

FINANZINFORMATIONSFORMULAR / ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

Wenn Sie Hilfe beim Ausfüllen des Formulars benötigen, oder falls Sie Fragen haben, rufen Sie an unter 281-243-1073

Patientenname:	Telefonnummer:
Patientenanschrift Straße:	Stadt, Bundesstaat, Postleitzahl:
Kundennummer(n):	Datum/Daten der Leistung:

ANWEISUNGEN: Alle Fragen müssen beantwortet werden. Falls eine Frage auf Sie nicht zutrifft, schreiben Sie „N. z.“ in die Zeile.
Fügen Sie eine Kopie eines Identitätsnachweises mit Bild bei (zum Beispiel Führerschein, Ausweisdokument mit Bild usw.)*
Fügen Sie eine Kopie der neuesten Einkommensteuererklärung bei oder
Legen Sie eine Kopie von einem der folgenden Einkommensnachweise bei:

* Falls kein Lichtbildausweis vorhanden ist, können Sie ein anderes Dokument mit Identitätsnachweis vorlegen. Wenden Sie sich bei Fragen an die oben angegebene Telefonnummer.

<input type="checkbox"/> Letzten 2 Gehaltsabrechnungen	<input type="checkbox"/> Sozialversicherungsprüfung oder Bewilligungsschreiben
<input type="checkbox"/> Bestätigungsschein für Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/> Brief vom Arbeitgeber mit Angabe von: Name des Mitarbeiters, Beschäftigung, Stundenlohn, Anzahl geleisteter Arbeitsstunden

***** Ohne die entsprechenden Belege gilt der Antrag nicht als vollständig ausgefüllt. *****

STATUS:	<input type="checkbox"/> Dauerhafter Einwohner von Texas	<input type="checkbox"/> Person mit gültigem Aufenthaltsstatus	<input type="checkbox"/> Einwanderungsvisum	<input type="checkbox"/> Nicht-Einwanderungsvisum
FAMILIENSTAND (eins ankreuzen):	<input type="checkbox"/> Verheiratet	<input type="checkbox"/> Ledig	<input type="checkbox"/> Geschieden	
	<input type="checkbox"/> Verwitwet	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____		

KINDER UNTER 18 JAHREN UND ANDERE ABHÄNGIGE IM HAUSHALT (Gegebenenfalls auf einer weiteren Seite fortführen)					
Vollständiger Name	Geburtsdatum	Beziehung zu den Abhängigen im Haushalt (eins ankreuzen)			
		Kind	Stiefkind	Vormund	Elternteil/Senior

BESCHÄFTIGUNG ZUSAMMENFASSUNG	
Patient	Ehepartner/in
Arbeitgeber	Arbeitgeber
Beschäftigung	Beschäftigung
Beschäftigungsstatus (eins ankreuzen) <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig	Beschäftigungsstatus (eins ankreuzen) <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig

HAUSHALTSEINKOMMEN PRO MONAT		HAUSHALTSKOSTEN PRO MONAT (Nicht zutreffend für FAA)	
Patient	USD/Mt. _____	Unterkunft: _____ Eigentum/Darlehen	_____ Miete
Ehepartner/in	USD/Mt. _____	Hypothekenzahlung	USD/Mt. _____
Unterhalt	USD/Mt. _____	Nebenkosten (Strom, Wasser)	USD/Mt. _____
Arbeitslosengeld	USD/Mt. _____	1. Auto	USD/Mt. _____
Kindergeld	USD/Mt. _____	2. Auto	USD/Mt. _____
Hinterlassenenleistungen	USD/Mt. _____	Kraftstoff	USD/Mt. _____
Arbeiterunfallversicherung	USD/Mt. _____	Versicherung	USD/Mt. _____
Treuhandfonds	USD/Mt. _____	TV / Kabel / Telefon	USD/Mt. _____
Sonstiges	USD/Mt. _____	Lebensmittel	USD/Mt. _____
GESAMTEINKOMMEN	USD/Mt. _____	GESAMTAUSGABEN	USD/Mt. _____

BANKKONTEN/SONSTIGE VERMÖGENSWERTE (Alle 3 Fragen sind Pflichtangaben):					(Nicht zutreffend für FAA)
Girokonto? (mit Kreis markieren)	Ja	Nein	Aktueller Saldo	\$ _____	
Sparkonto? (mit Kreis markieren)	Ja	Nein	Aktueller Saldo	\$ _____	
Weiteres Eigentum/Immobilien? (mit Kreis markieren)	Ja	Nein	Aktueller Wert	\$ _____	
Falls „Ja“, bitte beschreiben: _____					

Patientenname: _____

- * Unter Strafe bei Meineid erkläre ich, dass alle obigen Angaben meines Wissens nach wahrheitsgemäß und vollständig sind.
- * Die angegebenen Informationen beziehen sich auf Einkommen und Ausgaben des HAUSHALTS.
- * Diese Informationen sowie eine Bonitätsauskunft und andere öffentlich verfügbare Informationen können von Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony verwendet werden, um einen Zahlungsplan aufzustellen und/oder einen Antrag auf finanzielle Unterstützung in die Wege zu leiten und/oder den Anspruch auf bestimmte Programme, Beihilfen oder Unterstützung zu bestimmen.
- * Hiermit willige ich ein, dass Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony Informationen aus allen verfügbaren Quellen einholt, um die gemachten Angaben zu überprüfen.
- * Sie erhalten eine schriftliche Mitteilung von Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony, falls die abgegebenen Informationen unvollständig oder unzureichend sind, um Ihren Anspruch auf finanzielle Unterstützung zu bestimmen, oder falls Sie die Berechtigungsanforderungen nicht erfüllen. Sie werden auch schriftlich benachrichtigt, falls Sie für finanzielle Unterstützung in Frage kommen.
- * Patienten, die finanzielle Unterstützung beantragen, haben möglicherweise Anspruch auf Mittel aus lokalen, staatlichen oder bundesstaatlichen Programmen. Von den Patienten wird erwartet, solche Programme zu beantragen, bevor ein Anspruch auf finanzielle Unterstützung ermittelt wird. Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony unterstützt Personen bei der Beantragung solcher Programme. Das Versäumnis, ein solches Programm zu beantragen, kann sich negativ auf die Überprüfung des Antrags auf finanzielle Unterstützung des Patienten auswirken.
- * Hiermit bezeuge ich, dass ich alle möglichen Versicherungsleistungen beantragt habe, einschließlich Medicaid, Crime Victims, Health Exchange Insurance sowie jeglicher anderer lokaler, staatlicher und bundesstaatlicher Leistungen.
- * Ich verstehe, dass ich, wenn ich die Kriterien für Anspruch auf finanzielle Unterstützung nicht erfülle, für die Pflegekosten selbst aufkommen muss.

Unterschrift Patient/Bürge

Datum

Senden Sie dieses Dokument und ALLE entsprechenden Belege nach dem vollständigen Ausfüllen des Antrags an:

**Patient Business Office
16906 Southwest Freeway
Sugar Land, Texas 77479
Attention: Financial Assistance**

Office Use Only

Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by: _____

Name / Signature

Title

Date

Siehe Rückseite



Siehe Rückseite