

**Mercy Medical Center Merced**  
**Anweisungen für das Antragsformular für finanzielle Unterstützung**

Dies ist ein Antrag auf finanzielle Unterstützung in einer *CommonSpirit Health* Einrichtung.

**CommonSpirit Health bietet finanzielle Unterstützung** für Personen und Familien, die bestimmte Einkommensanforderungen erfüllen. Sie können sich aufgrund Ihrer Familiengröße und Ihres Einkommens für eine kostenlose oder ermäßigte Pflege qualifizieren, selbst wenn Sie krankenversichert sind. Patienten, deren Familieneinkommen unter 500% der Bundesrichtlinien zur Armutsgrenze liegt, werden unterstützt. Informationen zu den Federal Poverty Level Guidelines finden Sie unter <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

**Was deckt die finanzielle Unterstützung ab?** Die finanzielle Unterstützung des Krankenhauses umfasst geeignete krankenhausbasierte Dienstleistungen, die von CommonSpirit Health abhängig von Ihrer Berechtigung bereitgestellt werden. Die finanzielle Unterstützung deckt möglicherweise nicht alle Kosten für die Gesundheitsversorgung ab, einschließlich der von anderen Organisationen erbrachten Dienstleistungen.

**Wenn Sie Fragen haben oder Hilfe beim Ausfüllen dieses Antrags benötigen:** Sie können Hilfe aus beliebigem Grund erhalten, einschließlich Behinderung und Sprachunterstützung unter: 209-564-5105.

**Damit Ihr Antrag bearbeitet werden kann, müssen Sie:**

- Uns Informationen über Ihre Familie geben**
- Uns Informationen über das monatliche Bruttoeinkommen Ihrer Familie (Einkommen vor Steuern und Abzügen) geben**
- Unterlagen zum Familieneinkommen vorlegen**
- Dokumentation für Familienvermögen bereitstellen**
- Bei Bedarf zusätzliche Informationen hinzufügen**
- Das Formular unterschreiben und datieren**

**Hinweis: Sie müssen keine Sozialversicherungsnummer angeben, um finanzielle Unterstützung zu beantragen.** Wenn Sie uns Ihre Sozialversicherungsnummer mitteilen, wird dies die Bearbeitung Ihres Antrags beschleunigen. Sozialversicherungsnummern werden verwendet, um die uns zur Verfügung gestellten Informationen zu überprüfen. Wenn Sie keine Sozialversicherungsnummer haben, markieren Sie bitte "nicht zutreffend" oder "NA".

**Mailen oder faxen Sie den ausgefüllten Antrag mit allen Unterlagen an:** Mercy Medical Center Merced, PO Box 3008, Rancho Cordova, CA 95741-3008. Fax: 877-691-1151. Stellen Sie sicher, dass Sie eine Kopie für sich behalten.

**So reichen Sie Ihren vollständigen Antrag persönlich ein:** Mercy Medical Center Merced, 333 Mercy Avenue, Merced, CA, CA 95340

Wir werden Sie innerhalb von 30 Kalendertagen nach Eingang eines vollständigen Antrags auf finanzielle Unterstützung einschließlich der Dokumentation des Einkommens über die endgültige Feststellung der Anspruchsberechtigung und gegebenenfalls der Berufungsrechte informieren.

Mit dem Einreichen eines Antrags auf finanzielle Unterstützung erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir die erforderlichen Anfragen zur Bestätigung der finanziellen Verpflichtungen und Informationen stellen.

**Wir wollen helfen. Bitte reichen Sie Ihre Bewerbung umgehend ein!**  
**Sie können Rechnungen erhalten, bis wir Ihre Informationen erhalten.**

**Mercy Medical Center Merced**  
**Antragsformular für finanzielle Unterstützung - vertraulich**

*Bitte füllen Sie alle Informationen vollständig aus. Wenn dies nicht zutrifft, schreiben Sie "NA". Fügen Sie bei Bedarf weitere Seiten hinzu.*

