

# Antrag auf finanzielle Unterstützung



## SSMHealth

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

**WICHTIG – SIE HABEN MÖGLICHERWEISE ANSPRUCH AUF EINE KOSTENLOSE ODER VERGÜNSTIGTE BEHANDLUNG:** Durch Ausfüllen dieses Antrags helfen Sie SSM Health dabei, zu bestimmen, ob Sie Anspruch auf kostenlose oder vergünstigte Dienste oder andere öffentliche Programme haben, die Ihre Gesundheitsversorgung bezahlen. Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und senden Sie es mit allen erforderlichen Unterlagen persönlich, per Post, per E-Mail oder Fax an das Krankenhaus, um einen Antrag auf Kostenfreistellung oder vergünstigte Versorgung zu stellen.

**WENN SIE NICHT VERSICHERT SIND, IST KEINE SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER ERFORDERLICH, UM ANSPRUCH AUF EINE KOSTENLOSE ODER VERGÜNSTIGTE VERSORGUNG ZU HABEN.** Für einige öffentliche Programme ist jedoch eine Sozialversicherungsnummer erforderlich, wie z. B. für Medicaid. Die Angabe einer Sozialversicherungsnummer ist nicht erforderlich, hilft dem Krankenhaus jedoch dabei, einen etwaigen Anspruch Ihrerseits auf öffentliche Programme zu prüfen.

Der Patient bestätigt, alle im Antrag verlangten Angaben nach Treu und Glauben gemacht zu haben, um dem Krankenhaus bei der Prüfung des Anspruchs des Patienten auf finanzielle Unterstützung zu helfen.

### CHECKLISTE:

- Füllen Sie alle Abschnitte des Antrags aus**
- Unterschreiben und datieren Sie den Antrag (wenn verheiratet, Unterschrift des Ehepartners erforderlich)**
- Die zuletzt eingereichte Bundessteuererklärung (einschließlich aller Anlagen) oder ein Schreiben des Finanzamts, dass die Steuererklärung nicht eingereicht wurde**
- Bruttogehaltsbescheinigung der letzten zwei Monate aller Haushaltsmitglieder**

**Bitte beachten Sie:** SSM Health wird nicht in der Lage sein, einen Anspruch ohne ordnungsgemäße Dokumentation zu prüfen. Bitte stellen Sie sicher, dass Sie alle erforderlichen Unterlagen zusammengestellt haben. Wenn nicht alle erforderlichen Dokumente übermittelt werden, führt dies zu einer verzögerten Bearbeitung Ihres Antrags.

Bitte übermitteln Sie unveränderte und nicht geheftete Kopien Ihrer Dokumentation. SSM kann keine Originaldokumente zurücksenden, die für eine finanzielle Unterstützung benötigt werden.

Patienten mit mutmaßlichem Anspruch auf karitative Hilfe müssen diesen Antrag dennoch ausfüllen.

Wenn Sie Hilfe beim Ausfüllen Ihrer Anträge benötigen oder Fragen haben, wenden Sie sich bitte an den SSM Health Kundenservice unter: **(855) 989-6789**.



**Per Post**  
**SSM Health:** Patient Financial Services  
Attn: Financial Assistance  
PO Box 411997  
St. Louis, MO 63141



**Per Fax**  
+1 (314) 989-6734



**Per E-Mail**  
financialaid@ssmhealth.com

- Oklahoma**
- SSM Health Bone & Joint Hospital in St. Anthony
  - SSM Health St. Anthony Hospital - Oklahoma City
  - SSM Health St. Anthony Hospital - Shawnee
  - SSM Health St. Anthony Hospital - Midwest

- Missouri**
- SSM Health St. Mary's Hospital - St. Louis
  - SSM Health St. Joseph Hospital - St. Charles
  - SSM Health St. Joseph Hospital - Lake Saint Louis
  - SSM Health St. Joseph Hospital - Wentzville

- Missouri**
- SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain
  - SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City
  - SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital
  - SSM Health DePaul Hospital - St. Louis
  - SSM Health St. Louis University Hospital
  - SSM Health St. Clare Hospital - Fenton

- Wisconsin**
- SSM Health St. Clare Hospital - Baraboo
  - SSM Health St. Mary's Hospital - Madison
  - SSM Health St. Mary's Hospital - Janesville
  - St. Agnes Hospital
  - Waupun Memorial Hospital
  - Ripon Medical Center

