

**ANSCHREIBEN - ANTRAG AUF HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE
(FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG FÜR KRANKENHAUSLEISTUNGEN)**

Das Northwest Community Hospital (NCH) und das Day Surgery Center II (DSV) bieten eine Reihe von finanziellen Unterstützungsprogrammen, um den Bedürfnissen unserer Patienten gerecht zu werden. Unsere Programme gelten nur für die Kosten des NCH und des DSV. Beachten Sie bitte, dass Sie von jedem davon unabhängigen Arzt oder Ärztengruppe eine getrennte Rechnung für die bereitgestellte Versorgung, Behandlung bzw. Leistungen erhalten. Das Hospital Financial Assistance Program (Programm zur finanziellen Unterstützung für Krankenhausleistungen) gilt nicht für diese Kosten.

Neben den Hospital Financial Assistance Programmen haben Sie möglicherweise auch Anspruch auf Leistungen aus staatlichen Programmen wie beispielsweise Medicaid, Medicare oder AllKids. Bevor Sie einen Antrag auf Unterstützung aus dem Hospital Financial Assistance Programm stellen, ist es ggf. erforderlich, dass Sie erst Hilfe aus diesen Programmen beantragen. Das NCH und das DSV werden Patienten bei den staatlich finanzierten Programmen und der Anmeldung dafür unterstützen.

WENN SIE NICHT VERSICHERT SIND, BENÖTIGEN SIE KEINE SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER, UM EINE KOSTENLOSE ODER ERMÄSSIGTE VERSORGUNG IN ANSPRUCH NEHMEN ZU KÖNNEN. Für einige staatliche Programme, darunter Medicaid, ist allerdings eine Sozialversicherungsnummer erforderlich. Die Vorlage einer Sozialversicherungsnummer ist zwar nicht unbedingt erforderlich, aber sie hilft dem Krankenhaus dabei festzustellen, ob Sie auf irgendein staatliches Programm Anspruch haben.

SIE KÖNNEN MÖGLICHERWEISE KOSTENLOSE ODER ERMÄSSIGTE VERSORGUNG ERHALTEN: Wenn Sie diesen Antrag ausfüllen, kann das NCH und das DSV leichter feststellen, ob Ihnen kostenlose oder ermäßigte Leistungen gewährt werden können oder Sie Anspruch auf andere staatliche Programme haben, die helfen können, für Ihre Gesundheitsversorgung aufzukommen. Füllen Sie bitte diesen Antrag aus und reichen Sie ihn innerhalb von 365 Tagen, nachdem das Krankenhaus die erste Rechnung für erbrachte Versorgungsleistungen gestellt hat, persönlich, per Post oder per Fax beim Krankenhaus ein, um kostenlose oder ermäßigte Versorgung zu beantragen.

Die Unterstützungsprogramme für Krankenhausleistungen, Ermäßigungen und die Zahlungsoptionen umfassen:

Programm	Verfügbar für:	Beschreibung	Art der Beantragung
Self-Pay Discount (Selbstzahler-Ermäßigung)	nicht versicherte Patienten	Bietet eine automatische Ermäßigung auf die Kosten auf der Grundlage der Richtlinie für Selbstzahler-Ermäßigungen des NCH	Keine Beantragung erforderlich. Wenden Sie sich an einen unserer Selbstzahler-Spezialisten unter 847.618.4747, wenn Sie bereits eine Abrechnung erhalten haben.
Presumptive Eligibility (mutmaßlicher Anspruch)	nicht versicherte Patienten	Vorhersagemodell, das Kriterien enthält, die von staatlicher Seite festgelegt wurden, und das eine 100%ige Ermäßigung in Form einer Wohltätigkeitsversorgung (Charity Care) nach sich zieht	Falls möglich, bitte den Antrag auf finanzielle Unterstützung (Financial Assistance Program) ausfüllen.
Financial Assistance (Finanzielle Unterstützung)	versicherte Patienten	Salden, die nach den Zahlungen seitens der Versicherungen noch offen bleiben, können in Abhängigkeit von der Familiengröße und dem Einkommen entsprechend den Federal Poverty Guidelines (Bundes-Armut-Richtlinien/Armutsgrenzen) ggf. im Rahmen der Wohltätigkeitsversorgung bis zu 100 % übernommen werden. Versicherte Patienten haben nur Anspruch im Rahmen der Kriterien für finanzielle Unterstützung des NCH, aber NICHT auf die Ermäßigung für nicht versicherte Patienten (Uninsured Patient Discount) des Illinois Hospital.	Bitte den Antrag auf finanzielle Unterstützung (Financial Assistance Program) ausfüllen.
Uninsured Financial Assistance (Finanzielle Unterstützung für nicht Versicherte)	nicht versicherte Patienten	Bietet Wohltätigkeitsversorgung oder ermäßigte Versorgung in Abhängigkeit von der Familiengröße und dem Einkommen entsprechend den Federal Poverty Guidelines (Bundes-Armut-Richtlinien/Armutsgrenzen) Nicht versicherte Patienten haben Anspruch im Rahmen der Kriterien für finanzielle Unterstützung des NCH und auf die Ermäßigung für nicht versicherte Patienten (Uninsured Patient Discount) des Illinois Hospital.	Bitte den Antrag auf finanzielle Unterstützung (Financial Assistance Program) ausfüllen.

