

Antrag auf finanzielle Unterstützung

Patientenkontonummer(n): _____

WICHTIG: Möglicherweise können Sie kostenlose oder ermäßigte Leistungen in Anspruch nehmen.

Indem Sie diesen Antrag ausfüllen, kann NorthShore University HealthSystem (NorthShore) feststellen, ob Sie kostenlose oder ermäßigte Leistungen oder andere öffentliche Programme in Anspruch nehmen können, die bei der Finanzierung Ihrer Gesundheitsversorgung helfen können. Wenn Sie nicht versichert sind, ist eine Sozialversicherungsnummer nicht erforderlich, um kostenlose oder ermäßigte Leistungen in Anspruch nehmen zu können. Für einige öffentliche Programme, einschließlich Medicaid, ist jedoch eine Sozialversicherungsnummer erforderlich. Die Angabe einer Sozialversicherungsnummer ist nicht erforderlich, hilft NorthShore jedoch bei der Feststellung, ob Sie für ein öffentliches Programm in Frage kommen.

Bitte füllen Sie dieses Formular so bald wie möglich nach dem Datum der Leistungserbringung aus, damit NorthShore Ihre Anspruchsberechtigung auf finanzielle Unterstützung überprüfen kann. NorthShore nimmt Ihren Antrag bis zu 240 Tage nach der ersten Rechnungsstellung für die Behandlung entgegen.

Der Patient bestätigt, dass er sich nach bestem Wissen und Gewissen bemüht hat, alle im Antrag geforderten Angaben zu machen, um NorthShore bei der Feststellung zu helfen, ob der Patient Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat.

HINWEISE: DEN ANTRAG BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN UND DIE GENEHMIGUNG ZUR ÜBERPRÜFUNG DER ANGABEN UNTERSCHREIBEN.						
INFORMATIONEN ZUM ANTRAGSTELLER						
E-Mail-Adresse					Familiengröße (inkl. Patient)	
Nachname		Vorname		M.I.	Geburtsdatum	
Anschrift		Haus #	Stadt	Bundesstaat	PLZ	
Name Arbeitgeber			Anschrift Arbeitgeber			Mobilnummer
Stadt d. Arbeitgebers			Bundesstaat	PLZ	Monatl. Bruttoeinkomme	Telefon dienstlich
Rasse (fakultativ)		Ethnische Herkunft (fakultativ)		Geschlecht (fakultativ)		Bevorzugte Sprache (fakultativ)
EHEPARTNER/BÜRGE ODER ELTERNTEIL(E) VON MINDERJÄHRIGEN (FALLS ZUTREFFEND)						
E-Mail-Adresse				Beziehung zum Patient	Geburtsdatum	
Nachname		Vorname		M.I.	Sozialversicherungsnummer	
Anschrift		Haus #	Stadt	Bundesstaat	PLZ	
Name Arbeitgeber			Anschrift Arbeitgeber			Mobilnummer
Stadt d. Arbeitgebers			Bundesstaat	PLZ	Monatl. Bruttoeinkomme	Telefon dienstlich

Vermutete Anspruchsberechtigung:

Nicht versicherte Patienten, die eines der unten aufgeführten Kriterien für die präsumtive Anspruchsberechtigung individuell oder durch die ihrer Familie gewährten Leistungen nachweisen können, haben automatisch Anspruch auf **kostenlose Versorgung** und **es wird kein Einkommensnachweis verlangt**. Wir überprüfen die Anspruchsberechtigung nach Möglichkeit elektronisch, benötigen aber möglicherweise Ihre Hilfe, um Ihre Anspruchsberechtigung nachzuweisen.

Bitte alle zutreffenden ankreuzen:

- WIC
- SNAP
- ILLINOIS FREE LUNCH/BREAKFAST
- INHAFTIERT
- OBDACHLOSIGKEIT
- VERSTORBEN OHNE NACHLASS
- MEDICAID-ANSPRUCH, JEDOCH NICHT AM TAG DER LEISTUNG ODER FÜR NICHT ABGEDECKTE LEISTUNGEN
- ILLINOIS HOUSING DEVELOPMENT AUTHORITY'S RENTAL HOUSING SUPPORT PROGRAM
- GEISTIGE UNZURECHNUNGSFÄHIGKEIT, OHNE HANDLUNGSBEFUGNIS EINES DRITTEN IM NAMEN DES PATIENTEN
- LIHEAP: LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM
- GEMEINDEBEZOGENES MEDIZINISCHES HILFSPROGRAMM
- ZUSCHÜSSE FÜR MEDIZINISCHE DIENSTE
- TANF: TEMPORARY ASSISTANCE FOR NEEDY FAMILIES
- PRIVATKONKURS (FALL # _____ ENTlassungsdatum _____)
- Zugehörigkeit zu religiösem Orden und Armutsgelübde