- Illinois**
- SSM Health Good Samaritan Hospital - Mt. Vernon
  - SSM Health St. Mary's Hospital - Centralia

**Bürgen-Nr.:** \_\_\_\_\_

(nur zur bürointernen Nutzung)

**ALLE Felder müssen ausgefüllt werden, damit der Antrag bearbeitet werden kann; geben Sie auf allen Feldern, die nicht zutreffen, N/A an.**

### ANGABEN ZUM PATIENTEN

|                                                                                                               |                                                                                    |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Name des Patienten:</b>                                                                                    |                                                                                    | <b>Geburtsdatum</b>                                                                                                                                                   | <b>Telefonnummer</b>                                                                                                                                                                                       | <b>Patientennummer</b>                                                                                                                                                                                                                           |                                                                              |
| <b>Aktuelle Anschrift:</b>                                                                                    |                                                                                    | <b>Wohnungsnr.</b>                                                                                                                                                    | <b>Stadt/Staat/PLZ</b>                                                                                                                                                                                     | <b>Familienstatus:</b><br><input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet<br><input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Geschieden<br><input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> Verwitwet | <b>Familiengröße:</b><br><br>(Füllen Sie den Abschnitt „Haushalt“ unten aus) |
| <b>Sozialversicherungsnummer/ ITIN:</b><br><br><input type="checkbox"/> Keine Sozialversicherungsnummer/ ITIN | <b>Versichert:</b><br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein | <b>Haben Sie sich bereits für Medicaid beworben:</b><br><input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nein<br>*Bitte fügen Sie das Feststellungsschreiben bei | <b>Angestellt:</b><br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><b>Selbstständig:</b><br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><b>Jahre im Dienstverhältnis:</b> | <b>Arbeitgeber:</b><br><br><b>Wenn Sie derzeit nicht beschäftigt sind, nennen Sie den Namen des letzten Arbeitgebers und das Beendigungsdatum Ihres Beschäftigungsverhältnisses:</b>                                                             |                                                                              |

### ANGABEN ZUM VERANTWORTLICHEN (FALLS ABWEICHEND VON PATIENT)

|                                                                                                               |                                                                                    |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Name des Bürgen:</b>                                                                                       |                                                                                    | <b>Geburtsdatum</b>                                                                                                                                                   | <b>Telefonnummer</b>                                                                                                                                                                                       | <b>Patientennummer</b>                                                                                                                                                                                                                           |                                                                              |
| <b>Aktuelle Anschrift:</b>                                                                                    |                                                                                    | <b>Wohnungsnr.</b>                                                                                                                                                    | <b>Stadt/Staat/PLZ</b>                                                                                                                                                                                     | <b>Familienstatus:</b><br><input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet<br><input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Geschieden<br><input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> Verwitwet | <b>Familiengröße:</b><br><br>(Füllen Sie den Abschnitt „Haushalt“ unten aus) |
| <b>Sozialversicherungsnummer/ ITIN:</b><br><br><input type="checkbox"/> Keine Sozialversicherungsnummer/ ITIN | <b>Versichert:</b><br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein | <b>Haben Sie sich bereits für Medicaid beworben:</b><br><input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nein<br>*Bitte fügen Sie das Feststellungsschreiben bei | <b>Angestellt:</b><br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><b>Selbstständig:</b><br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><b>Jahre im Dienstverhältnis:</b> | <b>Arbeitgeber:</b><br><br><b>Wenn Sie derzeit nicht beschäftigt sind, nennen Sie den Namen des letzten Arbeitgebers und das Beendigungsdatum Ihres Beschäftigungsverhältnisses:</b>                                                             |                                                                              |

### ANGABEN ZUM HAUSHALT

Bitte fügen Sie für weitere Haushaltsmitglieder ein separates Blatt hinzu, einschließlich aller erforderlichen Dokumente.

