

Antrag auf finanzielle Unterstützung Nummer(n) der Patientenforderung(en): _____
Wichtig: Unter Umständen erhalten Sie die medizinischen Versorgung kostenlos bzw. zu reduzierten Kosten.

Durch das Ausfüllen dieses Antrags kann NorthShore – Edward-Elmhurst Health (NS-EEH) bestimmen, ob Sie kostenlose oder ermäßigte Leistungen oder eine sonstige Unterstützung aus öffentlichen Mitteln erhalten können, die zur Finanzierung Ihrer Gesundheitsversorgung beitragen können. Wenn Sie nicht versichert sind, ist keine Sozialversicherungsnummer erforderlich, um Anspruch auf eine kostenlose oder ermäßigte medizinische Versorgung zu haben. Für einige öffentliche Programme wie Medicaid ist jedoch eine Sozialversicherungsnummer erforderlich. Die Angabe der Sozialversicherungsnummer ist nicht erforderlich, hilft NS-EEH jedoch bei der Feststellung, ob Sie für öffentliche Programme in Frage kommen.

Bitte füllen Sie dieses Formular so bald wie möglich nach dem Datum der Leistungserbringung aus, damit NS-EEH Ihren Anspruch auf finanzielle Unterstützung feststellen kann. Anträge werden von NS-EEH bis zu 240 Tage nach der ersten Rechnungsstellung für die medizinische Leistung angenommen.

Der Patient bestätigt, sämtliche für den Antrag erforderlichen Informationen nach bestem Wissen und Gewissen angegeben zu haben, um NS-EEH bei der Feststellung der Berechtigung zur finanziellen Unterstützung zu unterstützen.

ANLEITUNG: FÜLLEN SIE DAS ANTRAGSFORMULAR VOLLSTÄNDIG AUS UND UNTERZEICHNEN SIE DIE ERMÄCHTIGUNG ZUR PRÜFUNG DER INFORMATIONEN.					
ANGABEN ZUR ANTRAGSTELLENDEN ORPHAN					
E-Mail-Adresse					Anzahl Orphanen im Haushalt (inkl. Pt.)
Nachname	Vorname	2. Vorname (Initiale)	Geburtsdatum		Sozialversicherungsnr.
Straße u. Hausnummer	Apt.-Nr.	Ort	Bundesstaat	PLZ	Telefon privat
Name des Arbeitgebers			Arbeitgeber: Straße/Hausnr.		Mobiltelefon
Arbeitgeber: Ort		Bundesstaat	PLZ	Monatliches Einkommen:	Telefon Arbeit
Rasse (optional)	Ethnizität (optional)		Geschlecht (optional)		Bevorzugte Ansprache (optional)
EHEPARTNER/ZAHLUNGSVERANTWORTLICHER, BEI MINDERJÄHRIGEN ELTERNTEIL					
E-Mail-Adresse			Verhältnis zum Patienten		Geburtsdatum
Nachname	Vorname	2. Vorname (Initiale)		Sozialversicherungsnr.	
Straße u. Hausnummer	Apt.-Nr.	Ort	Bundesstaat	PLZ	Telefon privat
Name des Arbeitgebers			Arbeitgeber: Straße/Hausnr.		Mobiltelefon
Arbeitgeber: Ort		Bundesstaat	PLZ	Monatliches Einkommen:	Telefon Arbeit

Angenommene Anspruchsberechtigung:

Unversicherte Patienten, die persönlich oder anhand der von ihrer Familie bezogenen Leistungen nachweislich eines der unten stehenden Kriterien für eine Annahme der Anspruchsberechtigung erfüllen, haben automatisch Anspruch auf eine **kostenlose Behandlung** und müssen **keinen Einkommensnachweis vorlegen**. Die Anspruchsberechtigung wird weitgehend elektronisch überprüft. Es kann jedoch sein, dass wir hierfür auf Ihre Unterstützung zurückgreifen müssen.

