

## Antrag auf finanzielle Unterstützung (Financial Assistance Application, FAA)

### Demographische Patientendaten

Name des Patienten: Nachname, Vorname, zweiter Vorname	Sozialversicherungsnummer (sofern vorhanden)	Geburtsdatum	Kundennummer  Ort der Serviceleistung
Name des Garanten: Nachname, Vorname, zweiter Vorname	Sozialversicherungsnummer (sofern vorhanden)	Geburtsdatum	Beziehung zum Patienten
Patienten-/Garantenadresse	Wohnsitzland	Private Telefonnummer	Weitere Telefonnummer
Stadt	Staat	Postleitzahl	Hausbesitzer? Ja    Nein
Haben Sie Medicaid- oder eine andere Unterstützung auf Staats-/Bezirksebene beantragt? (Zutreffendes einkreisen)    Ja            Nein			
Falls ja, bitte folgende Angaben machen:			
Datum des Antrags:		Status des Antrags:	
Name des Sachbearbeiters:		Telefonnummer des Sachbearbeiters:	

### Angaben zum Haushalt

Familienstand:	Verheiratet	Alleinstehend	Getrennt lebend	Geschieden	Verwitwet
Namen von Angehörigen		Verwandtschaft		Geburtsdatum	

### Einnahmen aus Beschäftigung / Haushaltsausgaben

Name des Arbeitgebers von Patient/Garant	Monatliches Bruttoein- kommen: US\$	Bruttoein- kommen: US\$	Belege beifügen
Falls Ihr Einkommen US\$ 0 beträgt, bitte erläutern.			Unterlagen beifügen
Name des Arbeitgebers des Ehegatten	Monatliches Bruttoein- kommen: US\$	Bruttoein- kommen: US\$	Belege beifügen
Falls Ihr Einkommen US\$ 0 beträgt, bitte erläutern.			Unterlagen beifügen
Andere Einnahmequellen:	Monatliches Bruttoein- kommen: US\$	Bruttoein- kommen: US\$	Belege beifügen
<b>BEI NHSC-ANTRÄGEN BRAUCHEN AUSGABEN NICHT ANGEGEBEN ZU WERDEN</b>			
Monatliche Haushaltsausgaben	Monatliche Gesamtaus- gaben: US\$	Gesamtaus- gaben: US\$	

**WICHTIGER HINWEIS:** Um für Unterstützung anspruchsberechtigt zu sein, kann zumindest ein Beleg zum Nachweis von Haushaltseinkommen angefordert werden. Zu derartigen Belegen können unter anderem die letzte Jahressteuererklärung, ein aktuelles W-2-Formular, 1 aktuelle monatliche Lohnabrechnung, ein unterzeichnetes Unterstützungsschreiben usw. gehören.

**BITTE VOR DATIERUNG UND UNTERZEICHNUNG DES ANTRAGS DAS NACHSTEHENDE DURCHLESEN**

Beachten Sie bitte, dass Sie mit Ihrer Unterschrift zum Ausdruck bringen, sich zur Beifügung von Einkommensbelegen verpflichtet zu haben.

- Ich versichere, dass die von mir gelieferten Informationen nach meinem besten Wissen wahr und korrekt sind.
- Ich werde allein oder mit der Hilfe von Krankenhauspersonal JEDE ART von Hilfe beantragen, die möglicherweise von bundes- bzw. einzelstaatlichen und lokalen Behörden sowie privaten Quellen angeboten wird, um zur Begleichung dieser Arztrechnung beizutragen.
- Ich verstehe, dass mein Antrag auf mögliche Finanzhilfe abgelehnt werden kann, wenn ich mit meinem Gesundheitsdienstleister nicht bezüglich der Überlassung angeforderter Informationen zusammenarbeite.
- Ich verstehe, dass die von mir überlassenen Informationen von meinem Gesundheitsdienstleister sowie von Kreditauskunfteien verifiziert und von bundes- und/oder einzelstaatlichen Behörden und bei Bedarf anderen Instanzen überprüft werden können.
- Ich verstehe, dass für den Erhalt von Unterstützung weitere Informationen angefordert werden können.

<b>Unterschrift (Antragsteller/Garant)</b>	<b>Datum</b>
--	--------------

**Schicken Sie den bearbeiteten Antrag und die Dokumente an:**

**Financial Assistance Center  
PO Box 650953  
Dallas, TX 75265-0953**

**Phone: (855) 715-4379**

**Email: [CHIFA@coniferhealth.com](mailto:CHIFA@coniferhealth.com)**