

Das Altru Health System bietet finanzielle Unterstützung und Beratung für nicht versicherte und unterversicherte Personen mit begrenzten Mitteln, ohne Rücksicht auf Rasse, Hautfarbe, Geschlecht, nationale Herkunft, Behinderung, Religion, Alter, sexuelle Orientierung oder Geschlecht. Die finanzielle Unterstützung umfasst unter dessen Demonstrieren, aber nicht beschränkt auf vollständige oder teilweise Abschreibungen von Wohltätigkeitsorganisationen, gemeinschaftsfürsorge oder reduzierte monatliche Zahlungen. Die finanzielle Unterstützung kann vollständige oder teilweise Abschreibungen von Wohltätigkeitsorganisationen, die Betreuung durch die Gemeinschaft oder reduzierte monatliche Zahlungen umfassen. Mehr Informationen finden Sie durch den Besuch dieser [verbinden](#) oder rufen Sie unsere Business Office-Mitarbeiter unter 701.780.1500 oder 800.464.7574 an.

Der Antrag auf finanzielle Unterstützung muss mit allen erforderlichen Dokumenten ausgefüllt, unterzeichnet und zurückgegeben werden, damit wir die Verfügbarkeit von finanzieller Unterstützung ermitteln können. Außerordentliche Inkassomaßnahmen, einschließlich der Weiterleitung von Salden an eine Inkassoagentur, der Meldung an Kreditbüros und rechtliche Schritte, können erfolgen, wenn der ausstehende Saldo nicht ausgeglichen wird.

AHS hat mehrere Wohltätigkeitsprogramme, für das National Health Service Corps (NHSC) Programm AHS wird keine Vermögenswerte sammeln und nur Familiengröße und Einkommen sammeln.

**Erforderliche Dokumentation: (Anträge, die ohne erforderliche Dokumentation zurückgegeben werden, werden nicht verarbeitet.)**

- Eine vollständige Kopie oder Ihre letzte Steuererklärung.**
- Die Einkommensüberprüfung um eine Kopie von zwei (2) jüngsten Lohnstubs, Arbeitslosengeld oder Sozialversicherungsleistungen enthält.**
- Eine vollständige Kopie von zwei (2) letzten Kontoauszügen (zur Überprüfung der Ausgaben).**
- Eine schriftliche Erklärung, die Ihren Bedarf an finanzieller Unterstützung beschreibt.**
- Gegebenenfalls ein Medicaid-Verweigerungsschreiben oder ein Antragsnachweis.**
- Alle ausstehenden Informationen über Die Invalidität der Sozialen Sicherheit, sofern zutreffend.**

**Familieneinkommen:**

» Die in diesem Abschnitt des Antrags aufgeführten Beträge sollten das monatliche Bruttoeinkommen des Antragstellers und des Ehegatten oder eines erheblichen anderen einschließen. Das Einkommen umfasst Einkommen, Arbeitslosenentschädigung, Arbeitnehmerentschädigung, Sozialversicherung, zusätzliches Sicherheitseinkommen, öffentliche Unterstützung, Veteranenzahlungen Hinterbliebenenleistungen, Renten- oder Renteneinkommen, Zinsdividenden, Mieten, Lizenzgebühren, Einkommen aus Nachlässen, Treuhandfonds, Bildungshilfe, Unterhalt, Kinderbetreuung, Unterstützung von außerhalb des Haushalts und andere verschiedene Quellen. Nicht barbare Leistungen (wie Lebensmittelmarken und Wohnbausubventionen) oder Kapitalgewinne und -verluste sind darin enthalten.

**Monatliche Ausgaben:**

» Listet die monatlichen Beträge auf, die Sie und/oder Ehepartner/erhebliche andere beträge für Haushaltsausgaben zahlen. Berücksichtigen Sie nicht die von einem Mitbewohner bezahlten Ausgaben, sondern nur Ihren Teil der gemeinsamen Ausgaben.

» Die Ausgaben werden verwendet, um Zahlungspläne zu bestimmen und zu ermitteln, ob weitere Unterstützung verfügbar sein könnte.

**Signatur:**

» Der Antrag ist unvollständig, es sei denn, er wird sowohl von Ihnen als auch von Ihrem Ehepartner/bedeutenden anderen unterzeichnet.

**Postanschrift:**

» Falls sie nicht in der Lage ist, die Online-Bewerbung auszufüllen, wenden Sie sich bitte an:

Altru Health System  
Postfach 13780  
Große Gabeln, ND 58208-3780

(vollständige Felder oder Patientenetikett hier platzieren)

**Anleitung:** Vollständige Anwendung und anhängen Kopien von:

- Steuererklärungen und unterstützende Zeitpläne (letztes Jahr)
- Two (2) jüngste Lohnstubs, Leistungen bei Arbeitslosigkeit oder Sozialleistungen\*
- Two (2) aktuellste Kontoauszüge für alle Konten\*
- Written Erklärung beschreibt Ihren Bedarf an finanzieller Unterstützung\*
- Ein Medicaid-Verweigerungsschreiben oder ein Antragsnachweis
- Ausstehende Informationen über Invaliditätsansprüche der Sozialversicherung\*

\* Gilt nicht für NHSC Sliding Fee Programm

Datum (mm-dd-yyyy):	
Patientenname (Erster, Mittlerer, Letzter)	
Geburtsdag (mm-dd-yyyy)	Altru MRN-Nummer
Kontonummer(e):	

Ich habe die Verfügbarkeit einer Versicherung durch meinen Arbeitgeber oder den Arbeitgeber meines Ehepartners.

