
Richtlinie zur finanziellen Unterstützung

1. RICHTLINIE:

- Der grundlegende Zweck von NorthShore – Edward-Elmhurst Health (NS-EEH) besteht darin, Qualitätsleistungen in der Gesundheitsversorgung und in den damit zusammenhängenden Bereichen bereitzustellen, die den Bedürfnissen von einzelnen Personen und Familien gerecht werden, die in den Versorgungsbereichen von NS-EEH leben. Für die Zwecke dieser Richtlinie bezieht sich NS-EEH auf die folgenden gemeinnützigen Krankenhäuser: Evanston Hospital, Glenbrook Hospital, Highland Park Hospital und Skokie Hospital (zusammengefasst „NorthShore“), Swedish Hospital, Northwest Community Hospital (NCH) und Edward Hospital, Elmhurst Hospital und Linden Oaks Hospital (zusammengefasst „EEH“). Sofern es Unterschiede in den Richtlinien einzelner Krankenhäuser gibt, werden diese gesondert aufgeführt.
- Mitgefühl und Verantwortung gehören zu den Grundsätzen von Edward-Elmhurst Health (EEH), und im Einklang mit diesen Grundsätzen betrachten wir es als unsere Verpflichtung, Patienten in Not finanzielle Unterstützung bereitzustellen. Darüber hinaus besteht der Zweck dieser Richtlinie zur finanziellen Unterstützung (FAP) darin, den Rahmen zu schaffen, in dem Patienten finanzielle Unterstützung für Notfälle oder medizinisch notwendige Behandlungen gewährt wird, die von NS-EEH in seinem Versorgungsbereich bereitgestellt werden.
- Diese Richtlinie legt die spezifischen Kriterien und das Antragsverfahren fest, anhand derer NS-EEH Patienten finanzielle Unterstützung gewährt, deren finanzielle Situation es unmöglich macht, die Leistungen vollständig zu bezahlen. Hierbei ist zu beachten, dass unter bestimmten Voraussetzungen ein angenommener Anspruch auf kostenlose Leistungen besteht (siehe Abschnitt 4.E).
- Diese Richtlinie gilt für alle von einem NS-EEH-Krankenhaus bereitgestellten Notfall- und sonstigen medizinisch notwendigen Behandlungen. Diese Richtlinie ist für Leistungserbringer außerhalb des Krankenhauses nicht bindend. In **Anlage 1** der FAP-Richtlinie finden Sie Informationen zu Anbietern, die in der Krankenhauseinrichtung Notfallversorgung leisten oder andere medizinisch notwendige Leistungen erbringen, die durch diese Richtlinie abgedeckt sind, sowie eine Liste von Anbietern, deren Leistungen nicht durch diese Richtlinie abgedeckt sind. Beachten Sie, dass die Leistungen eines Anbieters nur dann abgedeckt sind, wenn festgestellt wird, dass Sie gemäß dieser Richtlinie Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben. Kostenlose Exemplare von **Anlage 1** sind online oder auf Anfrage auf Papier an den in Abschnitt 4.I dieser Richtlinie aufgeführten Standorten erhältlich.
- Es kann sein, dass NS-EEH Leistungen von dieser Richtlinie ausnimmt, die durch ein Versicherungsprogramm an einem anderen Anbieterstandort, aber bei NS-EEH nicht abgedeckt sind. Dies geschieht jedoch nur, nachdem angemessene Anstrengungen unternommen wurden, den Patienten über die Deckungsbeschränkungen des Versicherungsprogramms aufzuklären, und im Einklang mit den Bestimmungen des Gesetzes zur notfallmedizinischen Behandlung und dem Arbeitsgesetz (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA).
- Diese Richtlinie beschreibt die Kriterien, die von NS-EEH bei der Berechnung des potenziellen Anteils der finanziellen Unterstützung verwendet werden, die Maßnahmen, die NS-EEH ergreift, um diese FAP-Richtlinie innerhalb des Versorgungsbereichs von NS-EEH weithin bekannt zu machen, und das verwendete Verfahren von NS-EEH zur Feststellung des Anspruchs auf Unterstützung sowie das Verfahren zur Beantragung finanzieller Unterstützung. Die Maßnahmen, die von NS-EEH im Falle einer Nichtzahlung gegebenenfalls ergriffen werden, sind in einer separaten **Abrechnungs- und Inkassorichtlinie** beschrieben. Diese Richtlinie ist online oder auf Anfrage an den in Abschnitt 4.I dieser Richtlinie aufgeführten Standorten erhältlich.
- Patienten, für die keine Anspruchsberechtigung angenommen wird, müssen einen Antrag auf finanzielle Unterstützung ausfüllen und zusammen mit allen erforderlichen Belegen einreichen. Anträge auf finanzielle Unterstützung müssen spätestens 240 Tage nach dem Datum der ersten Abrechnung für die Leistungen, eingereicht werden, für die eine finanzielle Unterstützung beantragt wird. Ausnahmen können gegebenenfalls gewährt werden (siehe weiter unten in dieser Richtlinie). Keine Bestimmung in dieser Richtlinie hat Vorrang vor Landes-, bundesstaatlichen oder lokalen Gesetzen und Vorschriften, die heute oder zukünftig in Kraft sind.
- Die letzte Entscheidungsbefugnis, ob NS-EEH angemessene Anstrengungen unternommen hat, um den Anspruch auf finanzielle Unterstützung zu ermitteln, liegt beim Sekretariat für Gesamtabrechnungen (Single Billing Office) von NS-EEH, dem Sekretariat für finanzielle Hilfsleistungen (Financial Services Center) des Swedish Hospital und

der Zahlungsberatung (Financial Counseling) von NCH. Der Zweck dieser Richtlinie besteht darin, für alle Patienten von NS-EEH die bestmögliche Versorgung auf einfühlsame und verantwortungsbewusste Weise zu gewährleisten. Diese FAP-Richtlinie stellt kein Angebot dar, bestimmten Patienten finanzielle Unterstützung zu leisten, und begründet keinerlei vertraglichen Rechte oder Pflichten. Sie kann von NS-EEH jederzeit nach eigenem Ermessen aktualisiert werden.

- Die hier dargelegten Richtlinien und Verfahren sollen den Vorschriften des Bundesstaates Illinois sowie dem Abschnitt 501(r) der Abgabenordnung der USA (Internal Revenue Code) und zugehörigen Leitlinien entsprechen.

2. ZIELGRUPPE:

Diese Richtlinie gilt für alle von einem NS-EEH-Krankenhaus bereitgestellten Notfall- und sonstigen medizinisch notwendigen Behandlungen. Diese Richtlinie ist für Leistungserbringer außerhalb des Krankenhauses nicht bindend. In **Anlage 1** der FAP-Richtlinie finden Sie Informationen zu Anbietern, die in der Krankenseinrichtung Notfallversorgung leisten oder andere medizinisch notwendige Leistungen erbringen, die durch diese Richtlinie abgedeckt sind, sowie eine Liste von Anbietern, deren Leistungen nicht durch diese Richtlinie abgedeckt sind. Beachten Sie, dass die Leistungen eines Anbieters nur dann abgedeckt sind, wenn festgestellt wird, dass Sie gemäß dieser Richtlinie Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben. Kostenlose Exemplare von **Anlage 1** sind online oder auf Anfrage auf Papier an den in Abschnitt 4.I dieser Richtlinie aufgeführten Standorten erhältlich.

3. DEFINITIONEN:

Allgemeine Verrechnungssätze (Amounts Generally Billed, AGB): Patienten mit Anspruch auf finanzielle Unterstützung wird für eine Notversorgung oder medizinisch notwendige Versorgung nicht mehr in Rechnung gestellt, als den Patienten mit Versicherungsschutz gemäß den allgemeinen Verrechnungssätzen berechnet wird.

- 1) Der prozentuale Anteil der AGB für die Leistungen von NS-EEH wird anhand der „Look-back“-Methode berechnet, die sich aus sämtlichen von Medicare erlaubten Forderungen für Einzelleistungen und Leistungen privater Krankenversicherer, geteilt durch die Gesamtbruttogebühren für diese Ansprüche für einen Zeitraum von 12 Monaten ergibt. Ermäßigungen für Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, werden anhand der AGB-Prozentsatzlimits geprüft, um sicherzustellen, dass die ihnen berechneten Gebühren die allgemeinen Verrechnungssätze nicht überschreiten.
- 2) Die AGB-Prozentsätze können **Anlage 2** der FAP-Richtlinie entnommen werden.
- 3) Der AGB-Prozentsatz wird jährlich neu berechnet und bis zum 120. Tag nach Beginn des Kalenderjahres angewendet.

Angemessene Anstrengungen: NS-EEH wird angemessene Anstrengungen unternehmen, um die Patienten über seine Richtlinie zur finanziellen Unterstützung zu informieren, und stellt zu diesem Zweck eine Zusammenfassung der FAP-Richtlinie in einfacher Sprache bereit. Darüber hinaus wird NS-EEH die folgenden Schritte unternehmen, um Patienten über die FAP-Richtlinie von NS-EEH zu informieren.

