

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
BEI NHSC-ANTRÄGEN BRAUCHEN AUSGABEN NICHT ANGEGEBEN ZU WERDEN			
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.

Unterschrift (Antragsteller/Garant)	Datum
--	--------------

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