

PHYSICIANS CARE SURGICAL HOSPITAL ANTRAGSFORMULAR AUF FINANZBEIHILFE

ANLEITUNG ZUM AUSFÜLLEN DIESES FORMULARS

Damit ein Patient für besondere Finanzbeihilfe in Betracht gezogen werden kann, sollte dieses Formular ausgefüllt, angeforderten Dokumente beigelegt und beim **Physicians Care Surgical Hospital** eingereicht werden. Die Informationen werden überprüft und zeitgerechter ordnungsgemäßer Feststellung unterzogen. Bitte legen Sie die folgenden Dokumente bei der Einrichtung vor:

- Dieses Formular, ausgefüllt und unterschrieben
- Kopien des unterschriebenen Lohnsteuerausgleichs des Vorjahres
- Kopien der Gehaltsabrechnung der beiden Vormonate
- Kopien der jüngsten Energierechnungen, Miet- / Hypothekenbelege, Arztrechnungen, KFZ-Kreditbelege, Bankauszüge, Alimente- / Unterhaltsbelege, Empfangsscheine für behördliche Beihilfe, sonstiges Einkommen / Investment-Auszüge (z.B. Vermögenswirksame Leistungen)

DATEN DER ZUSTÄNDIGEN PARTEI

Zuständige Partei _____	Familienstand _____
Anschrift _____	Bundesland _____ PLZ _____
Sozialversicherungsnummer _____	Geburtsdatum _____ Telefon _____
Firmenanschrift _____ Stellung _____	Telefon _____ Einstellungsdatum _____
Anschrift _____ Ort _____	Bundesland _____ PLZ _____
Ehegatte _____	Geburtsdatum _____ Sozialversicherungsnr. _____
Arbeitgeber des Gatten _____ Stellung _____	Telefon _____ Einstellungsdatum _____
Anzahl der minderjährigen Kinder im Haushalt _____ Alter _____	

ANGABEN ZUM MONATLICHEN EINKOMMEN

Bitte fügen Sie Unterlagen zu den Einkommensquellen hinzu - Steuerformulare, Lohnsteuerabrechnung, Zahlungsbelege oder Auszüge. Wenn Sie selbständig sind, ist ein Finanzbericht erforderlich.

	Zuständige Partei	Gatte
Gehalt vor Abzügen	_____	_____
Alimente / Unterhalt	_____	_____
Arbeits- / Erwerbsunfähigkeit	_____	_____
Rente	_____	_____
Sozialversicherungseinkommen	_____	_____
Zinserträge / Dividenden	_____	_____
Mieteinkünfte	_____	_____
Erträge aus Treuhandvermögen	_____	_____
Sozialbeihilfe / Öffentliche Beihilfe	_____	_____
Lebensmittelmarken	_____	_____
Sonstige (bitte aufführen)	_____	_____
Abzüglich Landes- / Bundessteuern	_____	_____
Abzüglich andere Abzüge	_____	_____
Monatliches Gesamteinkommen	\$ _____	\$ _____

Wenn Sie Hilfe beim Ausfüllen dieses Antrags benötigen, wenden Sie sich bitte telefonisch an die Rechnungsstelle: 610 -495 3330. Persönliche Hilfe ist ebenfalls verfügbar, wenn Sie sich an einen Mitarbeiter der Geschäftsstelle an der Rezeption im Physicians Care Surgical Hospital, 454 Enterprise Drive in Royersford, PA 19468 wenden.

