

**Programm über finanzielle Beihilfen bei einer stationären Behandlung in New Jersey  
ANTRAG AUF AUFNAHME IN DAS  
UNTERSTÜTZUNGSPROGRAMM**

DIESEM ANTRAG MÜSSEN EIN IDENTITÄTSNACHWEIS, EIN EINKOMMENSNACHWEIS UND EIN NACHWEIS ZUM VERMÖGEN BEIGEFÜGT  
WERDEN. SCHICKEN SIE KOPIEN ALLER ANGEFORDERTEN DOKUMENTE MIT EIN. VERSENDEN SIE KEINE ORIGINALUNTERLAGEN, DA  
DIESE NICHT ZURÜCKGESCHICKT WERDEN.

**ABSCHNITT I – Persönliche Informationen**

1. NAME DES PATIENTEN		SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER (SSN)
_____	_____	_____ - _____ - _____
(Nachname) (Vorname) (Mittelname)		
3. DATUM DES ANTRAGS	4. ERSTES LEISTUNGSDATUM	5. BEANTRAGTES LEISTUNGSDATUM
____/____/____	____/____/____	____/____/____
Monat Tag Jahr		Monat Tag Jahr
6. WOHNANSCHRIFT DES PATIENTEN		7. TELEFONNUMMER
_____		( ) -
8. ORT, BUNDESSTAAT, ZIP CODE		9. GRÖSSE DER FAMILIE *
_____		_____
10. US-STAATSANGEHÖRIGKEIT	11. NACHWEIS, DASS DER WOHNSITZ IM STAAT NJ SEIT MINDESTENS 3 MONATEN BESTEHT	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Antrag gestellt	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
12. Name des Garantiegebers (wenn es sich nicht um den Patienten handelt)	13. IST DER PATIENT ÄLTER ALS 65 JAHRE?	
_____	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> CWF beigefügt	
14. IST DER PATIENT VERSICHERT? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		

**ABSCHNITT II – Vermögenskriterien (für den Sachbearbeiter)**

15. Vermögen des Antragsstellers: \_\_\_\_\_

16. Familienvermögen: \_\_\_\_\_

17. Zum Vermögen gehören:

- A. Barmittel \_\_\_\_\_
- B. Sparkonten \_\_\_\_\_
- C. Girokonten \_\_\_\_\_
- D. Certificates of Deposit (Einlagenzertifikate)/ I.R.A. \_\_\_\_\_
- E. Immobilienbesitz (mit Ausnahme des Erstwohnsitzes) \_\_\_\_\_
- F. Weitere Vermögenswerte (Treasury Bills (Schatzwechsel), Negotiable Paper (begebbares Wertpapiere), Corporate stocks and bonds (Unternehmensaktien und -anleihen)) \_\_\_\_\_
- G. Gesamt \$ 0.00

**\* Die Familiengröße umfasst Sie selber, Ihren Ehepartner und etwaige minderjährige Kinder. Eine schwangere Frau wird als zwei Familienmitglieder gezählt.**

ABSCHNITT III – Einkommenskriterien

Wenn die Anspruchsberechtigung in Bezug auf die Beihilfe für die Krankenhausbehandlung wirtschaftlich Bedürftiger ermittelt wird, sind im Falle von Erwachsenen das Einkommen und Vermögen eines Ehepartners und im Falle von minderjährigen Kinder das Einkommen und Vermögen der Eltern zu berücksichtigen. Dem Antrag muss ein Einkommensnachweis beigelegt sein.

Das Einkommen wird entweder auf Grundlage des Einkommens aus 12 Monaten, drei Monaten oder eines Monats vor dem Leistungsdatum berechnet.

Das Bruttoeinkommen des Patienten / der Familie ist gleich dem kleinsten der folgenden Werte:

Letzte 12 Monate	oder	Letzte 3 Monate X4	oder	Letzter 1 Monat X12

18. EINKOMMENSQUELLEN

Wöchentlich    Monatlich    Jährlich

A. Gehalt /Lohn vor Abzügen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Sozialhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Sozialversicherungsleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Arbeitslosengeld und Lohnersatzleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Leistungen für ehemalige Militärangehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Alimente/Kindesunterhalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Private Finanzielle Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Rentenzahlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Versicherungs- oder Jahresrentenzahlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Dividenden/Zinsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Mieteinnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Nettoeinkommen aus Geschäftstätigkeit (Selbständige/ durch unabhängige Stelle geprüft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Sonstige (Streikbeihilfen, Ausbildungsvergütung, Unterstützungsleistungen für Familien von Militärangehörigen, Einkommen aus Nachlässen oder Trusts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Gesamt			<input type="checkbox"/>
		\$ 0.00	