- 1) Unvollständige Anträge: Wenn der Patient oder sein Familienangehöriger einen unvollständigen Antrag auf finanzielle Unterstützung einreicht, wird er von NS-EEH schriftlich darüber benachrichtigt, welche zusätzlichen Informationen oder Unterlagen benötigt werden.
- 2) Vollständige Anträge: Hat der Patient oder sein Familienangehöriger einen vollständigen Antrag auf finanzielle Unterstützung eingereicht, erfolgt durch NS-EEH zeitnah eine schriftliche Benachrichtigung darüber, dass der Anspruch des Patienten auf finanzielle Unterstützung geprüft wird. Über das Ergebnis und die Grundlage der Anspruchsfeststellung wird der Patient ebenfalls schriftlich benachrichtigt (gegebenenfalls einschließlich der Unterstützung, auf die der Patient Anspruch hat). Diese Benachrichtigung enthält auch den Prozentsatz der finanziellen Unterstützung (bei genehmigten Anträgen) bzw. die Gründe für die Ablehnung sowie gegebenenfalls die vom Patienten bzw. seiner Familie erwartete Zahlung. Während der Prüfung eines vollständigen Antrags erhält der Patient bzw. seine Familie weiterhin Abrechnungen.
- 3) Patientenabrechnungen: NS-EEH sendet eine Reihe von Abrechnungen, in denen die Forderungen an den Patienten und der jeweils fällige Betrag aufgeführt sind. Die Patientenabrechnungen enthalten die Aufforderung, NS-EEH über jeden beanspruchbaren Krankenversicherungsschutz zu informieren, sowie einen Hinweis auf die Richtlinie zur finanziellen Unterstützung von NS-EEH, eine Telefonnummer für die Beantragung finanzieller Unterstützung und die Adresse der Website, auf der die Unterlagen zum Antrag auf finanzielle Unterstützung erhältlich sind.
- 4) NS-EEH-Website: Auf der NS-EEH-Website wird gut sichtbar ein Hinweis platziert, dass die Möglichkeit der finanziellen Unterstützung besteht und wie sie beantragt werden kann. NS-EEH stellt seine FAP-Richtlinie

zusammen mit einer Liste der Anbieter/Versorger, deren Leistungen unter der FAP-Richtlinie abgedeckt bzw. nicht abgedeckt sind, eine Zusammenfassung in einfacher Sprache, den Antrag auf finanzielle Unterstützung sowie die Abrechnungs- und Inkassorichtlinie online und darüber hinaus an den in Abschnitt 4.I dieser Richtlinie aufgeführten Standorten bereit.

Angenommene Anspruchsberechtigung: Eine Feststellung des Anspruchs auf finanzielle Unterstützung unter Heranziehung bestimmter Kriterien, die als Nachweis für die finanzielle Bedürftigkeit eines nicht versicherten Patienten dienen sollen, der keine finanzielle Unterstützung beantragt.

Antrag: Bezieht sich auf einen Antrag auf finanzielle Unterstützung, der von Patienten auszufüllen ist.

Antragsfrist: Der Zeitraum, innerhalb dessen Anträge auf finanzielle Unterstützung von NS-EEH angenommen und bearbeitet werden. Die Antragsfrist beginnt mit dem Datum, an dem die Leistung erfolgte, und endet 240 Tage nach dem Datum der ersten Abrechnung der betreffenden Leistung.

Außerordentliche Inkassomaßnahmen: Dabei handelt es sich um Inkassomaßnahmen, die ein juristisches bzw. Gerichtsverfahren erfordern, mit sonstigen Maßnahmen wie dem Verkauf einer Forderung an eine andere Partei verbunden sein können oder die Meldung bei Kreditauskunfteien oder -büros beinhalten. NS-EEH ergreift keine außerordentlichen Inkassomaßnahmen und erlaubt auch den in seinem Auftrag handelnden Inkassobüros keine entsprechenden Maßnahmen. Weitere Informationen zu den Inkassoregeln von NS-EEH bietet die separate **Abrechnungs- und Inkassorichtlinie** von NS-EEH. Kostenlose Exemplare dieser Richtlinie sind online oder auf Anfrage auf Papier an den in Abschnitt 4.I dieser Richtlinie aufgeführten Standorten erhältlich.

Familie: Hierzu gehören der Patient, sein Ehe-/Lebenspartner, im Falle eines minderjährigen Patienten seine Eltern bzw. Erziehungsberechtigten sowie alle in der Einkommensteuererklärung des Patienten bzw. seiner Eltern aufgeführten unterhaltsberechtigten Personen, die im Haushalt des Patienten bzw. seiner Eltern oder Erziehungsberechtigten leben.

Familieneinkommen: Die Summe des Jahreseinkommens und der Barzuwendungen jeglicher Herkunft, die eine Familie vor Steuern, abzüglich der der US-Steuerbehörde zu meldenden Unterhaltszahlungen für Kinder. Zum Familieneinkommen zählen unter anderem Einkommen, Arbeitslosengeld, Arbeitsunfallversicherung (Workers' Compensation), Sozialversicherung, zusätzliche Sozialversicherungszahlungen, öffentliche Unterstützung, Sonderzahlungen an Kriegsveteranen, Hinterbliebenenleistungen, Renten- oder Ruhestandseinkommen, Zinsen, Dividenden, Alimente, Unterhalt und andere Quellen.

Finanzielle Unterstützung: Bezeichnet die Art von Unterstützung, die NS-EEH Patienten anbietet, die bestimmte finanzielle und andere Anspruchskriterien gemäß Definition in seiner FAP-Richtlinie erfüllen, damit diesen Patienten zu den erforderlichen finanziellen Mitteln verholfen werden kann, um Notfall- und sonstige medizinisch notwendige Behandlungen in einer Einrichtung von NS-EEH bezahlen zu können. Zu den anspruchsberechtigten Patienten gehören z. B. nicht versicherte Patienten, Patienten mit geringem Einkommen und Patienten, die teilweise versichert sind, aber nicht in der Lage sind, den Restbetrag ihrer Rechnungen für medizinische Leistungen vollständig zu begleichen.

Leistungen in dringenden, aber nicht lebensbedrohlichen Fällen: Dies sind Leistungen zur Behandlung einer unerwarteten Krankheit oder Verletzung, die sofortige ärztliche Hilfe erfordert (normalerweise innerhalb von 48 Stunden), auch wenn sie nicht lebensbedrohlich ist, bei der jedoch eine längere Verzögerung der Behandlung die Gesundheit oder das Wohlbefinden des Patienten gefährden kann.

Medizinisch notwendige Leistungen: Sind alle Leistungen, die für die Diagnose, direkte Versorgung und Behandlung einer Erkrankung bzw. Krankheit erbracht werden, den ortsüblichen Standards guter medizinischer Praxis entsprechen, durch die Medicare- und Medicaid-Programme abgedeckt sind und von diesen als medizinisch notwendig erachtet werden und nicht in erster Linie der Bequemlichkeit des Patienten oder Leistungserbringers dienen. Zu den medizinisch notwendigen Leistungen zählen weder Schönheitsoperationen noch Leistungen im Sozial-, Erziehungs- oder Berufsbildungswesen.

Nicht versicherter Patient: Ein Patient, der nach Feststellung durch NS-EEH auf der Grundlage der vom Patienten bereitgestellten Unterlagen und Informationen aus anderen Quellen nicht über eine ausreichende Krankenversicherung verfügt und keinen Anspruch auf Leistungsdeckung aus einer öffentlichen, betrieblichen oder privaten Krankenversicherung oder einem sonstigen Krankenversicherungsprogramm besitzt (darunter unter anderem private Versicherungen, Medicare, Medicaid oder Crime Victims Assistance) und dessen Verletzung nicht im Rahmen einer Arbeitsunfall-, Kfz- oder Haftpflichtversicherung abgedeckt ist, die die von NS-EEH erbrachten Versorgungsleistungen übernehmen würde.

Notfalleleistungen: Leistungen im Falle einer Erkrankung mit akuten Symptomen von ausreichender Schwere (wie starke Schmerzen, psychiatrische Störungen oder Symptome von Drogenmissbrauch), sodass davon ausgegangen werden kann, dass bei einer Verzögerung der sofortigen medizinischen Versorgung die Gesundheit des Betroffenen (bzw. im Falle einer

Schwangerschaft die der Frau oder die des ungeborenen Kindes) ernsthaft gefährdet ist oder dass die Körperfunktionen oder die Funktionen eines Organs oder Körperteils ernsthaft beeinträchtigt sind.

Staatliche Armutsgrenze (Federal Poverty Level, FPL): Einkommenshöhe, bei der davon auszugehen ist, dass sich eine Person an der Armutsgrenze befindet. Diese Einkommensstufe variiert je nach Größe des Familienhaushalts. Die Armutsgrenze wird jährlich vom US-Gesundheitsministerium aktualisiert und im Bundesregister veröffentlicht. Für die Zwecke dieser Richtlinie wird davon ausgegangen, dass die in diesen veröffentlichten Leitlinien angegebene Armutsgrenze für das Bruttoeinkommen gilt. Die für die Zwecke dieser Richtlinie angewendete Armutsgrenze (d. h. der FPL-Wert) wird jährlich aktualisiert. Die FPL-Werte sind in **Anlage 3** der FAP-Richtlinie aufgeführt.

Wahlleistungen: Behandlungsleistungen, die nicht unmittelbar erforderlich sind. Zu den Wahlleistungen gehören Eingriffe, die für Patienten von Vorteil, aber nicht dringend notwendig sind, und umfassen medizinisch notwendige und nicht medizinisch notwendige Leistungen, wie etwa kosmetische und zahnärztliche Eingriffe, die ausschließlich zur Verbesserung des Aussehens durchgeführt werden, oder andere optionale Eingriffe, die normalerweise nicht von den Krankenversicherungen übernommen werden. Wahlleistungen, die nicht medizinisch notwendig sind, werden bei der finanziellen Förderung nicht berücksichtigt.