Programm	Verfügbar für:	Beschreibung	Art der Beantragung
Catastrophic Discount (Ermäßigung im Katastrophenfall)	nicht versicherte und versicherte Patienten	Beschränkt die Auslagen, wenn die Schulden im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung speziell für die medizinische Betreuung am Northwest Community Hospital 25 % des Bruttoeinkommens der Familie des Patientin bzw. der Patientin überschreiten.	Feststellen, ob Ihre Auslagen 25 % des Bruttoeinkommens der Familie überschreiten. Falls ja, bitte den Antrag auf finanzielle Unterstützung (Financial Assistance Program) ausfüllen.
Payment Plan Program (Zahlungsplan-programm)	nicht versicherte und versicherte Patienten	Unterstützt Patienten bei ihren finanziellen Verpflichtungen, indem Zahlungsvereinbarungen getroffen werden.	Keine Beantragung erforderlich. Wenden Sie sich an einen unserer Selbstzahler-Spezialisten unter 847 618 4747, wenn Sie bereits eine Abrechnung erhalten haben.

Wir werden Ihnen innerhalb von 45 Tagen ab Eingang des ausgefüllten Antrags und der unterstützenden Dokumente antworten. Sollten Sie noch Fragen haben oder weitere Unterstützung benötigen, setzen Sie sich bitte mit einem Financial Counselor (finanzieller Berater) unter 847.618.4542 in Verbindung oder besuchen Sie <http://www.nch.org/patients-visitors/fees-and-bill-payment/patient-financial-assistance> um weitere Informationen über die finanziellen Unterstützungsprogramme für Krankenhausleistungen zu erhalten.

Geben Sie das Formular (ausgefüllt, unterschrieben und datiert) zusammen mit den unterstützenden Dokumenten an einen finanziellen Berater im Krankenhaus zurück oder schicken Sie die Unterlagen per Post an:

Northwest Community Hospital
 Patient Services Center
 ATTN: Financial Counseling
 800 West Central Road
 Arlington Heights, IL 60005
 Fax: 847 618 4549

Antrag auf folgendes Programm:

- Uninsured Financial Assistance (finanzielle Unterstützung für nicht Versicherte)
- Financial Assistance (Finanzielle Unterstützung; verbleibender Saldo nach Zahlungen seitens der Versicherung)
- Catastrophic Discount (Ermäßigung im Katastrophenfall)
- Presumptive Eligibility (mutmaßlicher Anspruch)

Antrag auf das finanzielle Unterstützungsprogramm für Krankenhausleistungen

HINWEIS. Dieser Antrag ist nur für Kosten des Northwest Community Hospital (NCH) und Day Surgery (DSV) bestimmt. Entsprechend den Richtlinien können ggf. Ärztekosten anfallen. Füllen Sie bitte beide Seiten dieses Formulars aus und geben bzw. schicken Sie das unterschriebene Formular mit allen geforderten Unterlagen zurück.

1. INFORMATIONEN ZUM ANTRAGSTELLER *Wenn der/die Patient(in) minderjährig ist, bitte als Antragsteller die Eltern bzw. den/die Erziehungsberechtigten angeben.

Name	Festnetztelefon	Handy	
Wohnanschrift	Stadt	Bundesstaat	PLZ
Sozialversicherungsnummer	Geburtsdatum	E-Mail-Adresse	

2. WEITERE FAMILIENMITGLIEDER/ABHÄNGIGE PERSONEN

Name	Geburtsdatum	Verwandschaftliche Beziehung zum Antragsteller

3. INFORMATIONEN ZUM ARBEITGEBER

Name des Einkommensempfängers	Name und Anschrift des Arbeitgebers	Dauer des Beschäftigungsverhältnisses und Position

4. SONSTIGE ANGABEN ZUM EINKOMMEN

Geben Sie alle anderen Einkommensquellen an, einschließlich Dividenden, Zinsen, Sozialleistungen, Unfallversicherung, Ausbildungsgelder bzw. Stipendien und regelmäßige Unterstützung durch Angehörige, die nicht im gleichen Haushalt leben, staatliche Renten, private Altersversorgung, Rentenversicherungs- und sonstige Versicherungszahlungen, Einnahmen aus Vermietung, Tantiemen, Vermögen, Fonds und Veteranenbezüge.

Name des Einkommensempfängers	Art des Einkommens	Monatliches Einkommen
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

5. MONATLICHE HYPOTHEKEN- ODER MIETZAHLUNG

\$ _____
 **Wenn (eine) andere Person(en) primäre Unterstützung zu den täglichen Lebenshaltungskosten leiste(t/n) und/oder Kost und Logis übernommen hat/haben oder Sie keine monatliche Hypotheken- oder Mietszahlung zu leisten haben, füllen Sie bitte das Primary Support Form (Formular im Falle von primärer Unterstützung) aus oder legen Sie Dokumente vor, aus denen hervorgeht, dass die Hypothek voll abgezahlt ist.

