

**Ausweis, Wohnsitznachweis, letzte Bundessteuererklärungen, Einkommens- und Vermögensnachweise müssen diesem Antrag beigefügt werden.  
Bitte senden Sie Kopien aller angeforderten Dokumente und keine Originaldokumente, da diese nicht zurückgegeben werden.  
Für Hilfe, Unterstützung oder Fragen wenden Sie sich bitte an Finanzdienstleistungen für Patienten unter 908-281-1522**

**I. Personalangaben**

**KRANKENHAUSKONTO-NUMMER \_\_\_\_\_**

Patientenname (Nachname, Vorname, Initial des mittleren Namens) _____		Familienstand _____		Sozialversicherungsnummer _____	
(ADRESSENUMMER UND STRASSE) _____		EIGENE _____		MIETE WIE LANGE _____	
(STADT, BUNDESLAND, POSTLEITZAHL) _____		(KREIS) _____			
PRIVATE TELEFONNUMMER _____		TELEFON TAGSÜBER _____			
Name der Person, die den Antrag ausfüllt _____		Beziehung zum Patienten _____		Telefonnummer _____	
Name des Bürgen (falls nicht Patient) _____		Beziehung zum Patienten _____		Telefonnummer _____	

**II. Versicherungsinformationen**

Name der Versicherung _____	Name des Versicherten _____	Beziehung zum Patienten _____
Wenn keine Versicherung vorliegt – Haben Sie über Marketplace eine Krankenversicherung beantragt? JA _____ NEIN _____		
Sind Sie von der Beantragung einer Deckung über Marketplace ausgenommen? JA _____ NEIN _____		
Haben Sie in den letzten sechs Monaten einen Antrag auf medizinische Hilfe gestellt? JA _____ NEIN _____		
Wenn JA, fügen Sie bitte eine Kopie des Ablehnungsschreibens oder des Berechtigungsnachweises bei. JA _____ NEIN _____		

**Wenn NEIN, wenden Sie sich bitte an Ihr örtliches Sozialamt, um Ratschläge zu erhalten, wie Sie Leistungen beantragen können.**

**III. Haushaltsinformationen (Liste aller Personen, die in Ihrem Haushalt leben)**

**HAUSHALTSGRÖSSE \_\_\_\_\_**

Name der Haushaltsmitglieder einschließlich des Patienten	Beziehung zum Patienten	Beruf
	PATIENT	

Fortsetzung der Haushaltsmitglieder	Beziehung zum Patienten	Beruf

#### IV. Quellen des Haushaltseinkommens / -vermögens (einschließlich Blutsverwandten, Ehepartner oder über Adoption)

##### Haushaltseinkommen:

(Bitte geben Sie an, ob es sich um das monatliche (M) oder das jährliche Einkommen (J) handelt)		PATIENT	VERBLEIBENDER HAUSHALT
Gehälter/Löhne vor Abzügen	M J	\$	\$
Selbstständig (verifiziert durch unabhängige Quelle)	M J	\$	\$
Sozialleistungen	M J	\$	\$
Unterhaltszahlungen/Kindergeld	M J	\$	\$
sonstige monetäre Unterstützung	M J	\$	\$
Arbeitslosengeld & Arbeiterunfallversicherung	M J	\$	\$
Leistungen für Veteranen	M J	\$	\$
Pensionszahlungen	M J	\$	\$
Versicherungs- und Rentenzahlungen	M J	\$	\$
Dividenden/Zinsen	M J	\$	\$
Mieteinnahmen	M J	\$	\$

SUMME

##### Haushaltsvermögen:

SONSTIGE VERMÖGENSWERTE	PATIENT	VERBLEIBENDER HAUSHALT
Einsparung	\$	\$
Kontrolle	\$	\$
Einzahlungsbeleg	\$	\$
Geldmarktkonten	\$	\$
Sparbriefe	\$	\$
Bestände	\$	\$
Anleihen	\$	\$
IRAs	\$	\$
401(K)	\$	\$
403(b)s	\$	\$
Sonstige	\$	\$

SUMME

#### V. Zertifizierung durch den Antragsteller

Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen über meine Familiengröße, mein Einkommen und mein Vermögen wahr und richtig sind.

Ich verstehe, dass durch eine vorsätzliche Falschdarstellung der übermittelten Informationen, ich für alle Krankenhauskosten haftbar werde.

Ich verstehe, dass es in meiner Verantwortung liegt, das Krankenhaus über jede Statusänderung in Bezug auf mein Einkommen oder Vermögen zu informieren.

\_\_\_\_\_  
Patientenunterschrift

\_\_\_\_\_  
DATUM

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Aussteller / Beziehung zum Patienten)

\_\_\_\_\_  
Datum