

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 ein Arbeitsblatt/einen Antrag, das/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 des Betrags oder der gesamte Rechnungsbetrag erlassen werden.

Um diesen Antrag bearbeiten zu können, benötigen wir:

- **Den beiliegenden, vollständig ausgefüllten Antrag**
- **Nachweis des gesamten Einkommens (d.h. die letzten beiden Lohnzettel für jeden Lohnempfänger, der zum Haushaltseinkommen beiträgt, SS, SSI, SSDI, öffentliche Unterstützung, Mieteinnahmen, Ruhestand, Pension, Leistungen für Veteranen, Arbeitslosigkeit, Arbeitsunfallversicherung, Kindesunterhalt, Unterhalt usw.**
- **Kopie Ihrer letzten 1040-Steuererklärung, einschließlich aller anwendbaren Anhänge**
- **Wenn Ihre letzte Steuererklärung nicht verfügbar ist, benötigen wir eine der folgenden Angaben:**
 - **Schreiben der Zuerkennung der Sozialversicherung**
 - **Nachweis der Nichteinreichung von der Steuerbehörde (IRS) (rufen Sie 800-829-1040 an, um eine Kopie zu erhalten)**
- **Kopie Ihrer Vermögenssteuerbescheinigung aus dem Landkreis für jede eigene Immobilie**

Es ist uns bewusst, dass Ihr Einkommen aus früheren Steueraufzeichnungen möglicherweise nicht Ihren aktuellen Umständen entspricht. Wenn ja, fügen Sie bitte eine kurze Notiz bei, die Ihre aktuelle finanzielle Situation beschreibt.

Sobald wir Ihren Antrag geprüft haben, werden wir Ihnen unsere Entscheidung innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt schriftlich mitteilen. Wenn Sie Fragen zu Ihrer Rechnung oder sonstige Fragen haben, kontaktieren Sie uns bitte 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

Sanford Health

Rechnungen: _____

 Absendedatum: _____
 Rücksendung bis zum: _____

Senden Sie alle Anträge an:
Sanford Health
 PO Box 2010
 Fargo, ND 58122-2482
 (800) 263-2237
 Secure Fax:
 (800) 544-5967

Antrag auf finanzielle Unterstützung

Name		Geburtsdatum		Ehepartner		Geburtsdatum	
Anschrift				Ort		Staat	
Zeit an der derzeitigen Adresse:				Miete		Postleitzahl	
Jahre		Monate		Landkreis		Familienstand	
Handy-Nummer		Arbeitstelefonnummer		Eigentum		Verheiratet Ledig Geschieden Verwitwet	
Handy-Nummer		Telefonnummer zu Hause		Handy-Nummer		Arbeitstelefonnummer	
Bitte listen Sie ALLE Angehörigen auf, die in Ihrem Haushalt leben: (Bei Bedarf ein zusätzliches Blatt anbringen)							
Nachname		Vorname		Mittlere Initiale		Geburtsdatum	
						Sozialversicherungsnummer	
						Beziehung zum Antragsteller	
1.							
2.							
3.							
4.							
Selbst				Ehepartner			
Sozialversicherungsnummer				Sozialversicherungsnummer			
Beschäftigt bei				Beschäftigt bei			
Geschäftsadresse				Geschäftsadresse			
Beruf				Beruf			
Stundenlohn				Stundenlohn			
Wie lange beschäftigt: Jahre Monate Arbeitsstunden pro Woche				Wie lange beschäftigt: Jahre Monate Arbeitsstunden pro Woche			
Haben Sie jemals Konkurs angemeldet? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Chapter 7 <input type="checkbox"/> Chapter 13 Datum der Anmeldung: _____ Datum der Entschuldigung: _____							
Haben Sie irgendwelche Personen Urteile oder Pfandrechte gegen Sie eingereicht? Wenn ja, bitte Datum und Grund angeben: _____							
Name:		Erstversicherungsschutz des Antragstellers		Zweitversicherungsschutz		Erstversicherungsschutz für Ehepartner	
Adresse:							
Unterschrift:							
ID- und Gruppennr.:							
Einkommen: Stellt den gesamten Geldeingang aus allen Quellen vor Steuern dar.							
Eigenes monatliches Bruttoeinkommen				Monatliches Bruttoeinkommen des Ehepartners			
Bruttoeinkommen				Bruttoeinkommen			
Sozialversicherung / SSI / SSDI				Sozialversicherung / SSI / SSDI			
Sozialhilfe				Sozialhilfe			
Mieteinnahmen				Mieteinnahmen			
Ruhestand/Rente				Ruhestand/Rente			
Leistungen für Veteranen				Leistungen für Veteranen			
Arbeitslosigkeit/Arbeitsunfallversicherung				Arbeitslosigkeit/Arbeitsunfallversicherung			
Von: _____ Bis: _____				Von: _____ Bis: _____			
Kindergeld/Unterhalt				Kindergeld/Unterhalt			
Von: _____ Bis: _____				Von: _____ Bis: _____			
Sonstige				Sonstige			
Bitte nennen: _____				Bitte nennen: _____			
INSGESAMT				INSGESAMT			
Gemeinsames monatliches Bruttoeinkommen:							
Standort				Betrag/Wert			
Girokonto				Einlagezertifikat			
Sparkonto				Aktien/Anleihen			
Sonstige				Sonstige			