| Vor- und Nachname | Beziehung            | Geburtsdatum & SSN/ITIN                 | Angestellt - Nachweis erforderlich                           | Vollzeitstudent? *                                                                                                                               | Bruttomonatseinkommen ab 18 Jahren - Überprüfen Sie alle anwendbaren Einkommensformen und geben Sie den Gesamtbetrag an, der aus allen Quellen stammt. (Dokumentation für jede Einkommensquelle erforderlich)                                                                                                                                                                       |
|-------------------|----------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   | <b>Selbstständig</b> | <input type="checkbox"/> Keine SSN/ITIN | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><b>Studentenvisum?</b><br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Lohn <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> Arbeitnehmerentschädigung<br><input type="checkbox"/> Rente(n) <input type="checkbox"/> Invalidität <input type="checkbox"/> Sozialversicherung<br><input type="checkbox"/> Unterhalt/Kindergeld <input type="checkbox"/> Staatliche Leistungen <input type="checkbox"/> Sonstiges |
|                   |                      | <input type="checkbox"/> Keine SSN/ITIN | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><b>Studentenvisum?</b><br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Lohn <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> Arbeitnehmerentschädigung<br><input type="checkbox"/> Rente(n) <input type="checkbox"/> Invalidität <input type="checkbox"/> Sozialversicherung<br><input type="checkbox"/> Unterhalt/Kindergeld <input type="checkbox"/> Staatliche Leistungen <input type="checkbox"/> Sonstiges |
|                   |                      | <input type="checkbox"/> Keine SSN/ITIN | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><b>Studentenvisum?</b><br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Lohn <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> Arbeitnehmerentschädigung<br><input type="checkbox"/> Rente(n) <input type="checkbox"/> Invalidität <input type="checkbox"/> Sozialversicherung<br><input type="checkbox"/> Unterhalt/Kindergeld <input type="checkbox"/> Staatliche Leistungen <input type="checkbox"/> Sonstiges |
|                   |                      | <input type="checkbox"/> Keine SSN/ITIN | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><b>Studentenvisum?</b><br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Lohn <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> Arbeitnehmerentschädigung<br><input type="checkbox"/> Rente(n) <input type="checkbox"/> Invalidität <input type="checkbox"/> Sozialversicherung<br><input type="checkbox"/> Unterhalt/Kindergeld <input type="checkbox"/> Staatliche Leistungen <input type="checkbox"/> Sonstiges |
|                   |                      | <input type="checkbox"/> Keine SSN/ITIN | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><b>Studentenvisum?</b><br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Lohn <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> Arbeitnehmerentschädigung<br><input type="checkbox"/> Rente(n) <input type="checkbox"/> Invalidität <input type="checkbox"/> Sozialversicherung<br><input type="checkbox"/> Unterhalt/Kindergeld <input type="checkbox"/> Staatliche Leistungen <input type="checkbox"/> Sonstiges |

**Bitte reichen Sie für alle Haushaltsmitglieder ab 18 Jahren einen Nachweis über das Bruttoeinkommen ein: (einschließlich, aber nicht beschränkt auf): Löhne, Sozialversicherung (Zuwendungsschreiben), Rente(n), Annuitäten, Arbeitslosen-/Arbeiterentschädigung, Unterhalt/Kindergeld, staatliche Unterstützung, Invaliditätsleistungen, Streikleistungen, Stipendien/Fördergelder, Dividenden/Zinsen, Mieteinnahmen, Bargeld für Dienstleistungen, etc. Kontoauszüge sind kein Nachweis für das Einkommen.**

- Oklahoma**
- SSM Health Bone & Joint Hospital in St. Anthony
  - SSM Health St. Anthony Hospital - Oklahoma City
  - SSM Health St. Anthony Hospital - Shawnee
  - SSM Health St. Anthony Hospital - Midwest

- Missouri**
- SSM Health St. Mary's Hospital - St. Louis
  - SSM Health St. Joseph Hospital - St. Charles
  - SSM Health St. Joseph Hospital - Lake Saint Louis
  - SSM Health St. Joseph Hospital - Wentzville

- Missouri**
- SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain
  - SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City
  - SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital
  - SSM Health DePaul Hospital - St. Louis
  - SSM Health St. Louis University Hospital
  - SSM Health St. Clare Hospital - Fenton

- Wisconsin**
- SSM Health St. Clare Hospital - Baraboo
  - SSM Health St. Mary's Hospital - Madison
  - SSM Health St. Mary's Hospital - Janesville
  - St. Agnes Hospital
  - Waupun Memorial Hospital
  - Ripon Medical Center

- Illinois**
- SSM Health Good Samaritan Hospital - Mt. Vernon
  - SSM Health St. Mary's Hospital - Centralia

**Bürger-Nr.:** \_\_\_\_\_

(nur zur bürointernen Nutzung)

\*Ausländische Studenten müssen ein Studentenvisum und einen aktuellen Stundenplan vorlegen.

