

FORMULAR ZUR OFFENLEGUNG FINANZIELLER NOTLAGE

(Basierend auf dem jährlichen Haushaltsbruttoeinkommen und Angehörigen)

Name des Patienten: _____ **GEBURTSDATUM:** _____
 Nachname Vorname

Ehepartner/Partner: _____
 Nachname Vorname

Adresse des Patienten: _____
 Postanschrift/Anschrift

Stadt **Staat** **Postleitzahl**

Jahreshaushalt Bruttoeinkommen \$ Anzahl der Haushaltsmitglieder (Patient, Ehepartner/Partner des Patienten und Angehörige) Erwachsene: Minderjährige:

Versicherungsplan: _____

Selbstbeteiligung/Zuzahlung/Mitversicherung: _____

Ist die Therapie auf einen Arbeitsunfall, einen Verkehrsunfall oder einen Haftpflichtschaden zurückzuführen? Ja Nein

Wenn ja, haben Sie einen Anwalt? Ja Nein

Name des Anwalts: _____ Telefon: _____

EINKOMMENSNACHWEISE MÜSSEN MIT DEM ANTRAG EINGEREICHT WERDEN, UM EINE ENTSCHEIDUNG ZU TREFFEN. ALS EINKOMMENSNACHWEIS WERDEN DIE LETZTE EINKOMMENSSTEUERERKLÄRUNG AUF BUNDESEBENE SOWIE EINKOMMENSNACHWEISE FÜR ALLE HAUSHALTSMITGLIEDER BENÖTIGT, DIE UNTER ANDEREM FOLGENDES UMFASSEN: DIE LETZTEN 3 GEHALTSABRECHNUNGEN, SOZIALVERSICHERUNGSNACHWEISE, INVALIDITÄTS- ODER RENTENZAHLUNGEN USW. WENN SIE KEINE BUNDESSTEUERERKLÄRUNG ABGEBEN MÜSSEN, KÖNNEN MEDICARE-PATIENTEN EINE KOPIE IHRER SOZIALVERSICHERUNGSABRECHNUNG FÜR DAS LAUFENDE JAHR EINREICHEN, AUS DER DER MONATLICHE BRUTTOBETRAG HERVORGEHT. ES KÖNNEN ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN ANGEFORDERT WERDEN, UM EINE ENTSCHEIDUNG ZU TREFFEN.

Ich, der Unterzeichnende, bestätige, dass die obigen Angaben wahrheitsgemäß und genau sind. Mir ist bekannt, dass ich im Falle falscher oder ungenauer Angaben für einen Zeitraum von mindestens einem Jahr von der Beantragung oder Teilnahme am Financial Hardship Programm (Programm für finanzielle Notlage) ausgeschlossen werde, was im Ermessen von Select Medical liegt. Mir ist auch bewusst, dass sich der Betrag der Befreiung ändern kann, wenn zusätzliche Informationen festgestellt werden, die sich auf die finanzielle Notlage auswirken.

 Unterschrift der Eltern / Erziehungsberechtigten Name in Druckschrift Datum

 Unterschrift des Zeugen Name in Druckschrift Datum

Höhe der Befreiung aufgrund finanzieller Notlage (wird vom CBO ausgefüllt) _____ %

Unterschrift Genehmigung CBO Client Services
Supervisor

Name in Druckschrift

Datum

Unterschrift Genehmigung CBO Client Services
Manager

Name in Druckschrift

Datum

Zentrum

Patienten-Kontonummer

Datenbank