

Überprüfung und Antrag auf finanzielle Unterstützung

Bitte beantworten Sie alle Fragen nach bestem Wissen und Gewissen. **Bitte fügen Sie alle erforderlichen Nachweise bei.**

Patienteninformationen

Name des Patienten	Geburtsdatum
Elternteil oder gesetzlicher Vormund	Geburtsdatum
Aktuelle Adresse	
Mobiltelefon	Telefon (Arbeit/Wohnung)
E-Mail-Adresse	

Sind Sie derzeit obdachlos? ☐ Ja ☐ Nein
 Wenn ja, welche Postadresse bevorzugen Sie? _____

Haushaltsmitglieder

Wer lebt in Ihrem Haushalt? (Bitte geben Sie Ehepartner und alle Kinder an. Vollständige Namen, Geburtsdaten, Sozialversicherungsnummern und das Verhältnis zu den Haushaltsmitgliedern sind erforderlich.)

Name	Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer	Verwandtschaftsverhältnis	US-Staatsbürger (Ja/Nein)	Aktive Versicherung (Name des Versicherungsschutzes & Ausweisnummer)

Trifft eine der folgenden Situationen auf ein Haushaltsmitglied zu:

Sind Sie schwanger? ☐ Ja ☐ Nein Geburtstermin _____
 Haben Sie im Militär gedient? ☐ Ja ☐ Nein

Beschäftigung

Erwerbstätige Personen müssen Gehaltsabrechnungen der letzten 45 Tage einreichen. Selbstständige müssen die Steuererklärung des Vorjahres einschließlich der zugehörigen Anlagen einreichen.

Name	Name des Arbeitgebers oder Unternehmens	Arbeitsstunden pro Woche	Wie häufig werden Sie bezahlt?

Zusätzliches Einkommen

Für alle Einkünfte ist ein geeigneter Nachweis erforderlich. Beispiele sind: Rentenbescheid der Sozialversicherung, Scheck oder Nachweis über Rentenzahlungen, Arbeitslosenbescheinigung mit Datumsangabe.

Einkommen	\$ Betrag monatlich	Einkommen	\$ Betrag monatlich
Arbeitslosengeld		Zeitraum des Arbeitslosengeldbezugs	
Sozialversicherungsleistungen		Einkünfte aus Landwirtschaft	
Erwerbsunfähigkeitsrente (SSI)		Zinsen/Dividenden	
Renten		Erhaltene Unterhaltszahlungen	
Erhaltener Kindesunterhalt		Einkünfte aus Vermietung	
Arbeiterunfallversicherung / Entschädigungsleistungen		Sonstiges	

Haushaltsausgaben/Darlehen

Art der Ausgabe	\$ Betrag monatlich	Art der Ausgabe	\$ Betrag monatlich
Hypothek/Miete		Kinderbetreuung	
Zweithypothek		Lebensmittel / Einkäufe	
Unterhaltszahlungen, die Sie leisten		Krankenversicherung	
Kabelanschluss / Fernsehen		Kfz-Zahlung	
Strom/Gas		Sonstiges	
Telefon / Mobiltelefon		Sonstiges	

Vermögenswerte

Art des Vermögenswerts	Wert/Saldo
Girokonto	
Sparkonto	
401K/IRA	
Lebensversicherungspolice	

Bitte beachten Sie: Alle bei Covenant HealthCare eingereichten Formulare zur Beantragung finanzieller Unterstützung decken ausschließlich Krankenhausgebühren sowie andere fachärztliche Leistungen, die von Ärzten der Covenant HealthCare erbracht werden. Kosten für Privatzimmer oder andere persönliche Ausgaben sind nicht durch das Covenant-Programm zur finanziellen Unterstützung abgedeckt. Kosten für kosmetische Eingriffe sind nicht durch das Covenant HealthCare-Programm zur finanziellen Unterstützung abgedeckt.

Ich bestätige, dass die oben angegebenen Informationen nach bestem Wissen und Gewissen wahr, vollständig und korrekt sind:

Unterschrift des Antragstellers

Datum

Unterschrift des Ehepartners

Datum

Bevollmächtigter Vertreter / Vollmachtinhaber (POA)

Datum
