



Bitte füllen Sie diesen Antrag aus, unterzeichnen Sie ihn und senden Sie ihn mit der folgenden erforderlichen Dokumentation zurück:

- **Einkommen (einschließlich aller folgenden Dokumente, die Sie aktuell erhalten):**
 - Kopie der letzten 2 Lohnabrechnungen oder Kopie des W-2-Formulars des aktuellen Steuerjahres des Patienten, des Ehegatten/der Ehegattin des Patienten und/oder Bürgen des Patienten (Eltern/Vormund von Kindern unter 18 Jahren), die im Haushalt leben.
 - Wenn freiberuflich, eine Kopie Ihres aktuellen Bundessteuer-Formulars 1040.
 - Dokumentation zu Sozialversicherungsleistungen/Erwerbsunfähigkeitsunterstützungen oder zu einem anderen zusätzlichen Haushaltseinkommen.
- **Kopie des Hypothekenbelegs/der Mietabrechnung oder Kopie der Grundsteuererklärung, wenn das Haus nicht mehr mit einer Hypothek belastet ist.**
- **Wenn Sie Medical Assistance beantragt haben, eine Kopie Ihres Genehmigungs- oder Ablehnungsschreibens.**

Wenn Sie nicht in der Lage sind, irgendwelche der oben angegebenen Dokumente bereitzustellen, füllen Sie bitte Formular FAF 116, auf Seite 3 unten, aus.

| Patienteninformationen | | |
|----------------------------|---------------|---|
| Nachname: | Vorname: | Erster Buchstabe des zweiten Vornamens: |
| Sozialversicherungsnummer: | Geburtsdatum: | |

Bürge (gesetzliches Elternteil, Vormund oder Bevollmächtigter) Wenn dieselben Angaben wie unter Patient, mit Teil II fortfahren; alle Felder ausfüllen.

| | | |
|----------------------------|---------------|---|
| Nachname: | Vorname: | Erster Buchstabe des zweiten Vornamens: |
| Sozialversicherungsnummer: | Geburtsdatum: | Beziehung zum Patienten: |

Teil II (Informationen über den Patienten/Bürgen)

| | | |
|--|---|----------------|
| Straße und Hausnummer: | | Wohnung: |
| Stadt: | Bundesstaat: | PLZ: |
| Private Telefonnummer: () | Mobiltelefon: () | Familienstand: |
| Name und Adresse des Arbeitgebers: | | |
| Monatliches Bruttoeinkommen: \$ | Monatliches Nettoeinkommen: \$ | |
| Position/Titel: | Länge des aktuellen Arbeitsverhältnisses: | |
| Haben Sie einen gültigen Aufenthaltsstatus in den Vereinigten Staaten? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | | |

Ehegatte/Ehegattin

| | | |
|----------------------------------|---------------------------------|---|
| Nachname: | Vorname: | Erster Buchstabe des zweiten Vornamens: |
| Name/Anschrift des Arbeitgebers: | Telefonnummer: | |
| Position/Titel: | Länge des Arbeitsverhältnisses: | |
| Monatliches Bruttoeinkommen: \$ | Monatliches Nettoeinkommen: \$ | |

Angaben über den Haushalt (Name und Geburtsdatum aller Personen im Haushalt, ausschließlich der eigenen Person und des Ehegatten/der Ehegattin)

| | | |
|-------|---------------|--------------------------|
| Name: | Geburtsdatum: | Beziehung zum Patienten: |
| Name: | Geburtsdatum: | Beziehung zum Patienten: |
| Name: | Geburtsdatum: | Beziehung zum Patienten: |
| Name: | Geburtsdatum: | Beziehung zum Patienten: |
| Name: | Geburtsdatum: | Beziehung zum Patienten: |

Zusätzliches Haushaltseinkommen

| | |
|--------------------------------------|---|
| Saldo Girokonto: | Monatlicher Betrag der Arbeitslosenhilfe: |
| Saldo Sparkonto: | Monatlicher Betrag der Sozialversicherung: |
| Sozialleistungen/Lebensmittelmarken: | Monatlicher Betrag der Arbeitsunfallversicherung: |
| Monatlicher/jährlicher Rentenbetrag: | Alle anderen: |

Hypothek/Miete (Kopie der Hypotheken-/Mietzahlung erforderlich)

| | |
|--------------------------|--|
| Hypotheken-/Mietzahlung: | |
|--------------------------|--|

Informationen der Krankenkasse (es ist eine Kopie des Genehmigungs- oder Ablehnungsschreibens von Medical Assistance, das Sie erhalten haben, erforderlich)

| | |
|---|--|
| Name des Unternehmens: | Datum des Inkrafttretens: |
| Haben Sie Medical Assistance beantragt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Wann: |
| Wo: | Name der bearbeitenden Person und Telefonnummer: |
| Ergebnis/Grund der Ablehnung: | |

Informationen über Behinderung

| | |
|--|---------------------------|
| Ist der Patient behindert? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Dauer der Behinderung: |
| Name des Arztes: | Telefonnummer des Arztes: |

Haftpflichtansprüche gegenüber Dritten (Autounfall, Arbeitsunfall, Körperverletzung oder andere Rechtsansprüche)

| | | |
|---|---|--------------------------|
| Verletzungen/Krankheiten infolge eines Autounfalls | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Datum des Zwischenfalls: |
| Verletzungen/Krankheiten, die sich am Arbeitsplatz ereignet haben? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Datum des Zwischenfalls: |
| Verletzungen/Krankheiten infolge einer Straftat? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Datum des Zwischenfalls: |
| Verletzungen/Krankheiten, die zu einem Gerichtsverfahren geführt haben? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Datum des Zwischenfalls: |

Haftpflichtansprüche gegenüber Dritten kommen nicht für finanzielle Unterstützung in Frage, bis alle Zahlungsmittel ausgeschöpft sind. Wenn Informationen über einen Haftpflichtanspruch gegenüber Dritten verheimlicht werden, wird der Patient nicht für finanzielle Unterstützung in Frage kommen.

