

**Informationen über den Antragsteller**

Datum der Leistungserbringung (Vergangenheit oder Zukunft) \_\_\_\_\_

Vollständiger Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Postanschrift: \_\_\_\_\_

Stadt: \_\_\_\_\_ Bundesstaat: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber/Name der Firma: \_\_\_\_\_

Postanschrift: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ Nummer der Krankenakte: \_\_\_\_\_

Vollständiger Name des Bürgen: \_\_\_\_\_ Sozialversicherungsnummer \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Postanschrift: \_\_\_\_\_

Stadt: \_\_\_\_\_ Bundesstaat: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber/Name der Firma: \_\_\_\_\_

Postanschrift: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ Beziehung zum Patienten: \_\_\_\_\_

**LISTEN SIE ALLE HAUSHALTSMITGLIEDER MIT IHREM GESETZLICHEN NAMEN AUF (Name des Patienten/Bürgen wie oben aufgelistet ausgenommen)**

Name (Nachname, Vorname und zweiter Vorname)	Geburtsdatum	Alter	Beziehung zum Bürgen	Beruf	Sozialversicherun gsnummer	Jahresbruttoeink ommen

**MONATLICHE LEBENSHALTUNGSKOSTEN**

Medizinische Ausgaben, darunter Krankenkassenbeiträge und monatliche Medikamente	
Wohnraum und Nebenkosten, darunter Miete, Mobiltelefon, Telefon, Kabel/TV, Internet, Strom, Gas, Wasser, Grundsteuer und/oder Hypothek	
Transport, darunter Auto-Zahlungen, Kfz-Versicherung und/oder monatliche Transportkosten	
Andere Lebenshaltungskosten, darunter Kindertagesbetreuung, Alimente, Unterrichtsgebühren und/oder Unterhaltungszahlungen	

**QUELLE FÜR HAUSHALTSEINKOMMEN**

**ANDERE FRAGEN**

**JA/NEIN**

Arbeitseinkünfte	
Sozialversicherung	
Erwerbsunfähigkeitsentschädigung	
Arbeitslosenunterstützung	
Unterhaltszahlungen für Kind/Ehepartner	
<b>MONATLICHES EINKOMMEN VERFÜGEN</b>	
Mieteinnahmen	
Pension / Ruhestandsbezüge	
Ersparnisse oder Zinseinnahmen	
Andere Einkünfte oder Alimente	

1. Ist der Patient krankenversichert?	
2. Ist der Patient bei Georgia Medicaid versichert?	
3. Wird der Patient für Verletzungen behandelt, die von der Berufsunfallversicherung abgedeckt sind?	
4. Wird der Patient für Verletzungen behandelt, die von einer Haftpflichtversicherung Dritter (z.B. Autoversicherung) abgedeckt sind?	

**AUSSAGE**

Ich bestätige hiermit, dass die von mir bereitgestellten Informationen nach meinem besten Wissen wahr und genau sind. Ich bin mir bewusst, dass die von mir eingereichten Informationen einer Überprüfung durch eine Auskunftsei, Bundesagentur, bundesstaatliche Behörde und anderen unterliegt, wenn erforderlich. Ich ermächtige meinen Arbeitgeber einen Nachweis zu meinem Einkommen an Piedmont Healthcare freizugeben. Ich bin mir des Weiteren bewusst, dass Piedmont Healthcare meinen finanziellen Status erneut bewerten und entsprechende Maßnahmen ergreifen wird, sollten sich die von mir bereitgestellten Informationen als falsch herausstellen.

Unterschrift des Antragstellers: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Zeugen: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**ZUR BEARBEITUNG IHRES ANTRAGS SIND NACHWEISDOKUMENTE ERFORDERLICH. BEISPIELE FÜR DIE ERFORDERLICHEN NACHWEISDOKUMENTE FINDEN SIE AUF SEITE 3 IN DIESEM ANTRAG.**

- Foto-ID – Vom jeweiligen Bundesstaat ausgestellter Führerschein, Bundesstaat-ID-Karte, Reisepass oder eine konsularische, schulspezifische Bild-ID.
- Visum oder Residence Alien-Karte (falls zutreffend)
- Nachweis des Wohnsitzes – Einer der folgenden drei Nachweise, der Ihre aktuelle Anschrift zeigt, ist als Nachweis des Wohnsitzes erforderlich.
  - Ein bis drei Rechnungen eines Versorgungsunternehmens, wie z.B. Netzstromrechnung, Erdgasrechnung, Wasserrechnung oder Telefonrechnung.
  - Mietvertrag
  - Mietzahlungsbeleg mit der aktuellen Anschrift
  - Lebensmittelmarkenbenachrichtigung
  - Wähler-Registrierkarte
  - Andere Geschäftsdokumente, die Ihren Wohnsitz zu erkennen geben, wie z.B. Kreditkartenabrechnungen, IRS, Medicaid-Schreiben, Schulschreiben, Kabel-TV-Rechnung, Mobiltelefonrechnung, Kontoauszüge, Hypothekenauszüge, Scheck-Kontrollabschnitte mit Ihrer Anschrift usw.
  - HINWEIS: A.P.O. (Army Post Office) Postfach gibt keine Auskunft über die Anschrift.
- Einkommensnachweise – einer der folgenden Nachweise ist erforderlich:
  - Drei aktuelle Gehaltsscheck-Kontrollabschnitte (Patient und Partner)
  - Antrag auf Arbeitslosengeld, Arbeitsamt-Zahlungsanfrage (WG-15)
  - Kopien der Bankauszüge der letzten drei Monate, wenn Sie von Ihrem Gesparten leben.
  - Ein Schreiben Ihres Arbeitgebers mit Firmenbriefkopf, aus dem Folgendes hervorgeht: Beginn Ihrer Anstellung; aktuelle Anstellung; bezahlter Stundensatz; Gesamtbetrag jeder Zahlungsperiode und Häufigkeit der Zahlung.
  - Schreiben, die besagen, dass der Patient Arbeitslosengeld, Medicaid, Berufsunfähigkeitszahlungen, allgemeine Unterstützung usw. erhält.
  - Benachrichtigung über Lebensmittelmarken und Gehaltsscheck-Kontrollabschnitte
  - Bestätigung der Obdachlosigkeit oder ein Schreiben des Obdachlosenheims mit entsprechendem Briefkopf
  - Andere Geschäftsdokumente, die belegen, wie der Patient unterstützt wird.
- Beleg zur Anzahl der Unterhaltsberechtigten – einer der folgenden Nachweise ist erforderlich:
  - Unterschriebene Vorjahreseinkommensteuererklärung (die aktuellste)
  - Schreiben, die besagen, dass der Patient rechtlich für das Kind verantwortlich ist, wie z.B. Unterlagen zur vom Gericht angeordneten Vormundschaft oder zum angeordneten Sorgerecht.
  - Geburtsurkunde für jedes Kind, das 18 Jahre oder jünger ist.