

Twin City Medical Center

Anleitung zum Antragsformular für finanzielle Unterstützung

Dies ist ein Antrag auf finanzielle Unterstützung bei *CommonSpirit Health* (von NHSC zugelassener Anbieter).

CommonSpirit Health bietet finanzielle Unterstützung für Personen und Familien, die bestimmte Einkommensvoraussetzungen erfüllen. Abhängig von Ihrer Familiengröße und Ihrem Einkommen können Sie Anspruch auf eine kostenlose oder ermäßigte Behandlung haben, auch wenn Sie krankenversichert sind. Unterstützung erhalten Patienten, deren Familieneinkommen weniger als 400% der US-Armutsgrenze (Federal Poverty Level Guidelines) beträgt. Informationen zu den Richtlinien der US-Armutsgrenze (Federal Poverty Level Guidelines) finden Sie unter <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

Was deckt die finanzielle Unterstützung ab? Die finanzielle Unterstützung für Krankenhausleistungen deckt angemessene Leistungen des Krankenhauses ab, die von CommonSpirit Health angeboten werden, entsprechend Ihrer Anspruchsberechtigung. Die finanzielle Unterstützung deckt möglicherweise nicht alle Behandlungskosten ab, auch nicht die von anderen Organisationen erbrachten Leistungen.

Wenn Sie Fragen haben oder Hilfe beim Ausfüllen dieses Antrags benötigen: Sie können aus jedem Grund Hilfe in Anspruch nehmen, einschließlich Hilfe bei Behinderungen und Sprachunterstützung unter: 844-428-7500

Damit Ihr Antrag bearbeitet werden kann, müssen Sie:

- Informationen über Ihre Familie zur Verfügung stellen
- Informationen über das monatliche Bruttoeinkommen Ihrer Familie (Einkommen vor Steuern und Abzügen) zur Verfügung stellen
- Unterlagen zum Familieneinkommen vorlegen
- Bei Bedarf zusätzliche Informationen vorlegen
- Unterschreiben und datieren Sie das Formular

Senden oder faxen Sie den ausgefüllten Antrag mit allen Unterlagen an: Twin City Medical Center, Attn: Financial Counselor, 819 N First Street, Dennison, OH 44621 Fax: 740-922-7412. Bitte behalten Sie eine Kopie für sich selbst.

Um Ihren ausgefüllten Antrag persönlich abzugeben: Twin City Medical Center, 819 N. First St., Dennison, OH 44621

Wir werden Sie innerhalb von 30 Kalendertagen nach Erhalt eines vollständigen Antrags auf finanzielle Unterstützung, einschließlich der Einkommensnachweise, über die endgültige Feststellung der Anspruchsberechtigung und ggf. über Ihr Widerspruchsrecht informieren.

Mit der Einreichung eines Antrags auf finanzielle Unterstützung geben Sie Ihr Einverständnis, dass wir die notwendigen Nachforschungen anstellen dürfen, um finanzielle Verpflichtungen und Informationen zu bestätigen.

Wir wollen helfen. Bitte reichen Sie Ihren Antrag umgehend ein!

Möglicherweise erhalten Sie Rechnungen, bis wir Ihre Informationen erhalten haben.

Twin City Medical Center

Antragsformular für finanzielle Unterstützung (von NHSC zugelassene Anbieter) - Vertraulich

Bitte füllen Sie alle Informationen vollständig aus. Wenn es nicht zutrifft, schreiben Sie „NA“ („Nicht zutreffend“). Fügen Sie bei Bedarf weitere Seiten hinzu.

INFORMATIONEN ZUR ÜBERPRÜFUNG

Benötigen Sie einen Dolmetscher? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn Ja, geben Sie die bevorzugte Sprache an:
Erhält der Patient staatliche Leistungen wie Lebensmittelmarken oder WIC (Frauen, Babys und Kinder)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Steht der Bedarf des Patienten an medizinischer Versorgung im Zusammenhang mit einem Autounfall oder einem Arbeitsunfall? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Geben Sie das/die CommonSpirit Health Krankenhaus(häuser) an, in dem/denen Sie behandelt wurden:

BITTE BEACHTEN

- Wir können nicht garantieren, dass Sie für eine finanzielle Unterstützung in Frage kommen, auch wenn Sie einen Antrag stellen.
- Sobald Sie Ihren Antrag eingereicht haben, können wir alle Angaben überprüfen und eventuell zusätzliche Informationen oder Einkommensnachweise anfordern.

INFORMATIONEN ZUM PATIENTEN UND ANTRAGSTELLER

Vorname des Patienten	Zweiter Vorname des Patienten	Nachname des Patienten
Geburtsdatum	Kontonummern des Patienten:	Hauptkontaktnummer(n) () _____ () _____
Verantwortliche Person für die Begleichung der Rechnung	Beziehung zum Patienten	Geburtsdatum
		E-Mail Adresse: _____
Postanschrift		

Stadt	Staat	Postleitzahl
Beschäftigungsstatus der für die Zahlung der Rechnung verantwortlichen Person		
<input type="checkbox"/> Angestellt (Datum der Einstellung: _____) <input type="checkbox"/> Arbeitslos (wie lange arbeitslos: _____) <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Behinderter <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Sonstige (_____)		

ANGABEN ZUR FAMILIE

Führen Sie die Familienmitglieder in Ihrem Haushalt auf, Sie selbst eingeschlossen. Als „Familie“ gelten zwei oder mehr Personen, die durch Geburt, Heirat oder Adoption miteinander verwandt sind und zusammenleben. Wenn ein Patient in seiner Einkommenssteuererklärung eine Person als unterhaltsberechtigten angeben kann, gilt diese Person für die Zwecke dieses Antrags als Familienmitglied des Patienten.

GRÖSSE DER FAMILIE _____

Fügen Sie bei Bedarf eine weitere Seite hinzu

Name	Geburtsdatum	Beziehung zum Patienten	Falls 18 Jahre alt oder älter: Name des/der Arbeitgeber(s) oder Einkommensquelle	Falls 18 Jahre alt oder älter: Gesamtes monatliches Bruttoeinkommen (vor Steuern):	Beantragen Sie auch eine finanzielle Unterstützung?
					Ja / Nein
					Ja / Nein
					Ja / Nein
					Ja / Nein
					Ja / Nein
					Ja / Nein

Das Einkommen aller erwachsenen Familienmitglieder muss offengelegt werden. Zu den Einkommensquellen gehören zum Beispiel:

- Löhne - Arbeitslosigkeit - Selbstständigkeit - Arbeiterentschädigung - Invalidität - SSI
- Kinder-/Ehegattenunterhalt - Werkstudentenprogramme (Studenten) - Pension - Rente
- Sonstiges (*bitte angeben*):

Twin City Medical Center
Antragsformular für finanzielle Unterstützung - Vertraulich

INFORMATIONEN ZUM EINKOMMEN

BITTE BEACHTEN: Sie müssen Ihrem Antrag einen Einkommensnachweis beifügen.

Sie müssen Informationen über das Einkommen Ihrer Familie angeben. Die Überprüfung des Einkommens ist erforderlich, um die finanzielle Unterstützung zu bestimmen.

Alle Familienmitglieder, die 18 Jahre alt oder älter sind, müssen ihr Einkommen offenlegen. Bitte legen Sie für jede angegebene Einkommensquelle einen Nachweis vor.

Beispiele für Einkommensnachweise sind:

- Die Einkommenssteuererklärung des letzten Jahres, gegebenenfalls einschließlich der Tabellen; oder
- Eine „W-2“-Quellensteuererklärung; oder
- Aktuelle Gehaltsabrechnungen (3 Monate); oder
- Schriftliche, unterzeichnete Erklärungen von Arbeitgebern oder anderen Personen; oder
- Genehmigung/Ablehnung des Anspruchs auf Arbeitslosengeld.

Wenn Sie keinen Einkommensnachweis erbringen können oder kein Einkommen haben, fügen Sie bitte eine zusätzliche Seite mit einer unterzeichneten Erklärung bei, aus der hervorgeht, wie Sie Ihren Lebensunterhalt bestreiten (z. B. für Wohnung, Lebensmittel und Nebenkosten).

ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN

Bitte fügen Sie ein zusätzliches Blatt bei, wenn Sie uns weitere Informationen über Ihre derzeitige finanzielle Situation mitteilen möchten, wie z. B. eine finanzielle Notlage, übermäßige medizinische Ausgaben, saisonales oder vorübergehendes Einkommen oder persönliche Verluste.

PATIENTENVEREINBARUNG

Mir ist bekannt, dass CommonSpirit Health Informationen aus anderen Quellen einholen kann, um die Anspruchsberechtigung für finanzielle Unterstützung oder Zahlungspläne zu prüfen.

- Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und genau sind.
- Mir ist bewusst, dass mein Antrag abgelehnt werden kann, wenn ich nicht mit CommonSpirit Health zusammenarbeite, um die angeforderten Informationen bereitzustellen.
- Mir ist bekannt, dass die von mir eingereichten Informationen von CommonSpirit Health überprüft werden müssen.
- Mir ist bekannt, dass zusätzliche Informationen angefordert werden können, um die Voraussetzungen für eine Unterstützung zu erfüllen.

Wenn Sie eine Zahlung von einer Versicherungsgesellschaft, einer Berufsgenossenschaft oder einer anderen dritten Partei erhalten, erklären Sie sich damit einverstanden, das Krankenhaus über eine solche Zahlung zu informieren. Das Krankenhaus behält sich das Recht vor, die ursprünglich in Rechnung gestellten Kosten in voller Höhe einzuziehen, falls Sie von einem Dritten eine Zahlung für die Leistungen des Krankenhauses erhalten.

Unterschrift der antragstellenden Person

Datum