



# Ascension Crittenton Hospital

## ANTRAG AUF FINANZHILFE

### PATIENTENDATEN (BITTE IN DRUCKSCHRIFT AUSFÜLLEN)

<b>Konto-Nr.</b>				
Name der/des Patient(in/en):	Geburtsdatum	Familienstand	Geschlecht	
Telefon-Nr.				
Anschrift:	Stadt	Bundesstaat	PLZ	E-Mail-Adresse
Sozialversicherungsnummer	Arbeitgeber		Vollzeit Teilzeit	Wie viele Std./Wo.
Anschrift des Arbeitgebers:	Stadt	Bundesstaat	PLZ	Telefon-Nr.

### DATEN DER VERANTWORTLICHEN PARTEI

Name	Geburtsdatum	Familienstand	Geschlecht	
Telefon-Nr.				
Anschrift		Bundesstaat	PLZ	E-Mail-Adresse
Sozialversicherungsnummer	Arbeitgeber		Vollzeit Teilzeit	Wie viele Std./Wo.
Anschrift des Arbeitgebers	Stadt	Bundesstaat	PLZ	Telefon-Nr.

### DATEN DER/DES EhePARTNER(IN/S) DER VERANTWORTLICHEN SEITE

Name der/des Ehepartner(in/s)	Sozialversicherungsnummer	Geburtsdatum
Arbeitgeber d. Ehepartner(in/s):	Anschrift:	Stadt Bundesstaat PLZ
Telefon-Nr.		

### UNTERHALTSBERECHTIGTE:

Name	Alter	Verhältnis	Name	Alter	Verhältnis

MONATLICHES BRUTTOGEHALT			MONATL. LEBENSHALTUNG	Zahlung	Saldo
Erwerbseinkünfte Antragsteller(in)			Hypothek/Miete		
Einkünfte Antragsteller(in)			Strom		
Sozialversicherungsleistungen			Gas		
Rente/Ruhestandsbezüge			Telefon		
Arbeitslosenunterstützung			Wasser		
Zahlungen aus d. Arbeitsunfallvers.			Lebensmittel		
Zins-/Dividendenerträge			Kabelfernsehen		
Kindesunterhalt			Abzahlung eines Autos		
Versorgungsausgleich			Handy		
Mieteinnahmen			Tagesbetreuung		
Lebensmittelgutscheine			Kind.unterhalt/Versorg.ausgleich		
Sonstige			Verschreib.pflichtige Medikamente		
Sonstige			<b>Kreditkarten:</b>		
<b>GESAMTBRUTTOEINKOMMEN:</b>		<b>\$0</b>	1. _____		
<b>VERMÖGEN</b>			2. _____		
			3. _____		
			<b>Andere Arzt-/Krankenhaus-</b> <b>rechnungen</b>		
Barbestand			_____		
Sparkonto			_____		
Girokonto			_____		
Einlagenzertifikate			_____		
Versicherungen			_____		
Lebensversicherung			_____		
Sonstiges Grundvermögen			_____		
Sonstige			<b>Versicherungskosten:</b>		
<b>Fahrzeug/Marke u. Modell:    Jahr    Wert</b>			1. Kfz		
			2. Eigentum		
			3. Kranken-/Lebensvers.		
_____	_____	_____	<b>Sonstige Kreditzahlungen:</b>		
_____	_____	_____	1. _____		
_____	_____	_____	2. _____		
<b>Ausgleichsleistungen:</b>			<b>Sonstige monatliche Zahlungen:</b>		
Lebensversicherung			COBRA		
Erbschaft			Lebensversicherung		
Sonstige			3. _____		
<b>GESAMTWERT D. VERMÖGENS:</b>		<b>\$0</b>	<b>MONATL. AUSGABEN gesamt:</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>

**ANMERKUNGEN:**

Hiermit bestätige ich, dass die obigen Angaben nach bestem Wissen und Gewissen der Wahrheit entsprechen und vollständig sind. Hiermit bevollmächtige ich das Krankenhaus, Informationen von externen Wirtschaftsauskunfteien einzuholen, wenn das Krankenhaus dies für erforderlich hält.

Datum

Unterschrift der/des Patient(in/en), der/des Ehepartner(in/s) oder des gesetzlichen Vertreters