Ich erkläre, dass ich diesen Antrag überprüft habe und dass alle darin enthaltenen oder anderweitig an UMMS und deren Praxen übertragenen Informationen nach meinem besten Wissen wahr, richtig und vollständig sind. Ich verstehe, dass eine Falschdarstellung dieser Informationen jegliche finanzielle Unterstützung abbrechen könnte, die ich erhalte, und dass ich dann für alle Krankheitskosten verantwortlich sein werde. Durch die Unterzeichnung und Einreichung dieses Antrags gebe ich UMMS und den Praxen ihrer Einrichtung die Erlaubnis, meinen Bedarf von finanzieller Unterstützung zu bestimmen, einschließlich der Überprüfung meiner Kreditakte. Ich gebe UMMS auch die Erlaubnis, diese Informationen der University Physicians Inc. zur Beurteilung meiner finanziellen Lage preiszugeben, um Unterstützung bei meinen Arztrechnungen zu erhalten. Ich verstehe, dass ich dafür verantwortlich bin, UMMS über sämtliche Änderungen meines Status bezüglich meines Einkommens oder meiner Vermögenswerte zu informieren, während dieser Antrag bearbeitet wird.

Unterschrift des Patienten/Bürgen (erforderlich)

Datum

Unterschrift des Ehegatten/der Ehegattin (erforderlich)

Datum

Wenn Sie Fragen haben oder Unterstützung beim Ausfüllen dieses Antrags benötigen, rufen Sie bitte die Abteilung für finanzielle Unterstützung unter (410) 821-4140, Anschlussnummer 2003, Montag bis Freitag, 8:00 Uhr - 16:30 Uhr an.

Sie können diesen Antrag zusammen mit der erforderlichen Dokumentation per Post, E-Mail oder Fax übermitteln unter:

Post: UMMS
11311 McCormick Road, Suite 230
Hunt Valley, MD 21031
E-Mail: CBOService@umm.edu
Fax: 410-630-5341

Überprüfung von Lebensunterhalt, Finanzbericht und Einkommenssteuererklärung

Dieses Formular muss von einem Antragsteller auf finanzielle Unterstützung ausgefüllt werden, der:

- Unterstützung mit Lebensmitteln und/oder Unterkunft erhält
- derzeit arbeitslos ist
- Krankenhausrechnungen wegen Verletzungen durch einen Autounfall, Arbeitsunfall, Personenschaden oder mit einem anderen Haftpflichtanspruch gegenüber Dritten bezahlen muss

Patienteninformationen:

Name: _____ Datum: _____
Telefonnummer: _____ Mobiltelefonnummer: _____
Geburtsdatum: _____ Unterschrift des Patienten: _____

Wenn Sie Unterstützung mit Lebensmitteln und Unterkunft erhalten, machen Sie die folgenden Angaben:

Ich habe Unterstützung erhalten von _____, der/die mich mit Lebensmitteln und Unterkunft unterstützt hat. Beziehung zum Patienten: _____.

(eine Option abhaken)

- Unterkunft und Verpflegung wird bereitgestellt
 Ich habe \$ _____ pro Monat für Unterkunft und Verpflegung bezahlt
 Sonstiges, bitte erklären Sie unten:

Wenn Sie arbeitslos sind und gerade kein Einkommen beziehen, machen Sie die folgenden Angaben:

- (eine Option abhaken) Ich bin arbeitslos seit ___/___/___ und erhalte Unterstützung mit Lebensmitteln und Unterkunft, wie oben angegeben.
Voraussichtliches Datum der Rückkehr zur Arbeit? _____
 Ich bin arbeitslos seit ___/___/___ und lebe gerade von Ersparnissen oder sonstigen monetären Vermögenswerten.

Bitte erklären Sie ausführlich: _____

Voraussichtliches Datum der Rückkehr zur Arbeit? _____

Warum erhalten Sie kein Arbeitslosengeld?

- (eine Option abhaken) Berechtigung abgelaufen - der Patient hat alle verfügbaren Arbeitslosenhilfen ausgeschöpft.
 Nicht berechtigt, Grund: _____

Wenn Sie einen Haftpflichtanspruch gegenüber Dritten haben (Autounfall, Arbeitsunfallversicherung, Personenschaden), machen Sie die folgenden Angaben:

Rechtsanwalt: Name: _____
Anschrift: _____
Telefonnummer: _____

Versicherungsunternehmen: Name: _____
Anschrift: _____
Telefonnummer: _____

Voraussichtliches Datum der Zahlung: ____/____/____