**SCREENING-INFORMATIONEN**

Brauchen Sie einen Dolmetscher? <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <i>Wenn ja, bevorzugte Sprache auflisten:</i>
Hat der Patient Medicaid beantragt? <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <i>Möglicherweise muss ein Antrag gestellt werden, bevor eine finanzielle Unterstützung in Betracht gezogen wird</i>
Erhält der Patient staatliche öffentliche Dienstleistungen wie Lebensmittelmarken oder WIC (Frauen, Säuglinge und Kinder)? <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b>
Ist der Patient derzeit obdachlos? <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b>
Bezieht sich die medizinische Versorgung des Patienten auf einen Autounfall oder einen Arbeitsunfall? <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b>
Liste der Krankenhäuser von Dignity Health oder CommonSpirit Health, in denen Sie behandelt wurden:

**BITTE BEACHTEN SIE**

- Wir können nicht garantieren, dass Sie Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, auch wenn Sie sich bewerben.
- Sobald Sie Ihre Bewerbung eingereicht haben, können wir alle Informationen prüfen und zusätzliche Informationen oder Einkommensnachweise anfordern.

**PATIENTEN- UND ANTRAGSTELLERINFORMATIONEN**

Vorname des Patienten	Zweiter Vorname des Patienten	Nachname des Patienten
Geburtsdatum	Patientenkontonummern:	Sozialversicherungsnummer des Patienten (optional *)
Verantwortliche Person für die Zahlung der Rechnung	Beziehung zum Patienten	Geburtstag
		Sozialversicherungsnummer (optional *)
Postanschrift		Hauptkontaktnummer(n) ( ) _____ ( ) _____
Stadt	Bundesstaat	Postleitzahl
E-Mail-Adresse: _____		
Beschäftigungsstatus der Person, die für die Zahlung der Rechnung verantwortlich ist		
<input type="checkbox"/> <b>Angestellt</b> (Datum der Einstellung: _____) <input type="checkbox"/> <b>Arbeitslos</b> (wie lange arbeitslos: _____) <input type="checkbox"/> <b>Selbständig</b> <input type="checkbox"/> <b>Student</b> <input type="checkbox"/> <b>Behinderte</b> <input type="checkbox"/> <b>Rentner</b> <input type="checkbox"/> <b>Andere</b> ( _____ )		

**FAMILIENINFORMATIONEN**

- Listen Sie Familienmitglieder in Ihrem Haushalt auf, einschließlich Sie. Die „Familie“ eines Patienten umfasst:
- Für Personen ab 18 Jahren - Ehepartner, Lebenspartner und unterhaltsberechtigter Kinder unter 21 Jahren, unabhängig davon, ob sie zu Hause leben oder nicht.
  - Für Personen unter 18 Jahren - Eltern, pflegende Angehörige und andere Kinder unter 21 Jahren des Elternteils oder pflegenden Angehörigen.

**FAMILIENGRÖSSE \_\_\_\_\_**
*Fügen Sie bei Bedarf eine zusätzliche Seite hinzu*

Name	Geburtsdatum	Beziehung zum Patienten	Wenn 18 Jahre oder älter: Name oder Einkommensquelle des Arbeitgebers	Wenn 18 Jahre oder älter: Gesamtes monatliches Bruttoeinkommen (vor Steuern):	Auch finanzielle Unterstützung beantragen?
					Ja / Nein
					Ja / Nein
					Ja / Nein
					Ja / Nein
					Ja / Nein
					Ja / Nein

**Das Einkommen aller erwachsenen Familienmitglieder muss angegeben werden. Zu den Einnahmequellen gehören zum Beispiel:**

- Löhne - Arbeitslosigkeit - Selbständigkeit - Arbeitnehmerentschädigung - Behinderung - SSI
- Kinder- / Ehegattenunterstützung - Arbeitsstudienprogramme (Studenten) - Rente - Verteilung des Rentenkontos
- Andere (bitte *angeben*: \_\_\_\_\_)

**Mercy Medical Center Merced****Antragsformular für finanzielle Unterstützung - vertraulich****EINKOMMENSINFORMATIONEN**

**DENKEN SIE DARAN:** Sie müssen Ihrer Bewerbung einen Einkommensnachweis beifügen.

**Sie müssen Angaben zum Einkommen Ihrer Familie machen. Eine Einkommensüberprüfung ist erforderlich, um die finanzielle Unterstützung zu bestimmen.**

**Alle Familienmitglieder ab 18 Jahren müssen ihr Einkommen offenlegen. Bitte legen Sie für jede identifizierte Einnahmequelle einen Nachweis vor.**

