

MercyOne Genesis Antrag auf finanzielle Unterstützung

Vielen Dank, dass Sie sich für MercyOne Genesis entschieden haben. Um zu prüfen, ob Sie Anspruch auf Finanzhilfe haben, füllen Sie bitte diesen Antrag aus und senden Sie ihn zusammen mit Kopien der aufgeführten Dokumente zurück.

- **Wichtig:** MÖGLICHERWEISE HABEN SIE ANSPRUCH AUF KOSTENLOSE ODER ERMÄSSIGTE MEDIZINISCHE VERSORGUNG: Durch das Ausfüllen dieses Antrags kann MercyOne Genesis feststellen, ob Sie Anspruch auf kostenlose oder ermäßigte Leistungen oder andere staatliche Programme haben, die Ihnen bei der Finanzierung Ihrer Gesundheitsversorgung helfen können. Bitte reichen Sie den Antrag beim Krankenhaus ein.
- **WENN SIE NICHT VERSICHERT SIND, IST EINE SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER NICHT ERFORDERLICH, UM ANSPRUCH AUF KOSTENLOSE ODER ERMÄSSIGTE MEDIZINISCHE VERSORGUNG ZU ERHALTEN.** Für einige staatliche Programme, darunter Medicaid, ist jedoch eine Sozialversicherungsnummer erforderlich. Die Angabe einer Sozialversicherungsnummer ist nicht erforderlich, hilft dem Krankenhaus jedoch dabei, festzustellen, ob Sie Anspruch auf staatliche Leistungen haben.
- Bitte füllen Sie das Formular aus und reichen Sie es innerhalb von zweihundertvierzig **(240)** Tagen nach dem Entlassungsdatum oder dem Datum der ambulanten Behandlung persönlich, per Post, per E-Mail oder per Fax beim Krankenhaus ein, um eine kostenlose oder ermäßigte Behandlung zu beantragen.
- Der Patient bestätigt, dass er sich nach bestem Wissen und Gewissen bemüht hat, alle im Antrag geforderten Angaben zu machen, um dem Krankenhaus bei der Feststellung zu helfen, ob er Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat.
- **Vermögenswerte:** MercyOne Genesis berücksichtigt bei der Feststellung der Anspruchsberechtigung auf finanzielle Unterstützung durch das Krankenhaus keine Vermögenswerte. Im Rahmen dieses Antrags sind Sie nicht verpflichtet, Ihre Vermögenswerte anzugeben.
- **Hinweis: Bescheid über die vorläufige Anspruchsberechtigung**
Patienten können auch ohne Ausfüllen dieses Antrags für finanzielle Unterstützung in Frage kommen, und zwar anhand von Methoden zur vorläufigen Anspruchsfeststellung, die nach dem Recht des Bundesstaates Illinois zulässig sind.

Einkommensnachweise für einen nicht krankenversicherten Patienten sind auf einen (1) der folgenden Belege beschränkt			
(A) ☐ Eine Kopie der letzten Steuererklärung samt Anlagen			
(B) ☐ Eine Kopie des letzten W-2-Formulars und der 1099-Formulare			
(C) ☐ Kopien der 2 letzten Gehaltsabrechnungen			
(D) ☐ Schriftliche Einkommensbestätigung eines Arbeitgebers bei Barzahlung			
(E) ☐ Ein anderer angemessener Einkommensnachweis durch Dritte, der vom Krankenhaus akzeptiert wird			
Falls zutreffend, bitte folgendes beifügen:			
☐ [Aktuelles W2 bei saisonalen Einkünften] ☐ [Arbeitslosen-/Sozialversicherungsleistungen]			
☐ [Familienbeihilfe/Unterhalt]			
☐ [Kein Einkommen – Bitte den Abschnitt Finanzielles Unterstützungsschreiben des Antrags ausfüllen]			
Angaben zum Patienten			
[Name des Patienten]			[Geburtsdatum]
[Sozialversicherungs-/EIN-Nummer (optional)]	[Handynummer]	[Weitere Telefonnummer]	
[Postanschrift]	[Stadt]	[Bundesstaat]	[Postleitzahl]
[E-Mail-Adresse]	[In welchem Bundesstaat sind Sie wohnhaft?]		
[Familienstand (optional)] ☐ [Ledig] ☐ [Verheiratet] ☐ [Geschieden] ☐ [Sonstiges] _____			
[Reichen Sie eine Bundessteuererklärung ein?] ☐ [Ja] ☐ [Nein] [Fall nein, warum?]		[Können Sie als abhängige Person in der Steuererklärung einer anderen Person geltend gemacht werden?] ☐ [Ja] ☐ [Nein]	
[Hatten Sie oder Ihre Angehörigen zum Zeitpunkt der Leistungserbringung Krankenversicherungsschutz?] ☐ [Ja] ☐ [Nein] [(Kopie der Versicherungskarte beifügen)]			
[Haushaltsmitglieder, einschließlich Sie selbst, basierend auf Ihrer letzten Steuererklärung]	[Geburtsdatum]	[Verhältnis zum Patienten]	[In Steuererklärung angegeben (Ja/Nein)]