Zusammenfassung in einfacher Sprache: Eine Zusammenfassung der FAP-Richtlinie von NS-EEH in einfacher Sprache beinhaltet: 1) eine kurze Beschreibung der Anspruchsvoraussetzungen und der angebotenen Unterstützung; 2) eine Auflistung der Websites und der physischen Standorte, an denen Anträge auf finanzielle Unterstützung erhältlich sind; 3) eine Anleitung, wie ein kostenloses Papierexemplar der FAP-Richtlinie erhältlich ist; 4) Kontaktinformationen zur Unterstützung bei der Antragstellung; 5) einen Hinweis auf die Verfügbarkeit von Übersetzungen der FAP-Richtlinie und der zugehörigen Dokumente sowie 6) eine Erklärung, in der bestätigt wird, dass Patienten, bei denen festgestellt wurde, dass sie Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, jeweils nicht mehr als der allgemeine Verrechnungssatz für Notfall- oder sonstige medizinisch notwendige Behandlungen in Rechnung gestellt wird.

4. VERFAHREN:

- A. *Kommunikation:* Um unsere Patienten, ihre Familien und die breitere Allgemeinheit auf die Verfügbarkeit finanzieller Unterstützung aufmerksam zu machen, ergreift NS-EEH eine Reihe von Maßnahmen mit dem Ziel, die Patienten und Besucher seiner Krankenhäuser entsprechend zu informieren und diese Richtlinie in den Versorgungsbereichen der Krankenhäuser allgemein bekannt zu machen. Zu diesen Maßnahmen gehören:
- i. *Zahlungsberatung (Financial Counseling):* NS-EEH-Patienten wird empfohlen, sich an den Zahlungsberater ihres Krankenhauses zu wenden, wenn sie Schwierigkeiten haben, ihren Anteil der Krankenhausrechnung zu bezahlen. Unsere Berater bemühen sich nach besten Kräften, Patienten zu helfen, die nicht ausreichend versichert sind oder mit anderen finanziellen Problemen im Zusammenhang mit der Bezahlung unserer Behandlungsleistungen konfrontiert sind. Die Zahlungsberater können für Patienten die Anspruchsberechtigung für verschiedene staatlich finanzierte Programme prüfen, bei der Geltendmachung einer Arbeitsunfall- oder Haftpflichtforderung behilflich sein, einen Zahlungsplan für längere Zeiträume aufstellen oder den Patienten bei der Beantragung finanzieller Unterstützung helfen.
 - ii. *Zusammenfassung in einfacher Sprache:* Allen Patienten wird ein gedrucktes Exemplar der FAP-Richtlinie von NS-EEH in allgemein verständlicher Sprache angeboten. NS-EEH stellt außerdem kostenlose Exemplare der Dokumente für den Antrag auf finanzielle Unterstützung online oder auf Anfrage auf Papier an den in Abschnitt 4.I dieser Richtlinie aufgeführten Standorten zur Verfügung.
 - iii. *Übersetzte Versionen verfügbar:* NS-EEH stellt seine FAP-Richtlinie (ausführlich und in einfacher Sprache), das entsprechende Antragsformular sowie seine Abrechnungs- und Inkassorichtlinie auf Englisch und in allen anderen Sprachen bereit, die entweder von mehr als 1000 Einwohnern oder von 5 % der Bevölkerung des Gebietes, das NS-EEH versorgt, gesprochen werden. NS-EEH stellt kostenlose Exemplare dieser Dokumente online oder auf Anfrage auf Papier an den in Abschnitt 4.I dieser Richtlinie aufgeführten Standorten zur Verfügung.
 - iv. *Informationsschilder:* Sämtliche Schilder mit Hinweisen zur Verfügbarkeit einer finanziellen Unterstützung werden gut sichtbar an Orten angebracht, die öffentlich zugänglich sind, unter anderem in der Notaufnahme und den Schaltern für die Patientenmeldung bei NS-EEH. Die Schilder weisen jeweils darauf hin, dass eine finanzielle Unterstützung beantragt werden kann, und geben die Telefonnummer der Zahlungsberatung an, von der weitere Informationen erhältlich sind.
 - v. *Broschüren:* In den Eingangs- und Anmeldebereichen von NS-EEH sowie in der Notaufnahme und an der Kasse liegen Broschüren aus, die Hinweise dazu enthalten, wie Patienten Medicare, Medicaid, All Kids, Family Care usw. oder das Zahlungshilfeprogramm von NS-EEH beantragen können. Eine Ansprechperson und eine

Telefonnummer für Hilfe bei der Überprüfung auf oder Beantragung von finanzieller Unterstützung sind ebenfalls angegeben.

- vi. *Website*: Auf der NS-EEH-Website wird gut sichtbar ein Hinweis platziert, dass die Möglichkeit der finanziellen Unterstützung besteht und wie sie beantragt werden kann. NS-EEH veröffentlicht seine FAP-Richtlinie zusammen mit einer Liste der Anbieter/Versorger, deren Leistungen unter der FAP-Richtlinie abgedeckt bzw. nicht abgedeckt sind, eine Zusammenfassung in einfacher Sprache, den Antrag auf finanzielle Unterstützung sowie die Abrechnungs- und Inkassorichtlinie online. Darüber hinaus stellt NS-EEH diese Dokumente auf Anfrage an den in Abschnitt 4.I dieser Richtlinie aufgeführten Standorten zur Verfügung.
 - vii. *Leistungsabrechnung an Patienten*: Die Patientenabrechnungen enthalten die Aufforderung, NS-EEH über jeden beanspruchbaren Krankenversicherungsschutz zu informieren, sowie einen Hinweis auf die Richtlinie zur finanziellen Unterstützung von NS-EEH, eine Telefonnummer für die Beantragung finanzieller Unterstützung und die Adresse der Website, auf der die Unterlagen zum Antrag auf finanzielle Unterstützung erhältlich sind.
- B. *Anspruchsfeststellung*: Eine finanzielle Notlage wird anhand von Verfahren beurteilt, bei denen die individuelle finanzielle Bedürftigkeit geprüft wird. Diese Verfahren werden im Folgenden beschrieben:
- i. Es wird gemäß den unter Abschnitt 4.E beschriebenen Kriterien geprüft, ob eine angenommene Anspruchsberechtigung besteht. Patienten, für die eine Anspruchsberechtigung angenommen wird, müssen keinen Antrag auf finanzielle Unterstützung stellen. Vom Patienten bzw. Zahlungsverantwortlichen wird erwartet, dass er bei der Überprüfung kooperiert und persönliche oder finanzielle Informationen und Unterlagen bereitstellt, die für die Feststellung der angenommenen Anspruchsberechtigung relevant sind.
 - ii. Ein Antragsverfahren für finanzielle Unterstützung, bei dem vom Patienten bzw. Zahlungsverantwortlichen erwartet wird, dass er kooperiert und persönliche oder finanzielle Informationen und Unterlagen bereitstellt, die für die Feststellung der finanziellen Bedürftigkeit relevant sind.
 - iii. Angemessene Anstrengungen durch NS-EEH, nach geeigneten alternativen Zahlungsquellen und Abdeckungsmöglichkeiten aus öffentlichen und privaten Zahlungsprogrammen zu suchen und die Patienten beim Einreichen von Anträgen für derartige Programme zu unterstützen. Bei der Suchen nach möglichem Versicherungsschutz können die folgenden Quellen und Hilfsmittel verwendet werden:
 - a) die verfügbaren Websites und Kontaktinformationen für die Geltendmachung von Arbeitsunfall- oder Haftpflichtforderungen
 - b) die verfügbaren Kontaktinformationen für Patienten in Polizeigewahrsam
 - c) die Website „Get Covered Illinois“ für Patienten, die während des festgelegten Antragszeitraums (Open Enrollment Period, OEP) über die staatliche Krankenversicherungsbörse einen Versicherungsschutz beantragen
 - d) eCareNext (als Teil von Passport OneSource) zur Suche nach der Anspruchsberechtigung für die Krankenversicherung, Sozialhilfe (public aid), DHS-Sozialdienste, Illinois Healthy Women's Program, „Renal services only“ und vorübergehende Hilfe für bedürftige Familien (Temporary Assistance for Needy Families TANF)
 - e) die staatlichen Datenbanken PACIS und IES zur Suche nach öffentlichen Hilfeleistungen
 - f) das Suchtool SNAP auf der Website zur Illinois Link EBT Card
 - g) die Tools Experian und PARO zur Suche nach öffentlichen Hilfeleistungen bei Anspruchsberechtigung
 - h) sonstige geeignete Quellen aus dritter Hand
 - iv. Die Nutzung externer öffentlich zugänglicher Datenquellen, die Informationen über die Zahlungsfähigkeit eines Patienten bzw. Zahlungsverantwortlichen liefern (einschließlich Bonitätsbewertung); siehe Abschnitt 4.G.
 - v. Eine Prüfung von ausstehenden Forderungen an den Patienten für früher durch NS-EEH erbrachte Leistungen und der Zahlungshistorie des Patienten (einschließlich uneinbringlicher Forderungen).
 - vi. Die Höhe der von NS-EEH bereitgestellten finanziellen Unterstützung richtet sich nach dem Einkommen, der Familiengröße und der staatlichen Armutsgrenze. Sowohl versicherte als auch nicht versicherte Patienten können finanzielle Unterstützung beantragen.
 - vii. Der Anspruch eines Patienten auf finanzielle Unterstützung richtet sich nach den unten stehenden Tabellen und kann je nach finanzieller Situation des Patienten, mildernden finanziellen Umständen und der Verfügbarkeit von medizinischen Versorgungsleistungen Dritter variieren. Die Richtwerte für die Anspruchsberechtigung werden jährlich überarbeitet. Für Familien, deren Einkommen die unten genannten Richtwerte übersteigt, kann ein Zahlungsplan in Betracht gezogen werden.

