

FINANZINFORMATIONSPERFORMULAR / ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

Wenn Sie Hilfe beim Ausfüllen des Formulars benötigen, oder falls Sie Fragen haben, rufen Sie an unter 713.338.5502 oder 800.526.2121 – Drücken Sie die 5

Patientenname:	Telefon:
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 letzten Einkommensteuererklärung bei oder
Fügen Sie eine Kopie eines 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"/> Die letzten 2 Lohnabrechnungen	<input type="checkbox"/> Sozialversicherungsscheck oder Bewilligungsschreiben
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld-Bescheinigung	<input type="checkbox"/> Brief von Arbeitgeber mit Angabe von: Name des Mitarbeiters, Beschäftigung, Stundenlohn, Anzahl geleisteter Arbeitsstunden

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

STATUS: Dauerhafter Einwohner von Texas Person mit gültigem Aufenthaltsstatus Einwanderungsvisum Nicht-Einwanderungsvisum

FAMILIENSTAND (eins ankreuzen): Verheiratet Ledig Geschieden
 Verwitwet 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	Nicht verwandt

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 **HAUSHALTSAUSGABEN PRO MONAT (Nicht zutreffend für FAA)**

Patient	\$		/Monat	Unterkunft:	Eigentum/Darlehen	Miete
Ehepartner/in	\$		/Monat	Hypothekenzahlung	\$	/Monat
Alimente	\$		/Monat	Nebenkosten (Strom, Wasser)	\$	/Monat
Arbeitslosengeld	\$		/Monat	1. Auto	\$	/Monat
Kindesunterhalt	\$		/Monat	2. Auto	\$	/Monat
Hinterbliebenenleistungen	\$		/Monat	Kraftstoff	\$	/Monat
Arbeitsunfallversicherung	\$		/Monat	Versicherung	\$	/Monat
Treuhandfonds	\$		/Monat	TV / Kabel / Telefon	\$	/Monat
Sonstiges	\$		/Monat	Lebensmittel	\$	/Monat
EINKOMMEN GESAMT	\$		/Monat	AUSGABEN GESAMT	\$	/Monat

BANKKONTEN/SONSTIGE VERMÖGENSWERTE (Alle 3 Fragen sind Pflichtangaben): **(Nicht zutreffend für FAA)**

Girokonto? (eins einkreisen)	Ja	Nein	Aktueller Saldo	\$	
Sparkonto? (eins einkreisen)	Ja	Nein	Aktueller Saldo	\$	
Weiteres Eigentum/Immobilien? (eins einkreisen)	Ja	Nein	Aktueller Wert	\$	

Falls ja, bitte beschreiben: _____

Patientenname: _____

- Unter Strafe bei Meineid erkläre ich, dass die 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 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 Informationen aus allen verfügbaren Quellen einholt, um die gemachten Angaben zu überprüfen.
- Sie erhalten eine schriftliche Mitteilung von Memorial Hermann, 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 bundesstaatlicher Programmen. Von den Patienten wird erwartet, solche Programme zu beantragen, bevor ein Anspruch auf finanzielle Unterstützung ermittelt wird. Memorial Hermann 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 den ausgefüllten Antrag und ALLE Belege per Post, Fax oder E-Mail an:

Patient Business Services
909 Frostwood Dr., Suite 3:100
Houston, Texas 77024, USA
Attention: PBS Financial Assistance
Fax: 713-338-4261
E-Mail: MHFinancialAssistance@memorialhermann.org

Nur von Dienststelle auszufüllen

Finanzielle Unterstützung genehmigt von CEO/CFO der Einrichtung

Genehmigt von: _____

Name/Unterschrift

Titel

Datum

Siehe Rückseite



Siehe Rückseite