

NAME DER EINRICHTUNG
ANTRAG ZUR FINANZIELLEN UNTERSTÜTZUNG

Name des Patienten: _____ Patientenaktennummer (MRN): _____

Haupteinkommensbezieher bzw. Haushaltsvorstand (Bürge) *falls zutreffend*: _____

Strasse und Hausnummer: _____

Stadt: _____ Bundesstaat: _____ Postleitzahl: _____

Landkreis: _____

Telefon (privat): _____ Mobiltelefon: _____ Telefon (dienstl .): _____

Bitte beachten Sie , dass eines der folgenden Dokumente als Nachweis der Identität akzeptiert wird. Diese Dokumente sollten mit Ihrem Anmeldeformular vorgelegt werden.

- Führerschein - US Pass - Ausländischer Pass - Geburtsurkunde - Schulakten (für Minderjährige) - Adoptionsdokumente (für Minderjährige)

-Heiratsurkunde - Einbürgerungsurkunde

Bitte beachten Sie, dass eines der folgenden Dokumente als Nachweis der Anschrift akzeptiert wird. Diese Dokumente sollten mit Ihrem Anmeldeformular eingereicht werden.

- Gültiger Führerschein - gültiger Personalausweis bzw. Identitätskarte mit aktueller Adresse - Briefumschlag mit Poststempel des laufenden Monats

- Betriebskostenabrechnung für den aktuellen Monat - Hypothekenbeleg für den aktuellen Monat

Patientenkonto Registrierungsdaten

(Auszufüllen durch den Finanzberater oder eine Verbindungsperson)

Konto Nr. #	Datum der Aufnahme	Kosten der Untersuchung	Konto Nr. #	Datum der Aufnahme	Kosten des Besuchs

Anmeldedatum: _____ gesamte Konto Kosten: \$ _____ gesamter geschuldeter Betrag: \$ _____
aktueller geschuldeter Betrag nach bisher geleisteten Zahlungen

Mitglieder des gemeinsamen Haushalt

Bitte geben Sie den vollständigen Namen und das Geburtsdatum für alle Mitglieder an. Bitte geben Sie die Sozialversicherungsnummer und den Beziehungsstatus an, falls bekannt.

Sozialversicherungsnummer und Geburtsdatum des Antragstellers sind erforderlich.

Name	Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer	Beziehungsstatus zum Antragsteller	US Bürger?
			Selbst	

Informationen zum Haushaltseinkommen

Einschließlich aller Einkommensquellen (Löhne). Nur Arbeitseinkommen sollte hier angegeben werden.

Alles angegebene Einkommen benötigt einen Nachweis. Bitte beachten Sie die folgenden akzeptierten Formen des Nachweises für Arbeitseinkommen nebenstehend rechts

Bitte beachten Sie die folgenden Dokumente als anerkannten Nachweis für Arbeitseinkommen -

Haushaltsmitglied	Arbeitgeber & Ort	Betrag	Zeitraum	Anfangsdatum	Enddatum <i>(Falls zutreffend)</i>

NAME DER EINRICHTUNG
ANTRAG ZUR FINANZIELLEN UNTERSTÜTZUNG

	(Adresse falls verfügbar)					Verdienstbescheinigung (3 Zahlungsperioden) Brief vom Arbeitgeber (mit Briefkopf der Firma)
						- Einkommenssteuererklärung/Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit - Geschäftsunterlagen (selbstständige Erwerbstätigkeit) - Steuerrückzahlungsbescheid

gesamtes Haushaltseinkommen - Monatlich: _____

Besitzinkommens			
<i>Besitzeinkommen, wie Sozialversicherungsleistungen, Unterhalt, Kindergeld, Pension, Alters- und Hinterbliebenenrente usw. sollten hier aufgelistet werden. Alle angegebenen Einkommen erfordern einen ordnungsgemäßen Beleg. Bitte stellen Sie sämtliche Unterlagen zum Nachweis zur Verfügung.</i>			
Haushaltsmitglied	Besitzinkommensart	Betrag	Zeitraum

Bitte beachten Sie die folgenden Dokumente als Nachweis für Arbeitseinkommen -
Erklärungen
- Briefe
- Gerichtsdokumente
- Abrechnungen
- Beglaubigte Dokumente

Gesamtes Besitzeinkommen - Monatlich: _____

Vermögen und Kapitalanlagen			
<i>Bitte geben Sie sämtliche Details über alle Vermögen und Kapitalanlagen des Haushalts an.</i>			
Haushaltsmitglied	Art des Vermögens oder der Kapitalanlage	Wert	Zusätzliche Kontoinhaber (Falls zutreffend)

Bitte beachten Sie die folgenden Dokumente als Nachweis für Vermögen und Kapitalanlagen sowie Ausgaben - Erklärungen
- Briefe
- Abrechnungen

Haushaltsausgaben					
<i>Bitte geben Sie Details für alle aktuellen Haushaltsausgaben an. Bitte schließen Sie die monatlichen Gesamtsummen ein</i>					
Art der Ausgaben	Monatliche Betrag	Zeitraum	Art der Ausgaben	Monatliche Betrag	Zeitraum
1)			6)		
2)			7)		
3)			8)		
4)			9)		
5)			10)		

Darlehen und Ratenzahlungen					
<i>Bitte geben Sie Details über alle Darlehen und Ratenzahlungen oder fälligen Kreditzahlungen an.</i>					
Art der Ausgaben	Durchschnittliche Zahlung	Zeitraum	Art der Ausgaben	Durchschnittliche Zahlung	Zeitraum

NAME DER EINRICHTUNG
ANTRAG ZUR FINANZIELLEN UNTERSTÜTZUNG

--	--	--	--	--	--	--

Krankenversicherung

Bitte geben Sie Informationen über alle BESTEHENDEN Krankenversicherungen oder staatlichen Programme an (z.B., Medicaid, CHP, Medicare, FHP, usw.)

Bitte geben Sie die Versicherungsnummern an und beachten Sie welche Haushaltsmitglieder versichert sind (falls zutreffend).

Name des Versicherten	Name der Versicherung Oder Bezeichnung des Bundesstaatsprogramms	Adresse (Falls bekannt/zutreffend)	Versicherungsnummer	Mitglieder des Haushalts, die hierunter versichert sind

Bitte beachten Sie: Alle Dokumente zur finanziellen Unterstützung, die mit der Absicht der Beantragung von Zuschüssen an Covenant HealthCare übermittelt werden, können NUR Krankenhauskosten und andere professionelle Leistungen durch Covenant HealthCare Ärzte abdecken. Einzelzimmer oder andere persönliche Aufwendungen sind nicht vom Covenant Finanzhilfeprogramm abgedeckt. Kosten für kosmetische Behandlungen sind nicht von dem Covenant Finanzhilfeprogramm abgedeckt. Optionale Behandlungen, die durch Versicherung abgedeckt werden, aber vom Covenant HealthCare nicht akzeptiert werden, sind vom Covenant Finanzhilfeprogramm nicht abgedeckt.

Hiermit erkläre ich, dass die obigen Angaben nach meinem besten Wissen wahr, vollständig und korrekt sind:

Unterschrift: x _____

Datum: _____

Name des gesetzlichen Vertreters: _____

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters: _____ Datum: _____

Name des Finanzberaters: _____ Telefonnummer: _____