstaatlichen Armutsrichtlinien verdienen, um die volle Unterstützung zu erhalten.
- Sie haben möglicherweise Anspruch auf Unterstützung oder Ermäßigungen, wenn das Einkommen Ihrer Familie etwas höher ist, nämlich zwischen 201 % und 400 % dieser Empfehlung.

Um feststellen zu können, wie wir Ihnen am besten helfen können, ist es wichtig, dass Sie Scripps alle Informationen zur Verfügung stellen, die wir anfordern. Innerhalb von 30 Tagen, nachdem Sie uns alle erforderlichen Unterlagen vorgelegt haben, erhalten Sie ein Schreiben, in dem Ihnen mitgeteilt wird, dass Sie Anspruch auf Unterstützung bei Arztrechnungen haben.

**SCHRITT 1:** Lesen Sie die folgende Liste und wählen Sie die beste Methode, um zu zeigen, wie viel Geld Sie verdienen. Fügen Sie Kopien aller Unterlagen bei. Schicken Sie die Originalunterlagen nicht ein, denn Sie werden sie nicht zurückbekommen. Die Prüfung Ihres Antrags kann mehr Zeit in Anspruch nehmen, oder Sie können keine Unterstützung aus diesem Programm erhalten, wenn Sie vergessen haben, bestimmte Unterlagen einzureichen.

Einkommenstyp	Angeforderte Unterlagen
Arbeitseinkommen	Kopie der persönlichen Steuererklärung (1040 für das laufende Steuerjahr) <b>ODER</b> Kopie der zwei letzten Gehaltsabrechnungen
Selbstständigkeit	Eine Kopie der individuellen Steuererklärung, einschließlich Anlage C (1040 für das laufende Steuerjahr).
Sozialversicherung/Ruhestand	Kopie der individuellen Steuererklärung (1040 für das laufende Steuerjahr) <b>ODER</b> Kopie des Bewilligungsschreibens der Sozialversicherung mit Angabe der monatlichen Zahlung.
Invalidität	Kopie der persönlichen Steuererklärung (1040 für das laufende Steuerjahr) <b>ODER</b> Kopie des Bewilligungsschreibens über die Invaliditätszahlung
Arbeitslosigkeit	Kopie der persönlichen Steuererklärung (1040 für das laufende Steuerjahr) <b>ODER</b> Kopie des Schreibens, in dem der monatliche Förderbetrag angegeben ist

### SCHRITT 2. Füllen Sie den beigefügten Antrag aus und unterschreiben Sie ihn.

Benötigen Sie Hilfe bei der Bewerbung? Rufen Sie die Abteilung für finanzielle Unterstützung von Scripps an unter (877) 727-4777, Montag bis Freitag, 8:00 bis 17:00 Uhr

### SCHRITT 3. Senden Sie Ihre Bewerbung mit allen Unterlagen an:

Patient Financial Services Attn: Financial Assistance  
Dept 10790 Rancho Bernardo Road 4S-303, San Diego, CA 92127

**ODER Sie können Ihre Bewerbung und alle Ihre Unterlagen per FAX an folgende Adresse senden: (858) 927-5041**

## Antrag auf Finanzunterstützung für Patienten

### Informationen zum Antragsteller (Garantiegeber)

Name (Vorname, mittlere Initiale, Nachname)		Geburtsdatum (DOB) (mm/tt/jjjj)	
Straße und Hausnummer		Stadt, Staat, Postleitzahl	
Festnetz-/Mobiltelefon	Kontonummer des Garantiegebers	Krankenaktennummer	Sozialversicherungsnummer
Name des Ehepartners/Erziehungsberechtigten (Vorname, mittlere Initiale, Nachname)		Geburtsdatum (DOB) (mm/tt/jjjj)	
Festnetz-/Mobiltelefon		Sozialversicherungsnummer	
Wird Ihr Ehepartner ebenfalls einen Antrag auf finanzielle Unterstützung stellen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Identifikationsnummer des Antragstellers:	Krankenaktennummer

### FAMILIENHAUSHALT/ABHÄNGIGE

Haushaltsgröße: \_\_\_\_\_ Geben Sie an, wie viele Familienmitglieder, einschließlich des Ehepartners, eines qualifizierten Lebenspartners und unterhaltsberechtigter Kinder unter 21 Jahren bzw. im Falle einer Behinderung jeden Alters, in Ihrer Wohnung leben. Fügen Sie alle weiteren behinderten, unterhaltsberechtigten Kinder hinzu, die unter der Obhut des Patienten stehen.

Nachname:	Vorname:	GEBURTSDATUM:	Krankenaktennummer:
Nachname:	Vorname:	GEBURTSDATUM:	Krankenaktennummer:
Nachname:	Vorname:	GEBURTSDATUM:	Krankenaktennummer:
Nachname:	Vorname:	GEBURTSDATUM:	Krankenaktennummer:

Einkommensquelle	Antragsteller	Mitantragsteller	Kombiniertes Monatseinkommen
Erwerbstätigkeit/Selbstständigkeit			
Sozialversicherung			
Invalidität			
Rentenversicherung			
Unterhaltszahlungen			
Andere			

## FINANZVEREINBARUNG UND GENEHMIGUNG ZUR KREDITAUSKUNFT

Ich versichere, dass alles, was ich in dieser Bewerbung geschrieben habe, wahrheitsgemäß und richtig ist. Alle beigefügten Dokumente sind echte Kopien der Originale. Ich bin mir bewusst, dass es illegal ist, über diese Informationen zu lügen, und dass dieses Programm mir nicht helfen wird.

Meine Kreditauskunft und andere Quellen können von Scripps Health geprüft werden, um meine Anspruchsberechtigung festzustellen.

Unterschrift des Patienten/Garantiegebers  <b>X</b>	Datum (mm/tt/jjjj)
Unterschrift des Ehepartners des Patienten/Garantiegebers  <b>X</b>	Datum (mm/tt/jjjj)

Wir werden Sie schriftlich benachrichtigen, wenn Sie Anspruch auf Unterstützung bei Ihren Arztrechnungen haben.