Vermögenswerte/Eigentum	Kraftfahrzeug	Jahr/Automarke/Modell	Wert	Kreditsaldo	Pfandgläubiger	
		Jahr/Automarke/Modell	Wert	Kreditsaldo	Pfandgläubiger	
	Freizeitausrüstung (Boote, Schneemobile usw.)	Jahr/Automarke/Modell	Wert	Kreditsaldo	Pfandgläubiger	
		Jahr/Automarke/Modell	Wert	Kreditsaldo	Pfandgläubiger	
Sonstiges Eigentum	Adresse, Gemeinde, Landkreis		Kreditsaldo	Geschätzter Wert		
	Adresse, Gemeinde, Landkreis		Kreditsaldo	Geschätzter Wert		
Gehöft	Anschrift			Geschätzter Wert		
	Gemeinde, Landkreis		Hypothekarischer Saldo	Pfandgläubiger		
Monatliche Kosten	Hauszahlung/Miete		Wasser und Kanalisation	Autoversicherung	Lebensversicherung	
	Vermögenssteuer		Telefon/Handy	Lebensmittel	Krankenversicherung	
	Sachversicherung		Kabel-TV	Betreuungskosten	Medikamente	
	Heizung		Fahrzeugabzahlung	Unterhaltskosten für Kinder	Sonstiges/Nennen	
	Strom		Transportkosten	Freizeit-Ausrüstung	INSGESAMT	
					INSGESAMT	
Kreditkarten/Sonstige Ausgaben	Name des Gläubigers		Anschrift		Saldo	Monatliche Zahlung
INSGESAMT						
GESAMTSUMME/KREDITKARTEN, SONSTIGE AUSGABEN UND MONATLICHE AUSGABEN						

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

ERFORDERLICHE UNTERLAGEN:

- ___ Nachweis aller Einnahmen: (d.h. 2 Lohnzettel für jeden Verdiener, SS, SSI, SSDI, Sozialhilfe, Mieteinnahmen, Ruhestand, Pension, Leistungen für Veteranen, Arbeitslosigkeit, Arbeitsunfallversicherung, Kindergeld, Unterhalt oder andere).
- ___ Kopie Ihrer letzten 1040-Steuererklärung, einschließlich aller anwendbaren Anhänge.
- ___ Kopie Ihrer Vermögenssteuerbescheinigung aus dem Landkreis für alle im Eigentum stehenden Immobilien.

ABTRETUNG DER RECHTE (Bitte sorgfältig lesen)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die in diesem Antrag auf finanzielle Unterstützung enthaltenen Informationen und Erklärungen sowie die von mir eingereichten Unterlagen nach bestem Wissen und Gewissen zutreffend sind.
 Mir ist bekannt, dass Sanford Health bei Bedarf zusätzliche Informationen und Überprüfungen anfordern kann.
 Mir ist bekannt, dass die von mir übermittelten Informationen und Erklärungen von Sanford Health vertraulich behandelt werden.
 Mir ist bekannt, dass Sanford Health durch das Ausfüllen dieses Antrags meine Umstände berücksichtigen kann.
 Ich verstehe, dass Sanford Health keine Zusicherungen macht, dass finanzielle Unterstützung garantiert ist.
 Hiermit bestätige ich/wir, dass die obigen Angaben korrekt sind und ermächtige/n Sie freiwillig, Kreditinformationen über mich/uns einzuholen.

 Unterschrift Datum Unterschrift Datum