PHYSICIANS CARE SURGICAL HOSPITAL ANTRAGSFORMULAR AUF FINANZBEIHILFE

FINANZINFORMATIONEN

ASSETS	WERT	Investments	WERT
Bargeld / Girokonto	_____	_____	_____
Sparbuch	_____	Lebensversicherung	_____
Aktien und Obligationen	_____	Sonstiges	_____

ALLE IMMOBILIEN UND FAHRZEUGE

	WERT	SALDO	MONATLICHE ZAHLUNGEN			
Miet- / Eigentumswohnung (eines einkreisen)	_____	_____	_____			
Sonstiges Eigentum	_____	_____	_____			
KFZ 1	<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Marke</td> <td style="width: 20%;">Modell</td> <td style="width: 20%;">BJ</td> </tr> </table>	Marke	Modell	BJ	_____	_____
Marke	Modell	BJ				
KFZ 2	<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Marke</td> <td style="width: 20%;">Modell</td> <td style="width: 20%;">BJ</td> </tr> </table>	Marke	Modell	BJ	_____	_____
Marke	Modell	BJ				
KFZ 3	<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Marke</td> <td style="width: 20%;">Modell</td> <td style="width: 20%;">BJ</td> </tr> </table>	Marke	Modell	BJ	_____	_____
Marke	Modell	BJ				

MEDIZINISCHE AUFWENDUNGEN

NAME DES ANBIETERS	SALDO	VERS. ZAHLT	MONATLICHE ZAHLUNGEN
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ALLE ANDEREN GLÄUBIGER AUFZÄHLEN

(Kreditkarten, Versandhandel, u.s.w. – ggf. separates Blatt beifügen)

NAME DES GLÄUBIGERS	KREDITART	SALDO	MONATLICHE ZAHLUNGEN
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Miete für Möbel oder Haushaltsgeräte: _____

Haben Sie je Insolvenz angemeldet? Ja Nein Datum angeben

Wenn Sie Hilfe beim Ausfüllen dieses Antrags benötigen, wenden Sie sich bitte telefonisch an die Rechnungsstelle: 610 -495 3330. Persönliche Hilfe ist ebenfalls verfügbar, wenn Sie sich an einen Mitarbeiter der Geschäftsstelle an der Rezeption im Physicians Care Surgical Hospital, 454 Enterprise Drive in Royersford, PA 19468 wenden.

PHYSICIANS CARE SURGICAL HOSPITAL ANTRAGSFORMULAR AUF FINANZBEIHILFE

SONSTIGE MONATLICHE AUFWENDUNGEN

AUFWENDUNG	MONATLICHE ZAHLUNGEN	AUFWENDUNG	MONATLICHE ZAHLUNGEN
Lebensmittel	_____	KFZ-Versicherung	_____
Telefon	_____	Kabelfernsehen	_____
Strom / Gas /Wasser / Abwasser	_____	Krankenversicherung	_____
Beiträge	_____	Freizeit	_____
Sonstige (aufführen)	_____	Sonstige (aufführen)	_____

NUR ZUM DIENSTGEBRAUCH...

MONATLICHE FINANZÜBERSICHT

Gesamteinkommen:	_____
Zwischensummen:	
Immobilien	
Fahrzeuge	\$ _____
Monatliche	
Arztrechnungen	\$ _____
Gläubiger	
Kredit	\$ _____
Sonstige monatliche	
Aufwendungen	\$ _____
Gesamtaufwendungen:	_____

PATIENTENZUSTAND UND KOMMENTARE

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen – legen Sie ggf. zusätzliche Seiten bei

Haben Sie Medicaid beantragt und wurden abgelehnt oder für unberechtigt befunden? Ja Nein (eines einkreisen)

Вы когда-либо обращались за финансовой помощью для вашей семьи? Ja Nein (eines einkreisen)

Haben Sie Ihre Familie um Hilfe gebeten? Ja Nein (eines einkreisen)

Was können Sie jeden Monat aufbringen? _____

KOMMENTARE:

Ich bestätige hiermit, dass die von mir angegebenen Informationen wahr und vollständig sind. Ich erteile **Physicians Care Surgical Hospital** Befugnis, diese Informationen zu überprüfen, einschließlich Einholen einer Kreditauskunft. Es ist mir bewusst, dass mein Antrag auf Beihilfe abgelehnt wird, sollten diese Informationen irreführend oder falsch sind, und dass ich in diesem Fall für die Bezahlung aller Gebühren verantwortlich bin, die für die geleisteten Dienste anfallen.

X
Unterschrift der zuständigen Partei

Datum: _____