Antrag auf finanzielle Unterstützung

Patientenkontonummer(n): _____

**** Wenn Sie eine vermutete Anspruchsberechtigung nachweisen, müssen Sie keine Angaben zum Einkommen machen. Sie müssen dennoch die Antragstellerbescheinigung auf der folgenden Seite unterschreiben.**

Informationen zum Einkommen:

Bitte fügen Sie die unten angeforderten Unterlagen bei (sofern zutreffend). Ihr Antrag kann sich verzögern oder abgelehnt werden, wenn eine der geforderten Unterlagen nicht beigefügt ist.

Die folgenden Unterlagen sind für den Antragsteller, den Ehegatten/Lebenspartner des Antragstellers oder, wenn der Antragsteller/Patient minderjährig ist, für die Eltern oder den Vormund einzureichen. Wenn Sie keine Unterlagen zu Ihrem Einkommen vorlegen können, füllen Sie bitte das Unterstützungsschreiben auf der letzten Seite dieses Antrags aus.

Alle Antragsteller müssen einen Nachweis über ihren Wohnsitz in Illinois erbringen, z. B. einen gültigen Personalausweis, eine aktuelle Rechnung eines Versorgungsunternehmens, einen Mietvertrag, einen Fahrzeugschein, einen Wählerausweis, ein an den Antragsteller adressiertes Schreiben von einer Regierungsstelle oder einer anderen legitimen Quelle, eine Erklärung eines an derselben Adresse ansässigen Familienmitglieds, das den Wohnsitz nachweisen kann, oder ein Schreiben einer Obdachlosenunterkunft, eines Übergangshauses oder einer ähnlichen Einrichtung.

Bei Anstellung:

- Kopie Ihrer Steuererklärung aus dem Vorjahr
- Kopien der beiden letzten Lohnabrechnungen
- Kopien der beiden letzten Kontoauszüge für alle Giro-, Spar- und Kreditgenossenschaftskonten

Bei Selbständigkeit:

- Kopie Ihrer Steuererklärung aus dem Vorjahr
- Kopien der beiden letzten Kontoauszüge für alle Giro-, Spar- und Kreditgenossenschaftskonten

Bei Arbeitslosigkeit:

- Kopie Ihrer Steuererklärung aus dem Vorjahr
- Bescheid über die Gewährung von Arbeitslosengeld mit Angabe der Höhe Ihrer Zuwendung
- Schreiben des vorherigen Arbeitgebers mit Kündigungsdatum
- Bestätigungsschreiben über die Unterhaltszusage (Schreiben auf der letzten Seite dieses Antrags ausfüllen)

Bei Vollzeitstudenten:

- Nachweis über die Immatrikulation an einer Hochschule (einschließlich eines Schreibens der Hochschule oder Universität, aus dem Ihr Vollzeitstatus hervorgeht, oder ein Nachweis über die Studiengebühren/Finanzmittel)

Im Ruhestand oder bei Erwerbsunfähigkeit/Behinderung

- Kopie Ihrer Steuererklärung aus dem Vorjahr
- Kopie des jüngsten Bescheides der Sozialversicherungsanstalt über die Höhe der monatlichen Leistung
- Kopien der beiden letzten Kontoauszüge für alle Giro-, Spar- und Kreditgenossenschaftskonten

Nachweis sonstiger Nebeneinkünfte:

Machen Sie folgende Angaben, falls dies auf Ihre finanzielle Situation zutrifft:

- Unterhaltsschreiben für Ehegatten und/oder Kinder
- Einkommen aus Mietobjekten
- Einkommen aus als Finanzinvestition gehaltenen Immobilien
- Jegliche anderen, oben nicht aufgeführten Einkommensquellen

Angaben zu Familie/Haushalt:

Anzahl Personen in der Familie/im Haushalt	
Anzahl Personen, die dem Antragsteller gegenüber unterhaltsberechtigt sind	
Alter der unterhaltsberechtigten Personen des Antragstellers	

Antrag auf finanzielle Unterstützung

Patientenkontonummer(n): _____

Sonstige Informationen:

Wenn Sie über zusätzliche Unterlagen verfügen, die die NorthShore bei der Entscheidung über Ihren Antrag helfen können, wie z. B. hohe ausstehende Rechnungen, die eine finanzielle Notlage belegen, legen Sie diese Unterlagen bitte vor (z. B. Telefonrechnungen, Stromrechnungen, Arztrechnungen, Bank- oder Kontoauszüge usw.).