Bitte alles Zutreffenden ankreuzen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> LIHEAP ENERGIEHILFEPROGRAMM FÜR EINKOMMENSCHWACHE HAUSHALTE (LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM) |
| <input type="checkbox"/> SNAP | <input type="checkbox"/> MEDIZINISCHES VERSORGUNGSPROGRAMM AUF GEMEINDEEBENE |
| <input type="checkbox"/> ILLINOIS-PROGRAMM FÜR KOSTENLOSES MITTAGESSEN/FRÜHSTÜCK (ILLINOIS FREE LUNCH/BREAKFAST) | <input type="checkbox"/> GEWÄHRTE UNTERSTÜTZUNG FÜR MEDIZINISCHE LEISTUNGEN (GRANT ASSISTANCE FOR MEDICAL SERVICES) |
| <input type="checkbox"/> INHAFTIERT | <input type="checkbox"/> TANF: TEMPORÄRE HILFE FÜR BEDÜRFTIGE FAMILIEN (TEMPORARY ASSISTANCE FOR NEEDY FAMILIES) |
| <input type="checkbox"/> OBDACHLOSIGKEIT | <input type="checkbox"/> PRIVATINSOLVENZ (FALLNR. _____ GESCHLOSSEN AM _____) |
| <input type="checkbox"/> VERSTORBEN OHNE VERMÖGEN | <input type="checkbox"/> ZUGEHÖRIGKEIT ZU EINEM RELIGIÖSEN ORDEN MIT ARMUTSGELÜBDE |
| <input type="checkbox"/> MEDICAID-ANSPRUCH, JEDOCH NICHT ZUM ZEITPUNKT DER LEISTUNG BZW. FÜR NICHT ABGEDECKTE LEISTUNGEN | |
| <input type="checkbox"/> PROGRAMM DER WOHNUNGSBAUBEHÖRDE ZUR UNTERSTÜTZUNG VON MIETWOHNUNGEN IN ILLINOIS (ILLINOIS HOUSING DEVELOPMENT AUTHORITY'S RENTAL HOUSING SUPPORT PROGRAM) | |
| <input type="checkbox"/> GEISTIGE HANDLUNGSUNFÄHIGKEIT OHNE EINE IM NAMEN DES PATIENTEN HANDELNDE ORPHAN | |

**** Wenn Sie die Kriterien für die „angenommene Anspruchsberechtigung“ nachweisen, müssen Sie keine Angaben zu Ihrem Einkommen machen. Vergessen Sie jedoch nicht, die „Bestätigung des Antragstellers“ auf der folgenden Seite zu unterschreiben.**

Antrag auf finanzielle Unterstützung Nummer(n) der Patientenforderung(en): _____

Angaben zum Einkommen:

Bitte stellen Sie die unten angeforderten Unterlagen bereit (sofern zutreffend). Wenn eine der erforderlichen Unterlagen nicht beiliegt, kann sich die Bearbeitung Ihres Antrags verzögern oder der Antrag abgelehnt werden.

Zur antragstellenden Orphan, ihrem (Ehe-)Partner oder bei Minderjährigen zum Elternteil bzw. Erziehungsberechtigten müssen die folgenden Unterlagen vorgelegt werden. Wenn Sie keine Unterlagen zu Ihrem Einkommen vorlegen können, reichen Sie bitte das ausgefüllte Formular „Bestätigung der Unterstützung“ auf der letzten Seite dieses Antrags ein.

