

## Houston Methodist Richtlinie FI49

**Betreff:**  
Finanzhilfe

**Wirksamkeitsdatum:**  
1. Januar 2016

**Gilt für:**  
Houston Methodist Krankenhäuser

**Überarbeitet/Überprüft am:**  
1. Januar 2016

**Von Abteilung:**  
Revenue Cycle Council

**Zielüberprüfungsdatum:**  
1. Januar 2019

### I. RICHTLINIE

Houston Methodist (HM) verpflichtet sich, Personen mit Bedarf für Gesundheitsdienstleistungen, die nicht versichert oder unterversichert sind und sich nicht für ein staatliches Programm qualifizieren oder anderweitig zahlungsunfähig sind, Finanzhilfe für medizinisch notwendige Versorgung einschließlich - wie nachfolgend definiert - Notfallversorgung, basierend auf deren individuellen Finanzsituation, bereitzustellen. Im Einklang mit HMs Zielsetzung, hochwertige, kostenwirksame Gesundheitsfürsorge bereitzustellen und sich für bedürftige Menschen einzusetzen, bemüht sich HM sicherzustellen, dass bedürftige Personen nicht daran gehindert werden, notwendige gesundheitliche Versorgungsleistungen in Anspruch zu nehmen. HM wird in medizinischen Notfallsituationen ohne jegliche Diskriminierung Versorgung bereitstellen, ganz gleich, ob der Patient zahlungsfähig ist.

Diese Richtlinie behandelt die Beantragung von Finanzhilfe; qualifizierte Dienstleistungen; Qualifikationskriterien; das Genehmigungsverfahren; die Grundlage für die Berechnung der in Rechnung gestellten Beträge; Benachrichtigungs- und Aushangspflicht; Inkassoverfahren für unbezahlte Beträge; eine Liste der Anbieter, für welche diese Richtlinie gilt/nicht gilt (Appendix C) und stellt auch eine Zusammenfassung dieser Richtlinie in klarer Sprache bereit (Appendix A).

Finanzhilfe darf nicht als Ersatz für die persönliche Verantwortung angesehen werden. Von Patienten wird erwartet, dass sie einen Beitrag zu ihren Behandlungskosten leisten, der auf ihrer Zahlungsfähigkeit basiert, und die HM-Verfahren für den Bezug von Finanzhilfe einzuhalten. Personen, die sich eine Krankenversicherung leisten können, werden dazu ermutigt. Damit sichern sie sich den Zugang zu Gesundheitsleistungen. Patienten, die sich als ein Houston Methodist Global Patient qualifizieren würden, sind von dieser Richtlinie ausgeschlossen.

Im Einklang mit guter Finanzkontrolle und um HM die Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen an die größtmögliche Anzahl an Personen, die diese

benötigen, zu ermöglichen, hat der HM-Vorstand die folgenden Leitlinien für die Bereitstellung von karitativen Leistungen an Patienten aufgestellt.

## II. DEFINITIONEN

- Finanzhilfe: Gesundheitsdienstleistungen, die von HM-Krankenhäusern kostenlos oder ermäßigt an Patienten bereitgestellt werden, denen Finanzhilfe genehmigt wurde.
- Familie: Im Sinne der Definition des Census Bureau (US-Zensusbehörde) ist das eine Gruppe von zwei oder mehr Personen, die gemeinsam wohnen und zwischen denen durch Geburt, Eheschließung oder Adoption ein Verwandtschaftsverhältnis besteht. Gemäß den Regeln der US-Finanzbehörde IRS, kann, falls ein Patient eine Person als abhängige Person auf seiner Einkommenssteuererklärung beansprucht, diese als abhängige Person für Zwecke der Bestimmung der Finanzhilfe berücksichtigt werden.
- Familieneinkommen: Familieneinkommen, vor Steuern, wird gemäß der Definition des Census Bureaus bestimmt, welches das folgende Einkommen zur Berechnung der US-Armutsgrenze (FPL) heranzieht:
  - Verdienste, Arbeitslosenversicherung, Arbeitsunfallversicherung, Sozialversicherung, zusätzliche Einkommenssicherheit, staatliche Fürsorge, Zahlungen für Kriegsveteranen, Hinterbliebenenbezüge, Pension oder Renteneinkommen, Zinsen und Dividenden (außer Kapitalgewinne oder -verluste), Mieteinnahmen, Tantiemen, Einkommen aus Nachlässen, Treuhandgesellschaften, Ausbildungsbeihilfe, Unterhaltszahlung, Kindesunterhalt, Unterstützung von außerhalb des Haushalts und von verschiedenen anderen Quellen;
  - Sachleistungen (wie beispielsweise Lebensmittelmarken und Wohngeld) zählen nicht;
  - Wenn eine Person mit einer Familie lebt, umfasst das das Einkommen aller Familienmitglieder. Nicht-Verwandte wie beispielsweise Mitbewohner zählen nicht.
- Nicht versichert: Ein Patient ohne Versicherung oder Unterstützung durch Dritte
- Unterversichert: Ein Patient mit etwas Versicherung oder Unterstützung von Dritten, der nicht abgedeckte Leistungen und/oder Auslagen hat, die seine/ihre finanzielle Leistungsfähigkeit übersteigen.
- Houston Methodist Global: Ein Unternehmen von Houston Methodist, das die folgenden Patienten bedient:
  - Staatsangehörigkeit in einem anderen Land;
  - Besitzen einen gültigen Reisepass;
  - Rentner aus den USA, die permanent im Ausland wohnhaft sind; oder

- US-Staatsbürger, die für mehr als sechs Monate im Jahr im Ausland arbeiten.
- Bruttokosten: Patientenkosten vor der Anwendung von vertraglichen Anpassungen oder Preisnachlässen
- Prozentsatz der allgemeinen Rechnungsbeträge (AGB, Amounts Generally Billed): Der Prozentsatz der Durchschnittszahlung, den ein HM-Krankenhaus für medizinisch notwendige oder Notfallversorgung von Medicare und privaten Versicherungsgesellschaften erhält (siehe Appendix B). Der AGB-Prozentsatz wird für jedes HM-Krankenhaus jährlich, innerhalb von 120 Tagen nach dem 31. Dezember, unter Verwendung einer retrospektiven Methode, dazu gehören Ansprüche, die für das vorherige Kalenderjahr bearbeitet wurden.
- Medizinische Notfallsituationen: Definiert im Sinne von Abschnitt 1867 des Social Security Act (42 U.S.C. 1395dd).
- Medizinisch notwendig: Im Sinne von Medicare (Leistungen oder Materiale, die angemessen oder notwendig für die Diagnose oder Behandlung von Krankheit oder Verletzung sind).

### III. VERFAHREN

#### A. Beantragung von Finanzhilfe

1. Zur Beantragung von Finanzhilfe kann ein Patient einen Antrag auf Finanzhilfe (FAA, Financial Assistance Application) kostenlos auf folgende Art und Weise erhalten:
  - a. Sprechen Sie mit einem Finanzberater vor oder zum Zeitpunkt der Dienstleistung;
  - b. Laden Sie das Formular von der HM-Website [www.HoustonMethodist.org/Billing](http://www.HoustonMethodist.org/Billing) herunter
  - c. Rufen Sie das Centralized Business Office von HM an, Montag bis Freitag, 7:00 bis 19:00 Uhr, Samstag 8:00 bis 12:00 Uhr unter 832-667-5900 oder gebührenfrei unter 877-493-3228; oder
  - d. Per Post:

Houston Methodist  
 Centralized Business Office  
 Z. Hd.: Financial Assistance Unit  
 701 S. Fry Road  
 Katy, TX 77450, USA

2. Nach Erhalt des FAA füllen Sie das Formular bitte vollständig aus, sammeln die notwendigen Belegdokumente und legen diese dem Formular bei und reichen dann alle Dokumente wie folgt ein:
  - a. Per Post:

Houston Methodist  
Centralized Business Office  
Z.Hd.: Financial Assistance Unit  
701 S. Fry Road  
Katy, TX 77450
  - b. Persönliche Übergabe und/oder Einwurf bei einem Teammitglied von "Patient Access" (Patientenzugang); oder
  - c. Fax an 832-667-5995.
3. Es wird bevorzugt, ist aber nicht erforderlich, dass ein Antrag auf Finanzhilfe und eine Bestimmung des Finanzbedarfs vor der Bereitstellung von medizinisch notwendigen Leistungen erfolgt, die nicht Notfälle sind. Der Finanzbedarf kann jedoch zu jeder Zeit während des Inkassozyklus bestimmt werden. Die benötigte Finanzhilfe wird bei jedem anschließenden Leistungszeitpunkt bewertet, wenn die letzte Finanzbewertung vor über einem Jahr durchgeführt wurde, oder immer wenn weitere Informationen bekannt werden, die für die Qualifizierung des Patienten für Finanzhilfe relevant sind.
4. Die Werte von HM in Bezug auf Menschenwürde und Sozialverantwortung finden in dem Antrags- und Genehmigungsverfahren Berücksichtigung. Anträge auf Finanzhilfe werden umgehend bearbeitet und HM benachrichtigt den Patienten oder Antragsteller schriftlich innerhalb von 15 Tagen nach Erhalt eines FAA. Finanzhilfe wird auf Grundlage des ausgefüllten FAA und von sonstigen Bestimmungen dieser Richtlinie (z.B. siehe unten) genehmigt oder abgelehnt.

**B. Qualifizierte Dienstleistungen** Die folgenden Gesundheitsleistungen kommen für Finanzhilfe in Frage:

1. Medizinische Notfalldienste, die in einer Notaufnahme geleistet werden;
2. Leistungen für einen Zustand, der, sofern er nicht umgehend behandelt wird, den Gesundheitsstatus einer Person negativ verändern würde;
3. Nicht-elektive Leistungen, die bei lebensbedrohlichen Bedingungen außerhalb einer Notaufnahme bereitgestellt werden; und
4. Medizinisch notwendige Leistungen, die je nach Fall im Ermessen von HM bewertet werden.

**C. Qualifikationsprozess** Der Finanzbedarf wird gemäß eines individuellen Bewertungsprozesses bestimmt, bei dem Folgendes berücksichtigt werden kann:

1. Ein Antragsverfahren, bei dem ein FAA ausgefüllt wird (FAA – Appendix D)
2. Die Verwendung von öffentlich verfügbaren Datenquellen, die Informationen über die Zahlungsfähigkeit des Patienten oder eines Garantiegebers des Patienten liefert (wie beispielsweise Kreditprüfung);
3. Zumutliche Bemühungen seitens HM, um angemessene alternative Zahlungs- und Deckungsquellen von öffentlichen und privaten Zahlungsprogrammen zu erkunden, wie u.a. die Unterstützung von Patienten bei der Antragstellung für solche Programme; und
4. Bewertung der verfügbaren Vermögenswerte des Patienten und sonstiger Finanzressourcen.

D. **Vermutliche Qualifizierung für Finanzhilfe** In bestimmten Fällen kann angemessene Information vorliegen, um ohne ausgefüllten FAA eine Entscheidung über Finanzhilfe treffen zu können. Vermutliche Finanzhilfe wird für jeden Dienstleistungstag bewertet und/oder erneut bewertet. Einige Beispiele, die HM zur Entscheidung über die Qualifizierung für vermutliche Finanzhilfe heranziehen kann, sind::

1. Obdachlos oder hat Versorgung von einer Klinik für Obdachlose erhalten;
2. Teilnahme an Programmen für Frauen, Säuglinge und Kinder (WIC, Women, Infants, and Children);
3. Qualifikation für Lebensmittelmarken;
4. Qualifikation für andere staatliche oder lokale Hilfsprogramme, die unfundiert sind (z.B. Medicaid Spend-Down);
5. Niedriges Einkommen/Sozialwohnung wird als gültige Adresse angegeben;
6. Patient ist verstorben und es liegt kein Nachlass vor; und
7. Charity Advisor Score auf zahlbarer Abonnementbasis.

