



Antrag auf finanzielle Unterstützung

UnityPoint Health weiß, dass es Zeiten gibt, in denen unsere Patienten die erbrachten Leistungen nicht bezahlen können. Wenn Sie Hilfe benötigen, um medizinische Leistungen zu bezahlen, haben Sie möglicherweise Anspruch auf finanzielle Unterstützung.

Iowa / Illinois

Um zu sehen, ob Sie für finanzielle Unterstützung geeignet sind, befolgen Sie bitte sorgfältig die Anweisungen im Innenteil.



UnityPoint Health

So qualifizieren Sie sich für finanzielle Unterstützung

Wichtig: SIE KÖNNEN MÖGLICHERWEISE KOSTENLOSE ODER VERGÜNSTIGTE PFLEGE ERHALTEN. Das Ausfüllen dieses Antrags hilft UnityPoint Health zu bestimmen, ob Sie für kostenlose oder vergünstigte Dienstleistungen oder andere öffentliche Programme in Frage kommen, durch die Sie Unterstützung bei der Bezahlung Ihrer medizinischen Rechnungen bekommen können.

Achten Sie darauf, für jede in Ihrem Haushalt lebende Person vollständige Angaben zu machen und füllen Sie alle drei Abschnitte auf der rechten Seite des Formulars aus. Wenn Sie keine vollständigen Angaben einreichen, kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden. Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt.

Wenn Sie bereits ein staatliches Hilfsprogramm in Anspruch nehmen (beispielsweise Lebensmittelmarken oder spezielles Ernährungsprogramm für Frauen, Säuglinge und Kinder (special supplemental nutrition program for women, infants and children, WIC)), füllen Sie bitte die erste Seite des Antrags aus und reichen sie mit einem Nachweis dafür ein, dass Sie eines dieser Programme in Anspruch nehmen. Vergessen Sie nicht, die letzte Seite des Antrags zu unterschreiben. Sie haben möglicherweise Anspruch auf eine automatische Teilnahme an unserem Programm.

Durch die Einreichung dieses Antrags bestätigt der Patient, nach bestem Wissen und Gewissen alle erforderlichen Informationen zur Verfügung gestellt zu haben, um das Krankenhaus bei der Feststellung zu unterstützen, ob der Patient für eine finanzielle Unterstützung in Frage kommt.

Bereitstellung Ihrer Sozialversicherungsnummer und Versicherungsinformationen

WENN SIE NICHT VERSICHERT SIND, IST EINE SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER NICHT ERFORDERLICH, UM FÜR KOSTENLOSE ODER ERMÄSSIGTE VERSORGUNG IN FRAGE ZU KOMMEN. Eine Sozialversicherungsnummer ist jedoch für einige öffentliche Programme erforderlich, einschließlich Medicaid. Die Angabe einer Sozialversicherungsnummer ist nicht erforderlich, wird aber dem Krankenhaus helfen, zu bestimmen, ob Sie für öffentliche Programme in Frage kommen.

Wann Sie Ihren Antrag auf finanzielle Unterstützung einreichen sollten

Bitte füllen Sie dieses Formular aus und reichen Sie es persönlich, per Post, E-Mail oder per Fax innerhalb von 90 Tagen nach der Entlassung oder dem Erhalt ambulanter Pflege beim Krankenhaus ein, um kostenlose oder vergünstigte Pflege zu beantragen. HINWEIS: Die Einsendefrist für dieses Formular von 90 Tagen nach dem Entlassungsdatum kann durch das Krankenhaus verlängert, aber nicht verkürzt werden.

Wie Sie Ihren Antrag einreichen sollten

Bitte reichen Sie diesen Antrag auf eine der folgenden Arten ein:

- Per Post an die folgende Adresse:
UnityPoint Health Financial Assistance
PO Box 809330
Chicago, IL 60680-9330
- Per E-Mail an: FA_CBO_Request@unitypoint.org.
- Per Fax an: +1 515-381-7166. Schreiben Sie „FA Application“ auf das Faxdeckblatt.

