

VERTRAULICHER ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

Für Krankenhaus- und professionelle Dienstleistungen, die von Einrichtungen und Ärzten von MercyOne Genesis erbracht werden

Bitte füllen Sie das Antragsformular aus, unterzeichnen Sie es und senden Sie es innerhalb von 10 Tagen zurück, zusammen mit den Kopien folgender Dokumente

Erforderliche Nachweise

- ☐ Einkommensnachweis des letzten Monats
- ☐ Kontoauszüge der letzten zwei Monate von allen Bankkonten, einschließlich aller Seiten (Erklärung für wiederkehrende Einzahlungen)
- ☐ Die letzten Steuererklärungen (Formular 1040 mit Anhang C, E oder F) oder Gewinn- und Verlustrechnungen der letzten drei Monate (für Selbstständige/Unterhaltsberechtigte)

Fügen Sie folgende Dokumente bei, falls zutreffend

- ☐ Letztes W2 für saisonales Einkommen
- ☐ Arbeitslosengeld/Ablehnungsschreiben
- ☐ Kindergeld/Unterhalt
- ☐ Kein Einkommen - Füllen Sie den Teil "Schreiben zur finanziellen Unterstützung" des Antrags aus

Patienteninformationen

Name des Patienten		Geburtsdatum	
Sozialversicherungs-/EIN-Nummer (optional)	Mobiltelefon	Sonstige Telefonnummer	
Postanschrift	Stadt	Staat	Postleitzahl
E-Mail-Adresse	In welchem Staat sind Sie ansässig?		
Familienstand ☐ Ledig] ☐ Verheiratet ☐ Geschieden ☐ Sonstiger _____			
Reichen Sie eine Steuererklärung ein? ☐ Ja ☐ Nein Wenn nicht, warum nicht?		Können Sie in der Steuererklärung einer anderen Person als unterhaltsberechtigt angegeben werden? ☐ Ja ☐ Nein	
Waren Sie oder Ihre unterhaltsberechtigten Angehörigen zum Zeitpunkt der Dienstleistung krankenversichert? ☐ Ja ☐ Nein (Bitte eine Kopie der Versicherungskarte beifügen)			
Sind Sie ein dokumentierter Einwohner der Vereinigten Staaten? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ich möchte nicht antworten			
Haushaltsmitglieder, einschließlich Sie selbst, basierend auf Ihren letzten Steuererklärungen	Geburtsdatum	Beziehung zum	In der Steuererklärung geltend gemacht (Ja/Nein)

VERTRAULICHER ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

Für Krankenhaus- und professionelle Dienstleistungen, die von Einrichtungen und Ärzten von MercyOne Genesis erbracht werden

Einkommensnachweis für alle Haushaltsmitglieder					
Monatliche Einkommensquelle	Wer erhält dies?	Bruttomonats einkommen (vor Steuern)	Monatliche Einkommensquelle	Wer erhält dies?	Bruttomonatseinkommen (vor Steuern)
Löhne			Arbeitsunfallversicherung		
Sozialversicherung/Behinderung			Arbeitslosenunterstützung		
Rente			Kindergeld/Unterhalt		
Selbstständigkeit			Mieteinnahmen		
Sozialhilfe			Sonstige		
Letter of Financial Support - Sollte nur von der Person ausgefüllt werden, die Unterstützung leistet					
☐ Ich unterstütze den Lebensunterhalt des Patienten zu mehr als 50%, aber ich kann nicht für medizinische Rechnungen aufkommen.					
☐ Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die obigen Angaben korrekt sind und dass ich in keiner Weise für die Rechnungen des Patienten haftbar gemacht werden kann. Wenn Sie Fragen haben, kontaktieren Sie mich bitte unter _____ (Telefonnummer)					
Name der unterstützenden Person				Beziehung zum Patienten	
Unterschrift der unterstützenden Person				Datum	

EINKOMMENS- UND IDENTIFIZIERUNGSNACHWEIS

Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass die angegebenen Informationen überprüft werden müssen. Ich bin für die Rückzahlung von Leistungen verantwortlich, die bei MercyOne Genesis Tochtergesellschaften erbracht wurden, wenn die oben genannten Informationen unter Vorspiegelung falscher Tatsachen erteilt wurden.

Unterschrift des Patienten : _____ Datum: _____

Oder Unterschrift des gesetzlichen Vormunds (falls zutreffend): _____ Datum: _____

Beziehung zum Patienten: _____ Datum : _____

Bitte schicken Sie Ihren Antrag an die folgende Anschrift oder senden Sie ihn per Fax an 563-421-3608. Wenn Sie Fragen haben, kontaktieren Sie uns bitte unter 563-421-2233.

VERTRAULICHER ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

Für Krankenhaus- und professionelle Dienstleistungen, die von Einrichtungen und Ärzten von MercyOne Genesis erbracht werden

Patient Financial Services, Suite 2600

1401 West Central Park Avenue

Davenport, IA 52803

Wenn Ihre Gesundheitsdienstleistungen im Bundesstaat Illinois in Anspruch genommen wurden, können Bedenken oder Beschwerden bezüglich des Antragsverfahrens für finanzielle Unterstützung oder des nicht versicherten Rabatts an das Healthcare Bureau of the Illinois Attorney General 1-877-305-5145 / <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf> gemeldet werden