E. **In Rechnung gestellte Beträge** Sobald bestätigt ist, dass die Versorgung gemäß dieser Richtlinie qualifiziert ist, beschränkt sich die Rechnungsstellung auf einen Betrag, der maximal dem AGB entspricht. Der in Rechnung gestellte Betrag basiert auf dem AGB-Prozentsatz, der auf die Bruttogebühren angewandt wird, gemäß dem Familieneinkommen des Patienten unter Bezugnahme auf die US-Armutsgrenze und zwar wie folgt::

1. Familieneinkommen des Patienten von oder unter 200 % der FPL – 0 % des AGB

2. Familieneinkommen des Patienten über 200 %, aber nicht über 300 % - 50 % des AGB; und
3. Familieneinkommen des Patienten über 300 %, aber nicht über 400 % - 100 % des AGB.

F. **Inkassoschritte bei Nichtbezahlung** In Fällen, in denen ein Patient den in Rechnung gestellten Betrag nicht bezahlt (Abschnitt III E. oben), verfolgt das HM-Management seine etablierten Inkassorichtlinien, zu denen verlängerte Zahlungszieloptionen gehören. HM wird niemals außergewöhnliche Inkassomaßnahmen auferlegen, wie beispielsweise Lohnpfändung, persönliche Pfandrechte auf Hauptwohnsitze, Benachrichtigung einer Kreditauskunftei oder andere rechtliche Maßnahmen. Eine Kopie der Inkassorichtlinien von HM kann kostenlos bezogen werden. Befolgen Sie dafür einen der Schritte unter Abschnitt III, A., 1. a. – d.

G. **Benachrichtigung über Finanzhilfe und Aushangpflicht** Die Benachrichtigung über Finanzhilfe wird auf verschiedene Art und Weise bekannt gegeben, wie u.a.: mit der Bekanntgabe in Patientenrechnungen; Hinweisen in Notfallaufnahmen und Notfallzentren; dem Formular mit den Aufnahmebedingungen; Aufnahme- und Registrierungsabteilungen und sonstigen öffentlichen Orten, die HM bestimmen kann. HM wird auch eine Zusammenfassung dieser Finanzhilferichtlinie auf seinen Krankenhaus-Webseiten veröffentlichen und auf breiter Ebene zugänglich machen, in Broschüren, die in für Patienten zugänglichen Bereichen ausliegen, und an anderen Stellen in der von HM bedienten Kommune. Solche Mitteilungen und Übersichten werden in den verschiedenen Hauptsprachen der Bevölkerungsgruppen, die von HM bedient werden, zur Verfügung gestellt. Patienten können von jeglichem allgemeinen oder medizinischen Personal von HM für Finanzhilfe verwiesen werden. Ein Antrag auf Finanzhilfe kann vom Patienten oder einem Familienmitglied, engen Freund oder Kollegen des Patienten nach Maßgabe des geltenden Rechts gestellt werden.

H. **Regulatorische Anforderungen** Bei der Umsetzung dieser Richtlinie hält HM alle bundesstaatlichen, staatlichen und lokalen Gesetze, Vorschriften und Bestimmungen ein, die auf die gemäß dieser Richtlinie durchgeführten Maßnahmen anwendbar sind.

I. **Maßgebliche Referenzen**

1. Patient Protection and Affordable Care Act von 2010;
2. Internal Revenue Code Abschnitt 501(r)(4)-(r)(6);
3. Richtlinie über verlängerte Zahlungszieloptionen (FI86); und
4. Inkassorichtlinien (FI85).

Vom Revenue Cycle Council empfohlen  
Genehmigt vom Vorstand von Houston Methodist

Autorisiert vom Chief Administrative Officer:

(Unterzeichnetes Original in den Akten)

\_\_\_\_\_  
M. Boom  
President  
Chief Executive Officer  
Houston Methodist

\_\_\_\_\_  
Datum

## Appendix A

### Zusammenfassung in klarer Sprache

#### Finanzhilferichtlinie von Houston Methodist

Houston Methodist hat sich verpflichtet, Personen, die nicht versichert oder unterversichert sind, für ein staatliches Programm nicht qualifizieren oder anderweitig zahlungsunfähig sein, karitative Notfall- und medizinisch notwendige Versorgung basierend auf deren jeweiligen Finanzlage bereitzustellen.