Und  Nein Grund: \_\_\_\_\_

Ich habe einen Mitbewohner, der sich die Ausgaben teilt.

Und  Nein Grund: \_\_\_\_\_

Ich suche Hilfe wegen eines arbeitsbedingten Unfalls oder einer Verletzung.

Und  Nein Grund: \_\_\_\_\_

Ich suche Hilfe wegen eines Autounfalls.

Und  Nein Grund: \_\_\_\_\_

Ich bin Student.

Und  Nein Wenn  Vollzeit  Teilzeit

Ich habe mich beworben: ja:

<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Gehen	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Behinderung der sozialen Sicherheit	<input type="checkbox"/> Gesundheit von Migranten
Datum Angewendet:	Datum Angewendet:	Datum Angewendet:	Datum Angewendet:	Datum Angewendet:

Informationen zu verantwortungsbewussten Parteien				
Namen (Erster, Mittlerer, Letzter):		Geburtsdatum (mm-dd-yyyy):		Sozialversicherungsnummer:
Anschrift:			Apt. #	
Stadt:	St.Ate:	PLZ:	Jahre dort:	Familienstand:
Home Telefon:	Handy:	Haushaltsgröße (Patient, Ehepartner und Angehörige):		
Beschäftigungsstatus: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Selbständige <input type="checkbox"/> Arbeitslose <input type="checkbox"/> Student				
Name des Arbeitgebers :		Beschäftigungsdauer:	Datum/Länge der Arbeitslosen ((mm-dd-yyyy))	
Arbeitgeber-Telefon:		Werden Sie auf eine andere Steuererklärung anspruchswiese? (Falls ja Steuererklärungen der Anspruchsberechtigten vorlegen)		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Abhängig (außer Ehepartner) Informationen			
Namen:	Alter:	Namen:	Alter:
Namen:	Alter:	Namen:	Alter:

Ehepartner/Partnerinformationen		
Namen (Erster, Mittlerer, Letzter):		Geburtsdatum (Erste, Mitte, Letzte):
Home Telefon:	Handy:	Name des Arbeitgebers:
Beschäftigungsstatus: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Selbständige <input type="checkbox"/> Arbeitslose <input type="checkbox"/> Student		
Beschäftigungsdauer:	Datum/Länge der Arbeitslosen (mm-dd-yyyy):	

**Haushaltsinformationen**

(Verwendet für Zahlungsplan und zusätzliche Unterstützung diese Bestimmung)

<b>Überprüfbare Ausgaben</b> (siehe Anweisungen)	
Typ	Monatliche Gesamtsumme
Hypothek/Miete	\$
Hitze	\$
Strom	\$
Wasser & Müll	\$
Telefon	\$
Handy	\$
Kabel/Satellit	\$
Nahrungsmittel/Haushaltsbedarf	\$
Kindertagesstätte	\$
Krankenversicherung	\$
Lebensversicherung	\$
Autoversicherung	\$
Hausversicherung	\$
Fahrzeugzahlung	\$
Gas-/Fahrzeugwartung	\$
Schule	\$
Alimony/Kinderunterstützung	\$
Andere	\$
Andere	\$
Andere	\$
Andere	\$
<b>INSGESAMT A</b>	<b>\$</b>

<b>Kreditkarten- &amp; Kreditschulden</b>		
Kreditgeber	Aktueller Saldo	Monatliche Zahlung
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	<b>INSGESAMT B</b>	<b>\$</b>

<b>Herausragende medizinische Rechnungen</b>		
Medizinische Einrichtung	Aktueller Saldo	Monatliche Zahlung
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	<b>INSGESAMT C</b>	<b>\$</b>

<b>Gesamtaufwendungen</b>	
<b>INSGESAMT Eine AMOUNT</b>	<b>\$</b>
<b>INSGESAMT B AMOUNT</b>	<b>\$</b>
<b>INSGESAMT C AMOUNT</b>	<b>\$</b>
<b>GESAMTAUFWENDUNGEN (Hinzufügen von A + B + C)</b>	<b>\$</b>

**Informationen zum**

<b>Bankkonto(e)</b> <i>Nicht anwendbar für NHSC Sliding Fee Programm</i>			
Bankname	Kontotyp	Bankname	Kontotyp

<b>Eigenschaft</b> <i>Nicht anwendbar für NHSC Sliding Fee Programm</i>			
Typ	Detail und/oder Anzahl der Acres	Geschätzter Wert	Unbezahlter Saldo

<b>Haushaltseinkommen der Familie (Include alle Familien im Haushalt oder Anbieter)</b>	
Einkommensart	Monatlicher Einkommensbetrag
Selbst	\$
Ehepartner/Partner	\$
Unterhalt	\$
Kindergeld	\$
Behinderung	\$
Zinsen/Dividenden	\$
Rente/Ruhestand	\$
Erträge aus Mietobjekten	\$
<b>MONATLICHES GESAMTEINKOMMEN</b>	<b>\$</b>

Die in dieser Anwendung angegebenen Informationen sind nach bestem Wissen und Gewissen korrekt. Sie sind berechtigt, meine Kredit- und Beschäftigungshistorie zu überprüfen und Fragen zu Ihrer Krediterfahrung mit mir zu beantworten. Mit der Unterzeichnung dieser Vereinbarung verspreche ich, mit den Mitarbeitern des Altru Health System zusammenzuarbeiten und angemessene Informationen in einer zeitnahen Angelegenheit bereitzustellen, um meine Rechnung zu lösen. Die Angabe falscher Informationen disqualifiziert einen Bewerber von der Teilnahme am Programm.

Signatur \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Signatur \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_