



Auskunft für Finanzielle Unterstützung Auskunft- und Anleitungsbogen

Wie beantrage ich Unterstützung?

Sie können Unterstützung beantragen, indem Sie eine Finanzielle Auskunft ausfüllen.

Was mache ich mit der Finanziellen Auskunft, nachdem ich alle Angaben eingetragen habe?

Sie können:

- 1.) die Übersicht per Post senden an
Driscoll Children's Hospital
Attn: Admitting Office – 1st Floor
P. O. Box 6530
Corpus Christi, Texas 78466
oder
- 2.) Bei der Aufnahme - Erdgeschoss hinter dem Geschenkeladen - täglich zwischen 7:00 und 20:00 Uhr abgeben.

Muss ich Informationen mit meinem Antrag angeben?

Ja, Sie müssen eine Kopie meines gültigen ID-Karte oder meines Texas-Führerscheins sowie Folgendes einreichen:

1	IRS Form W2	7	Federal Income Government Program
2	Abrechnungsüberweisung	8	Beschäftigungsnachweis
3	Steuererklärung	9	Bankauszug
4	Sozialversicherung	10	Schriftliche Bescheinigung
5	Berufsgenossenschaft	11	Andere
6	Arbeitslosengeldbescheid		

Wann werde ich wissen, ob ich Unterstützung für meine Krankenhausrechnung erhalte?

Sie können uns unter (361) 694-4758 anrufen

Wird die Finanzielle Unterstützung die Arztrechnungen und andere Rechnungen für diesen Besuch zahlen?

Nein. Die Finanzielle Unterstützung von Driscoll Children's Hospital zahlt keine Arztrechnungen, Auswertungen von Röntgenuntersuchen und Nebenleistungen. Alle Verordnungen oder Leistungen, die nicht im Driscoll Children's Hospital erbracht wurden, sind nicht gedeckt.

Wird mein Kind untersucht, wenn ich keine Nachricht erhalte und ich mein Kind nach Driscoll bringe?

Ja. Ihr Kind wird untersucht werden. Wenn Sie im Krankenhaus sind, können Sie in der Aufnahme fragen, ob Sie berechtigt sind oder nicht.

VI ANGABEN ZU EINKOMMEN UND AUSGABEN

Beruf des Vaters: _____ Arbeitgeber Name: _____
 Anschrift: _____ Beschäftigt seit: _____
 Ort/Bundesstaat/PLZ: _____ Telefon-Nr.: (____) _____ - _____
 Bruttoeinkommen: \$ _____ pro Zahlungszeitraum
 Gehalt Sonstiges pro Stunde \$ _____ /Stde. Anzahl Stdn. _____ /Woche
 (eins ankreuzen)
 pro Woche pro 2 Wochen monatlich zweimonatlich jährlich

Beruf der Mutter: _____ Arbeitgeber Name: _____
 Anschrift: _____ Beschäftigt seit: _____
 Ort/Bundesstaat/PLZ: _____ Telefon-Nr.: (____) _____ - _____
 Bruttoeinkommen: \$ _____ pro Zahlungszeitraum
 Gehalt Sonstiges pro Stunde \$ _____ /Stde. Anzahl Stdn. _____ /Woche
 (eins ankreuzen)
 pro Woche pro 2 Wochen monatlich zweimonatlich jährlich

Beruf des Betreuers: _____ Arbeitgeber Name: _____
 Anschrift: _____ Beschäftigt seit: _____
 Ort/Bundesstaat/PLZ: _____ Telefon-Nr.: (____) _____ - _____
 Bruttoeinkommen: \$ _____ pro Zahlungszeitraum
 Gehalt Sonstiges pro Stunde \$ _____ /Stde. Anzahl Stdn. _____ /Woche
 (eins ankreuzen)
 pro Woche pro 2 Wochen monatlich zweimonatlich jährlich

Andere Einkommensquellen, die der Familie oder dem Patienten zur Verfügung stehen (Jeweils Ja oder Nein ankreuzen)

Art	Nein	Ja	Falls ja, erhaltene Summe in \$ pro Monat	Art	Nein	Ja	Falls ja, erhaltene Summe in \$ pro Monat
Kindergeld				Arbeitslosengeld			
Sozialversicherung				Mieteinnahmen			
Erwerbsunfähigkeitsleistung Soz. Vers. ISSI				Erwerbsunfähigkeits- einkommen			
Hinterbliebenenleistung Soz. Vers.				TANF			
Berufsgenossenschaft				Andere			

Wohnsituation: (eins ankreuzen)

eigenes Haus/im Kauf Miete wohne bei Freunden/Angehörigen kein ständiger Wohnsitz

MONATLICHE AUSGABEN

Ausgaben	Zahlung	Schuldbetrag	Ausgaben	Zahlung	Schuldbetrag
Wohnung			Pflegepersonen		
Versorgungsleistungen			Autos		
Lebensmittel			Autoversicherung		
Gläubiger			Summe		

WERT DES VERMÖGENS

- Haben Sie anderes Immobilieneigentum (ohne Ihre Wohnung)? Ja Nein Falls ja, aktueller Verkehrswert: \$ _____
- Sind Sie Eigentümer eines landw. Betriebs? Nein Ja Falls ja, aktueller Verkehrswert: \$ _____
- Girokonto? Nein Ja Falls ja, Name der Bank: _____ Aktueller Kontostand \$ _____
- Sparkonto? Nein Ja Falls ja, Name der Bank: _____ Aktueller Kontostand \$ _____
- Rückkaufwert Lebensversicherung? Nein Ja Falls ja, Name VG _____ Wert \$ _____
- Autos?
 Nein Ja
 Falls ja, bitte angeben: (a) Hersteller/Modell _____ Jahr _____ Schuldbetrag \$ _____
 (b) Hersteller/Modell _____ Jahr _____ Schuldbetrag \$ _____

Geschätzte Summe Arztrechnungen in den letzten DREI MONATEN. \$ _____

Wenn können wir ansprechen, wenn wir Sie erreichen müssen?

Name: _____ Anschrift: _____ Telefon-Nr.: (____) _____ - _____
 Name: _____ Anschrift: _____ Telefon-Nr.: (____) _____ - _____

BESTÄTIGUNG UND ENTBINDUNG VON SCHWEIGEPFLICHT

Hiermit bestätige ich, dass die obigen Angaben zutreffend sind. Außerdem befreie ich Driscoll Children's Hospital von der Schweigepflicht zu medizinischen oder finanziellen Informationen, die das Krankenhaus in die Lage versetzen können, Unterstützung bei der Zahlung meiner Krankenhausentgelte zu finden.

Unterschrift Elternteil/Betreuer: X _____ **Datum:** _____
 X _____ **Datum:** _____

Nur für Dienstgebrauch:

Datum: _____ / _____ / _____ Interviewer: _____

Kommentare/Empfehlungen:

Betreuer-Nr. _____ Patient-Nr. _____

Berechtigung für Finanzielle Unterstützung _____ % Exp. _____

CCMSID-Nr. _____

Driscoll Children's Hospital
3533 S Alameda
Corpus Christi TX 78411

Finanzauskunft

Formular [0609]
Datum [04/02]

Überprüft am [04/02]

Adressiermaschine