Patienten, deren Familieneinkommen bei oder unter 200 % der US-Armutsgrenze (FPL) liegt, qualifizieren sich für kostenlose Leistungen; und Patienten deren Familieneinkommen über 200 % aber nicht über 400 % der FPL liegt, qualifizieren sich für Leistungen zu ermäßigten Beträgen. Diese ermäßigte Rate darf den Durchschnittsbetrag nicht übersteigen, den Houston Methodist von einer Privatversicherung und Medicare erhalten würde, wie u.a. alle Patientenzahlungen in Form von Zuzahlungen, Selbstbeteiligung und Mitversicherung.

Sie müssen keine Vorabzahlungen oder Zahlungsvereinbarungen für Notfall- oder medizinisch notwendige Leistungen vor der Bereitstellung der Leistungen leisten bzw. treffen. Wenn Sie jedoch einen ermäßigten Betrag zahlen müssen und Sie den ermäßigten Betrag nach Bereitstellung der Leistung nicht vollständig bezahlen können, wird Houston Methodist versuchen, diesen ermäßigten Betrag einzutreiben. Houston Methodist wird monatlich Rechnungen mit einer Zahlungsaufforderung an Sie senden. Wenn Sie den ermäßigten Betrag nicht auf einmal zahlen können, so bietet Houston Methodist zinslose verlängerte Zahlungszieloptionen an. Alle ermäßigten Beträge, die unbezahlt bleiben, werden an ein externes Inkassounternehmen für weitere Einzugsversuche übergeben. Zu den vom externen Inkassounternehmen durchgeführten Maßnahmen werden keine persönlichen Pfandrechte, rechtliche Maßnahmen oder die Benachrichtigung einer Kreditauskunftei gehören.

Kostenlose Kopien der Finanzhilferichtlinie von Houston Methodist, des Antrags auf Finanzhilfe (Financial Assistance Application) und der Inkassorichtlinien stehen auf der Website von Houston Methodist unter [www.HoustonMethodist.org/Billing](http://www.HoustonMethodist.org/Billing) oder in den Aufnahme- und Registrierungsbereichen der Krankenhäuser zur Verfügung oder können vom Centralized Business Office unter (lokal) 832-667-5900, (gebührenfrei) 877-493-3228 telefonisch angefordert werden oder per Post:

Houston Methodist  
Centralized Business Office  
Z. Hd.: Financial Assistance Unit  
701 S. Fry Road  
Katy, TX 77450, USA

Diese Zusammenfassung in klarer Sprache, die Finanzhilferichtlinie, der Antrag auf Finanzhilfe und die Inkassorichtlinien stehen in verschiedenen Sprachen an den oben angegebenen Kontaktstellen zur Verfügung.

Die Financial Assistance Unit von Houston Medical steht Ihnen gerne bei Fragen und für Informationen über die Finanzhilferichtlinien und zur Unterstützung beim Antragsverfahren zur Verfügung. Die Mitarbeiter der Financial Assistance Unit sind von



Montag bis Freitag von 7:00 bis 19:00 Uhr und Samstag von 8:00 bis 12:00 Uhr unter 832-667-5900 oder 877-493-3228 erreichbar.

Wenn Sie den Antrag auf Finanzhilfe ausgefüllt haben, legen Sie diesem bitte alle erforderlichen Beweisunterlagen bei und senden die Dokumente per Post an den Financial Assistance Unit (siehe die oben angegebene Adresse) oder senden ein Fax zu Händen von Financial Assistance Unit unter 832-667-5995.