**Bitte beachten Sie:** Je nach den Umständen Ihres Antrags können wir zusätzliche Unterlagen verlangen, wie z. B.: Kontoauszüge, Einkommensnachweise, Unterstützungserklärungen, Haushalts- und Arztrechnungen, Kreditauskünfte oder andere Nachweise für die finanzielle Bedürftigkeit.

| VERMÖGENSWERTE DES HAUSHALTS**                                               |                                                                           |                                                 |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                     |                                       |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Name des Familienmitglieds                                                   | Girokonto/-konten Name der Bank                                           | Kontonummer und Kontostand                      | Sparkonto/-konten Name der Bank                                           | Kontonummer und Kontostand                                                                                                                                                                                                   | Sonstige (IRA, CD usw.)                                             | Kontostand                            |
|                                                                              | <input type="checkbox"/> Persönlich <input type="checkbox"/> Geschäftlich |                                                 | <input type="checkbox"/> Persönlich <input type="checkbox"/> Geschäftlich |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                     |                                       |
|                                                                              | <input type="checkbox"/> Persönlich <input type="checkbox"/> Geschäftlich |                                                 | <input type="checkbox"/> Persönlich <input type="checkbox"/> Geschäftlich |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                     |                                       |
|                                                                              | <input type="checkbox"/> Persönlich <input type="checkbox"/> Geschäftlich |                                                 | <input type="checkbox"/> Persönlich <input type="checkbox"/> Geschäftlich |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                     |                                       |
| <b>Nur ankreuzen, wenn keine der Haushaltsmitglieder Folgendes besitzen:</b> | <input type="checkbox"/> Kein Girokonto/-konten                           |                                                 | <input type="checkbox"/> Kein Sparkonto/-konten                           |                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Keine andere Form(en) von liquiden Mitteln |                                       |
| Name des Familienmitglieds                                                   | Gesundheitssparkont o/„FlexSpending“-Konto (Wert)                         | Fahrzeug (Jahr/Marke/Modell)                    | Wert des Fahrzeugs                                                        | Immobilienbesitz (Angabe des Typs - Hauptwohnsitz, Miete, etc.) und Kaufpreis                                                                                                                                                | Aktueller Darlehensaldo                                             | Alle anderen Vermögenswerte und Werte |
|                                                                              |                                                                           | <input type="checkbox"/> Geschäftsfahrzeug      |                                                                           | Erwerbspreis:                                                                                                                                                                                                                |                                                                     | Vermögenswert:<br>Wert:               |
|                                                                              |                                                                           | <input type="checkbox"/> Geschäftsfahrzeug      |                                                                           | Erwerbspreis:                                                                                                                                                                                                                |                                                                     | Vermögenswert:<br>Wert:               |
|                                                                              |                                                                           | <input type="checkbox"/> Geschäftsfahrzeug      |                                                                           | Erwerbspreis:                                                                                                                                                                                                                |                                                                     | Vermögenswert:<br>Wert:               |
| <b>Nur ankreuzen, wenn keine der Haushaltsmitglieder Folgendes besitzen:</b> | <input type="checkbox"/> Kein HSA/Flex-Konto                              | <input type="checkbox"/> Kein Haushaltsfahrzeug |                                                                           | <input type="checkbox"/> Keine Immobilien<br><b>*Falls Sie keine Immobilie besitzen, geben Sie bitte an ob Sie:</b><br><input type="checkbox"/> Mieten <input type="checkbox"/> mit den Eltern / anderen Unterstützern leben |                                                                     | <input type="checkbox"/> Keins        |

Fügen Sie für Angaben zu zusätzlichen Vermögenswerten ein separates Blatt bei.

| HAUSHALTSVERBINDLICHKEITEN** |           |                |
|------------------------------|-----------|----------------|
| Ausgaben                     | Monatlich | Fälliger Saldo |
| Wohnung                      |           |                |
| Versorgungsleistungen        |           |                |
| Lebensmittel                 |           |                |
| Transport                    |           |                |
| Kindergeld                   |           |                |
| Darlehen                     |           |                |
| Medizinische Ausgaben        |           |                |
| Sonstige Ausgaben (Liste)    |           |                |
| Sonstige:                    |           |                |

Fügen Sie für Angaben zu zusätzlichen Verbindlichkeiten ein separates Blatt bei.

**Lediglich Patienten, die in Krankenhäusern in Illinois versorgt werden:** Wenn ein Patient die in 77 ILAC 4500.40 beschriebenen Kriterien für einen mutmaßlichen Anspruch erfüllt oder anderweitig einen mutmaßlichen Anspruch aufgrund des Familieneinkommens hat, muss der Patient diesen Abschnitt des Antrags nicht ausfüllen\*

\*\* Patienten, die von einer SSM Rural Health Clinic/einer Mitgliedsstätte des National Health Service Corps betreut werden, sind nicht verpflichtet, diesen Abschnitt des Antrags auszufüllen\*\*

**PATIENTENVEREINBARUNG**

Ich bestätige hiermit, dass die Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen wahr und richtig sind. Ich werde staatliche, bundesstaatliche oder lokale Unterstützung,

**Oklahoma**

- SSM Health Bone & Joint Hospital in St. Anthony
- SSM Health St. Anthony Hospital - Oklahoma City
- SSM Health St. Anthony Hospital - Shawnee
- SSM Health St. Anthony Hospital - Midwest

**Missouri**

- SSM Health St. Mary's Hospital - St. Louis
- SSM Health St. Joseph Hospital - St. Charles
- SSM Health St. Joseph Hospital - Lake Saint Louis
- SSM Health St. Joseph Hospital - Wentzville

**Missouri**

- SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain
- SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City
- SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital
- SSM Health DePaul Hospital - St. Louis
- SSM Health St. Louis University Hospital
- SSM Health St. Clare Hospital - Fenton

**Wisconsin**

- SSM Health St. Clare Hospital - Baraboo
- SSM Health St. Mary's Hospital - Madison
- SSM Health St. Mary's Hospital - Janesville
- St. Agnes Hospital
- Waupun Memorial Hospital
- Ripon Medical Center

**Illinois**

- SSM Health Good Samaritan Hospital - Mt. Vernon
- SSM Health St. Mary's Hospital - Centralia

**Bürgen-Nr.:** \_\_\_\_\_

(nur zur bürointernen Nutzung)

für die ich anspruchsberechtigt bin, zur Begleichung dieser Krankenhausrechnung, beantragen. Ich verstehe, dass die gemachten Angaben durch das Krankenhaus geprüft werden können und erlaube dem Krankenhaus, Drittparteien zu kontaktieren, um die Genauigkeit der in diesem Antrag gemachten Angaben zu prüfen. Ich verstehe, dass ich bei Angabe falscher Informationen in diesem Antrag meinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung verliere, wobei jegliche mir gewährte finanzielle Unterstützung widerrufen werden kann und ich für die Zahlung der Krankenhausrechnung verantwortlich sein werde.

Unterschrift des Bürgen

Datum

Unterschrift des Ehepartners

Datum

 Bevorzugte Methode der Kontaktaufnahme:  Telefon: ( ) -  E-Mail:  Sonstiges:

## Zusammenfassung – finanzielle Unterstützung

SSM Health setzt sich dafür ein, Menschen ohne Versicherung, ohne ausreichende Versicherung, ohne Anspruch auf Regierungsprogramme, oder die anderweitig nicht in der Lage sind, eine medizinisch notwendige Versorgung zu bezahlen, finanziell zu unterstützen. SSM Health übernimmt die medizinische Versorgung in Notfallsituationen für Personen, ungeachtet ihrer Zahlungsfähigkeit.