Antragsbescheinigung:

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und korrekt sind. Ich werde alle staatlichen, bundesstaatlichen oder lokalen Hilfen beantragen, auf die ich Anspruch habe, um diese NorthShore-Rechnung zu bezahlen. Mir ist bewusst, dass die angegebenen Informationen von NorthShore überprüft werden können und ich ermächtige NorthShore, Dritte zu kontaktieren, um die Richtigkeit der in diesem Antrag gemachten Angaben zu überprüfen. Mir ist bewusst, dass ich bei wissentlicher Angabe unwahrer Informationen in diesem Antrag keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung habe, dass jede mir gewährte finanzielle Unterstützung rückgängig gemacht werden kann und dass ich für die Bezahlung der NorthShore-Rechnung verantwortlich sein werde.

Unterschrift des Antragstellers: _____ Datum: _____

Einreichen der ausgefüllten Anträge:	Sie brauchen Hilfe? Wir können helfen.
<p><u>Postanschrift:</u> NorthShore University HealthSystem Patient Financial Services P.O. Box 1006, Suite 330 Skokie, IL 60076-9877</p> <p><u>Fax:</u> (847) 982-6957</p> <p><u>Persönlich:</u> Bringen Sie die Unterlagen zum Finanzberater des Krankenhauses, indem Sie die zentrale Anmeldung im Krankenhaus aufsuchen.</p>	<p>Rufen Sie (847) 570-5000 an</p> <p>oder treffen Sie sich mit einem Finanzberater, indem Sie die zentrale Anmeldung des Krankenhauses aufsuchen</p>
<p><u>Für Swedish Hospital:</u></p> <p><u>Postanschrift:</u> Swedish Hospital Financial Service Center 5145 N. California Ave. Chicago, IL 60625</p> <p><u>Fax:</u> (773) 878-6838</p> <p><u>Persönlich:</u> Bringen Sie die Unterlagen zum Finanzberater des Krankenhauses, indem Sie das Financial Service Center besuchen.</p>	<p>Für Swedish Hospital:</p> <p>Rufen Sie (773) 989-3841 an</p> <p>oder treffen Sie sich mit einem Finanzberater des Krankenhauses, indem Sie das Financial Service Center aufsuchen</p>

Antrag auf finanzielle Unterstützung

Patientenkontonummer(n): _____

<p><u>Für Northwest Community Hospital:</u></p> <p><u>Postanschrift:</u> Northwest Community Hospital Patient Services Center Z. Hd. von: Financial Counseling 800 W. Central Rd. Arlington Heights, IL 60005</p> <p><u>Fax:</u> (847) 618-4549</p> <p><u>Persönlich:</u> oder treffen Sie sich mit einem Finanzberater des Krankenhauses, indem Sie das Patient Services Center aufsuchen</p>	<p>Für Northwest Community Hospital:</p> <p>Rufen Sie (847) 618-4542 an</p> <p>oder treffen Sie sich mit einem Finanzberater des Krankenhauses, indem Sie das Patient Services Center aufsuchen</p>
<p>Beschwerden oder Bedenken im Zusammenhang mit dem Antrag auf Ermäßigung für nicht versicherte Patienten oder dem Verfahren zur finanziellen Unterstützung des Krankenhauses können dem Health Care Bureau des Illinois Attorney General unter 1-877-305-5145 oder unter illinoisattorneygeneral.gov gemeldet werden.</p>	

Antrag auf finanzielle Unterstützung

Patientenkontonummer(n): _____

Erklärung über Unterkunft und Verpflegung/Bestätigungsschreiben zur Unterstützung

Dieses Formular ist von der Person auszufüllen, die Unterkunft und Verpflegung bereitstellt und ist für den Antragsteller nur auszufüllen, wenn er/sie bei einer anderen Person als seinem/ihrem gesetzlichen Ehepartner lebt

Ich gewähre gegenwärtig Unterkunft und Verpflegung für

(Name des Antragstellers bitte in Druckschrift)

Adresse, an der Unterkunft und Verpflegung bereitgestellt werden

Ich zahle eine finanzielle Unterstützung von _____ pro Woche/Monat
(eins einkreisen)

Sonstige Unterstützung (bitte erläutern)

Name und Adresse der unterstützenden Person (bitte in Druckschrift)

Name: _____

Adresse: _____

Telefon-
nummer: _____

Unterschrift Antragssteller/in: _____

Datum: _____

Unterschrift unterstützende Person: _____

Datum: _____