







#### 4. Krankenversicherung:

Sind Sie über eine Krankenversicherungspolice, einschließlich Medicare oder Medicaid, versichert, oder erhalten Sie Versicherungsschutz aus dem Ausland?  JA  NEIN

Wenn Sie mit **JA** geantwortet haben, fügen Sie diesem Antrag bitte eine Kopie der Vorder- und Rückseite Ihrer Versicherungskarte bei, oder machen Sie die folgenden Angaben:

Inhaber der Versicherungspolice:	Versicherer:	Nummer der Versicherungspolice:
Inhaber der Versicherungspolice:	Versicherer:	Nummer der Versicherungspolice:

#### 5. Lesen Sie vor dem Unterzeichnen die folgenden Punkte sorgfältig durch:

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass alle meine Angaben in diesem Antrag und alle beigefügten Dokumente wahrheitsgemäß sind.

Ich bin mir bewusst, dass fehlerhafte, unvollständige oder falsche Angaben auf diesem Formular dazu führen können, dass mein Antrag auf finanzielle Unterstützung abgelehnt wird.

Ich erteile Yale New Haven Health die Erlaubnis, alle Informationen zu überprüfen.

Ich erteile Yale New Haven Health die Erlaubnis, meine Patientenakte anzufordern.

Ich erkläre mich bereit, den vollen Betrag meiner finanziellen Unterstützung zurückzuzahlen, falls ich anderweitige Zahlungen, beispielsweise Leistungen aus einem Rechtsstreit, für die in diesem Antrag abgedeckten Leistungen erhalte.

Ich erkläre mich bereit, Yale New Haven Health über sämtliche Änderungen zu informieren, die sich auf meine Anspruchsberechtigung für eine finanzielle Unterstützung auswirken könnten.

Mir ist bekannt, dass Yale New Haven Health im Zusammenhang mit meinem Antrag auf finanzielle Unterstützung unter Umständen geschützte Gesundheitsinformationen (gemäß den Festlegungen in der HIPAA Privacy Rule, 42 CFR Teile 160 bis 164) über mich offenlegen muss, um meine Anspruchsberechtigung zu ermitteln.

Mir ist bekannt, dass eine solche Offenlegung für Zahlungszwecke gemäß der HIPAA Privacy Rule erfolgt.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers oder des rechtlich Bevollmächtigten

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name des Antragstellers oder des rechtlich Bevollmächtigten in Druckbuchstaben

**Denken Sie daran, Ihrem Antrag auf finanzielle Unterstützung Einkommensnachweise oder ein erklärendes Schreiben beizufügen.**

**Senden Sie den vollständig ausgefüllten Antrag an:**

**Yale New Haven Health**  
SBO, Attn: Financial Assistance  
PO BOX 1403,  
New Haven, CT 06505