Finanzielle Unterstützung wird gestaffelt erbracht. Jeder Finanzbedarf eines Antragstellers basiert auf U.S.-Armutsgrenzen, bei denen das Einkommen und die Anzahl der Familienmitglieder berücksichtigt wurden. Der Finanzbedarf berücksichtigt nicht das Alter, das Geschlecht, die Rasse, einen sozialen oder Migrantenstatus, die sexuelle Orientierung oder religiöse Ausrichtung. SSM Health begrenzt den Betrag für die Notfall- und medizinisch notwendige Behandlung von Patienten, die gemäß dieser Richtlinie Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, auf höchstens die Bruttosumme für die Behandlung multipliziert mit dem üblicherweise in Rechnung gestellten Prozentsatz

**Um finanzielle Unterstützung zu beantragen**, müssen Sie einen Antrag auf finanzielle Unterstützung ausfüllen. Kostenlose Anträge sind erhältlich unter: [ssmhealth.com/financialaid](http://ssmhealth.com/financialaid). Ein kostenloser Antrag kann auch unter (855) 989-6789, MyChart, [billingquestions@ssmhealth.com](mailto:billingquestions@ssmhealth.com) oder bei einem Finanzberater Ihrer Einrichtung angefordert werden. Die folgende Dokumentation muss Ihrem Antrag beigefügt werden:

\* Einkommensnachweis (letzten beiden Monate)

\* Die letztjährige Steuererklärung oder der Brief darüber, dass keine Erklärung erfolgt.

Nicht versicherte Patienten erhalten automatisch einen Nachlass auf ihre Rechnung. Dies wird auf Ihrer Schlussrechnung vermerkt. Hierdurch wird Ihr Anspruch auf finanzielle Unterstützung nicht verwirkt. Bei nicht versicherten Patienten greift die finanzielle Unterstützung nach Anrechnung des Nachlasses. Patienten ohne ausreichenden Versicherungsschutz haben möglicherweise ebenfalls Anspruch auf Beihilfe.

Unsere Finanzberater stehen Ihnen zur Verfügung, um zu ermitteln, ob Sie Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, oder um Fragen zum Antragsverfahren zu beantworten. Falls zutreffend, können sie Ihnen beim Antrag auf Medicaid oder bei der Ausarbeitung eines Zahlungsplans helfen.

Patienten müssen mit den Richtlinien und dem Beantragungsprozess für finanzielle Unterstützung von SSM Health kooperieren. Ein Anspruch auf finanzielle Unterstützung ist möglicherweise auf Einwohner in den primären Dienstleistungsbereichen der Behandlungsstandorte von SSM Health begrenzt. Wenn ein Patient offenbar Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, jedoch keine Nachweise vorlegen kann, kann SSM Health externe Agenturen mit der Prüfung des Anspruchs beauftragen.

Die Richtlinien zur finanziellen Unterstützung, die Abrechnungs- und Inkassorichtlinien, die Zusammenfassung in einfacher Sprache und der Antrag auf finanzielle Unterstützung sind unter [ssmhealth.com/financialaid](http://ssmhealth.com/financialaid) in mehreren Sprachen verfügbar, unter anderem: Englisch, Spanisch, Chinesisch, Französisch, Koreanisch, Russisch und Arabisch. Diese Dokumente können auch auf dem Postweg oder per E-Mail angefordert werden, indem Sie sich an den Kundendienst wenden: (855) 989-6789, [billingquestions@ssmhealth.com](mailto:billingquestions@ssmhealth.com) oder über MyChart. Die Finanzberater vor Ort in den einzelnen Einrichtungen (Adressen siehe unten) können auch persönlich eine Kopie der oben genannten Dokumente ausstellen.

**Auf Anfrage erhalten Sie eine kostenlose Kopie unserer Abrechnungs- und Inkassorichtlinie, welche die Maßnahmen durch SSM Health im Falle der Nichtzahlung beschreibt.**

SSM Health kann die Kriterien zur Bestimmung des Anspruchs auf finanzielle Unterstützung jederzeit überarbeiten. Seien Sie versichert, dass SSM Health die Sensibilität Ihrer personenbezogenen Daten versteht und sich bemüht, den Schutz Ihrer Daten zu gewährleisten.

