

FINANZINFORMATIONSFORMULAR / ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

Wenn Sie Hilfe beim Ausfüllen des Formulars benötigen, oder falls Sie Fragen haben, rufen Sie an unter 281.312.4012 oder 281.312.4000 -- Drücken Sie die 5

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:

<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

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

***** 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)	Beschäftigungsstatus (eins ankreuzen)
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig	<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	_____ USD
Sparkonto? (mit Kreis markieren)	Ja	Nein	Aktueller Saldo	_____ USD
Weiteres Eigentum/Immobilien? (mit Kreis markieren)	Ja	Nein	Aktueller Wert	_____ USD
Falls „Ja“, bitte beschreiben: _____				

FINANZINFORMATIONSFORMULAR / ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

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 Kingwood 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 Kingwood Informationen aus allen verfügbaren Quellen einholt, um die gemachten Angaben zu überprüfen.
- * Sie erhalten eine schriftliche Mitteilung von Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood, 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 Kingwood 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
300 Kingwood Medical Drive
Kingwood, Texas 77339
Attention: Financial Assistance

Office Use Only

Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by: _____

Name / Signature

Title

Date

Siehe Rückseite



Siehe Rückseite