

Antrag auf finanzielle Unterstützung

Aufnahmedatum: _____ HAR #: _____ TTelefon: _____ Geburtsdatum: _____
 Patient/in: _____ Soz. Vers. Nr. _____ Familienstand: Led. Verh. Gesch. k. Ang. Verw
 Wohnsitz: _____ Postalische Anschrift: _____

ZUSAMMENSETZUNG DES HAUSHALTS (IM HAUSHALT LEBENDE PERSON/PERSONEN)

NAME (Nachname, Vorname, zweiter Vorname)	GESCHLECHT	ALTER	GEB.-DATUM	FAMILIENVERHÄLTNIS	JÄHRLICHES EINKOMMEN

JÄHRLICHE EINKOMMENS-AUSKÜNFTE (VERGANGENE 12 MONATE VOR DEM AUFNAHME DATUM)

#1 PATIENT/IN/VORMUND: ARBEITGEBER (aktuell): _____ **BESCHÄFTIGT SEIT:** _____ **Telefonnr.:** _____
Bei Beschäftigungsverhältnis < 12 Monate, bitte Abschnitt #2 ausfüllen
 Bruttoverdienst: _____ pro Stunde pro Woche pro Monat Ypro Jahr Wochenarbeitsstunden: _____
 Gehört Ihnen das Geschäft? Ja Nein Falls ja, bitte persönliche und geschäftliche Steuererklärungen einreichen.

#2 ARBEITGEBER (vorherige/vergangene): _____ **BESCHÄFTIGT SEIT:** _____ **Telefonnr.:** _____
 Bruttoverdienst: _____ pro Stunde pro Woche pro Monat Ypro Jahr Wochenarbeitsstunden: _____

#3 EHEPARTNER/LEBENSGEFÄHRTE: ARBEITGEBER (aktuell): _____ **BESCHÄFTIGT SEIT:** _____ **Telefonnr.:** _____
Bei Beschäftigungsverhältnis < 12 Monate, bitte Abschnitt #2 ausfüllen
 Bruttoverdienst: _____ pro Stunde pro Woche pro Monat Ypro Jahr Wochenarbeitsstunden: _____
 Gehört Ihnen das Geschäft? Ja Nein Falls ja, bitte persönliche und geschäftliche Steuererklärungen einreichen.

#4 ARBEITGEBER (vorherige/vergangene): _____ **BESCHÄFTIGT SEIT:** _____ **Telefonnr.:** _____
 Bruttoverdienst: _____ pro Stunde pro Woche pro Monat Ypro Jahr Wochenarbeitsstunden: _____

Altersversorgung: Ja Nein Betrag \$: _____ Arbeitslosenunterstützung: Ja Nein Betrag \$: _____
 Behindertenunterstützung: Ja Nein Betrag \$: _____ Mieteinnahmen: Ja Nein Betrag \$: _____
 Weiteres Haushaltseinkommen: Ja Nein Betrag \$: _____ Soz.-Vers.-Leistungen: Ja Nein Betrag \$: _____
 Veteran? Ja Nein Betrag \$: _____ IRA-Sparkonten? Ja Nein Betrag \$: _____

VERMÖGENSAUSKÜNFTE

Bank: _____ Girokonto: \$ _____ Sparkonto: \$ _____ Geldmarktkonto \$ _____
 Aktien? Ja Nein \$ _____ Anleihen? Ja Nein \$ _____ Festanlagen Ja Nein \$ _____
 Haus: Eigentümer? Ja Nein Miete: Ja Nein Hypothek: Ja Nein Monatliche Zahlung? \$ _____
 Weiterer Grundbesitz? Ja Nein Wenn ja, wo? _____

Fahrzeug 1 Jahr: _____ Marke: _____ Ausstehender Betrag oder monatliche Zahlung: \$ _____
 Fahrzeug 2 Jahr: _____ Marke: _____ Ausstehender Betrag oder monatliche Zahlung: \$ _____
 Fahrzeug 3 Jahr: _____ Marke: _____ Ausstehender Betrag oder monatliche Zahlung: \$ _____

MEDICAID/AFFORDABLE CARE ACT (ACA) FRAGEBOGEN

Wurde in der Vergangenheit ein Antrag auf Medicaid/ACA gestellt? Ja Nein Wann: _____ Wo: _____
 Hinweise: _____

DAS GESAMTEINKOMMEN IN DEN VERGANGENEN 12 (ZWÖLF) MONATEN BETRUG \$ _____ UND ES LEBEN _____ (ANZAHL DER PERSONEN) IN MEINER FAMILIE. DIE EINKOMMENSANGABEN KÖNNEN BEI DEN OBEN ANGEgebenEN ARBEITGEBERN BESTÄTIGT WERDEN. ZUSÄTZLICH IST MIR BEKANNT, DASS ES GEM. GESETZ NR. 817.50 DES BUNDESSTAATS FLORIDA EIN VERGEHEN ZWEITEN GRADES IST, FALSCHER AUSSAGEN ZU MACHEN, UM IN BETRÜGERISCHER ABSICHT WAREN ODER DIENSTLEISTUNGEN VON EINEM KRANKENHAUS ZU ERLANGEN. DER/DIE UNTERZEICHNETE WILLIGT HIERMIT EIN, JE NACH DEN ERFORDERLICHEN RECHTMÄSSIGEN GESCHÄFTSANFORDERUNGEN UND ANWENDBAREN GESETZEN, REGELN UND VORSCHRIFTEN SEINE/IHRE BONITÄT VOM KRANKENHAUS ÜBERPRÜFEN ZU LASSEN.

SOLLTEN VERMÖGENSWERTE ODER EINE ZAHLUNG VERFÜGBAR WERDEN, BEHÄLT SICH DER LEE MEMORIAL KRANKENHAUSVERBUND DAS RECHT VOR, DIE URSPRÜNGLICHE ZUWENDUNG RÜCKGÄNGIG ZU MACHEN.

ICH BESTÄTIGE HIERMIT, DASS DIE OBIGEN ANGABEN WAHR UND RICHTIG SIND.

Kopien des Lee Memorial Health System Finanzielle Unterstützung Politik und weitere Informationen finden Sie unter www.LeeMemorial.org.

Falls Sie Fragen haben oder Hilfe benötigen, setzen Sie sich bitte mit uns unter der Nummer 239-424-1500 oder 800-809-9906 in Verbindung.

Unterschrift PatientIn/Bürge _____

Datum _____

Zeuge Unterschrift _____

Ehepartner Unterschrift _____

Datum _____