- C. *Anspruch auf finanzielle Unterstützung für nicht versicherte Patienten:* Die folgende, auf der staatlichen Armutsgrenze (Federal Poverty Level, FPL) basierende Tabelle wird verwendet, um jeweils die Ermäßigung zu ermitteln, die nicht versicherten Patienten mit festgestelltem Anspruch auf finanzielle Unterstützung gewährt wird. Ermäßigungen für Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, werden anhand der AGB-Prozentsatzlimits geprüft, um sicherzustellen, dass die ihnen berechneten Gebühren die allgemeinen Verrechnungssätze nicht überschreiten.

FPL-Stufe	0 % bis 200 % FPL	201 % bis 600 % FPL
Erwartete Patientenzahlung	0 \$ PMT/100 % Abschreibung	AGB-Satz (siehe Anlage 2)
Jährliche Obergrenze für erwartete Zahlungen des Patienten	0 \$ PMT/100 % Abschreibung	20 % des jährlichen Familieneinkommens

- i. Die FPL-Richtwerte sind in **Anlage 3** der FAP-Richtlinie und die AGB-Prozentsätze für die einzelnen Krankenhäuser in **Anhang 2** aufgeführt.
 - ii. Die erwartete Zahlung von NS-EEH-Krankenhausgebühren wird ermittelt, indem die Krankenhausgebühren für medizinisch notwendige Leistungen auf der Rechnung des nicht versicherten Patienten jeweils auf den allgemeinen Verrechnungssatz (AGB) reduziert werden, der für Patienten mit einem Familieneinkommen zwischen dem Zwei- und Sechsfachen des FPL-Richtwerts in Rechnung gestellt wird. Der Prozentsatz wird jährlich neu berechnet und bis zum 120. Tag nach Beginn des Kalenderjahres angewendet. Die Prozentsätze für die Ermäßigungen nach FPL-Stufe, die in den Krankenhauseinrichtungen von NorthShore angewendet werden, sind in **Anlage 4** aufgeführt. Die Prozentsätze für die Ermäßigungen nach FPL-Stufe, die vom Swedish Hospital angewendet werden, sind in **Anlage 5** aufgeführt. Die Prozentsätze für die Ermäßigungen nach FPL-Stufe, die vom NCH angewendet werden, sind in **Anlage 6** aufgeführt. Die Prozentsätze für die Ermäßigungen nach FPL-Stufe, die vom EFH angewendet werden, sind in **Anlage 7** aufgeführt.
 - iii. Gemäß dem Ermäßigungsgesetz für nicht versicherte Krankenhauspatienten des Bundesstaates Illinois (Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act [210 ILCS 89/1]), das seit dem 1.1.2022 gilt, ist der Anspruch auf finanzielle Unterstützung auf Patienten mit Wohnsitz in Illinois und auf Kosten für medizinisch notwendige Leistungen beschränkt, die mehr als 150 US-Dollar betragen. Ebenfalls in Übereinstimmung mit diesem Gesetz hat NS-EEH die Ermäßigungen für 135 % des Quotienten aus Kosten und Erlösen des Krankenhauses mit den allgemeinen Verrechnungssätzen verglichen und wendet jeweils die für Patienten vorteilhafteren Ermäßigungsbeträge an.
 - iv. NS-EEH bietet nicht versicherten Patienten, die eine Grundversorgung durch ein staatlich anerkanntes kommunales Gesundheitszentrum (Federally Qualified Health Center, FQHC) oder eine kostenlose, gemeinnützige Klinik erhalten haben, von einer solchen Einrichtung an NS-EEH überwiesen wurden und Zugang zu nicht notfallbedingten Krankenhausleistungen suchen, die Möglichkeit, sich im Hinblick auf die Unterstützung bei der Beantragung einer öffentlichen Krankenversicherung prüfen zu lassen, wenn eine begründete Annahme besteht, dass der nicht versicherte Patient möglicherweise Anspruch auf eine öffentliche Krankenversicherung hat. Im Falle eines nicht versicherten Patienten, der eine Grundversorgung durch ein staatlich anerkanntes kommunales Gesundheitszentrum oder eine kostenlose, gemeinnützige Klinik erhält und von einer solchen Einrichtung an das Krankenhaus überwiesen wird, ohne dass eine hinreichende Grundlage für die Annahme besteht, dass der nicht versicherte Patient Anspruch auf eine öffentliche Krankenversicherung hat, erhält der Patient die Möglichkeit, finanzielle Unterstützung für die Krankenhausleistungen zu beantragen, wenn die entsprechenden Termine angesetzt werden.
- D. *Anspruch auf finanzielle Unterstützung für versicherte Patienten:* Die folgende, auf der FPL basierende Tabelle wird verwendet, um jeweils die Ermäßigung zu ermitteln, die versicherten Patienten mit festgestelltem Anspruch auf finanzielle Unterstützung gewährt wird. Nachdem die Krankenversicherung ihren Teil für die medizinisch notwendigen Leistungen bezahlt hat, können Patienten für den verbleibenden Betrag (d. h. den Selbstzahleranteil) eine finanzielle Unterstützung beantragen. Die finanzielle Unterstützung für versicherte Patienten ist auf Abrechnungen beschränkt, auf denen mindestens eine Restforderung von 150 \$ verbleibt. Ermäßigungen für Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, werden anhand der AGB-Prozentsatzlimits geprüft, um sicherzustellen, dass die ihnen berechneten Gebühren die allgemeinen Verrechnungssätze nicht überschreiten. Die Prozentsätze für die Ermäßigungen

nach FPL-Stufe, die in den Krankenhauseinrichtungen von NorthShore angewendet werden, sind in **Anlage 4** aufgeführt. Die Prozentsätze für die Ermäßigungen nach FPL-Stufe, die vom Swedish Hospital angewendet werden, sind in **Anlage 5** aufgeführt. Die Prozentsätze für die Ermäßigungen nach FPL-Stufe, die vom NCH angewendet werden, sind in **Anlage 6** aufgeführt. Die Prozentsätze für die Ermäßigungen nach FPL-Stufe, die vom EFH angewendet werden, sind in **Anlage 7** aufgeführt. Für Familien, deren Familieneinkommen die unten genannten Richtwerte übersteigt, kann ein Zahlungsplan in Betracht gezogen werden.

FPL-Stufe	0 % bis 200 % FPL	201 % bis 400 % FPL
Erwartete Patientenzahlung	0 \$ PMT/100 % Abschreibung	AGB-Prozentsatz multipliziert mit dem verbleibenden Selbstzahleranteil

Die FPL-Richtwerte sind in **Anlage 3** der FAP-Richtlinie und die AGB-Prozentsätze für die einzelnen Krankenhäuser in **Anhang 2** aufgeführt.

- E. *Angenommene Anspruchsberechtigung:* Bei nicht versicherten Patienten kann auf der Grundlage eines der unten aufgeführten Kriterien ein Anspruch auf finanzielle Unterstützung festgestellt werden. Nachdem mindestens ein Kriterium nachgewiesen wurde, wird kein weiterer Einkommensnachweis mehr verlangt. Die nachstehende Liste ist repräsentativ für Fälle, in denen das Familieneinkommen eines Patienten weniger als das Zweifache der FPL beträgt und der Patient Anspruch auf eine 100% ige Reduzierung der Kosten für eine medizinisch notwendige Behandlung hat. Die Prüfung auf angenommene Anspruchsberechtigung eines nicht versicherten Patienten sollte so bald wie möglich nach Erhalt einer medizinisch notwendigen Leistung und vor der Ausstellung einer entsprechenden Rechnung durchgeführt werden. Wenn NS-EEH Kenntnis von einer Prüfung auf den Status der angenommenen Anspruchsberechtigung erhält, werden alle entsprechenden Patientenabrechnungen bis zum Abschluss des Prüfungsverfahrens zurückgehalten. Außerdem kann NS-EEH in Kooperation mit externen karitativen und gemeinnützigen Einrichtungen für einen Patienten unter besonders berücksichtigungswürdigen Umständen den Status der angenommenen Anspruchsberechtigung vorab genehmigen. Beispiele für solche Einrichtungen sind staatlich anerkannte medizinische Versorgungseinrichtungen oder religiöse gemeinnützige Organisationen.
- i. Die Kriterien für eine angenommene Anspruchsberechtigung gelten durch die Inanspruchnahme eines der folgenden Programme als erfüllt:
 - a) Programm zur Nahrungsergänzung für Frauen, Babys und Kinder (Women, Infants and Children Nutrition Program, WIC)
 - b) Hilfsprogramm für ergänzende Ernährung (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
 - c) Illinois-Programm für kostenloses Mittagessen/Frühstück (Illinois Free Lunch/Breakfast Program)
 - d) Energiehilfeprogramm für einkommenschwache Haushalte (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP)
 - e) Temporäre Hilfe für bedürftige Familien (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)
 - f) Programm der Wohnungsbaubehörde zur Unterstützung von Mietwohnungen in Illinois (Illinois Housing Development Authority's Rental Housing Support Program)
 - g) Organisierte Programme auf Gemeindeebene oder gemeinnützige Gesundheitsprogramme, die medizinische Versorgung bieten und bei denen der finanzielle Status bei niedrigem Einkommen als Kriterium geprüft und dokumentiert wird
 - h) Medicaid-Anspruch, jedoch zum Zeitpunkt der Leistung oder für nicht abgedeckte Leistungen nicht anspruchsberechtigt
 - ii. Die Erfüllung der Kriterien für eine angenommene Anspruchsberechtigung kann sich auch aus folgenden Lebensumständen ergeben:
 - a) Erhalt von Zuschüssen für medizinische Leistungen
 - b) Obdachlosigkeit
 - c) Verstorben ohne Vermögen
 - d) Geistige Handlungsunfähigkeit ohne eine im Namen des Patienten handelnde Person
 - e) Privatinsolvenz in jüngster Vergangenheit
 - f) Inhaftierung in einer Justizvollzugsanstalt
 - g) Zugehörigkeit zu einem religiösen Orden mit Armutsgelübde
 - h) Nachweise einer unabhängigen externen Meldestelle, die darauf hindeuten, dass das Familieneinkommen weniger als das Zweifache der FPL beträgt

- iii. Die Kriterien für eine angenommene Anspruchsberechtigung können auf folgende Weise erfüllt werden:
- a) Bestätigung der Inanspruchnahme eines Programms oder sonstiger anspruchsberechtigender Kriterien auf elektronischem Weg.
 - b) Wenn eine unabhängige elektronische Bestätigung nicht möglich ist, wird ein Nachweis über die Programmteilnahme oder sonstige anspruchsberechtigende Kriterien verlangt. Für einen solchen Nachweis bestehen folgende Möglichkeiten:
 1. WIC-Gutschein
 2. SNAP-Karte, Screenshot von Anmeldenachweis oder Kopie des SNAP-Bewilligungsschreibens
 3. Schreiben der Schule bzw. Mitteilung über kostenlose/ermäßigte Mahlzeiten sowie Benachrichtigung über Gebührenbefreiung (mit Unterschrift)
 4. LIHEAP-Bewilligungsschreiben
 5. TANF-Bewilligungsschreiben vom Roten Kreuz (Red Cross), DHS oder HFS
 6. Wohngeldbeleg im Falle eines staatlich oder bundesstaatlich geförderten Wohnungsbauprogramms
 7. Schreiben des Vermieters über Mietanpassung oder Karte/Schreiben des US-Ministeriums für Wohnungsbau und Stadtentwicklung (HUD)
 8. Karte bzw. Bescheinigung, aus der die aktuelle Berechtigung für die Inanspruchnahme des „State of Illinois“-Programms hervorgeht
 9. Erklärung einer Fördermittelbehörde bzw. Bewilligungsschreiben
 10. Persönliche Erklärung oder ein Schreiben der Kirche oder einer Heimeinrichtung zur Bestätigung der Obdachlosigkeit
 11. Schreiben eines Anwalts, einer Wohngruppe, eines Heims, einer Ordensgemeinschaft oder einer Kirche
 12. Im Insolvenzverfahren enthaltene Mitteilung über die Entlastung des Schuldners, die NS-EEH als Gläubiger ausweist
- F. *Zeitlicher Rahmen für die Anspruchsfeststellung:* Entscheidungen über eine finanzielle Unterstützung gelten rückwirkend für alle Selbstzahlerbeträge, die während der Antragsfrist datiert sind, und für einen zukünftigen Zeitraum von mindestens sechs Monaten, ohne dass der Patient weitere Schritte tätigen muss. Der Patient muss NS-EEH nach jeder wesentlichen Änderung seiner finanziellen Situation, die während des sechsmonatigen Zeitraums eintritt und sich auf die Feststellung des Anspruchs auf finanzielle Unterstützung auswirken könnte, innerhalb von dreißig (30) Tagen entsprechend informieren. Wenn ein Patient eine wesentliche Verbesserung des Familieneinkommens nicht meldet, kann die Bereitstellung finanzieller Unterstützung durch NS-EEH nach Eintritt der wesentlichen Verbesserung widerrufen werden. Eine angenommene Anspruchsberechtigung für nicht versicherte Patienten kann für alle offenen Selbstzahleranteile rückwirkend wirksam werden.
- G. *Abschließende Prüfung zur Feststellung des Anspruchs auf finanzielle Unterstützung:* Es gibt Fälle, in denen der Anspruch eines Patienten auf finanzielle Unterstützung offenkundig scheint, auch wenn kein Antrag vorliegt oder Unterlagen fehlen, die den Anspruch belegen könnten. In diesem Fall können die Daten externer Stellen und die Debitorendaten von NS-EEH (Zahlungen, Wohltätigkeitsbeiträge, uneinbringliche Forderungen) oder die Mitgliedschaft im NS-EEH Community Health Center im Evanston Hospital oder im Erie Family Health Center herangezogen werden, um den Versicherungs- und Beschäftigungsstatus zu bestimmen und um das Einkommen zwecks Feststellung des Anspruchs auf finanzielle Unterstützung zu schätzen. NS-EEH genehmigt finanzielle Unterstützung für Patienten, deren finanzieller Status von dritter Seite überprüft wurde (z. B. Kreditwürdigkeitsprüfung). In diesen Fällen kann eine Anpassung zur finanziellen Unterstützung auf dem Patientenkonto verbucht werden, ohne dass der Patient einen Antrag auf finanzielle Unterstützung einreichen muss. Die Bestätigung des finanziellen Status durch Dritte kann über den Experian Payment Navigator oder sonstige externe Quellen erfolgen.
- H. *Leistungen für medizinisch notwendige Behandlungen:* Die finanzielle Unterstützung beschränkt sich auf Leistungen für eine dringende bzw. medizinisch notwendige Versorgung in einem Krankenhaus. Kein Teil dieses Abschnitts beabsichtigt eine Änderung der Verpflichtungen und Praktiken von NS-EEH gemäß Bundes- oder bundesstaatlichem Recht in Bezug auf die Behandlung von Patienten in Notfällen ohne Rücksicht auf ihre Zahlungsfähigkeit.
- I. *Antragsverfahren*
- i. *Vorgehensweise bei der Antragstellung:* Es muss ein Antrag auf finanzielle Unterstützung ausgefüllt und zusammen mit allen erforderlichen Belegen eingereicht werden. Der Antrag steht kostenlos auf den NS-EEH-Websites zum Download bereit: Northshore.org/about-us/billing/financial-assistance oder swedishcovenant.org/for-patients-and-visitors/pay-your-bill/financial-assistance oder nch.org/billing-insurance/financial-assistance oder ehealth.org/patients-visitors/manage-my-costs-and-billing/billing/financial-assistance. Kostenlose Papierexemplare sind in der Notaufnahme und in den Anmeldebereichen der Krankenhäuser erhältlich. Eine kostenlose Zustellung dieser Dokumente per Post kann unter den folgenden

Rufnummern beantragt werden: (847) 570-5000 (NorthShore), (773) 989-3841 (Swedish Hospital), (847) 618-4542 (NCH) und (866) 756-8348 (EEH).

- ii. *Einreichen der Antragsunterlagen:* Der ausgefüllte Antrag kann zusammen mit den Begleitunterlagen an eine der unten aufgeführten NS-EEH-Adressen gesendet oder einem Zahlungsberater im Krankenhaus ausgehändigt werden. Zu diesem Zweck sollte das Krankenhaus aufgesucht werden, bei dem die Unterstützung beantragt wird, und dort sollte um ein Gespräch mit einem Zahlungsberater gebeten werden. Bei Fragen zum Antragsverfahren, für die Unterstützung beim Ausfüllen des Antrags oder zur Abfrage des Status eines eingereichten Antrags stehen die Zahlungsberater entweder persönlich im Krankenhaus oder unter einer der folgenden Rufnummern zur Verfügung: (847) 570-5000 (NorthShore), (773) 989-3841 (Swedish Hospital), (847) 618-4542 (NCH) und (866) 756-8348 (EEH).