[Monatliche Ausgaben: Bitte die monatlichen Ausgaben des Haushalts anführen]

☐ Miete oder Hypothek	☐ Nebenkosten
☐ Lebensmittel	☐ Zu leistender Unterhalt/Alimente
☐ Transport	☐ Fahrzeugkosten
☐ Kinderbetreuung/Betreuung von Angehörigen	☐ Sonstiges

Gesamte monatliche Ausgaben: _____

[Einkommensnachweis für alle Haushaltsmitglieder]

[Monatliche Einkommensquelle]	[Wer erhält dies?]	[Brutto-Monatseinkommen (vor Steuern)]	[Monatliche Einkommensquelle]	[Wer erhält dies?]	[Brutto-Monatseinkommen (vor Steuern)]
[Sozialversicherung/Behinderung]			[Arbeitsunfallentschädigung]		
[Pension]			[Arbeitslosengeld]		
[Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit]			[Familienbeihilfe/Unterhalt]		
[Sozialhilfe]			[Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung]		
[Sonstiges]					

[Finanzielles Unterstützungsschreiben – Nur von der unterstützenden Person auszufüllen]

☐ [Ich übernehme mehr als 50 % des Lebensunterhalts des Patienten, bin jedoch nicht in der Lage, Rechnungen für medizinische Leistungen zu bezahlen.]

☐ [Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die obige Aussage korrekt ist und dass ich in keiner Weise für die Rechnungen des Patienten haftbar gemacht werde. Bei Rückfragen kontaktieren Sie mich bitte unter _____ (Telefonnummer)]

[Name der unterstützenden Person]	[Verhältnis zum Patienten]
[Unterschrift der unterstützenden Person]	[Datum]

[BESTÄTIGUNG VON EINKOMMEN UND IDENTITÄT]

[Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig sind. Ich werde alle staatlichen, bundesstaatlichen oder kommunalen Beihilfen beantragen, auf die ich möglicherweise Anspruch habe, um die Kosten für diese Krankenhausrechnung zu decken. Mir ist bewusst, dass die gemachten Angaben vom Krankenhaus überprüft werden können, und ich ermächtige das Krankenhaus, Dritte zu kontaktieren, um die Richtigkeit der in diesem Antrag gemachten Angaben zu überprüfen. Mir ist bewusst, dass ich keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung habe, wenn ich in diesem Antrag wissentlich falsche Angaben mache, dass mir bereits gewährte finanzielle Unterstützung widerrufen werden kann und dass ich für die Begleichung der Krankenhausrechnung verantwortlich bin. Mir ist bewusst, dass die bereitgestellten Informationen einer Überprüfung unterliegen. Ich bin für die Erstattung aller bei den Partnerunternehmen von Trinity Health erbrachten Leistungen verantwortlich, falls die oben genannten Angaben unter Vorsatz gemacht wurden]

[Unterschrift des Patienten]: _____

[Datum]: _____

[Oder Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (falls zutreffend)]: _____

[Datum]: _____

[Verhältnis zum Patienten]: _____

[Datum]: _____

Bitte senden Sie Ihren Antrag an die obige Adresse, per Fax an 312-871-3350 oder laden Sie Dokumente über MyChart (Patientenportal) hoch: <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unser Kundenservicecenter unter 855-320-0111, Montag bis Freitag, 9:00 – 17:00 Uhr. ET.]

MercyOne Genesis Silvis/MercyOne Genesis Aledo Beschwerden über das Antragsverfahren für finanzielle Unterstützung oder Vergünstigungen für Nicht-Versicherte können beim Healthcare Bureau des Attorney General von Illinois eingebracht werden: 1-877-305-5145 / <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf>