

Hinweise: Füllen Sie bitte alle nachfolgenden Leerstellen aus. Falls ein Punkt nicht zutrifft, geben Sie bitte n.z. an. Bitte legen Sie Fotokopien von den folgenden, auf Ihre aktuelle Situation zutreffenden Punkte bei: **1. Die letzte Gehaltsabrechnung, die Angaben zu Ihrem bisherigen Einkommen im laufenden Jahr macht; 2. Die letzte Steuererklärung einschließlich aller Anlagen; 3. Sozialversicherungsscheck oder Anspruchsberechtigungsschreiben oder Bankauszug bei Überweisung; 4. Schreiben über Gewährung von Arbeitslosenversicherung; 5. Goldkarte des Harris Health Systems.** Falls Sie erwerbslos und von anderen Personen in Bezug auf Einkommen und/oder Lebenshaltungskosten abhängig sind, legen Sie bitte einen Unterstützungsbrief und eine Kopie der Steuererklärung bei, falls Sie als abhängige Person in der Steuererklärung aufgeführt sind. Falls Sie Fragen haben oder weitere Hilfe beim Ausfüllen dieses Antrags benötigen, wenden Sie sich bitte an das Centralized Business Office unter 877-493-3228 Mo. - Fr. 7:00-19:00 Uhr, Samstag 8:00-12:00 Uhr.

Bitte senden Sie den Antrag mit den Belegdokumenten an ein Teammitglied von "Patient Access" (Patientenzugang) oder senden Sie ein Fax an (832) 667-5995 oder per Post an Houston Methodist, Centralized Business Office; Z.Hd.: Financial Assistance Unit; 701 S. Fry Road; Katy, TX 77450.

NAME DES PATIENTEN (BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN) _____ DIE LETZTEN 4 STELLEN DER US-SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER _____

NAME DES EhePARTNERS/ELTERN/VORMUND (BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN) _____ US-SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER _____

PRIVATANSCHRIFT _____

TELEFONNUMMER _____ GEBURTSDATUM _____ FAMILIENSTAND _____

BEANTRAGTE LEISTUNG(EN): _____

KONTONUMMER: _____ DATEN DER LEISTUNGSERBRINGUNG: _____

Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder unter 18 Jahren: _____ Namen der abhängigen Personen

Direkt verwandt _____

Stiefkinder _____

Nicht verwandt _____

Vormund von _____

MONATLICHE KOSTEN	Unterkunft:	Strom/Gas:	Fahrzeuge:
	Miete	Strom \$ _____	Besitzer/# _____
	Besitzer	Wasser \$ _____	Mietvertrag/# _____
	Bezahlt	Gas \$ _____	Monatliche Zahlung \$ _____
	Monatliche Zahlung \$ _____		
	Patient		Ehepartner/Sonstiges

Arbeitgeber _____
 Vollzeitbeschäftigung
 Teilzeitbeschäftigung
 Erwerbslos/pensioniert/behindert
 Kann Arbeit nicht wieder aufnehmen
 Hausfrau

Arbeitgeber _____
 Vollzeitbeschäftigung
 Teilzeitbeschäftigung
 Erwerbslos/pensioniert/behindert
 Kann Arbeit nicht wieder aufnehmen
 Hausfrau

FAMILIENEINKOMMEN INSGESAMT* _____ USD/Monat (**NACHWEIS(E) FÜR EINKOMMEN DEM ANTRAG BEILEGEN**)

** Enthält alle Löhne/Gehälter, Einkünfte aus Landwirtschaft oder selbstständiger Arbeit, staatliche Fürsorge, Sozialversicherung, Arbeitslosengeld/Arbeitsunfallversicherung, Rente, Streikgelder, Unterhaltszahlungen, Kindesunterhalt, militärische Zuteilungen, Pensionsgelder, Dividendenerträge, Zinsen, Einkünfte aus Mieteigentum und sonstigen verschiedenen Einkommensquellen.*

BANKKONTEN/SONSTIGE VERMÖGENSWERTE:

Girokonto	Ja	Nein	Kontostand	\$ _____
Sparkonto	Ja	Nein	Kontostand	\$ _____
Aktien/Anleihen etc.	Ja	Nein	Kontostand	\$ _____
Weiteres Eigentum	Ja	Nein	Beschreibung	_____

Ich bestätige nach bestem Wissen, dass die obigen Angaben wahr und richtig sind. Ich verstehe, dass die Nichtbereitstellung aller oben verlangten Angaben als eine Disqualifizierung für jegliche finanzielle Entlastung unter dem Programm erachtet werden kann. Außerdem werde ich, falls zutreffend, einen Antrag auf staatliche Hilfe stellen, die entsprechenden Maßnahmen zum Bezug solcher Hilfe ergreifen und HM über das Ergebnis meines Antrags unterrichten. Ich (Wir) stimme(n) hiermit zu, dass HM Informationen von jeglichen Quellen einholen kann, um die Angabe(n), die ich(wir) oben gemacht habe(n), zu verifizieren.

(Patient/Unterschrift des Antragstellers)

(Datum)