NorthShore University HealthSystem
Patient Financial Services
P.O. Box 1006, Suite 330
Skokie, IL 60076-9877
Fax: (847) 982-6957
oder
Hochladen auf NorthShore Connect

Swedish Hospital
Financial Services Center
5145 N. California Ave.
Chicago, IL 60625
Fax: (773) 878-6838
oder
Hochladen auf NorthShore Connect

Northwest Community Hospital
NCH Financial Counseling
800 W. Central Rd.
Arlington Heights, IL 60005
Fax: 847-618-4549
oder
Hochladen auf NCH MyChart

Edward-Elmhurst Health
Financial Assistance Department
4201 Winfield Rd.
Warrenville, IL 60555
Fax: 331-221-2704
oder
E-Mail senden an financialassistance@eehealth.org

- iv. Das Ersuchen, für eine finanzielle Unterstützung oder den Status der angenommenen Anspruchsberechtigung in Betracht gezogen zu werden, kann innerhalb der Antragsfrist durch a) den Patienten bzw. Zahlungsverantwortlichen, b) einen Vertreter des Patienten bzw. Zahlungsverantwortlichen oder c) einen NS-EEH-Vertreter im Namen des Patienten/Antragstellers erfolgen.
- v. Ungeachtet der an anderer Stelle in dieser Richtlinie dargelegten Aspekte liegt es in der Verantwortung des Patienten, beim Antrag auf finanzielle Unterstützung zu kooperieren und sich umfassend daran zu beteiligen. Hierzu gehört auch die Bereitstellung von Informationen über eine etwaige (weitere) Krankenversicherung, die rechtzeitige Bereitstellung aller Unterlagen und Bescheinigungen, die für den Antrag auf ein Zahlungshilfeprogramm von staatlicher oder sonstiger Seite erforderlich sind (z. B. Medicare, Medicaid, All Kids, FamilyCare, Marktplan für Krankenversicherungen gem. US-Gesetz über die bezahlbare medizinische Versorgung [Affordable Care Act], Zahlungshaftung Dritter [Third Party Liability], Mittel für Opfer von Straftaten [Crime Victims Funding] usw.), oder um festzustellen, ob der Patient Anspruch auf eine finanzielle Unterstützung sonstiger Art hat. Eine mangelnde Kooperation des Patienten kann sich negativ auf die Prüfung seines Antrags auf finanzielle Unterstützung auswirken. Patienten sollten die erforderlichen Informationen, Bescheinigungen und Dokumente innerhalb von dreißig (30) Tagen nach Aufforderung durch NS-EEH vorlegen, sofern NS-EEH keine anderweitig zwingenden Umstände zur Kenntnis gebracht werden. Außer im Falle einer angenommenen Anspruchsberechtigung muss der Antrag auf finanzielle Unterstützung vom Patienten (bzw. dem Zahlungsverantwortlichen/Vertreter) unterzeichnet werden.

- vi. Ein Zahlungsberater kann beim Ausfüllen des Antrags auf finanzielle Unterstützung behilflich sein. Wenn im Fall eines verstorbenen Patienten keine zahlungsverantwortliche Person gefunden wird, kann ein NS-EEH-Vertreter unter Verwendung der verfügbaren Informationen und Dokumente (Medicaid-Anzahlungsformular, Nachlassdokument usw.) den Antrag ausfüllen und einreichen.

J. *Familieneinkommen:*

- i. Der Patient muss zur Feststellung des Familieneinkommens eines oder mehrere der folgenden Dokumente vorlegen, sofern sie verfügbar sind. Falls es in der Familie des Patienten mehr als eine erwerbstätige Person gibt, müssen für jede Person einzelne bzw. mehrere der folgenden Unterlagen vorgelegt werden:
 - a) Alle Antragsteller müssen einen Wohnsitznachweis für Illinois vorlegen, der Folgendes beinhaltet: gültige staatlich ausgestellte Identitätskarte, letzte Stromrechnung, Mietvertrag, Fahrzeugschein, Wählerregistrierungskarte, sonstige an den Antragsteller gerichtete Post von einer Behörde oder einer anderen glaubwürdigen Quelle, eine Erklärung eines Familienmitglieds, das unter derselben Adresse wohnt und einen entsprechenden Wohnsitznachweis beifügt, oder ein Schreiben einer Obdachlosenunterkunft, eines Übergangsheims oder einer ähnlichen Einrichtung.
 - b) Angestellte:
 - 1. letzter (aktueller) Einkommensteuerbescheid bzw. Formular W-2, 1099 usw.
 - 2. die beiden letzten Gehaltsabrechnungen
 - 3. die beiden letzten Kontoauszüge für alle Giro-, Spar- und Kreditgenossenschaftskonten
 - c) Selbstständige:
 - 1. letzter (aktueller) Einkommensteuerbescheid bzw. Formular W-2, 1099 usw.
 - 2. die beiden letzten Kontoauszüge für alle Giro-, Spar- und Kreditgenossenschaftskonten
 - d) Erwerbslose:
 - 1. letzter (aktueller) Einkommensteuerbescheid bzw. Formular W-2, 1099 usw.
 - 2. Arbeitslosengeldbescheid, in dem die Leistungshöhe aufgeführt ist
 - 3. Schreiben des letzten Arbeitgebers mit Kündigungsdatum
 - 4. Formular zur Bestätigung der Unterstützung
 - e) Vollzeitstudierende:
 - 1. Nachweis der Hochschulimmatrikulation (einschließlich Schreiben der Hochschule oder Universität, aus dem der Vollzeitstatus hervorgeht, oder Studiengebühren-/Finanzbeleg)
 - f) Personen im Ruhestand oder mit Behinderung:
 - 1. letzter (aktueller) Einkommensteuerbescheid bzw. Formular W-2, 1099 usw. (falls zutreffend)
 - 2. Bescheid der Sozialversicherungsbehörde mit Angabe der monatlichen Leistungshöhe
 - 3. die beiden letzten Kontoauszüge für alle Giro-, Spar- und Kreditgenossenschaftskonten
 - g) Nachweis über sonstige Einkünfte (sofern zutreffend)
 - 1. Schreiben zu Ehegatten- und/oder Kindesunterhalt
 - 2. Einkünfte aus Mieteigentum
 - 3. Erträge aus als Finanzinvestition gehaltenen Immobilien
 - 4. alle sonstigen Einkommensquellen, die oben nicht aufgeführt sind
- ii. Außer im Falle einer angenommenen Anspruchsberechtigung muss der Antragsteller die Bestätigungserklärung unterzeichnen. NS-EEH kann eine Entscheidung aufheben oder ändern, wenn sich später herausstellt, dass der Antragsteller falsche Angaben gemacht hat.

K. *Ergänzende Unterlagen:* Antragsteller können nach eigenem Ermessen zusätzliche Unterlagen über Ausgaben, ausstehende Schulden oder andere Umstände als Beleg für eine finanzielle Notlage vorlegen, um einen Antrag auf finanzielle Unterstützung zu ergänzen, die mindestens den Beträgen entspricht, auf die sie sonst gemäß dieser FAP-Richtlinie einen Anspruch haben. Antragsteller müssen Nachweise über den Wert bestimmter Vermögensanlagen vorlegen, darunter Giro-, Spar- und Anlagekonten, die nicht der Altersvorsorge dienen. NS-EEH kann Antragsteller auffordern, zusätzliche Unterlagen einzureichen, wenn die finanzielle Lage des Antragstellers in den genannten Einkommensbelegen nicht angemessen wiedergegeben wird.

L. *Benachrichtigung über die Anspruchsberechtigung:* NS-EEH wird sich nach besten Kräften bemühen, Antragsteller innerhalb von fünfundvierzig (45) Tagen nach Eingang ihres vollständigen Antrags bei NS-EEH schriftlich über die Feststellung des Anspruchs auf finanzielle Unterstützung zu informieren. Diese Benachrichtigung enthält auch (bei genehmigten Anträgen) den prozentualen Anteil der finanziellen Unterstützung und gegebenenfalls den erwarteten Selbstzahleranteil des Patienten bzw. seiner Familie. Während der Prüfung eines vollständigen Antrags erhält der Patient bzw. seine Familie weiterhin Abrechnungen. Wird ein Antrag auf finanzielle Unterstützung ganz oder teilweise abgelehnt, informiert NS-EEH den Antragsteller über die Gründe für diesen Entscheid und nennt eine Ansprechperson für eventuelle Fragen des Antragstellers.

- M. *Unvollständige Anträge:* Wenn der Patient oder ein Familienangehöriger einen unvollständigen Antrag einreicht, wird er von NS-EEH schriftlich darüber benachrichtigt, welche zusätzlichen Informationen oder Unterlagen benötigt werden.
- N. *Falsche oder irreführende Angaben:* Wenn festgestellt wird, dass ein Antragsteller bewusst falsche oder irreführende Angaben zu seiner Fähigkeit gemacht hat, medizinische Kosten zu begleichen, kann NS-EEH jeden laufenden oder zukünftigen Antrag dieses Antragstellers ablehnen. Im Falle falscher Angaben, die nicht vorsätzlich erfolgt sind, stützt NS-EEH seine Entscheidung auf die korrigierten Angaben. Wenn aufgrund vorsätzlich falsch angegebener Informationen des Patienten bereits eine finanzielle Unterstützung gewährt wurde, kann NS-EEH diese für ungültig erklären. In diesem Fall behält sich NS-EEH alle Rechte vor, vom Patienten die Zahlung aller fälligen Forderungen zu verlangen. Wenn die Angabe falscher Informationen unbeabsichtigt war, überarbeitet NS-EEH die Entscheidung auf der Grundlage der korrigierten Angaben.