6. VERMÖGENSWERTE
 Sofort verfügbares Barvermögen und Geldanlagen, wie beispielsweise Ersparnisse und Girokontoguthaben. Die Vermögenswerte umfassen nicht den Hauptwohnsitz des Antragstellers, das freigestellte Sacheigentum bzw. sämtliche Beträge, die in einem Altersvorsorge- bzw. Ruhestandsplan angelegt sind. Fügen Sie bitte auch Nachweise für alle als Angehörige bzw. abhängige Personen angegebenen Personen bei. Führen Sie bitte die Vermögenswerte auf und geben Sie den ungefähren Wert an. Akzeptable Belege sind u. a. Abrechnungen bzw. Auszüge von Finanzinstituten oder Nachweise über Vermögenswerte von anderen Drittparteien.

Eigentümer	Art	Ungefährer Wert

7. UNTERSCHRIFT
 Hiermit versichere ich nach bestem Wissen, dass die Angaben in diesem Antrag wahr und korrekt sind. Ich werde alle staatlichen, Landes- bzw. regionalen Unterstützungen beantragen, auf die ich möglicherweise Anspruch habe, um diese Krankenhausrechnung begleichen zu helfen. Mir ist bewusst, dass die gemachten Angaben vom Krankenhaus überprüft werden können, und ich bevollmächtige das Krankenhaus, sich mit Dritten in Verbindung zu setzen, um die Richtigkeit der in diesem Antrag gemachten Angaben zu überprüfen. Mir ist bewusst, dass ich, wenn ich in diesem Antrag wesentlich falsche Angaben mache, keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung habe, dass mir eventuell bereits gewährte Unterstützung aufgehoben werden kann und ich für die Begleichung der Krankenhausrechnung verantwortlich sein werde. Ich werde das NCH umgehend in Kenntnis setzen, wenn sich meine finanzielle Situation ändern sollte.

Unterschrift des Antragstellers	Datum / /
Antragsteller nicht zur Unterschrift in der Lage	Datum / /
	Verwandschaftliche Beziehung zum Antragsteller

BITTE FÜGEN SIE IHREM UNTERSCHRIEBENEN UND DATIERTEN ANTRAG FOLGENDE UNTERLAGEN BEI

- Letzte Einkommenssteuererklärung, unterschrieben/datiert, einschließlich aller Schedules mit W-2- und 1099-Formularen
- Steuererklärung, in der der/die Patient(in) als abhängige Person geltend gemacht wurde
- die 2 letzten Lohn-/Gehaltsabrechnungen (oder eine sonstige Einkommensbescheinigung), aus der 30 Tage hervorgehen, und Angabe der Einkünfte seit Jahresbeginn
- die Bankauszüge aller Giro-/Sparkonten der letzten 3 Monate
- Nachweis für den Wohnsitz in Illinois (Führerschein, aktuelle Rechnung eines Versorgungsunternehmens, Mietvertrag, weitere Nachweismöglichkeiten erfahren Sie von einem finanziellen Berater)
- Bewilligungsschreiben der Sozialversicherung
- Lohnbescheinigung (Wage Letter) vom Arbeitgeber bei Barbezahlung
- Bewilligungsschreiben für Arbeitslosenunterstützung
- Notariell beglaubigtes Primary Support Form (Formular über primäre Unterstützung)
- Nachweis des mutmaßlichen Anspruchs (Kopie der Link Card, Lebensmittelgutscheine, WIC-Programm (Unterstützungsprogramm für Frauen und Kinder), PADS ID-Karte (Verein für Obdachlose), Nachweis der Obdachlosigkeit, weitere Informationen erhalten Sie von einem finanziellen Berater)
- Verifizierungsformular für Selbständige
- Rentenbescheid

GEBEN BZW. SCHICKEN SIE DEN AUSGEFÜLLTEN ANTRAG UND DIE UNTERLAGEN AN DIE UNTEN ANGEGEBENE ADRESSE. DAS ANTRAGSFOMULAR UND DIE DOKUMENTE DES NCH FINDEN SIE UNTER <http://www.nch.org/patients-visitors/fees-and-bill-payment/patient-financial-assistance>

Northwest Community Hospital
 Patient Services Center



ATTN: Financial Counseling
800 West Central Road
Arlington Heights, IL 60005
Fax: 847 618 4549

Wir werden Ihnen innerhalb von 45 Tagen ab Eingang des ausgefüllten Antrags und der unterstützenden Dokumente antworten. Sollten Sie noch Fragen haben oder weitere Unterstützung benötigen, setzen Sie sich bitte mit einem Financial Counselor (finanzieller Berater) unter 847 618 4542 in Verbindung oder besuchen Sie <http://www.nch.org/patients-visitors/fees-and-bill-payment/patient-financial-assistance> um weitere Informationen über die finanziellen Unterstützungsprogramme für Krankenhausleistungen zu erhalten.