---

ABSCHNITT IV – BEGLAUBIGUNG DURCH ANTRAGSTELLER

---

**Ich verstehe, dass die von mir gemachten Angaben einer Überprüfung durch die entsprechende Medizinische Versorgungseinrichtung sowie durch Bundes- oder bundestaatliche Behörden unterliegen. Vorsätzliche Falschdarstellungen dieser Fakten haben zur Folge, dass mir die Haftung für alle Krankenhauskosten auferlegt und zivilrechtliche Strafen gegen mich verhängt werden.**

**Sofern von der medizinischen Versorgungseinrichtung verlangt, werde ich staatliche oder private finanzielle Beihilfen für die Zahlung der Krankenhausrechnung beantragen.**

**Ich versichere hiermit, dass die obigen Angaben in Bezug auf meine Familiengröße, mein Einkommen bzw. Vermögen der Wahrheit entsprechen und richtig sind.**

**Ich verstehe, dass ich verpflichtet bin, dem Krankenhaus sämtliche Statusänderungen in Hinblick auf mein Einkommen bzw. Vermögen mitzuteilen.**

---

**19. Unterschrift des Patienten oder Garantiegebers**

**20. Datum**

---

**Vorrangiges Bestätigungsvermerk des Patienten\*\***

Name des Patienten:

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Leistungsdatum: \_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Bitte Initialen eintragen**

\_\_\_\_\_ Ich und/oder mein Ehepartner bestätigen, dass ich/wir über kein Einkommen verfügen und kein Einkommen bezogen haben für den Zeitraum von: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ bis \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ich und/oder mein Ehepartner bestätigen, dass ich kein Vermögen im Sinne der Auflistung in dem Antrag für die medizinische Versorgung wirtschaftlich Bedürftiger besitze.

\_\_\_\_\_ Ich und/oder mein Ehepartner bestätigen, dass ich obdachlos bin. Meine Obdachlosigkeit besteht seit dem \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ich und/oder mein Ehepartner bestätigen, dass ich/wir über keinen Versicherungsschutz zur Deckung des ausstehenden Betrags für die Leistung im Rahmen meiner stationären Behandlung verfügen.

\_\_\_\_\_ Ich bestätige, dass mein Name \_\_\_\_\_ lautet. Ich kann keinen

Identitätsnachweis erbringen, weil: \_\_\_\_\_  
(Bitte den Grund abgeben)

\_\_\_\_\_ Ich und/oder mein Ehepartner bestätigen, dass ich/wir über ein Einkommen verfügen. Unser Bruttoeinkommen/Bareinnahmen belaufen sich auf \$ \_\_\_\_\_ wir werden in einem \_\_\_\_\_ Rhythmus bezahlt.  
Häufigkeit

\_\_\_\_\_ Ich und/oder mein Ehepartner bestätigen, dass ich zum obigen Leistungsdatum Vermögen in Höhe von \$ \_\_\_\_\_ besitze.

\_\_\_\_\_ Ich und/oder mein Ehepartner bestätigen, dass ich meinen Wohnsitz in New Jersey habe und dass ich beabsichtige, meinen Wohnsitz in New Jersey beizubehalten.  
Meine Wohnanschrift lautet: \_\_\_\_\_



Hackensack  
Meridian *Health*  
Pascack Valley  
Medical Center

\_\_\_\_\_ Ich bestätige, dass ich weder einen Anspruch Dritten gegenüber geltend gemacht habe, noch beabsichtige, diesen geltend zu machen, mit dem ich um die vollständige oder teilweise Bezahlung der medizinischen Leistungen, auf die sich dieser Antrag bezieht, nachsuche (einschließlich u. a. verschuldensunabhängige Ansprüche (claims for no fault), Ansprüche aus einer Arbeitsunfallversicherung, Hausbesitzerversicherung, für unter- oder nicht versicherte Kraftfahrer, Schadensersatzansprüche). Ich verstehe und stimme zu, dass, sofern ein derartiger Anspruch geltend gemacht wurde, Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center seine medizinischen Versorgungsleistungen für wirtschaftlich Bedürftige zurückziehen und von mir die vollständige Bezahlung aller Kosten verlangen kann. Ich stimme darüber hinaus zu, das Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center zu informieren, falls Anträge zu derartigen Ansprüchen eingereicht worden sind.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Datum