**Alle Mitteilungen über strittige Forderungen, einschließlich aller Formen der Zahlung, die zur vollständigen Befriedigung der Forderung angeboten werden, müssen unter der nachstehenden Adresse eingehen.**

Disputed Billing  
PO Box 411997  
St. Louis, MO 63141

**Zahlungen, die als vollständige Befriedigung einer Schuld angeboten werden, die jedoch nicht an diesen Ort geschickt werden, werden die gesamte ausstehende Schuld nicht befriedigen.**

## Ausgefüllte Anträge oder Fragen zur finanziellen Unterstützung können wie folgt eingereicht werden:


**Per Post**

**SSM Health:** Patient Financial Services  
Attn: Financial Assistance  
PO Box 411997  
St. Louis, MO 63141


**Per Fax**

+1 (314) 989-6734


**Per E-Mail**

[financialaid@ssmhealth.com](mailto:financialaid@ssmhealth.com)


**Per Telefon**

+1 (855) 989-6789

### Persönlich

Bitte wenden Sie sich an den Finanzberater in der Einrichtung, in der Sie versorgt werden. Adresse siehe unten.

**Missouri**

**SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital**  
1465 S. Grand Blvd.  
St. Louis, MO 63104

**SSM Health DePaul Hospital - St. Louis**

12303 DePaul Drive  
St. Louis, MO 63044

**SSM Health St. Clare Hospital - Fenton**  
1015 Bowles Ave  
Fenton, MO 63026

**SSM Health St. Louis University Hospital**

1201 S Grand Blvd  
St. Louis, MO 63104

**SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City**

**SSM Health Good Samaritan Hospital - Mt. Vernon**  
1 Good Samaritan Way  
Mount Vernon, IL 62864

**Oklahoma**

**SSM Health Bone & Joint Hospital at St. Anthony**

1111 N. Dewey Ave.  
Oklahoma City, OK 73103

**Wisconsin**

**SSM Health St. Clare Hospital - Baraboo**  
707 14<sup>th</sup> St.  
Baraboo, WI 53913

**SSM Health St. Mary's Hospital - Madison**

700 S. Park St.  
Madison, WI 53715

**Oklahoma**

- SSM Health Bone & Joint Hospital in St. Anthony
- SSM Health St. Anthony Hospital - Oklahoma City
- SSM Health St. Anthony Hospital - Shawnee
- SSM Health St. Anthony Hospital - Midwest

**Missouri**

- SSM Health St. Mary's Hospital - St. Louis
- SSM Health St. Joseph Hospital - St. Charles
- SSM Health St. Joseph Hospital - Lake Saint Louis
- SSM Health St. Joseph Hospital - Wentzville

**Missouri**

- SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain
- SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City
- SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital
- SSM Health DePaul Hospital - St. Louis
- SSM Health St. Louis University Hospital
- SSM Health St. Clare Hospital - Fenton

**Wisconsin****Illinois**

- SSM Health Good Samaritan Hospital - Mt. Vernon
- SSM Health St. Mary's Hospital - Centralia

**SSM Health St. Joseph Hospital - St. Charles**

300 First Capitol Drive  
St. Charles, MO 63301

**SSM Health St. Joseph Hospital - Wentzville**

500 Medical Drive  
Wentzville, MO 63385, USA

**SSM Health St. Joseph Hospital - Lake Saint Louis**

100 Medical Plaza  
Lake Saint Louis, MO 63367

**SSM Health St. Mary's Hospital - St. Louis**

6420 Clayton Road  
Richmond Heights, MO 63117

2505 Mission Drive  
Jefferson City, MO 65109

**SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain**

620 E. Monroe  
Mexico, MO 65265

**Illinois****SSM Health St. Mary's Hospital - Centralia**

400 N. Pleasant Ave  
Centralia, IL 62801

**SSM Health St. Anthony Hospital - Oklahoma City**

1000 N. Lee  
Oklahoma City, OK 73102

**SSM Health St. Anthony Hospital - Shawnee**

1102 W. Macarthur St.  
Shawnee, OK 74804

**SSM Health St. Anthony Hospital - Midwest**

2825 Parklawn Drive  
Midwest City, OK 73110

**Bürgen-Nr.:** \_\_\_\_\_

(nur zur bürointernen  
Nutzung)

**SSM Health St. Mary's Hospital - Janesville**

3400 E. Racine St.  
Janesville, WI 53546, USA

**St. Agnes Hospital**

430 East Division St  
Fond du Lac, WI 54935

**Waupun Memorial Hospital**

620 W. Brown St  
Waupun, WI 53963

**Ripon Medical Center**

845 Parkside St  
Ripon, WI 54971