5. ANHÄNGE:

- Anlage 1 – Liste der Leistungserbringer unter der FAP-Richtlinie
 Anlage 2 – Allgemeine Verrechnungssätze (AGB, Amounts Generally Billed) – Prozentanteile nach Einrichtung
 Anlage 3 – US-Armutsgrenze (FPL, Federal Poverty Level) – Richtwerte
 Anlage 4 – NorthShore: Ermäßigungstabellen für die finanzielle Unterstützung
 Anlage 5 – Swedish Hospital: Ermäßigungstabellen für die finanzielle Unterstützung
 Anlage 6 – NCH: Ermäßigungstabellen für die finanzielle Unterstützung
 Anlage 7 – Edward-Elmhurst Health: Ermäßigungstabellen für die finanzielle Unterstützung

6. VERTEILUNG:

Verwaltungstechnischer Leitfaden

7. RICHTLINIENVERANTWORTUNG:

Senior Vice President, Revenue Cycle

8. VERWEISE:

<u>Intern</u>	<u>Extern</u>
Verwaltungstechnischer Leitfaden: Abrechnungs- und Inkassorichtlinie	US-Gesundheitsministerium (Health and Human Services, HHS)
Verwaltungstechnischer Leitfaden: HIPAA-Richtlinien (Management von Informationen)	US-Armutsgrenzwert, aktuellstes Jahr
Verwaltungstechnischer Leitfaden: HIPAA-Richtlinien	Ermäßigungsgesetz für nicht versicherte
EMTALA-Compliance-Handbuch: EMTALA-Richtlinie für medizinische Screenings	Krankenhauspatienten (Hospital Uninsured Patient Discount Act [210 ILCS 89/1])
	Abschnitt 501(r) der Abgabenordnung der USA (Internal Revenue Code)

9. ÜBERARBEITUNG:

Die Organisation behält sich das Recht vor, die Bedingungen der Richtlinie im Rahmen der gesetzlichen Beschränkungen mit oder ohne angemessene Vorankündigung zu überarbeiten.

10. GENEHMIGUNG:

<u>Greg Arnold</u>	<u>Sr. Vice President, Revenue Cycle</u>	<u>6/1/2023</u>
Unterschrift	Titel	Datum

11. FASSUNGEN:

Erstellung: 6/2004 Überarbeitung: 6/2023 Gültig ab: 6/2023 Nächste Überarbeitung: 6/2026

Anlage 1 Liste der Leistungserbringer unter der FAP-Richtlinie

Alle Leistungserbringer von NorthShore, Swedish Hospital, NCH und EEH Medical Group sind durch diese FAP-Richtlinie abgedeckt. Eine Liste von nicht unter dieser Richtlinie abgedeckten, unabhängigen/selbstständigen Leistungserbringern für die Notfallversorgung und andere medizinisch notwendige Behandlungen in den einzelnen Krankenhauseinrichtungen wird unter den unten aufgeführten Website-Adressen in einem separaten Dokument zur Verfügung gestellt. Kostenlose Papierexemplare dieser Listen sind auch auf Anfrage jeweils in der Notaufnahme und den Anmeldebereichen des Krankenhauses sowie per Post unter den unten aufgeführten Telefonnummern erhältlich. Die Liste der Leistungserbringer wird vierteljährlich aktualisiert.

Krankenhaus	Website-Adresse	Telefonnummer
Evanston Hospital Glenbrook Hospital Skokie Hospital Highland Park Hospital	northshore.org/about-us/billing/financial-assistance	(847) 570-5000
Swedish Hospital	swedishcovenant.org/for-patients-and-visitors/pay-your-bill/financial-assistance	(773) 989-3841
Northwest Community Hospital	nch.org/billing-insurance/financial-assistance	(847) 618-4542
Edward Hospital Elmhurst Hospital Linden Oaks Hospital	eehealth.org/patients-visitors/manage-my-costs-and-billing/billing/financial-assistance	(866) 756-8348

**Anlage 2 –
Allgemeine Verrechnungssätze (AGB, Amounts Generally Billed) – Prozentanteile**

Patienten mit Anspruch auf finanzielle Unterstützung wird für eine Notversorgung oder medizinisch notwendige Behandlung nicht mehr in Rechnung gestellt, als den Patienten mit Versicherungsschutz gemäß den AGB berechnet wird. Die prozentualen Anteile der AGB für Krankenhausleistungen werden anhand der „Look-back“-Methode berechnet, die sich aus sämtlichen von Medicare erlaubten Forderungen für Einzelleistungen und Leistungen privater Krankenversicherer, geteilt durch die Gesamtbruttogebühren für diese Ansprüche für einen Zeitraum von 12 Monaten ergibt. Ermäßigungen für Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, werden anhand der AGB-Prozentsatzlimits geprüft, um sicherzustellen, dass die ihnen berechneten Gebühren die allgemeinen Verrechnungssätze nicht überschreiten.

Leistungserbringer	% AGB	% Ermäßigung
Evanston Hospital	29%	71%
Glenbrook Hospital	29%	71%
Highland Park Hospital	29%	71%
Skokie Hospital	29%	71%
Swedish Hospital	22%	78%
Northwest Community Hospital	29%	71%
NorthShore Medical Group	29%	71%
Swedish Medical Group	22%	78%
NCH Medical Group	29%	71%
Edward Hospital	22%	78%
Elmhurst Hospital	20%	80%
Linden Oaks Hospital	49%	51%
EEH Medical Group	22%	78%

Für die Zwecke dieser Richtlinie sind die AGB-Prozentsätze für jede Einrichtung jährlich zu berechnen und bis zum 120. Tag nach Jahresbeginn anzuwenden.

**Anlage 3 –
US-Armutsgrenze (FPL, Federal Poverty Level) – Richtwerte**

Für diese Richtlinie werden die Armutsgrenzwerte herangezogen, die jedes Jahr vom US-Gesundheitsministerium herausgegeben und im Bundesregister veröffentlicht werden. Die hier zitierten FPL-Einkommensgrenzen wurden am 12. Januar 2024 veröffentlicht.

Anzahl Familienmitglieder	FPL
1	\$15.060
2	\$20.440
3	\$25.820
4	\$31.200
5	\$36,580
6	\$41.960
7	\$47.340
8	\$52.720

Für Familieneinheiten mit mehr als 8 Personen werden für jede weitere Person 5.380 \$ hinzugefügt, um den FPL-Wert zu ermitteln.

Für die Zwecke dieser Richtlinie gelten die oben angegebenen Einkommensstufen als Bruttoeinkommen, wobei es jedoch Bestimmungen gibt, die eine Einkommensanpassung wegen außergewöhnlicher Kosten für medizinische Leistungen ermöglichen. Die in dieser Richtlinie verwendeten FPL-Einkommensstufen müssen jährlich nach ihrer Überarbeitung und Veröffentlichung durch die US-Bundesregierung im Bundesregister aktualisiert werden.

Anlage 4
NorthShore: Ermäßigungstabellen für die finanzielle Unterstützung

ERMÄSSIGUNGSTABELLE FÜR NICHT VERSICHERTE PATIENTEN

Nachfolgend finden Sie die Ermäßigungsprozentsätze nach FPL-Stufe für nicht versicherte Patienten. Der Ermäßigungssatz wird auf die Kosten für Notfall- oder medizinisch notwendige Behandlungen angerechnet.

Anzahl Familienmitglieder	0 % bis 200 % FPL	201 % bis 600 % FPL
	Maximales Einkommen für 100 % Ermäßigung	Maximales Einkommen für 71 % Ermäßigung
1	\$ 30.120	\$ 90.360
2	\$ 40.880	\$ 122.640
3	\$ 51.640	\$ 154.920
4	\$ 62.400	\$ 187.200
5	\$ 73.160	\$ 219.480
6	\$ 83.920	\$ 251.760
7	\$ 94.680	\$ 284.040
8	\$ 105.440	\$ 316.320
Jährliche Obergrenze für Zahlungen	0 \$ Zahlung/100 % Ermäßigung	20 % des jährlichen Familieneinkommens

ERMÄSSIGUNGSTABELLE FÜR VERSICHERTE PATIENTEN

Nachfolgend finden Sie die Ermäßigungsprozentsätze nach FPL-Stufe für versicherte Patienten. Der Ermäßigungssatz wird auf den verbleibenden Selbstzahlerbetrag für Notfall- oder medizinisch notwendige Behandlungen angerechnet.

Anzahl Familienmitglieder	0 % bis 200 % FPL	201 % bis 400 % FPL
	Maximales Einkommen für 100 % Ermäßigung	Maximales Einkommen für 71 % Ermäßigung
1	\$ 30.120	\$ 60.240
2	\$ 40.880	\$ 81.760
3	\$ 51.640	\$ 103.280
4	\$ 62.400	\$ 124.800
5	\$ 73.160	\$ 146.320
6	\$ 83.920	\$ 167.840
7	\$ 94.680	\$ 189.360
8	\$ 105.440	\$ 210.880

Anlage 5
Swedish Hospital: Ermäßigungstabellen für die finanzielle Unterstützung

ERMÄSSIGUNGSTABELLE FÜR NICHT VERSICHERTE PATIENTEN

Nachfolgend finden Sie die Ermäßigungsprozentsätze nach FPL-Stufe für nicht versicherte Patienten. Der Ermäßigungssatz wird auf die Kosten für Notfall- oder medizinisch notwendige Behandlungen angerechnet.

Anzahl Familienmitglieder	0 % bis 200 % FPL	201 % bis 600 % FPL
	Maximales Einkommen für 100 % Ermäßigung	Maximales Einkommen für 78 % Ermäßigung
1	\$ 30.120	\$ 90.360
2	\$ 40.880	\$ 122.640
3	\$ 51.640	\$ 154.920
4	\$ 62.400	\$ 187.200
5	\$ 73.160	\$ 219.480
6	\$ 83.920	\$ 251.760
7	\$ 94.680	\$ 284.040
8	\$ 105.440	\$ 316.320
Jährliche Obergrenze für Zahlungen	0 \$ Zahlung/100 % Ermäßigung	20 % des jährlichen Familieneinkommens

ERMÄSSIGUNGSTABELLE FÜR VERSICHERTE PATIENTEN

Nachfolgend finden Sie die Ermäßigungsprozentsätze nach FPL-Stufe für versicherte Patienten. Der Ermäßigungssatz wird auf den verbleibenden Selbstzahlerbetrag für Notfall- oder medizinisch notwendige Behandlungen angerechnet.