<p>Alle Antragsteller müssen einen Wohnsitznachweis für Illinois vorlegen, der Folgendes beinhaltet: gültiger staatlich ausgestellte Identitätskarte, letzte Stromrechnung, Mietvertrag, Fahrzeugschein, Wählerregistrierungskarte, sonstige an die antragstellende Orphan gerichtete Post von einer Behörde oder einer anderen glaubwürdigen Quelle, eine Erklärung eines Familienmitglieds, das an derselben Adresse wohnt und einen entsprechenden Wohnsitznachweis beifügt, oder ein Schreiben einer Obdachlosenunterkunft, eines Übergangsheims oder einer ähnlichen Einrichtung.</p>
<p>Angestellte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kopie der Steuererklärung des Vorjahres bzw. Formular W-2, 1099 usw. • Kopien der beiden letzten Gehaltsabrechnungen • Kopien der beiden letzten Kontoauszüge für alle Giro-, Spar- und Kreditgenossenschaftskonten
<p>Selbstständige:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kopie der Steuererklärung des Vorjahres bzw. Formular W-2, 1099 usw. • Kopien der beiden letzten Kontoauszüge für alle Giro-, Spar- und Kreditgenossenschaftskonten
<p>Erwerbslose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kopie der Steuererklärung des Vorjahres bzw. Formular W-2, 1099 usw. • Kopie des Arbeitslosengeldbescheids, in dem die Leistungshöhe aufgeführt ist • Schreiben des letzten Arbeitgebers mit dem Kündigungsdatum • Bestätigung der Unterstützung (bitte entsprechendes Formular auf der letzten Seite dieses Antrags ausfüllen)
<p>Vollzeitstudierende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nachweis der Hochschulmatrikulation (einschließlich Schreiben der Hochschule oder Universität, aus dem der Vollzeitstatus hervorgeht, oder Studiengebühren-/Finanzbeleg)
<p>Orphanen im Ruhestand oder mit Behinderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kopie der Steuererklärung des Vorjahres bzw. Formular W-2, 1099 usw. (falls zutreffend) • Kopie des letzten Bescheids der Sozialversicherungsbehörde mit Angabe der monatlichen Leistungshöhe • Kopien der beiden letzten Kontoauszüge für alle Giro-, Spar- und Kreditgenossenschaftskonten
<p>Nachweis über sonstige Einkünfte: Stellen Sie die folgenden Informationen bereit, sofern für Ihre finanzielle Situation relevant:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schreiben zu Ehegatten- und/oder Kindesunterhalt • Einkünfte aus Mieteigentum • Erträge aus als Finanzinvestition gehaltenen Immobilien • Alle sonstigen Einkommensquellen, die oben nicht aufgeführt sind

Angaben zur Familie/zum Haushalt:

Anzahl der Orphanen in Familie/Haushalt	
Anzahl der Orphanen, für die die antragstellende Orphan unterhaltspflichtig ist	
Alter der unterhaltsberechtigten Angehörigen der antragstellenden Orphan	

Sonstige Informationen:

Wenn Sie im Besitz weiterer Unterlagen sind, die bei der Bearbeitung Ihres Antrags durch NS-EEH von Relevanz sein könnten, wie hohe offene Rechnungen, die einen Hinweis auf einen finanziellen Härtefall liefern, legen Sie diese Unterlagen bitte vor (Beispiele: Telefonrechnungen, Stromrechnungen, medizinische Rechnungen, Bank- oder Scheckauszüge usw.)

Antrag auf finanzielle Unterstützung Nummer(n) der Patientenforderung(en): _____

Bestätigungserklärung:

Hiermit bestätige ich, dass die Informationen in diesem Antrag nach meinem besten Wissen wahr und korrekt sind. Ich werde alle staatlichen, bundesstaatlichen oder lokalen Unterstützungen beantragen, für die ich berechtigt bin, um die Begleichung dieser Rechnung von NS-EEH zu unterstützen. Mir ist bewusst, dass die von mir gemachten Angaben von NS-EEH überprüft werden können, und ich autorisiere NS-EEH, Kontakt mit Dritten aufzunehmen, um die Richtigkeit der in diesem Antrag angegebenen Informationen zu überprüfen. Mir ist außerdem bewusst, dass wissentlich falsche Angaben in diesem Antrag dazu führen können, dass meine Berechtigung zur finanziellen Unterstützung erlischt, jegliche bereits gewährte finanzielle Unterstützung rückgängig gemacht wird und ich für die Zahlung der Rechnung von NS-EEH verantwortlich bin.

