

ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

DATUM DER LEISTUNGSERBRINGUNG: _____ NAME DES KRANKENHAUSES: _____
 KONTONUMMER: _____

NAME DES/DER PATIENT(EN/IN) ODER DES/DER ANTRAGSTELLER(S/IN): _____

ANSCHRIFT: _____ STADT: _____ BUNDESSTAAT: _____

PLZ: _____ TELEFONNUMMER (PRIVAT): _____ HANDYNUMMER: _____

SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER DES/DER PATIENT(EN/IN): _____ FAMILIENSTAND: _____

DIE FOLGENDEN FRAGEN MÜSSEN BEANTWORTET WERDEN, DAMIT DER ANSPRUCH AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG GEPRÜFT WERDEN KANN.

1. HATTEN SIE IHREN WOHNSITZ ZUM ZEITPUNKT IHRES KRANKENHAUSAUFENTHALTS IN OHIO? JA _____ NEIN _____
 a) FALLS "NEIN", IN WELCHEM BUNDESSTAAT HATTEN SIE IHREN WOHNSITZ? _____
2. HABEN SIE EINEN ANTRAG AUF MEDICAID ODER LEISTUNGEN IN EINEM ANDEREN COUNTY GESTELLT? JA _____ NEIN _____
 a) FALLS "JA", WANN (DATUM) HABEN SIE DEN ANTRAG EINGEREICHT? _____
 b) FALLS "JA", HABEN SIE DEN ANTRAG AUF MEDICAID IN EINEM ANDEREN BUNDESSTAAT ALS OHIO GESTELLT? JA _____ NEIN _____
 c) FALLS "JA", IN WELCHEM BUNDESSTAAT HABEN SIE DEN ANTRAG AUF ABSICHERUNG GESTELLT? _____
3. HATTEN SIE AM TAG DER LEISTUNGSERBRINGUNG KRANKENVERSICHERUNGSSCHUTZ? NAME DER VERS. _____
 NR. _____
 a) FALLS "JA", (UND DIE LEISTUNGEN DEM VERSICHERUNGSTRÄGER NOCH NICHT IN RECHNUNG GESTELLT WURDEN) LEGEN SIE DIESEM ANTRAG BITTE EINE KOPIE IHRER VERSICHERUNGSKARTE(N) BEI.
4. HABEN SIE EINEN ANTRAG AUF VERSICHERUNGSSCHUTZ DURCH DIE KRANKENVERSICHERUNGSBÖRSE GESTELLT? JA _____ NEIN _____
 a) FALLS "JA", WIE LAUTET DER NAME DER VERSICHERUNG _____ NR. _____
5. STAND DER TAG DER LEISTUNGSERBRINGUNG IN ZUSAMMENHANG MIT EINEM AUTOUNFALL? JA _____ NEIN _____
 a) FALLS "JA", HABEN SIE ANSPRUCH AUF SCHADENSERSATZ ERHOSEN? NUMMER DER SCHADENSFORDERUNG: _____ NAME DES VERSICHERUNGSTRÄGERS: _____
6. VERFÜGEN SIE ÜBER EINEN HEALTH SAVINGS ACCOUNT (HSA)? JA _____ NEIN _____
 a) FALLS "JA", SCHICKEN SIE BITTE BELEGE, AUS DENEN IHR GEGENWÄRTIGER KONTOSTAND HERVORGEHT.
7. GEBEN SIE BITTE AN, OB JEMAND IN IHREM HAUSHALT ÜBER DIE FOLGENDEN RESSOURCEN VERFÜGT.
 a) SIND SIE EIGENTÜMER ODER MIETER IHRER WOHNUNG/IHRER HAUSES? EIGENTÜMER _____ MIETER _____
 b) GIROKONTO/ERSPARNISSE: JA _____ NEIN _____ FALLS "JA", GEBEN SIE DEN GESAMTWERT AN \$ _____
 c) SONSTIGES VERMÖGEN, EINSCHLIESSLICH, OHNE DARAUF BESCHRÄNKT ZU SEIN, EINLAGENZERTIFIKATE/AKTIEN/BONDS/GELDMARKTKONTEN: JA _____ NEIN _____
 d) FALLS "JA", GEBEN SIE DEN GESAMTWERT AN \$ _____

TRAGEN SIE BITTE ALLE MITGLIEDER IHRES HAUSHALTS IN DIE FOLGENDE ÜBERSICHT EIN. WENN SIE MEHR PLATZ BENÖTIGEN, VERWENDEN SIE BITTE DIE RÜCKSEITE DIESER FORMULARS.

