

### ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

Ich verstehe, dass die eingereichten Informationen zu meinem Jahreseinkommen, meiner Familiengröße und meinem Vermögen von Pine Rest Christian Mental Health Services überprüft werden müssen. Ich verstehe auch, dass, wenn die eingereichten Informationen als falsch befunden werden, dies zu einer Ablehnung dieses Antrags führt und der anfallende Saldo des Kontos weiterhin in meiner Verantwortung liegt.

<b>ABSCHNITT EINS: PATIENTENINFORMATIONEN (Bitte drucken)</b>							
Kontonummer		Datum/Daten der Dienstleistung			Sozialversicherungsnummer		
Name des Patienten (Nachname, Vorname, Initialen weiterer Vornamen)					Geburtsdatum		
Adresse			Stadt		Bundesland		PLZ
Haustelefon (    )		Mobiltelefon (    )		Sonstiges Telefon (    )		Landkreis	
Familienstand Single    Verheiratet    Geschieden    Sonstiges _____		Sind Sie ein rechtmäßiger Einwohner der USA? Ja    Nein		Hatten Sie zum Zeitpunkt Ihrer Dienstleistung eine Krankenversicherung/einen anderen Versicherungsschutz?    Ja    Nein			
Reichen Sie eine staatliche Steuererklärung ein?    Ja    Nein Wenn nein, warum? _____		Wer ist der primäre Einreicher? Sie selbst    Ehepartner    Sonstiges: _____		Erhält jemand im Haushalt öffentliche Unterstützung? Bargeld    Lebensmittel    Sonstiges: _____			
<b>ABSCHNITT ZWEI: INFORMATIONEN ÜBER BÜRGEN/VERANTWORTLICHE PARTEI</b>							
Bürge/Verantwortliche Partei: Name (Nachname, Vorname, Initialen weiterer Vornamen)					Geburtsdatum		Sozialversicherungsnummer
Adresse			Stadt		Bundesland		PLZ
Mobiltelefon (    )		Sonstiges Telefon (    )		Landkreis		Beziehung zum Patienten	
<b>ABSCHNITT DREI: HAUSHALTSINFORMATIONEN (Führen Sie alle Personen auf, die in Ihrem Haushalt leben)</b>							
Name des Haushaltsmitglieds	Geburtsdatum	Beziehung zum Patienten	Ist diese Person in Ihrer staatlichen Steuererklärung aufgeführt?	Name des Haushaltsmitglieds	Geburtsdatum	Beziehung zum Patienten	Ist diese Person in Ihrer staatlichen Steuererklärung aufgeführt?
1.			Ja    Nein	4.			Ja    Nein
2.			Ja    Nein	5.			Ja    Nein
3.			Ja    Nein	6.			Ja    Nein
Zusätzliche Haushaltsmitglieder können über ein zusätzliches Formular eingereicht werden.							

**ABSCHNITT VIER: AUSGABEN (Führen Sie die monatlichen Ausgaben für alle Haushaltsmitglieder auf)**

Zahlung für das Haus	Zahlung für das Auto	Heizen	Mobiltelefon
Grundsteuern (Jahr)	Autoversicherung	Strom	Lebensmittel
Miete/Grundstücksmiete	Kraftstoff (Fahrzeug)	Telefon	Schulgeld
Haushalts-/Mietversicherung	Kinderbetreuung/Kinderhilfe	Wasser/Abwasser/Abfallentsorgung	Sonstiges: _
Krankenversicherung/Ausgaben	Lebensversicherung	Kabel/Satellit/Internet	Sonstiges: _