Hilfe beim Ausfüllen des Antrags

Wenn Sie Fragen haben, können wir Ihnen bei der Bearbeitung dieses Formulars behilflich sein.

- Wenn Sie im Krankenhaus sind, bitten Sie eine/n Mitarbeiter/in der Patientenaufnahme um Hilfe.
- Wenn Sie zu Hause oder in der Klinik sind, rufen Sie bitte die Telefonnummer (833) 874-4243 an.

Zusätzliche wichtige Hinweise

Unsere Teammitglieder können versuchen, in Erfahrung zu bringen, ob Sie Anspruch auf andere bundesstaatliche oder staatliche Hilfsprogramme haben, bevor sie Ihren Antrag auf finanzielle Unterstützung durch UnityPoint Health bearbeiten.

Finanzielle Unterstützung ist nur für medizinisch notwendige Dienstleistungen verfügbar, die von Organisationen und Ärzten von UnityPoint Health bereitgestellt werden, wie in unseren Richtlinien für finanzielle Unterstützung beschrieben. Näheres zu dieser Richtlinie finden Sie unter unitypoint.org/FAP.

Wenn Sie weitere Fragen zu Ihrer Rechnung haben, rufen Sie bitte die darauf angegebene Telefonnummer an, um mit dem Krankenhaus, der Praxis oder dem häuslichen Pflegedienst, das/die/der die medizinische Versorgung bereitgestellt hat, zu sprechen.

Bitte füllen Sie alle 3 Abschnitte aus

1. Senden Sie vollständige Informationen und denken Sie daran, das Formular zu unterschreiben:

Füllen Sie das beigegefügte Formular aus. Bitte denken Sie daran, die letzte Seite unten zu unterschreiben. (HINWEIS: Es gibt eine Einwilligungserklärung für Iowa und eine separate für Illinois.) Sie benötigen für alle in Ihrem Haushalt lebenden Personen nur ein Formular.

2. Einkommensnachweis für alle in Ihrem Haushalt lebenden Personen:

Bitte schicken Sie Kopien aller unten aufgeführten Dokumente, die auf Sie zutreffen.

- Steuererklärung des letzten Jahres
- Wenn Sie als Angestellte/r tätig sind: Lohnabrechnung mit Details zu Ihrem Einkommen seit Jahresbeginn ODER Ihre letzten drei Lohnabrechnungen
- Wenn Sie selbstständig sind: Bilanz und Erfolgsrechnung
- Wenn Sie arbeitslos sind: staatlicher Antrag auf Arbeitslosengeld UND letzte Lohnabrechnung Ihrer letzten Tätigkeit
- Wenn Sie in bar bezahlt werden: Eine schriftliche Einkommensüberprüfung ist vom Arbeitgeber erforderlich
- Monatliche Rentenbestätigung
- Bestätigung über Invalidenrente
- Sozialhilfebestätigung
- Nachweis des Einkommens aus Mieterträgen
- Nachweis des Einkommens aus Kindesunterhaltszahlungen
- Nachweis des Einkommens aus Unterhaltszahlungen
- Wenn Sie KEIN Einkommen haben: schriftliche Erklärung der Sie unterstützenden Person

3. Vermögensnachweis für alle in Ihrem Haushalt lebenden Personen:

Bitte schicken Sie Kopien aller unten aufgeführten Dokumente, die auf Sie zutreffen.

- Kontoauszüge der letzten 3 Monate
- Investmentauszüge (Altersvorsorge, IRA, Anlagekonto, Gesundheitssparkonto)

HINWEIS: Investitionsaufstellungen sind nur erforderlich, wenn Sie von einer Einrichtung von UnityPoint Health in Iowa versorgt wurden.

Antrag auf finanzielle Unterstützung

Bei der Bearbeitung Ihres Antrags kann es zu Verzögerungen kommen, wenn nicht alle Informationen zur Verfügung stehen.

- Nachweis ALLER Erträge der im Haushalt lebenden Personen über 21 Jahre
- Kontoauszüge der letzten 3 Monate, Giro-/Sparkonten, ALLE Seiten
- Steuerbescheid 1040 des vergangenen Jahres mit ALLEN Plänen

PATIENTENINFORMATION

Name _____ (Nachname) (Vorname) (M)	Ethnische Zugehörigkeit (optional):
Adresse _____ (Straße)	<input type="checkbox"/> Ureinwohner Amerikas oder Alaskas <input type="checkbox"/> Asiatisch
_____ (Stadt) (Bundesstaat) (PLZ)	<input type="checkbox"/> Schwarz oder Afroamerikaner
Telefonnummer _____	<input type="checkbox"/> Einheimischer Hawaiianer oder anderer pazifischer Insulaner <input type="checkbox"/> Weiß
Geburtsdatum _____ Alter _____	Ethnische Zugehörigkeit (optional): _____
Sozialversicherungsnummer _____ Familienstand <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Geschlecht (optional): <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> Sonstige _____
	Bevorzugte Sprache (optional): _____

FÜR DIE ZAHLUNG VERANTWORTLICHE PERSON

Persönliche Erwerbstätigkeit:

Name _____ (Nachname) (Vorname) (M)	Arbeitgeber _____
Adresse _____ (Straße)	Adresse _____ (Straße)
_____ (Stadt) (Bundesstaat) (PLZ)	_____ (Stadt) (Bundesstaat) (PLZ)
Telefonnummer _____	Telefonnummer _____
Geburtsdatum _____ Alter _____	Stellenbezeichnung _____
Sozialversicherungsnummer _____ Familienstand <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Beschäftigungsstatus: <input type="checkbox"/> TZ <input type="checkbox"/> VZ
	durchschn. Wochen-Stunden _____

EHEPARTNER, DER FÜR DIE ZAHLUNG VERANTWORTLICHEN PERSON

Persönliche Erwerbstätigkeit:

Name _____ (Nachname) (Vorname) (M)	Arbeitgeber _____
Adresse _____ (Straße)	Adresse _____ (Straße)
_____ (Stadt) (Bundesstaat) (PLZ)	_____ (Stadt) (Bundesstaat) (PLZ)
Telefonnummer _____	Telefonnummer _____
Geburtsdatum _____ Alter _____	Stellenbezeichnung _____
Sozialversicherungsnummer _____ Familienstand <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Beschäftigungsstatus: <input type="checkbox"/> TZ <input type="checkbox"/> VZ
	durchschn. Wochen-Stunden _____

SONSTIGE INFORMATIONEN

Liste aller anderen Personen im Haushalt:

Name	Beziehung	Soz. Vers. Nr.	Geburtsdatum
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Zweiter Arbeitgeber für verantwortliche Partei und/oder Ehepartner:

Arbeitgeber _____
Adresse _____ (Straße)
_____ (Stadt) (Bundesstaat) (PLZ)
Telefonnummer _____
Stellenbezeichnung _____
Beschäftigungsstatus: <input type="checkbox"/> TZ <input type="checkbox"/> VZ
durchschn. Wochen-Stunden _____



Alle Spaltenmüssen ausgefüllt werden.



UnityPoint Health

EINKOMMEN

Einkommensquelle (<i>Belege erforderlich</i>)	Eingehender Betrag	Häufigkeit des Zahlungseingangs	Name des Empfängers
Arbeitseinkommen			
Arbeitseinkommen			
Sozialhilfe			
Kindesunterhalt/Unterhalt			
Rente/Entschädigung/Arbeitslosengeld			
Zinsen/Dividenden			
Sonstige (bitte erläutern)			

VERMÖGEN

Artikel	Kontostand	Beschreibung *	auszüge der letzten 3 Monate bereitstellen
Girokonto*			
Sparkonto*			

