



Altru bietet finanzielle Beratung und Unterstützung für diejenigen, die bestimmte Kriterien erfüllen, für nicht versicherte und unterversicherte Menschen mit begrenzten Mitteln, ohne Rücksicht auf Rasse, Hautfarbe, Geschlecht, nationale Herkunft, Behinderung, Religion, Alter, sexuelle Orientierung oder Geschlecht. Finanzielle Unterstützung kann eine vollständige oder teilweise Abschreibung der Unterstützung oder eine Reduzierung der monatlichen Zahlungen umfassen. Weitere Informationen finden Sie unter Besuchen Sie [diesen](#) Link oder rufen Sie unser HERO-Team unter 701-780-5060 an.

Der Antrag auf finanzielle Unterstützung muss ausgefüllt, unterschrieben und mit allen erforderlichen Dokumenten zurückgesandt werden, damit wir die Höhe der verfügbaren finanziellen Unterstützung bestimmen können.

Erforderliche Unterlagen: (Ohne die erforderlichen Unterlagen zurückgesandte Bewerbungen werden nicht bearbeitet.)

- **Eine vollständige Kopie Ihrer letzten Steuererklärung.**
- **Einkommensnachweis, einschließlich einer Kopie der drei (3) letzten Gehaltsabrechnungen, Bescheid über Arbeitslosengeld oder Leistungen der Sozialversicherung.**
- **Eine vollständige Kopie der drei (3) aktuellsten Bankauszüge aller Konten (zur Überprüfung Kosten).**
- **Eine schriftliche Erklärung, in der Sie Ihren Bedarf an finanzieller Unterstützung beschreiben.**
- **Oder ein schriftliches Unterstützungsschreiben, warum ein erforderliches Dokument nicht verfügbar ist/fehlt**

Familieneinkommen:

» Die in diesem Abschnitt des Antrags aufgeführten Beträge sollten das monatliche Bruttoeinkommen des Antragstellers und seines Ehepartners oder Lebensgefährten enthalten. Zu den Einkünften zählen Arbeitslosengeld, Arbeiterentschädigung, Sozialversicherung, Zusatzeinkommen, Sozialhilfe, Hinterbliebenenrente für Veteranen, Renten- oder Ruhestandseinkommen, Zinsen

Dividenden, Mieten, Lizenzgebühren, Einkünfte aus Nachlässen, Treuhand, Ausbildungsbeihilfe, Unterhalt, Kind Unterstützung, Hilfe von außerhalb des Haushalts und andere verschiedene Quellen. Nicht inbegriffen sind Sachleistungen (wie Lebensmittelmarken und Wohngeldzuschüsse) oder Kapitalgewinne und Verluste.

Unterschrift:

» Der Antrag ist unvollständig, wenn er nicht von Ihnen und Ihrem Ehegatten/Lebensgefährten unterzeichnet ist. andere.

Postanschrift:

» Wenn Sie die Online-Bewerbung nicht abschließen können, senden Sie Ihre Bewerbung und alle Belege bitte per Post an:

Altru Gesundheitssystem
Postfach 13780
Grand Forks, ND 58208-3780



Datum:	
Name des Patienten (Vorname, Zweitname, Nachname)	
Geburtsdag	Altru MRN-Nummer
Kontonummer(n):	

Angaben zur verantwortlichen Stelle				
Name (Vorname, Zweitname, Nachname):		Geburtsdatum:		Sozialversicherungsnummer:
Adresse: <small>Ich Wohnung Nr.</small>				
Stadt:	Zustand:	PLZ:	Jahre dort:	Familienstand:
Festnetztelefon:	Handy:	Haushaltsgröße {Patient, Ehepartner und Angehörige):		
Anstellung () Vollzeit () Teilzeit () Selbständig () Arbeitslos () Student				
Status:				
Name des Arbeitgebers:		Beschäftigungsdauer:		Arbeitslos Datum/Dauer (tt-mm-jjjj)
Telefonnummer des Arbeitgebers:		Sind Sie bei einer anderen Steuererklärung angemeldet zurückgeben? (Wenn ja, reichen Sie Steuererklärungen ein von die beansprucht werden)		[] Ja Nein

Informationen zu Angehörigen (außer Ehepartnern)			
Name:	<small>Ich bin älter:</small>	Mein Name:	<small>Ich bin älter:</small>
Name:	<small>Ich bin älter:</small>	Mein Name:	<small>Ich bin älter:</small>

Informationen zum Ehepartner/Partner			
Name (Vorname, Zweitname, Nachname):		Geburtsdatum (Vor-, Zweit-, Zuletzt):	
Soziale Sicherheit#:			
Festnetztelefon:	Handy:	Name des Arbeitgebers:	
Anstellung	Vollzeit () Teilzeit	O ich selbst O arbeitslos O Student	
Status:	Beschäftigt		
Beschäftigungsdauer:	Arbeitslos – Datum/Dauer (tt-mm-jjjj):		

Bankkonto(s) Nicht anwendbar für das NHSC Sliding Fee Program			
Bank Name	Konto Typ	Bank Name	Konto Typ



Familienhaushaltseinkommen (einschließlich aller Familienmitglieder im Haushalt oder der Unterstützung durch den Anbieter)	
Einkommensart	Monatliches Einkommen
Selbst	\$
Ehepartner/Partner	\$
Alimente	\$
Kindesunterhalt	\$
Behinderung	\$
Zinsen/Dividenden	\$
Rente/Ruhestand	\$
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	\$
MONATLICHES GESAMTEINKOMMEN	\$

Die in diesem Antrag angegebenen Informationen sind nach bestem Wissen und Gewissen korrekt. Sie sind berechtigt, meine Kredit- und Beschäftigungsgeschichte zu überprüfen und Fragen zu Ihrer Kreditwürdigkeit zu beantworten. Erfahrung mit mir. Mit der Unterzeichnung dieser Vereinbarung verspreche ich, mit Altru Health zusammenzuarbeiten Systempersonal und Bereitstellung angemessener Informationen in einer zeitnahen Angelegenheit, um meine Rechnung zu klären. Bereitstellung Falsche Angaben führen zur Disqualifizierung des Bewerbers von der Programmteilnahme.

Unterschrift _____ Datum _____

Unterschriftsdatum _____

Nachdem Sie auf die Schaltfläche „Senden“ geklickt haben und bevor Sie die E-Mail senden, fügen Sie bitte die folgenden Dokumente als Anhänge hinzu (Bewerbungen ohne Anhänge werden nicht akzeptiert):

- Steuererklärungen und Belege (aktuellstes Jahr)
- Drei (3) aktuelle Gehaltsabrechnungen, Arbeitslosenunterstützungs- oder Sozialversicherungsbescheide*
- Drei (3) aktuellste Kontoauszüge für alle Konten*
- Schriftliche Erklärung, in der Sie Ihren Bedarf an finanzieller Unterstützung beschreiben*
- Oder ein schriftliches Unterstützungsschreiben, warum ein erforderliches Dokument nicht verfügbar ist/fehlt*

* Gilt nicht für das NHSC-Sliding -Fee- Programm .