NAME	BEZIEHUNG ZUM PATIENTEN	ALTER	GESAMTEINKOMMEN IN DEN 3 MONATEN VOR DEM DATUM DER LEISTUNGSERBRINGUNG	GESAMTEINKOMMEN IN DEN 12 MONATEN VOR DEM DATUM DER LEISTUNGSERBRINGUNG	EINKOMMENSQUELLE NAME DES ARBEITGEBERS (BEI STUDENTEN: BUNDESSTAAT)
	PATIENT SELBST				

FÜGEN SIE DIESEM ANTRAG EINKOMMENSNACHWEISE FÜR 3 MONATE ODER 12 MONATE BEI:

ALS EINKOMMEN WIRD DAS GESAMTEINKOMMEN VOR ABZUG DER STEUERN ANGESEHEN, UND ES SCHLIESST U. A. ABER NICHT AUSSCHLIESSLICH EINKÜNFTE AUS FOLGENDEN QUELLEN EIN: • LÖHNE UND GEHÄLTER (FÜGEN SIE DIE LOHNABRECHNUNGEN VON 3 MONATEN BEI) • ARBEITSLOSIGKEIT • UNTERHALTSZAHLUNGEN • LEISTUNGEN AN VETERANEN • SOZIALVERSICHERUNG (VOR DEN ABZÜGEN) ODER AWARD LETTER (BEWILLIGUNG EINES STIPENDIUMS) • KINDERBEIHLFE • PENSION ODER RENTE • 401K • BEWILLIGUNGSSCHREIBEN DER BERUFSUNFALLVERSICHERUNG • ZAHLUNG VON PAUSCHALBETRÄGEN • LEISTUNGEN AUS DEM OWF • RENTENAUSZAHLUNGEN • KASSENQUITTUNGEN • AUFZEICHNUNGEN ÜBER SELBSTÄNDIGE ERWERBSTÄTIGKEIT • GELEGENHEITSJOB(S) • EINKOMMENSSTEUERERKLÄRUNG • ALLE SONSTIGEN EINNAHMEN • WENN SIE ANGEBEN, ÜBER KEINE EINKÜNFTE ZU VERFÜGEN, MÜSSEN SIE FOLGENDE UNTERSTÜTZUNGSERKLÄRUNG AUSFÜLLEN, DAMIT SIE FÜR DIE GEWÄHRUNG EINER FINANZIELLEN UNTERSTÜTZUNG BERÜCKSICHTIGT WERDEN KÖNNEN • GGF. WIRD EIN NACHWEIS ÜBER GIROKONTEN/ERSPARNISSE (ODER SONSTIGES VERMÖGEN) GEFORDERT • LEBENSMITTELGUTSCHEINE WERDEN NICHT ALS EINKÜNFTE GERECHNET, MÜSSEN ABER UNTEN IN DER ZEILE "UNTERSTÜTZUNGSERKLÄRUNG" ANGEGEBEN WERDEN

WENN SIE ANGEGEBEN HABEN, ÜBER KEINE EINKÜNFTE ZU VERFÜGEN, WOVON LEBEN SIE DANN?

BESCHEINIGUNG: DURCH MEINE UNTERSCHRIFT UNTER DIESEM DOKUMENT BESTÄTIGE ICH, DASS DIE AUF DIESEM ANTRAG GEMachten ANGABEN DER WAHRHEIT ENTSPRECHEN. SOLLTE EINE SPÄTERE ÜBERPRÜFUNG DES ANTRAGS EINER PERSON AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG ERGEBEN, DASS VON DER PERSON GEMACHTE ANGABEN ENTWEDER FALSCH ODER BETRÜGERISCH WAREN, KANN DIE ENTSCHEIDUNG, FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG ZU GEWÄHREN, RÜCKGÄNGIG GEMACHT UND DIESE DER VERANTWORTLICHEN SEITE IN RECHNUNG GESTELLT WERDEN. ICH BIN MIR BEWUSST, DASS DIE VON MIR BEREITGESTELLTEN INFORMATIONEN DER PRÜFUNG DURCH MEINEN MEDIZINISCHEN VERSORGER, EINSCHLIESSLICH DER SCHUFA, UND DER PRÜFUNG DURCH BUNDES- UND/ODER BUNDESSTAATLICHE SOWIE SONSTIGE BEHÖRDEN UNTERLIEGEN, SOWEIT DIES ERFORDERLICH IST.

UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN: _____ **DATUM:** _____

UNTERSCHRIFT DES ANTRAGSTELLERS ODER VERTRETERS: _____ **BEZIEHUNG:** _____ **DATUM:** _____
(WENN NICHT DER PATIENT)

SCHICKEN SIE DEN AUSGEFÜLLTEN ANTRAG UND DIE UNTERLAGEN AN:
MERCY HEALTH ATTENTION: SCANNING SUITE 400
4605 DUKE DRIVE
MASON, OH 45040

Letzte Überarbeitung: 07/2016