Füllen Sie diese zusätzliche Liste nur aus, wenn Sie von einer UnityPoint Health Einrichtung in Iowa behandelt wurden

Artikel	Aktueller Wert	Beschreibung
Renten-/Privatrenten-/Gesundheitssparkonto		
Hauptwohnsitz (geschätzter Wert)		
Wertpapiere/Anleihen/Einlagenzertifikate und andere Vermögenswerte		

AUFWENDUNGEN

Artikel	Gesamtbetrag Verbindlichkeiten	Monatliche Zahlungen	Beschreibung
Immobilienhypothek			
Miete (Monatliche Zahlung)			
Nebenkosten (Strom, Wasser etc.)			
Lebensmittel und Kinderbetreuung			
Arztrechnungen			
Unterhalt/Kindesunterhalt			
Rezeptpflichtige Medikamente			
Bankkredite (Privatkredite, Studentenkredite etc.)			
Versicherungen (Kraftfahrzeug, Gesundheit etc.)			
Kreditkartenschulden			
Sonstige (bitte erläutern)			
Gesamt Kosten (Zeilen 1-11)			

Zustimmung zur Veröffentlichung von Informationen / Zertifizierungserklärungen

Einwilligung/Zertifizierung für Iowa:

Ich versichere, dass die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen zutreffend und richtig sind. Ich verstehe, dass die Bereitstellung von falschen oder irreführenden Informationen, Erklärungen oder Dokumenten oder das Verschweigen einer wesentlichen Tatsache zur unverzüglichen Aufhebung früherer Vereinbarungen führen können. Hiermit erteile ich UnityPoint Health, seinen Tochtergesellschaften und Vertretern die Genehmigung, die hierin enthaltenen Angaben zu prüfen. Belege sind erforderlich.

Darüber hinaus verpflichte ich mich, UnityPoint Health über alle Veränderungen meiner finanziellen Situation, die Auswirkungen auf die Bearbeitung dieses Antrags hätten, in Kenntnis zu setzen.

Einwilligung/Zertifizierung für Illinois:

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen und Gewissen zutreffend und richtig sind. Ich werde jegliche bundesstaatliche, nationale oder lokale Unterstützung beantragen, die für die Bezahlung dieser Krankenhausrechnung in Frage kommen könnte. Mir ist bekannt, dass die bereitgestellten Informationen durch das Krankenhaus überprüft werden können und ich ermächtige das Krankenhaus, Drittparteien zu kontaktieren, um die Richtigkeit der in diesem Antrag bereitgestellten Informationen zu überprüfen. Ich verstehe, dass ich, wenn ich wissentlich falsche Informationen in diesem Antrag mache, für finanzielle Unterstützung nicht in Frage komme und dass finanzielle Unterstützung, die mir gewährt wurde, zurückgefordert werden kann und ich in diesem Fall für die Zahlung der Krankenhausrechnung selbst verantwortlich sein werde.

Beschwerden oder Bedenken in Bezug auf das nicht versicherte Antragsverfahren für Patientenrabatte oder das Verfahren der finanziellen Unterstützung von Krankenhäusern können dem Health Care Bureau des Generalstaatsanwalts von Illinois gemeldet werden.

1-800-243-0618 <https://illinoisattorneygeneral.gov/>

Unterschrift des Antragstellers

Datum

Unterschrift des Ehepartners

Datum

Ihr vollständiger Antrag und alle Begleitdokumente* können wie folgt eingereicht werden:

Per Post:

UnityPoint Health Financial Assistance
PO Box 809330
Chicago, IL 60680-9330

*Bitte schicken Sie keine Originaldokumente. Schicken Sie lediglich Kopien. Alle Dokumente werden gescannt und anschließend vernichtet.

Per E-Mail: FA_CBO_Request@unitypoint.org

Per Fax: +1 515-381-7166

Bitte schreiben Sie:

„FA Application“ auf das Faxdeckblatt.