

Antrag auf finanzielle Unterstützung

Northeastern Center unterstützt Menschen dabei, emotionales und psychisches Wohlbefinden zu erreichen, indem bedürftigen Personen zugängliche, erschwingliche und hochwertige verhaltensmedizinische Leistungen mit einer einkommens- und familiengrößenabhängigen Gebührenermäßigung angeboten werden. Niemandem werden Leistungen wegen fehlender Zahlungsfähigkeit verweigert.

Name des Antragstellers: _____ Datum: _____

Name des Klienten, falls abweichend vom Antragsteller: _____

Anschrift: _____ Geburtsdatum: _____

_____ Sozialversicherungsnummer: _____

Anschrift: _____

Führen Sie alle Mitglieder Ihres Haushalts auf, einschließlich sich selbst, Ihrer Kinder und aller Personen, die Sie als unterhaltsberechtigzt angeben (Unterhaltsberechtigte müssen anhand der Steuererklärung nachgewiesen werden; Kopien sind diesem Antrag beizufügen).

Bitte Ehepartner und unterhaltsberechtigzte Personen (unter 18 Jahren) aufführen

Name	Geburtsdatum	Beziehung	Datum/Art der Überprüfung
Klient			
Sonstige Person			
Unterhaltsberechtigzte Person			
Unterhaltsberechtigzte Person			
Unterhaltsberechtigzte Person			
Unterhaltsberechtigzte Person			
Unterhaltsberechtigzte Person			

Beziehen Sie oder ein Haushaltsmitglied Medicaid, Medicare, Erwerbsunfähigkeitsleistungen, Sozialversicherungsleistungen oder ein anderes staatlich finanziertes Programm bzw. wurde dies beantragt? Ja / Nein. Falls ja, bitte angeben:

Name	Name des Versicherungsschutzes	Versicherungsnummer	Datum/Art der Überprüfung

Ich (Antragsteller) verstehe, dass ich den ermäßigten Betrag der Gebührenunterstützung zum Zeitpunkt der Leistung sowie alle offenen Salden zahlen muss, um am Gebührenunterstützungsprogramm teilzunehmen, sofern keine Zahlungsvereinbarung getroffen und eingehalten wurde. (Bitte Initialen eintragen) _____

NUR FÜR DEN INTERNEN GEBRAUCH

FA4007
Formulare und Anlagen
Überarbeitet 31.05.2024

Name des Patienten: _____
MRN: _____
Standort: _____

ERKLÄRUNG ZUM BRUTTOEINKOMMEN

\$ BETRAG

Löhne, Gehälter

1) Arbeitgeber: _____

Anschrift des Arbeitgebers: _____

2) Arbeitgeber: _____

Anschrift des Arbeitgebers: _____

Staatliche Leistungen:

Arbeitslosengeld _____

Arbeitsunfallentschädigung _____

Sozialversicherung (regulär oder SSI) _____

Veteranenleistungen _____

Vorübergehende Unterstützung für bedürftige Familien (TANF) _____

Medicaid _____

Lebensmittelhilfe _____

Ja

Nein

Sonstige Einkünfte:

Dividenden _____

Mieteinnahmen _____

Altersversorgungsleistungen _____

Zinseinkünfte _____

Rente _____

Kindesunterhalt _____

Sonstiges _____

GESAMTEINKOMMEN:

GESAMT

Zu den sonstigen Einkünften können auch Tantiemen, Einkünfte aus Nachlässen und Treuhandvermögen, Ausbildungsbeihilfen, Unterhaltszahlungen sowie Unterstützung von außerhalb des Haushalts gehören.

Name der Krankenversicherung: _____

Versicherungs-ID-Nummer: _____

Bestätigung:

Mit meiner nachstehenden Unterschrift bestätige ich nach bestem Wissen und Gewissen, dass die vorstehenden Angaben wahr und richtig sind.

Unterschrift Klient/Bürge

Unterschrift des Zeugen

DATUM

DATUM

NUR FÜR DEN INTERNEN GEBRAUCH

FA4007

Formulare und Anlagen

Überarbeitet 31.05.2024

Name des Patienten: _____

MRN: _____

Standort: _____

Anweisung: In SmartCare unter „Einkommensprüfung und Feststellung der Anspruchsberechtigung für finanzielle Unterstützung“ einscannen.

BESTÄTIGUNG DER FINANZIELLEN VEREINBARUNG

Ich (Antragsteller) erkläre, dass jede in diesem Antrag als „ohne Einkommen“ aufgeführte Person keinerlei Einkommen aus irgendeiner Quelle erhält.

(Bitte Initialen eintragen) _____

Ich (Antragsteller) verstehe, dass falsche Angaben zur Beendigung der Leistungen führen und Northeastern Center die Unterlagen zur weiteren Prüfung an die zuständige Bundesbehörde weiterleiten kann.

(Bitte Initialen eintragen) _____

Ich (Antragsteller) verstehe, dass ich diesen Antrag jährlich sowie bei einer Änderung der Personenzahl oder der Einkommensverhältnisse meines Haushalts erneuern muss.

(Bitte Initialen eintragen) _____

Ich bestätige, dass die vorstehenden Angaben zur Familiengröße und zum Einkommen richtig sind. Ich verstehe, dass vor der Genehmigung einer Ermäßigung Kopien von Steuererklärungen, Gehaltsabrechnungen und andere Einkommensnachweise erforderlich sind.

