



Ascension

Sekundäres

Antragsformular für finanzielle Unterstützung

* Dieses Formular darf erst verwendet werden, nachdem ein Patient das Antragsformular für finanzielle Unterstützung ausgefüllt hat und festgestellt wurde, dass das Einkommen des Patienten bei oder über 201 % der US-Armutsschwelle liegt.

Gilt NUR für die Ascension St. Joseph's und Standish Hospitals!

Patienteninformationen

(Bitte in Druckschrift ausfüllen und alle Felder müssen ausgefüllt werden. Bitte in jeder einzelnen Zeile des Antrags, die nicht zutrifft, „n. z.“ angeben)

Datum _____ Konto-Nr. _____

Name (Vorname und Nachname) _____

Geburtsdatum _____ Ehestatus _____ Telefonnummer _____

Anschrift _____ Stadt _____ Bundesstaat _____ Postleitzahl _____

Sozialversicherungsnummer (nur für Abrechnungs- und Identifizierungszwecke) _____

Arbeitgeber _____ Beschäftigungsstatus _____

Anzahl der Arbeitsstunden pro Woche _____ Telefonnummer des Arbeitgebers _____

Vermögen

Bargeld/Ersparnisse/Scheckkonten \$ _____

Aktien/Anleihen/Anlagen/Depositenzertifikat(e) \$ _____

Sonstiges Grundvermögen/Zweitwohnsitz \$ _____

Boot/Wohnmobil/Motorrad/Freizeitfahrzeug \$ _____

Sammlerautos / nicht wesentliche Autos \$ _____

Sonstiges Vermögen \$ _____