Anzahl Familienmitglieder	0 % bis 200 % FPL	201 % bis 400 % FPL
	Maximales Einkommen für 100 % Ermäßigung	Maximales Einkommen für 78 % Ermäßigung
1	\$ 30.120	\$ 60.240
2	\$ 40.880	\$ 81.760
3	\$ 51.640	\$ 103.280
4	\$ 62.400	\$ 124.800
5	\$ 73.160	\$ 146.320
6	\$ 83.920	\$ 167.840
7	\$ 94.680	\$ 189.360
8	\$ 105.440	\$ 210.880

Anlage 6
NCH: Ermäßigungstabellen für die finanzielle Unterstützung

ERMÄSSIGUNGSTABELLE FÜR NICHT VERSICHERTE PATIENTEN

Nachfolgend finden Sie die Ermäßigungsprozentsätze nach FPL-Stufe für nicht versicherte Patienten. Der Ermäßigungssatz wird auf die Kosten für Notfall- oder medizinisch notwendige Behandlungen angerechnet.

Anzahl Familienmitglieder	0 % bis 200 % FPL	201 % bis 600 % FPL
	Maximales Einkommen für 100 % Ermäßigung	Maximales Einkommen für 71 % Ermäßigung
1	\$ 30.120	\$ 90.360
2	\$ 40.880	\$ 122.640
3	\$ 51.640	\$ 154.920
4	\$ 62.400	\$ 187.200
5	\$ 73.160	\$ 219.480
6	\$ 83.920	\$ 251.760
7	\$ 94.680	\$ 284.040
8	\$ 105.440	\$ 316.320
Jährliche Obergrenze für Zahlungen	0 \$ Zahlung/100 % Ermäßigung	20 % des jährlichen Familieneinkommens

ERMÄSSIGUNGSTABELLE FÜR VERSICHERTE PATIENTEN

Nachfolgend finden Sie die Ermäßigungsprozentsätze nach FPL-Stufe für versicherte Patienten. Der Ermäßigungssatz wird auf den verbleibenden Selbstzahlerbetrag für Notfall- oder medizinisch notwendige Behandlungen angerechnet.

Anzahl Familienmitglieder	0 % bis 200 % FPL	201 % bis 400 % FPL
	Maximales Einkommen für 100 % Ermäßigung	Maximales Einkommen für 71 % Ermäßigung
1	\$ 30.120	\$ 60.240
2	\$ 40.880	\$ 81.760
3	\$ 51.640	\$ 103.280
4	\$ 62.400	\$ 124.800
5	\$ 73.160	\$ 146.320
6	\$ 83.920	\$ 167.840
7	\$ 94.680	\$ 189.360
8	\$ 105.440	\$ 210.880

Anlage 7**Edward Hospital: Ermäßigungstabellen für die finanzielle Unterstützung****ERMÄSSIGUNGSTABELLE FÜR NICHT VERSICHERTE PATIENTEN**

Nachfolgend finden Sie die Ermäßigungsprozentsätze nach FPL-Stufe für nicht versicherte Patienten. Der Ermäßigungssatz wird auf die Kosten für Notfall- oder medizinisch notwendige Behandlungen angerechnet.

Anzahl Familienmitglieder	0 % bis 200 % FPL	201 % bis 600 % FPL
	Maximales Einkommen für 100 % Ermäßigung	Maximales Einkommen für 78 % Ermäßigung
1	\$ 30.120	\$ 90.360
2	\$ 40.880	\$ 122.640
3	\$ 51.640	\$ 154.920
4	\$ 62.400	\$ 187.200
5	\$ 73.160	\$ 219.480
6	\$ 83.920	\$ 251.760
7	\$ 94.680	\$ 284.040
8	\$ 105.440	\$ 316.320
Jährliche Obergrenze für Zahlungen	0 \$ Zahlung/100 % Ermäßigung	20 % des jährlichen Familieneinkommens

ERMÄSSIGUNGSTABELLE FÜR VERSICHERTE PATIENTEN

Nachfolgend finden Sie die Ermäßigungsprozentsätze nach FPL-Stufe für versicherte Patienten. Der Ermäßigungssatz wird auf den verbleibenden Selbstzahlerbetrag für Notfall- oder medizinisch notwendige Behandlungen angerechnet.

Anzahl Familienmitglieder	0 % bis 200 % FPL	201 % bis 400 % FPL
	Maximales Einkommen für 100 % Ermäßigung	Maximales Einkommen für 78 % Ermäßigung
1	\$ 30.120	\$ 60.240
2	\$ 40.880	\$ 81.760
3	\$ 51.640	\$ 103.280
4	\$ 62.400	\$ 124.800
5	\$ 73.160	\$ 146.320
6	\$ 83.920	\$ 167.840
7	\$ 94.680	\$ 189.360
8	\$ 105.440	\$ 210.880

Anlage 7
Elmhurst Hospital: Ermäßigungstabellen für die finanzielle Unterstützung

ERMÄSSIGUNGSTABELLE FÜR NICHT VERSICHERTE PATIENTEN

Nachfolgend finden Sie die Ermäßigungsprozentsätze nach FPL-Stufe für nicht versicherte Patienten. Der Ermäßigungssatz wird auf die Kosten für Notfall- oder medizinisch notwendige Behandlungen angerechnet.

Anzahl Familienmitglieder	0 % bis 200 % FPL	201 % bis 600 % FPL
	Maximales Einkommen für 100 % Ermäßigung	Maximales Einkommen für 80 % Ermäßigung
1	\$ 30.120	\$ 90.360
2	\$ 40.880	\$ 122.640
3	\$ 51.640	\$ 154.920
4	\$ 62.400	\$ 187.200
5	\$ 73.160	\$ 219.480
6	\$ 83.920	\$ 251.760
7	\$ 94.680	\$ 284.040
8	\$ 105.440	\$ 316.320
Jährliche Obergrenze für Zahlungen	0 \$ Zahlung/100 % Ermäßigung	20 % des jährlichen Familieneinkommens

ERMÄSSIGUNGSTABELLE FÜR VERSICHERTE PATIENTEN

Nachfolgend finden Sie die Ermäßigungsprozentsätze nach FPL-Stufe für versicherte Patienten. Der Ermäßigungssatz wird auf den verbleibenden Selbstzahlerbetrag für Notfall- oder medizinisch notwendige Behandlungen angerechnet.

Anzahl Familienmitglieder	0 % bis 200 % FPL	201 % bis 400 % FPL
	Maximales Einkommen für 100 % Ermäßigung	Maximales Einkommen für 80 % Ermäßigung
1	\$ 30.120	\$ 60.240
2	\$ 40.880	\$ 81.760
3	\$ 51.640	\$ 103.280
4	\$ 62.400	\$ 124.800
5	\$ 73.160	\$ 146.320
6	\$ 83.920	\$ 167.840
7	\$ 94.680	\$ 189.360
8	\$ 105.440	\$ 210.880

Anlage 7
Linden Oaks: Ermäßigungstabellen für die finanzielle Unterstützung

ERMÄSSIGUNGSTABELLE FÜR NICHT VERSICHERTE PATIENTEN

Nachfolgend finden Sie die Ermäßigungsprozentsätze nach FPL-Stufe für nicht versicherte Patienten. Der Ermäßigungssatz wird auf die Kosten für Notfall- oder medizinisch notwendige Behandlungen angerechnet.

Anzahl Familienmitglieder	0 % bis 200 % FPL	201 % bis 600 % FPL
	Maximales Einkommen für 100 % Ermäßigung	Maximales Einkommen für 51 % Ermäßigung
1	\$ 30.120	\$ 90.360
2	\$ 40.880	\$ 122.640
3	\$ 51.640	\$ 154.920
4	\$ 62.400	\$ 187.200
5	\$ 73.160	\$ 219.480
6	\$ 83.920	\$ 251.760
7	\$ 94.680	\$ 284.040
8	\$ 105.440	\$ 316.320
Jährliche Obergrenze für Zahlungen	0 \$ Zahlung/100 % Ermäßigung	20 % des jährlichen Familieneinkommens

ERMÄSSIGUNGSTABELLE FÜR VERSICHERTE PATIENTEN

Nachfolgend finden Sie die Ermäßigungsprozentsätze nach FPL-Stufe für versicherte Patienten. Der Ermäßigungssatz wird auf den verbleibenden Selbstzahlerbetrag für Notfall- oder medizinisch notwendige Behandlungen angerechnet.

Anzahl Familienmitglieder	0 % bis 200 % FPL	201 % bis 400 % FPL
	Maximales Einkommen für 100 % Ermäßigung	Maximales Einkommen für 51 % Ermäßigung
1	\$ 30.120	\$ 60.240
2	\$ 40.880	\$ 81.760
3	\$ 51.640	\$ 103.280
4	\$ 62.400	\$ 124.800
5	\$ 73.160	\$ 146.320
6	\$ 83.920	\$ 167.840
7	\$ 94.680	\$ 189.360
8	\$ 105.440	\$ 210.880