(Bitte Initialen eintragen) _____

Ich verstehe, dass sich das Zentrum das Recht vorbehält, festzulegen, für welche Leistungen ich Unterstützung erhalten kann und unter welchen Bedingungen diese gewährt wird.

(Bitte Initialen eintragen) _____

Ich verstehe, dass das Zentrum für alle anspruchsberechtigten Leistungen sowohl ein Honorar als auch eine Einrichtungsgebühr berechnet und dass Zuzahlungen und Selbstbehalte Dritter auf beide Gebührenarten Anwendung finden können.

(Bitte Initialen eintragen) _____

Ich verstehe, dass in meiner Abwesenheit Leistungen erbracht werden können, für deren Bezahlung ich verantwortlich bin (z. B. Behandlungsplanung).

(Bitte Initialen eintragen) _____

Ich verstehe, dass Northeastern Center, Inc. sich das Recht vorbehält, die festgelegten Inkassoverfahren anzuwenden, wenn ich meiner Zahlungsverpflichtung nicht nachkomme. Ich ermächtige das Zentrum und/oder jede vom Zentrum autorisierte Stelle, einschließlich solcher, die automatische Wählsysteme, automatisierte Nachrichten, E-Mail, Textnachrichten und andere elektronische Kommunikationsmittel verwenden, mich aus beliebigem Grund über jede angegebene Telefonnummer, E-Mail-Adresse und/oder Postanschrift zu kontaktieren.

(Bitte Initialen eintragen) _____

Ich ermächtige die direkte Zahlung aller mir zustehenden Leistungen Dritter an Northeastern Center, Inc. Außerdem ermächtige ich die Weitergabe von Informationen zur Bearbeitung von Ansprüchen gegenüber Dritten.

(Bitte Initialen eintragen) _____

Ich ermächtige Northeastern Center, Inc., eine schriftliche Beschwerde beim Versicherungsbeauftragten einzureichen, wenn ein in meinem Namen eingereichter Versicherungsanspruch nicht innerhalb von dreißig (30) Tagen nach Einreichung bezahlt oder abgelehnt wird.

(Bitte Initialen eintragen) _____

Ich verstehe, dass bestimmte Leistungen möglicherweise nicht von meiner Versicherung, Medicare oder Medicaid abgedeckt werden. Ich übernehme die finanzielle Verantwortung für diese Leistungen.

(Bitte Initialen eintragen) _____

Ich verstehe, dass Zahlungen Dritter zunächst auf den bezuschussten Teil meines Saldos angerechnet werden und ein danach verbleibender Betrag auf meinen Eigenanteil angerechnet wird.

(Bitte Initialen eintragen) _____

Ich beantrage, dass genehmigte Medicare-Leistungen für alle mir von Northeastern Center erbrachten Leistungen, einschließlich ärztlicher Leistungen, an mich oder in meinem Namen gezahlt werden.

(Bitte Initialen eintragen) _____

Ich ermächtige den Inhaber medizinischer oder sonstiger Informationen über mich, diese an die Health Care Financing Administration und deren Beauftragte weiterzugeben, einschließlich der Informationen, die zur Feststellung dieser Leistungen und für damit zusammenhängende Zwecke erforderlich sind.

(Bitte Initialen eintragen) _____

Unterschrift Patient / Haushaltsvorstand / Vormund: _____

Name in Druckschrift: _____

Datum: _____

NUR FÜR DEN INTERNEN GEBRAUCH

FA4007

Formulare und Anlagen

Überarbeitet 31.05.2024

Name des Patienten: _____

MRN: _____

Standort: _____

Anweisung: In SmartCare unter „Einkommensprüfung und Feststellung der Anspruchsberechtigung für finanzielle Unterstützung“ einscannen.

Unterschrift des Vertreters von Northeastern Center: _____

Datum: _____

Folgende Unterlagen sind zur Bearbeitung und Genehmigung des Antrags erforderlich:

- Gültiger Lichtbildausweis
- Formular W-2
- Gehaltsabrechnungen (letzte 30 Tage)
- Einkommensteuererklärungen
- Gewinn- und Verlustrechnung eines selbstständigen Unternehmens
- Bescheide über Bewilligung oder Ablehnung von Arbeitslosengeld oder Arbeitsunfallentschädigung
- Schriftliche Lohnbestätigung des Arbeitgebers
- Schriftliche Bestätigung einer Sozialbehörde oder einer anderen staatlichen Stelle, die die Einkommensverhältnisse des Patienten in den letzten 12 Monaten bestätigen kann
- Medicaid-Abrechnungsbeleg, aus dem hervorgeht, dass die Medicaid-Leistungen für das betreffende Haushaltsjahr ausgeschöpft sind
- Medicaid-Bestätigung des vom Patienten zu tragenden Kostenanteils; sofern nicht anders angegeben, müssen alle Unterlagen das zuletzt verfügbare Jahr bzw. den zuletzt verfügbaren Zeitraum betreffen.

NUR FÜR DEN INTERNEN GEBRAUCH

FA4007
Formulare und Anlagen
Überarbeitet 31.05.2024

Name des Patienten: _____
MRN: _____
Standort: _____

Anweisung: In SmartCare unter „Einkommensprüfung und Feststellung der Anspruchsberechtigung für finanzielle Unterstützung“ einscannen.