

VERTRAULICHER ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

Für Krankenhaus- und professionelle Dienstleistungen, die von Einrichtungen und Ärzten von MercyOne Genesis erbracht

Bitte füllen Sie das Antragsformular aus, unterzeichnen Sie es und senden Sie es innerhalb von 10 Tagen zurück, zusammen mit den Kopien folgender Dokumente

Erforderliche Nachweise

- Einkommensnachweis des letzten Monats
- Kontoauszüge der letzten zwei Monate von allen Bankkonten, einschließlich aller Seiten (Erklärung für wiederkehrende Einzahlungen)
- Die letzten Steuererklärungen (Formular 1040 mit Anhang C, E oder F) oder Gewinn- und Verlustrechnungen der letzten drei Monate (für Selbstständige/Unterhaltsberechtigte)

Fügen Sie folgende Dokumente bei, falls zutreffend

- Letztes W2 für saisonales Einkommen
- Arbeitslosengeld/Ablehnungsschreiben
- Kindergeld/Unterhalt
- Kein Einkommen - Füllen Sie den Teil "Schreiben zur finanziellen Unterstützung" des Antrags aus

Patienteninformationen

Name des Patienten		Geburtsdatum	
Sozialversicherungs-/EIN-Nummer (optional)	Mobiltelefon	Sonstige Telefonnummer	
Postanschrift	Stadt	Staat	Postleitzahl
E-Mail-Adresse	In welchem Staat sind Sie ansässig?		
Familienstand <input type="checkbox"/> Ledig] <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Sonstiger _____			
Reichen Sie eine Steuererklärung ein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn nicht, warum nicht?	Können Sie in der Steuererklärung einer anderen Person als unterhaltsberechtigigt angegeben werden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Waren Sie oder Ihre unterhaltsberechtigigten Angehörigen zum Zeitpunkt der Dienstleistung krankenversichert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Bitte eine Kopie der Versicherungskarte beifügen)			
Sind Sie ein dokumentierter Einwohner der Vereinigten Staaten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich möchte nicht antworten			
Haushaltsmitglieder, einschließlich Sie selbst, basierend auf Ihren letzten Steuererklärungen	Geburtsdatum	Beziehung zum	In der Steuererklärung geltend gemacht (Ja/Nein)

VERTRAULICHER ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

Für Krankenhaus- und professionelle Dienstleistungen, die von Einrichtungen und Ärzten von MercyOne Genesis erbracht

Einkommensnachweis für alle Haushaltsmitglieder

Monatliche Einkommensquelle	Wer erhält dies?	Bruttomonats einkommen (vor Steuern)	Monatliche Einkommensquelle	Wer erhält dies?	Bruttomonats einkommen (vor Steuern)
Löhne			Arbeitsunfallversi- cherung		
Sozialversicherung/Be hinderung			Arbeitslosenunter- stützung		
Rente			Kindergeld/Unterhalt		
Selbstständigkeit			Mieteinnahmen		
Sozialhilfe			Sonstige		

Letter of Financial Support - Sollte nur von der Person ausgefüllt werden, die Unterstützung leistet

- Ich unterstütze den Lebensunterhalt des Patienten zu mehr als 50%, aber ich kann nicht für medizinische Rechnungen aufkommen.
- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die obigen Angaben korrekt sind und dass ich in keiner Weise für die Rechnungen des Patienten haftbar gemacht werden kann. Wenn Sie Fragen haben, kontaktieren Sie mich bitte unter _____ (Telefonnummer)

Name der unterstützenden Person	Beziehung zum Patienten
Unterschrift der unterstützenden Person	Datum

EINKOMMENS- UND IDENTIFIZIERUNGSNACHWEIS

Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass die angegebenen Informationen überprüft werden müssen. Ich bin für die Rückzahlung von Leistungen verantwortlich, die bei MercyOne Genesis Tochtergesellschaften erbracht wurden, wenn die oben genannten Informationen unter Vorspiegelung falscher Tatsachen erteilt wurden.

Unterschrift des Patienten : _____ Datum: _____

Oder Unterschrift des gesetzlichen Vormunds (falls zutreffend): _____ Datum: _____

Beziehung zum Patienten: _____ Datum : _____



VERTRAULICHER ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

Für Krankenhaus- und professionelle Dienstleistungen, die von Einrichtungen und Ärzten von MercyOne Genesis erbracht

Bitte schicken Sie Ihren Antrag an die folgende Anschrift oder senden Sie ihn per Fax an 563-421-3608. Wenn Sie Fragen haben, kontaktieren Sie uns bitte unter 563-421-2233.

MercyOne Genesis Davenport West Medical Center
Patient Financial Services, Suite 2600
1401 West Central Park Avenue
Davenport, IA 52803

Wenn Ihre Gesundheitsdienstleistungen im Bundesstaat Illinois in Anspruch genommen wurden, können Bedenken oder Beschwerden bezüglich des Antragsverfahrens für finanzielle Unterstützung oder des nicht versicherten Rabatts an das Healthcare Bureau of the Illinois Attorney General 1-877-305-5145 / <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/> gemeldet werden [hcform.pdf](#)