

ANTRAG AUF UNTERSTÜTZUNG DER KRANKENHAUSFINANZIERUNG

Das Northwest Community Hospital (NCH) und das Day Surgery Center II (DSV) bieten eine Vielzahl an finanziellen Unterstützungsprogrammen an, um die Bedürfnisse unserer Patienten zu erfüllen. Unsere Programme beziehen sich nicht nur auf die NCH- und DSV-Kosten. Bitte beachten Sie, dass Sie von jedem unabhängigen Arzt oder Ärztgruppe eine separate Rechnung für Versorgung, Behandlung oder erbrachte Dienstleistungen erhalten. Das Programm zur Unterstützung der Krankenhausfinanzierung bezieht sich nicht auf diese Kosten.

Es könnte sein, dass Sie zusätzlich zum Programm zur Unterstützung der Krankenhausfinanzierung möglicherweise auch Anspruch auf öffentliche Programme wie Medicaid, Medicare oder AllKids haben. Bevor Sie einen Antrag auf ein Programm zur Unterstützung der Krankenhausfinanzierung stellen, könnte es erforderlich sein, solche Programme zu beantragen. Patienten mit staatlich finanzierten öffentlichen Programmen und dem Aufnahmeverfahren werden von den NCH und DSV unterstützt.

SOLLTEN SIE NICHT VERSICHERT SEIN, IST EINE SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER NICHT ERFORDERLICH, UM KOSTENLOSE ODER KOSTENERMÄSSIGTE VERSORGUNG ZU BEKOMMEN. Eine Sozialversicherungsnummer ist jedoch für einige öffentlich Programme, einschließlich Medicaid, erforderlich. Die Angabe einer Sozialversicherungsnummer ist nicht erforderlich, hilft dem Krankenhaus jedoch festzustellen, ob Sie für ein öffentliches Programm qualifiziert sind.

MÖGLICHERWEISE HABEN SIE AUCH ANRECHT AUF KOSTENLOSE ODER ERMÄSSIGTE VERSORGUNG: Der ausgefüllte Antrag hilft den NCH und DSV festzustellen, ob Sie Anrecht auf kostenlose oder ermäßigte Leistungen oder andere öffentliche Programme haben, die zur Finanzierung Ihrer Gesundheitsversorgung beitragen können. Bitte füllen Sie dieses Formular aus und reichen Sie den Antrag innerhalb von 240 Tagen nach der Erstellung der ersten Rechnung für die Krankenhausbehandlung persönlich per Post oder Fax beim Krankenhaus ein, um eine kostenlose oder ermäßigte Behandlung zu beantragen.

Die Programme zur Unterstützung der Krankenhausfinanzierung sowie die Ermäßigungsprogramme und Zahlungsoptionen umfassen:

Programm	Verfügbar für:	Beschreibung	So bewerben Sie sich
Selbstzahlerermäßigung	Nichtversicherte Patienten	Bietet eine automatische Kostenermäßigung auf der Grundlage der NCH-Selbstzahlerermäßigungsrichtlinien	Eine Bewerbung ist nicht erforderlich. Wenn Sie bereits eine Abrechnung erhalten haben, wenden Sie sich an einen unserer Selbstzahlerspezialisten unter 847.618.4747.
Mutmaßliche Berechtigung	Nichtversicherte Patienten	Ein Prognosemodell, das von der Regierung festgelegte Kriterien berücksichtigt, die zu einer 100-prozentigen Ermäßigung für Wohltätigkeitsorganisationen führen.	Füllen Sie gegebenenfalls einen den Antrag auf finanzielle Unterstützung aus.
Finanzielle Unterstützung	Versicherte Patienten	Guthaben nach Versicherungszahlungen können je nach Familiengröße und Einkommen gemäß den Bundes-Armutsrichtlinien eine Ermäßigung für wohltätige Zwecke von bis zu 100% erhalten. Versicherte Patienten haben nur Anspruch auf die NCH-Kriterien für finanzielle Unterstützung, NICHT auf die Ermäßigung für nichtversicherte Patienten der Illinois-Krankenhäuser.	Füllen Sie den Antrag auf finanzielle Unterstützung aus.
Finanzielle Unterstützung für nichtversicherte Patienten	Nichtversicherte Patienten	Bietet Wohltätigkeits- oder ermäßigte Versorgung auf der Grundlage der Familiengröße und dem Einkommen nach Bundes-Armutsrichtlinien. Nichtversicherte Patienten sind gemäß den NCH-Kriterien für finanzielle Unterstützung und der Ermäßigung für nichtversicherte Patienten der Illinois-Krankenhäuser berechtigt.	Füllen Sie den Antrag auf finanzielle Unterstützung aus.
Katastrophenermäßigung	Nichtversicherte und versicherte Patienten	Begrenzt die Auslagenkosten in Fällen, in denen die Kosten für die medizinische Versorgung im Northwest Community Hospital 25% des Bruttofamilieneinkommens des Patienten übersteigen.	Stellt fest, ob Ihre Auslagen 25% des Bruttofamilieneinkommens übersteigen. Sollte dies der Fall sein, füllen Sie bitte den Antrag auf finanzielle Unterstützung aus.
Programm für den Zahlungsplan	Nichtversicherte und versicherte Patienten	Unterstützt Patienten bei der Begleichung ihrer finanziellen Verpflichtungen, indem es Zahlvereinbarungen trifft.	Eine Bewerbung ist nicht erforderlich. Wenn Sie bereits eine Abrechnung erhalten haben, wenden Sie sich an einen unserer Selbstzahlerspezialisten unter 847.618.4747.

