PennState Health
Rehabilitation Hospital

Antragsformular für finanzielle Unterstützung

ABSCHNITT 1: PATIENTENINFORMATION
Geben Sie Ihren vollständigen Namen, Adresse und andere Informationen an, zu dem Zeitpunkt, als Sie die medizinische Leistung erhalten haben.

Kontonummer _____ Datum der Leistung_____

Name des Patienten:
_____
NACHNAME VORNAME INITIAL MITTELNAME

Adresse: _____ Stadt: _____ County: _____
NUMMER UND STRASSE

Bundesstaat des Wohnsitzes: _____Postleitzahl: _____ Geburtsdatum: _____/____/ _____ Stand: ☐ Single ☐ Verheiratet ☐ Geschieden

Haupttelefonnummer: (_____) _____ ☐ Zuhause ☐ Mobil ☐ Arbeit ☐ Andere_____

E-Mail-Adr.: _____

Krankenversicherung zum Zeitpunkt der Leistung: ☐ Keine ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Andere_____

ABSCHNITT 2: FAMILIENEINKOMMEN UND -VERMÖGEN
Geben Sie das Einkommen für sich, Ihren Ehepartner und alle anderen Familienmitglieder an (falls zutreffend).

Einkommensquelle	Gesamt für 3 Monate vor der Leistung	Gesamt für 12 Monate vor der Leistung
Löhne/Selbstständigkeit Erwerbstätigkeit	$	$
Sozialversicherung	$	$
Rente, Dividenden, Zinsen, Mieteinnahmen	$	$
Arbeitslosigkeit, Workers' Compensation	$	$
Kindesunterhalt (nur wenn der Patient der vorgesehene	$	$
Andere	$	$

Gesamtes Nettovermögen (Vermögen - Schulden) zum Zeitpunkt der Antragstellung: $_____

ABSCHNITT 3: FAMILIENINFORMATIONEN UND EINKOMMEN
Listen Sie alle Familienmitglieder in Ihrem Haushalt und deren Geburtsdatum auf.

Bitte geben Sie die folgenden Informationen für alle Personen in Ihrer unmittelbaren Familie an, die in Ihrer Wohnung leben. Für die Zwecke des HCAP wird Familie definiert als der Patient, der Ehepartner des Patienten und alle Kinder des Patienten unter 18 Jahren (leibliche oder Adoptivkinder), die im Haushalt des Patienten leben. Wenn der Patient unter 18 Jahre alt ist, umfasst die Familie den Patienten, den/die leiblichen oder adoptierten Elternteil(e) des Patienten und die (leiblichen oder adoptierten) Kinder unter 18 Jahren, die im Haushalt des Patienten leben.

Name der Familienmitglieder, einschließlich des Patienten	Geburtsdatum	Beziehung zum Patienten
1. Patient		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alles, was ich in diesem Antrag und in eventuellen Anlagen angegeben habe, der Wahrheit entspricht.

Verantwortliche Person Unterschrift: x _____ Datum: _____

Mit meiner Unterschrift unten bestätige ich, dass ich diesen Antrag geprüft und genehmigt habe.

Unterschrift CEO des Krankenhauses: x _____ Datum: _____
Senden Sie Ihren ausgefüllten Antrag an: **Penn State Hershey Rehabilitation Hospital**