**ABSCHNITT FÜNF:**

Monatliche Einkommensquelle	Welches Haushaltsmitglied erhält dieses Einkommen?	Aktueller monatlicher Bruttoeinkommensbetrag	Monatliche Einkommensquelle	Welches Haushaltsmitglied erhält dieses Einkommen?	Aktueller monatlicher Bruttoeinkommensbetrag
Löhne			Löhne		
Selbstständigkeit			Selbstständigkeit		
Kindesunterhalt/Unterhalt			Kindesunterhalt/Unterhalt		
Sozialversicherung			Sozialversicherung		
Investitionen			Investitionen		
Rente/Dividenden			Rente/Dividenden		
Trinkgelder/Provisionen			Trinkgelder/Provisionen		
Zinsen			Zinsen		
Mieteinnahmen			Mieteinnahmen		
Stammeseinkommen			Stammeseinkommen		
Arbeitslosigkeit			Arbeitslosigkeit		
Entschädigung für Arbeitnehmer			Entschädigung für Arbeitnehmer		
Sonstiges: _____			Sonstiges: _____		

**ABSCHNITT SECHS: HAUSHALTSVERMÖGEN (Führen Sie die Vermögenswerte für alle Haushaltsmitglieder auf)**

Quelle der Vermögenswerte	Welches Haushaltsmitglied besitzt diesen Vermögenswert?	Aktueller Wert des Vermögenswerts	Quelle der Vermögenswerte	Welches Haushaltsmitglied besitzt diesen Vermögenswert?	Aktueller Wert des Vermögenswerts
Girokonto			Wert der Immobilie (Haus)		
Girokonto Nr. 2			Wert der Immobilie Nr. 2		
Sparkonto			Wert des (primären) Fahrzeugs		
Sparkonto Nr. 2			Wert des Fahrzeugs Nr. 2		

CDs/Geldmarkt			Motorrad/Quad/Boot/ Anhänger/Wohnwagen		
401k/403B/IRA/Pension			Lebensversicherung (Rückkaufswert)		
Aktien/Anleihen/Annuität			Sonstiges: _____		
HSA/FSA			Sonstiges: _____		

### ABSCHNITT SIEBEN: VERSICHERUNGSDECKUNG

Primäre Deckung	Mitglieds-ID-Nummer	Gruppennummer	Name des Versicherungsnehmers	Beziehung zum Patienten
Leistungen (von Mitarbeitern von Pine Rest auszufüllen)				
Sekundäre Deckung	Mitglieds-ID-Nummer	Gruppennummer	Name des Versicherungsnehmers	Beziehung zum Patienten
Leistungen (von Mitarbeitern von Pine Rest auszufüllen)				

### ABSCHNITT ACHT: GRUND DER ANFRAGE (Bitte drucken)

Grund für den Antrag des Patienten (Falls mehr Platz benötigt wird, kann ein zusätzliches Dokument eingereicht werden)

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

Unterschrift der verantwortlichen Partei: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Bei Fragen wenden Sie sich bitte telefonisch an: \_\_\_\_\_ unter (     ) \_\_\_\_\_

### Von Mitarbeitern von Pine Rest für Antrag auf finanzielle Unterstützung (FAP) 501R auszufüllen

Unterschrift des überprüfenden Personals: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Abteilungsleiters: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Genehmigungsstatus: Genehmigt                      Abgelehnt	Falls genehmigt, zugewiesener Betrag/Prozentsatz:	Falls abgelehnt, Begründung der Ablehnung:
Datum/Daten des Inkrafttretens:		Datum des Ablaufs/der erforderlichen Verlängerung:

**Von Mitarbeitern von Pine Rest für Antrag für den Patientenhilfsfonds (PAF) auszufüllen**

Unterschrift des überprüfenden Personals: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Abteilungsleiters: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Genehmigungsstatus: Genehmigt            Abgelehnt	Falls genehmigt, siehe unten für allgemeine Vergabedetails. Anmerkungen zur Vergabe:	Falls abgelehnt, Begründung der Ablehnung:
Stationärer Aufenthalt		
Nachfolgende Aufenthalte:		
PPG-Termine:		
ECT-/TMS-Behandlung:		
PCC-Termine:		
Entgiftungsaufenthalt:		
Aufenthalt:		
Datum/Daten des Inkrafttretens:	Datum des Ablaufs/der erforderlichen Verlängerung:	