Wir werden uns innerhalb von 45 Tagen nach Erhalt des ausgefüllten Antrags und der Begleitunterlagen bei Ihnen melden. Sollten Sie Fragen haben oder zusätzliche Unterstützung benötigen, wenden Sie sich bitte an einen Finanzberater unter 847.618.4542 oder besuchen Sie <http://www.nch.org/patients-visitors/fees-and-bill-payment/patient-financial-assistance>, um zusätzliche Informationen zu den Programmen zur Unterstützung der Krankenhausfinanzierung zu erhalten.

Jegliche Beschwerden oder Bedenken im Zusammenhang mit den Verfahren zur Beantragung von Ermäßigungen für nichtversicherte Patienten oder zur Unterstützung der Krankenhausfinanzierung können dem Health Care Bureau der Illinois Staatsanwaltschaft gemeldet werden.

<https://www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/healthcare.html>

Health Care Hotline unter 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013)

Antrag auf ein Programm zur: <input type="checkbox"/> Finanziellen Unterstützung für nichtversicherte Patienten <input type="checkbox"/> Finanziellen Unterstützung für versicherte Patienten <input type="checkbox"/> Katastrophenermäßigung <input type="checkbox"/> Mutmaßlichen Berechtigung

Antrag auf ein Programm zur Unterstützung der Krankenhausfinanzierung

HINWEIS: Dieser Antrag gilt nur für die Kosten des Northwest Community Hospital (NCH) und des Day Surgery (DCV). Ärztliche Kosten können gemäß den Richtlinien anfallen. Bitte füllen Sie beide Seiten dieses Formulars aus und senden Sie es unterschrieben und samt aller angeforderten Unterlagen zurück.

1. ANGABEN ZUM ANTRAGSTELLER *Falls der Patient minderjährig ist, müssen die Eltern/Erziehungsberechtigten als Antragsteller angegeben werden.			
Name		Festnetztelefon	Mobiltelefon
Wohnanschrift		Stadt	Bundesland Postleitzahl
Sozialversicherungsnummer	Familienstand	Geburtsdatum	E-Mail-Adresse
Rasse (optional)	Ethnizität (optional)	Geschlecht (optional)	Bevorzugte Sprache (optional)
2. ZUSÄTZLICHE FAMILIENMITGLIEDER/ANGEHÖRIGE			
Name		Geburtsdatum	Beziehung zum/zur Antragsteller/in
3. ARBEITGEBERINFORMATION			
Name des Einkommensbeziehers	Name und Anschrift des Arbeitgebers		Beschäftigungsdauer und Position
4. SONSTIGE EINKOMMENSINFORMATION			
Nennen Sie alle anderen Einkommensquellen einschließlich Dividenden, Zinsen, Sozialleistungen, Arbeiterentschädigung, Ausbildungsvergütungen und regelmäßige Unterhaltszahlungen von nicht im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienmitgliedern, staatliche und private Renten, Versicherungs- und Rentenzahlungen, Einkünfte aus Mieten, Lizenzen, Nachlässe, Trusts und Veteranenstipendien.			
Name des Einkommensbeziehers	Einkommensart		Monatliches Einkommen
5. MONATLICHE HYPOTHEKEN- UND MIETZAHLUNGEN			

**Falls eine andere Person(en) für den täglichen Lebensunterhalt bzw. Unterkunft und Verpflegung primäre Unterstützung leistet/leisten oder Sie keine monatlichen Hypotheken- oder Mietzahlungen leisten, füllen Sie bitte das Formular „Primäre Unterstützung“ aus oder legen Sie einen Nachweis über die vollständige Begleichung der Hypothek vor.