Unterschrift des Antragstellers: _____ Datum: _____

Mögliche Wege der Antragseinreichung:

Krankenhaus:	Evanston Hospital Glenbrook Hospital Skokie Hospital Highland Park Hospital	Swedish Hospital	Northwest Community Hospital	Edward Hospital Elmhurst Hospital Linden Oaks
Post:	NorthShore University HealthSystem Patient Financial Services P.O. Box 1006, Suite 330 Skokie, IL 60076-9877	Swedish Hospital Financial Service Center 5145 N. California Ave, Chicago, IL 60625	Northwest Community Hospital Patient Services Center Attn: Financial Counseling 800 W. Central Rd. Arlington Heights, IL 60005	Edward-Elmhurst Health Financial Assistance Dept 4201 Winfield Rd Warrenville, IL 60555
Fax, E-Mail oder Patientenportal:	(847) 982-6957 oder Upload auf NorthShore Connect	(773) 878-6838 oder Upload auf NorthShore Connect	(847) 618-4549 oder Upload auf NCH MyChart	(331) 221-2704 oder E-Mail an financialassistance@eehealth.org
Telefon:	(847) 570-5000	(773) 989-3841	(847) 618-4542	(866) 756-8348
Persönliche Vorlage:	Die vollständigen Antragsunterlagen können bei einem Zahlungsberater des Krankenhauses, bei dem die Unterstützung beantragt wird, persönlich vorgelegt werden.			

Beschwerden oder Bedenken bezüglich des Antrags auf Ermäßigung für nicht versicherte Patienten oder des Verfahrens zur finanziellen Unterstützung können dem Health Care Bureau des Illinois Attorney General unter der Rufnummer 1-877-305-5145 oder per E-Mail an illinoisattorneygeneral.gov gemeldet werden.

Antrag auf finanzielle Unterstützung Nummer(n) der Patientenforderung(en): _____

Erklärung zur Unterbringung und Verpflegung/Bestätigung der Unterstützung

Dieses Formular ist von der Orphan auszufüllen, die Unterkunft, Verpflegung und/oder finanzielle Unterstützung leistet, und ist nur auszufüllen, wenn die antragstellende Orphan mit einer anderen Orphan als einem rechtmäßigen Ehepartner zusammenlebt.

Ich, _____, biete derzeit (bitte alles Zutreffende ankreuzen)

- Unterstützung finanzieller Art
 Unterkunft und Verpflegung

für _____ seit _____

Ich bin nicht für medizinische Kosten verantwortlich, die der oben genannten Orphan entstehen.

Adresse, an der Unterkunft und Verpflegung geboten werden

Ich leiste einen Zuschuss von _____ \$ pro Woche/Monat (bitte umkreisen)

Sonstige Unterstützung (bitte erläutern) _____

Name und Anschrift der unterstützenden Orphan (bitte in Druckschrift)

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Unterschrift des Antragstellers: _____ Datum: _____

Unterschrift unterstützende Orphan: _____ Datum: _____

Antrag auf finanzielle Unterstützung Nummer(n) der Patientenforderung(en): _____

Entgeltbestätigung des Arbeitgebers

Hiermit wird bestätigt, dass _____ bei
(Name des Mitarbeiters)

_____ seit dem _____ beschäftigt ist.
(Name des Arbeitgebers) (Einstellungsdatum)

_____ erhält ein Bruttoeinkommen
(Name des Mitarbeiters)

(vor Abzügen für Steuern, Sozialversicherung, Versicherung usw.) von
_____ \$.

Die Zahlung erfolgt:

- wöchentlich
- zweiwöchentlich
- zweimal im Monat
- monatlich
- jährlich

_____/_____/_____ Datum: _____
Unterschrift des Arbeitgebers Titel

Anschrift Bundesstaat PLZ Telefonnummer