Appendix B

## MUSTERARBEITSBLATT - BERECHNUNG DER ALLGEMEINEN RECHNUNGSBETRÄGE (AGB)

Jährliche Berechnung der Prozentsätze der allgemeinen Rechnungsbeträge  
Houston Methodist Krankenhaus

Relevanter Bemessungszeitraum: 1. Januar 2015 – 31. Dezember 2015

A	Ansprüche an Medicare für Leistungspauschalen, die während des relevanten Zeitraums bezahlt wurden	\$
B	Privatversicherungsansprüche, die während des relevanten Zeitraums bezahlt wurden	\$
C	Mitversicherung, Zuzahlung und Selbstbeteiligungen, die für die in A und B gelisteten Ansprüche während des relevanten Zeitraums bezahlt wurden	\$
D	Gesamtversicherungsansprüche und Patientenzahlungen (A+B+C oben)	\$
E	Bruttotarife des Krankenhauses für in D oben angegebene Leistungen	\$
F	Krankenhausspezifischer Prozentsatz der allgemeinen Rechnungsbeträge (AGB) (D/E)	%

Für eine Liste der aktuellen AGB-Prozentsätze für jedes Houston Methodist Krankenhaus befolgen Sie bitte einen der Schritte in Abschnitt III, C., 4. a. – d. Diese Informationen werden Ihnen kostenlos zur Verfügung gestellt.

## Appendix C

### Liste der Anbieter, für welche diese Richtlinie gilt/nicht gilt

	Gilt
Organisation/Gruppe/Praxis	Ja/Nein
Houston Methodist Hospital	Ja
Houston Methodist Sugar Land Hospital	Ja
Houston Methodist Willowbrook Hospital	Ja
Houston Methodist West Hospital	Ja
Houston Methodist San Jacinto Hospital	Ja
Houston Methodist St. John Hospital	Ja
Houston Methodist St. Catherine Hospital	Ja
Houston Methodist Imaging Center: Katy Freeway	Ja
Houston Methodist Imaging Center: Kirby	Ja
Houston Methodist Emergency Center: Cinco Ranch	Ja
Houston Methodist Emergency Center: Cypress	Ja
Houston Methodist Emergency Center: Kirby	Ja
Houston Methodist Emergency Center: Pearland	Ja
Houston Methodist Emergency Center: Sienna Plantation	Ja
Houston Methodist Emergency Center: Voss	Ja
Houston Methodist Primary Care Group	Nein
Houston Methodist Specialty Physician Group	Nein
Non-Houston Methodist Physician Groups (Private MDs)	Nein
Anesthesiology: US Anesthesia Partners	Nein
Anesthesiology: Baylor	Nein
Anesthesiology: Space City Anesthesia	Nein
Emergency Physicians: EmergiGroup Physician Associates	Nein
Emergency Physicians: Neptune Emergency Services	Nein
Emergency Physicians: The Schumacher Group	Nein
Emergency Physicians: Kirby Emergency Physicians	Nein
Hospitalist: IPC - The Hospitalist Company PA	Nein
Hospitalist: Neptune Hospitalist Services, dba: Triton Hospitalist	Nein
Hospitalist: OB Hospitalist Group	Nein
Hospitalist: Sound Hospitalist Group of Texas	Nein

Imaging: MASTOS Imaging Associates	Nein
Newborns: Texas Children's Physician Services	Nein
Pathology: Coastal Pathology	Nein
Pathology: Methodist Pathology Associates, PLLC	Nein
Radiology: Baytown Radiology	Nein
Radiology: Houston Radiology Associated	Nein

## Appendix D



### Antrag auf Finanzhilfe

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 Anspruchsberechtigungs schreiben 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 \_\_\_\_\_

<b>MONATLICHE KOSTEN</b>	<b>Unterkunft:</b> <input type="checkbox"/> Miete <input type="checkbox"/> Besitzer <input type="checkbox"/> Bezahlte Monatliche Zahlung \$ _____	<b>Strom/Gas:</b> Strom \$ _____ Wasser \$ _____ Gas \$ _____	<b>Fahrzeuge:</b> <input type="checkbox"/> Besitzer/# _____ <input type="checkbox"/> Mietvertrag# _____ 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, Dividenden erträge, Zinsen, Einkünfte aus Mieteigentum und sonstigen verschiedenen Einkommensquellen.*

**BANKKONTEN/SONSTIGE VERMÖGENSWERTE:**

Girokonto	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Kontostand	\$ _____
Sparkonto	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Kontostand	\$ _____
Aktien/Anleihen etc.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Kontostand	\$ _____
Weiteres Eigentum	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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)

**Bitte nur diese Seite ausfüllen.** Rev. 7/2015