

Antragsformular für finanzielle Unterstützung

ABSCHNITT 1: PATIENTENINFORMATION

Geben Sie Ihren vollständigen Namen, Adresse und andere Informationen an, zu dem Zeitpunkt, als Sie die medizinische Leistung erhalten haben.

Kontonummer: _____ Datum der Leistung _____

Name des Patienten: _____

NACHNAME VORNAME INITIAL
MITTELNAME

Adresse: _____ Stadt: _____ County: _____

Bundesstaat des Wohnsitzes: _____ Postleitzahl: _____ Geburtsdatum: ___/___/___ Familienstand: Single
 Verheiratet Geschieden

Haupttelefonnummer: (_____) _____ Zuhause Mobil Arbeit Andere: _____

E-Mail-Adr.: _____

Krankenversicherung zum Zeitpunkt der Leistung: Keine Medicare Medicaid Andere: _____

ABSCHNITT 2: FAMILIENEINKOMMEN UND -VERMÖGEN

Geben Sie das Einkommen für sich, Ihren Ehepartner und alle anderen Familienmitglieder an (falls zutreffend).

Einkommensquelle	Gesamtbetrag für 3 Monate vor der Leistung	Gesamtbetrag für 12 Monate vor der Leistung
Löhne/Selbstständigkeit Erwerbstätigkeit	\$ _____	\$ _____
Sozialversicherung	\$ _____	\$ _____
Rente, Dividenden, Zinsen, Mieteinnahmen	\$ _____	\$ _____
Arbeitslosigkeit, Workers' Compensation	\$ _____	\$ _____
Kindesunterhalt (nur wenn der Patient der vorgesehene Empfänger ist)	\$ _____	\$ _____
Andere	\$ _____	\$ _____

Gesamtes Nettovermögen (Vermögen - Schulden) zum Zeitpunkt der Antragstellung: \$ _____

ABSCHNITT 3: FAMILIENINFORMATIONEN UND EINKOMMEN

Listen Sie alle Familienmitglieder in Ihrem Haushalt und deren Geburtsdatum auf.

Bitte geben Sie die folgenden Informationen für alle Personen in Ihrer unmittelbaren Familie an, die in Ihrer Wohnung leben. Für die Zwecke des HCAP wird Familie definiert als der Patient, der Ehepartner des Patienten und alle Kinder des Patienten unter 18 Jahren (leibliche oder Adoptivkinder), die im Haushalt des Patienten leben. Wenn der Patient unter 18 Jahre alt ist, umfasst die Familie den Patienten, den/die leiblichen oder adoptierten Elternteil(e) des Patienten und die (leiblichen oder adoptierten) Kinder unter 18 Jahren, die im Haushalt des Patienten leben.

Name der Familienmitglieder, einschließlich des Patienten Geburtsdatum Beziehung zum Patienten

1. Patient: _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alles, was ich in diesem Antrag und in eventuellen Anlagen angegeben habe, der Wahrheit entspricht.

Verantwortliche Person Unterschrift: x _____ Datum: _____

Mit meiner Unterschrift unten bestätige ich, dass ich diesen Antrag geprüft und genehmigt habe.

Unterschrift CEO des Krankenhauses: x _____ Datum: _____

Senden Sie Ihren ausgefüllten Antrag an: [SSM Rehabilitation Network](#)