

ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

NAME DES PATIENTEN ODER ANTRAGSTELLERS: _____

ANSCHRIFT: _____

STADT: _____ BUNDESSTAAT: _____ PLZ: _____

TELEFON: _____ FAMILIENSTAND: _____

LEISTUNGSDATUM: _____
 KONTONUMMER: _____
 CSN: _____
 KRANKENHAUS: _____

DIE FOLGENDEN ANGABEN SIND FÜR DIE BERÜCKSICHTIGUNG DER FINANZIELLEN UNTERSTÜTZUNG ERFORDERLICH. BITTE BEACHTEN SIE, DASS NICHT VERSICHERTE PATIENTEN VOR DEM ERHALT VON UNTERSTÜTZUNG SICH AN UNSEREN ANBIETER VON VERSICHERUNGSLEISTUNGEN WENDEN MÜSSEN. ENTSCHEIDUNGEN WERDEN INNERHALB VON 90 TAGEN NACH EINGANG DES AUSGEFÜLLTEN ANTRAGS UND DER ERFOLGTEN ZUSAMMENARBEIT MIT UNSEREM ANBIETER GETROFFEN.

NAME	BEZIEHUNG ZUM PATIENTEN	GEBURTSDATUM	GESAMTBRUTTOEINKOMMEN IN DEN 3 MONATEN VOR DEM LEISTUNGSDATUM	GESAMTBRUTTOEINKOMMEN IN DEN 12 MONATEN VOR DEM LEISTUNGSDATUM	EINKOMMENSQUELLE: NAME DES ARBEITGEBERS (BITTE ANGEBEN, OB SIE STUDENT SIND)
	SELBST				

1. WENN SIE EIN GESAMTEINKOMMEN VON NULL ANGEZEIGT HABEN, WIE WERDEN SIE UNTERSTÜTZT? _____
2. IN WELCHEM BUNDESSTAAT HATTEN SIE ZUM ZEITPUNKT IHRES BESUCHS IHREN GEWÖHNLICHEN AUFENTHALTSORT? _____
3. HABEN SIE MEDICAID ODER BUNDESSTAATLICHE UNTERSTÜTZUNG BEANTRAGT? NEIN JA (DATUM/BUNDESSTAAT _____)
4. WAREN SIE AM LEISTUNGSDATUM KRANKENVERSICHERT? NEIN JA (KOPIE DER VERSICHERUNGSKARTE ZUSAMMEN MIT DIESEM ANTRAG VORLEGEN)
5. STAND DAS LEISTUNGSDATUM IM ZUSAMMENHANG MIT EINEM AUTOUNFALL? NEIN JA (NAME DER VERSICHERUNG/SCHADENSNR. _____)
6. HAT JEMAND IN IHRER FAMILIE EIN GIRO- ODER SPARKONTO? NEIN JA (WERT _____)
7. HAT JEMAND IN IHRER FAMILIE ANDERE VERMÖGENSWERTE? NEIN JA (ART/WERT) _____
8. BESITZEN SIE EIN EIGENTUM ODER SIND SIE MIETER? EIGENTÜMER MIETER SONSTIGES (_____)

FÜR DAS OBEN AUFGEFÜHRTE EINKOMMEN MÜSSEN SIE FÜR JEDES MITGLIED DES HAUSHALTS FOLGENDE ANGABEN MACHEN:

(bitte alle erhaltenen Nachweise überprüfen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ERWERBSTÄTIGKEIT = 3- ODER 12-MONATSEINKOMMEN | <input type="checkbox"/> SELBSTSTÄNDIGE ERWERBSTÄTIGKEIT = VOLLSTÄNDIGE STEUERERKLÄRUNG EINSCHLIESSLICH TABELLE C |
| <input type="checkbox"/> ARBEITSLOSIGKEIT = UNTERSTÜTZUNGSSCHREIBEN | <input type="checkbox"/> KINDESUNTERHALT = GERICHTLICH ANGEORDNETES DOKUMENT |
| <input type="checkbox"/> SOZIALVERSICHERUNG = UNTERSTÜTZUNGSSCHREIBEN | <input type="checkbox"/> ANSONSTEN= NACHWEIS ANDERER EINKÜNFTE WIE DIVIDENDEN, ZINSEN, MIETEINNAHMEN |
| <input type="checkbox"/> RENTE ODER INVALIDITÄT= UNTERSTÜTZUNGSSCHREIBEN | <input type="checkbox"/> GIRO-/ SPARKONTO = AKTUELLER 30-TAGE-AUSZUG FÜR JEDES KONTO |

ZERTIFIZIERUNG: DURCH DIE UNTERZEICHNUNG DIESES DOKUMENTS BESTÄTIGE ICH, DASS DIE AUF DIESEM ANTRAG GEMachten ANGABEN WAHRHEITSGEMÄSS SIND. SOLLTE SICH BEI EINER SPÄTEREN ÜBERPRÜFUNG DES ANTRAGS AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG HERAUSSTELLEN, DASS DIE GEMachten ANGABEN ENTWEDER UNRICHTIG ODER BETRÜGERISCH WAREN, KANN DIE ENTSCHEIDUNG ÜBER DIE GEWÄHRUNG DER FINANZIELLEN UNTERSTÜTZUNG RÜCKGÄNGIG GEMACHT WERDEN, UND DIE KOSTEN WERDEN DER VERANTWORTLICHEN PARTEI IN RECHNUNG GESTELLT. ICH VERSTEHE, DASS DIE VON MIR GEMachten ANGABEN VON MEINEM KRANKENHAUSBETREIBER SOWIE DEN KREDITAUSKUNFTEN ÜBERPRÜFT WERDEN UND AUCH DER ÜBERPRÜFUNG DER BUNDES- UND/ODER LANDESBEHÖRDEN SOWIE GEGEBENENFALLS ANDERER EINRICHTUNGEN UNTERLIEGEN.

UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN: _____ DATUM: _____

UNTERSCHRIFT DES ANTRAGSTELLERS ODER DESSEN VERTRETERS: _____ BEZIEHUNG ZUM PATIENTEN: _____ DATUM: _____
 (WENN NICHT DER PATIENT SELBST)

DEN AUSGEFÜLLTEN ANTRAG UND DIE
 BEGLEITDOKUMENTATION BITTE SENDEN AN:
 Bon Secours Southside Regional Medical Center
 200 Medical Park Blvd. | Petersburg, VA 23805