6. VERMÖGENSWERTE
 Sofort verfügbare Barmittel und Geldanlagen wie Spar- und Girokontoguthaben. Der Hauptwohnsitz des Antragstellers, steuerfreies persönliches Eigentum oder Beträge, aus einem Renten- oder Pensionsplan, zählen nicht zu den Vermögenswerten. Bitte fügen Sie auch Unterlagen für alle Personen bei, die als Familienmitglieder/Unterhaltsberechtigte aufgeführt sind. Bitte listen Sie die Vermögenswerte und deren ungefähren Wert auf. Als akzeptable Unterlagen gelten Erklärungen von Finanzinstituten oder eine sonstige Überprüfung der Vermögenswerte durch Dritte.

Eigentümer	Typ	Ungefährer Wert

7. UNTERSCHRIFT
 Ich, der/die Unterzeichnende, bestätige, dass die in diesem Antrag angegebenen Informationen der Wahrheit nach meinem besten Wissen entsprechen. Ich werde jede staatliche, bundesstaatliche oder lokale Unterstützung beantragen, auf die ich ein Anrecht haben könnte, um Unterstützung bei der Bezahlung dieser Krankenhausrechnung zu erhalten. Mir ist bekannt, dass die bereitgestellten Informationen vom Krankenhaus überprüft werden können, und ich ermächtige das Krankenhaus hiermit, sich an Dritte zu wenden, um die Richtigkeit der in diesem Antrag bereitgestellten Informationen zu überprüfen. Mir ist bekannt, dass mein Anspruch auf finanzielle Unterstützung entfallen, jede mir gewährte finanzielle Unterstützung rückgängig gemacht und ich für die Zahlung der Krankenhausrechnung verantwortlich gemacht werden kann, falls ich wesentlich unwahre Angaben in diesem Antrag mache. Ich werde das NCH unverzüglich benachrichtigen, wenn sich meine finanzielle Lage ändern sollte.

Unterschrift des Antragstellers	Datum / /
Antragsteller ist nicht in der Lage zu unterschreiben	Datum / /
	Beziehung zum/zur Antragsteller/in

BITTE FÜGEN SIE IHREM UNTERZEICHNETEN UND DATIERTEN ANTRAG FOLGENDE UNTERLAGEN BEI

- Ihre letzte unterzeichnete und datierte Einkommensteuererklärung, einschließlich aller Tabellen mit W-2 und 1099
- Steuererklärung, die den Patienten als unterhaltsberechtigt angibt
- Die zwei letzten Gehaltsabrechnungen (oder andere Einkommensnachweise), die 30 Tage widerspiegeln, und eine Auflistung der Einnahmen seit Jahresanfang
- Alle Seiten aller Giro-/Sparkontoauszüge aus einem dreimonatigen Zeitraum
- Nachweis eines Illinois-Wohnsitzes (Führerschein, aktuelle Stromrechnung, Mietvertrag; bei sonstigen Nachweisformen Finanzberater aufsuchen)
- Sozialversicherungsnachweis
- Bei Barauszahlung, Lohnbescheinigung des Arbeitgebers
- Arbeitslosenunterstützungsnachweis
- Notariell beglaubigtes Formular für primäre Unterstützung, einschließlich einer Kopie des Ausweises mit der Anschrift der Person, die das Formular unterzeichnet
- Mutmaßliche Berechtigungsprüfung (Kopie der Link Card, Lebensmittelmarken, WIC-Programm, PADS-Ausweis, Obdachlosennachweis; für weitere Informationen Finanzberater aufsuchen)
- Formular zum Selbständigkeitsnachweis
- Rentenbescheid

SENDEN SIE DEN AUSGEFÜLLTEN ANTRAG UND DIE UNTERLAGEN AN DIE UNTEN AUFGEFÜHRTE ANSCHRIFT. DEN ANTRAG UND DIE NCH-UNTERLAGEN FINDEN SIE UNTER <http://www.nch.org/patients-visitors/fees-and-bill-payment/patient-financial-assistance>

Northwest Community Hospital
 Medizinische Unterlagen/Finanzberater
 ATTN: Finanzberatung
 800 West Central Road
 Arlington Heights, IL 60005
 Fax 847-618-4549

Wir werden uns innerhalb von 45 Tagen nach Erhalt des ausgefüllten Antrags und der Begleitunterlagen bei Ihnen melden. Sollten Sie Fragen haben oder zusätzliche Unterstützung benötigen, wenden Sie sich bitte an einen Finanzberater unter 847.618.4542 oder besuchen Sie <http://www.nch.org/patients-visitors/fees-and-bill-payment/patient-financial-assistance>, um zusätzliche Informationen zu den Programmen zur Unterstützung der Krankenhausfinanzierung zu erhalten.