**Beispiele für Einkommensnachweise sind:**

- Einkommensteuererklärung des letzten Jahres, gegebenenfalls einschließlich Zeitpläne; oder
- Eine Quellensteuererklärung "W-2"; oder
- Aktuelle Gehaltsabrechnungen (3 Monate); oder
- schriftliche, unterschriebene Erklärungen von Arbeitgebern oder anderen; UND
- Genehmigung/Verweigerung der Berechtigung für Medicaid und/oder staatlich finanzierte medizinische Hilfe; oder
- Genehmigung/Verweigerung des Anspruchs auf Arbeitslosenunterstützung.

Wenn Sie keinen Einkommensnachweis oder kein Einkommen haben, fügen Sie bitte eine zusätzliche Seite mit einer unterschriebenen Erklärung bei, in der erläutert wird, wie Sie die grundlegenden Lebenshaltungskosten (wie Wohnen, Essen und Versorgung) unterstützen.

**VERMÖGENSINFORMATIONEN**

**DENKEN SIE DARAN:** Sie müssen Ihrer Bewerbung einen Vermögensnachweis beifügen.

**Sie müssen Informationen zu allen Vermögenswerten eines Familienmitglieds bereitstellen. Die Überprüfung des Vermögens ist erforderlich, um die finanzielle Unterstützung zu ermitteln.**

**Alle Familienmitglieder ab 18 Jahren müssen ihre verfügbaren finanziellen Mittel offenlegen. Bitte legen Sie einen Nachweis für jede identifizierte Vermögensquelle vor. Beispiele für einen Einkommensnachweis sind:**

- Aktuelle Kontoauszüge (mit den letzten 3 Monaten)
  - Girokonto(en)
  - Sparkonto(en)
- Anlagen, einschließlich Aktien und Anleihen
- Treuhandfonds
- Kapitalmarktkonto(en)
- Investmentfonds
- Andere Investmentfonds, für die keine Strafe anfällt, wenn Mittel abgezogen werden.

**ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN**

Bitte fügen Sie eine zusätzliche Seite bei, wenn Sie uns weitere Informationen zu Ihrer aktuellen finanziellen Situation mitteilen möchten, z.B. finanzielle Schwierigkeiten, übermäßige medizinische Ausgaben, saisonales oder vorübergehendes Einkommen oder persönlicher Verlust.

**PATIENTENVEREINBARUNG**

Ich verstehe, dass CommonSpirit Health Informationen überprüfen kann, indem Kreditinformationen überprüft und Informationen aus anderen Quellen eingeholt werden, um die Berechtigung für finanzielle Unterstützung oder Zahlungspläne zu bestimmen.

- Ich bestätige, dass die von mir bereitgestellten Informationen nach bestem Wissen und Gewissen wahr und genau sind.
- Ich werde unabhängig oder mit Unterstützung des Krankenhauspersonals JEDE und ALLE Unterstützung beantragen, die über Bundes-, Landes-, Kommunal- und private Quellen verfügbar sein kann, um zur Bezahlung dieser Gesundheitsrechnung beizutragen.
- Ich verstehe, dass meine Bewerbung möglicherweise abgelehnt wird, wenn ich bei der Bereitstellung der angeforderten Informationen nicht mit CommonSpirit Health zusammenarbeite.
- Ich verstehe, dass die von mir eingereichten Informationen von CommonSpirit Health, einschließlich Kreditauskunfteien, überprüft und bei Bedarf von Bundes- und/oder Landesbehörden und anderen überprüft werden müssen.
- Ich verstehe, dass möglicherweise zusätzliche Informationen angefordert werden, um sich für eine Unterstützung zu qualifizieren.

Wenn Sie eine Zahlung von einer Versicherungsgesellschaft, einem Arbeitnehmerentschädigungsplan oder einem anderen Dritten erhalten, erklären Sie sich damit einverstanden, das Krankenhaus über eine solche Zahlung zu informieren. Das Krankenhaus behält sich das Recht vor, die ursprünglichen, vollständig in Rechnung gestellten Gebühren einzuziehen, falls ein Dritter Ihnen die Zahlung für die Leistungen des Krankenhauses zur Verfügung stellt.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der bewerbenden Person

\_\_\_\_\_  
Datum