

ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

Vielen Dank, dass Sie MercyOne für Ihre Gesundheitsdienstleistungen gewählt haben. Unter der Berücksichtigung der Richtlinie von MercyOne, hochwertige Gesundheitsfürsorge für alle Personen ungeachtet ihrer finanziellen Lage bereitzustellen, bietet das Programm für finanzielle Unterstützung von MercyOne finanzielle Unterstützung für Menschen in Not und auf eine nicht diskriminierende Weise an. Um uns dabei zu helfen, zu bestimmen, ob Sie für finanzielle Unterstützung in Frage kommen, reichen Sie diesen Antrag zusammen mit Kopien der im Antrag angeforderten Dokumente ein.

Schwangere Patienten können für Leistungen des Staates von Iowa in Frage kommen. Bitte kontaktieren Sie Ihren Finanzberater, wenn Sie Informationen über diese Programme erhalten möchten. Kontaktdaten sind in Anhang A zu finden.

Anweisungen zum Antrag auf finanzielle Unterstützung

Bitte senden Sie uns Kopien, Originale werden nicht zurückgesandt. Sämtliche Informationen über den Antragsteller und den Ehepartner werden innerhalb von 30 Tagen benötigt.

- Eine Kopie Ihres letzten Gehaltsnachweises.
- Eine vollständige Kopie der Kontoauszüge der letzten beiden Monate für alle Bankkonten, mit allen Seiten (Erklärung bei wiederkehrenden Einzahlungen).
- Sonstige Einnahmequellen, Sozialversicherung, Rente, Behinderung, Mieteinnahmen, Arbeitslosengeld/Ablehnungsschreiben, Arbeitnehmerentschädigung, Kindesunterhalt, Unterhalt, Schulbeihilfen, kürzliches W2 für saisonales Einkommen
 1. Wenn eine oder mehrere dieser Optionen bei Ihnen zutreffen, fügen Sie bitte die aktuellste Kopie des Bewilligungsschreibens hinzu.
 2. Wenn der Patient minderjährig ist und Sie keinen Kindesunterhalt erhalten, fügen Sie bitte den letzten Gehaltsnachweis des zweiten Elternteils und die aktuellen Steuern, einschließlich alle Schedules bei.
 3. Wenn kein Einkommen vorliegt, füllen Sie den Bereich des Briefs über finanzielle Unterstützung des Antrags aus.
- Eine vollständige, unterzeichnete Kopie Ihrer Steuererklärung des vergangenen Jahres mit allen Schedules. Wenn Sie Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit, Mieteinnahmen oder Einnahmen aus einer landwirtschaftlichen Aktivität haben, fügen Sie bitte Schedules C, E und F bei. Bei Selbstständigkeit/ abhängigen Personen fügen Sie eine Kopie Ihrer Gewinn- und Verlusterklärung der letzten drei Monate bei.
- Ordnungsgemäß unterzeichnete Kopie von Seite drei und vier dieses Dokuments (der Antrag auf finanzielle Unterstützung).

MercyOne wird innerhalb von 30 Geschäftstagen nach Erhalt eines ausgefüllten Antrags mit der unterstützenden Informationen dem Antragsteller schriftlich antworten.

Bitte kontaktieren Sie Ihren Finanzberater, wenn Sie Fragen über den Antrag oder Ihren Antragsstatus haben. Kontaktdaten für finanzielle Beratung sind in Anhang A zusammen mit den entsprechenden Postanschriften aufgeführt.

VERTRAULICHER ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG**[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]**

Für Krankenhaus- und professionelle Dienstleistungen, die von Einrichtungen und Ärzten von Trinity Health erbracht werden

[For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

Kontaktdaten

Gesundheitsministerium	Schicken Sie den ausgefüllten Antrag und sonstige Dokumente an:	Telefonnummer	Faxnummer
Cedar Falls	MercyOne Attention: Financial Counselor 3421 West 9th Street, Waterloo, IA 50702	319-272-0044 oder 1-800-728-0159	319-272-5757
Clinton	MercyOne Clinton Medical Center Attention: Financial Counselor 1410 N. 4th St., Clinton, IA 52732	563-244-5678	563-244-3523
Des Moines / West Des Moines	Patient Business Service Center 20555 Victor Pkwy, Livonia MI, 48152	734-343-3065	313-334-3271
Des Moines Clinic	MercyOne Medical Group 405 SW 5 th Street Ste E, Des Moines, IA, 50309	515-643-2519	515-358-7294
Dubuque	MercyOne Dubuque Medical Center Attention: Financial Counselor 250 Mercy Dr, Dubuque, IA 52001	563-589-8913 oder 563-589-9066	563-589-9029
Dyersville	MercyOne Dubuque Medical Center Attention: Financial Counselor 250 Mercy Dr, Dubuque, IA 52001	563-589-8913 oder 563-589-9066	563-589-9029
Newton	Patient Business Service Center 20555 Victor Pkwy, Livonia MI, 48152	734-343-3065	313-334-3271
New Hampton	MercyOne North Iowa Medical Center Patient Access Attention: Financial Counselor 1000 4th Street SW, Mason City, IA 50401	641-428-3029 oder 641-428-7824	641-428-7886
North Iowa (Mason City)	MercyOne North Iowa Medical Center Patient Access Attention: Financial Counselor 1000 4th Street SW, Mason City, IA 50401	641-428-3029 oder 641-428-7824	641-428-7886
Oelwein	MercyOne Attention: Financial Counselor 3421 West 9th Street, Waterloo, IA 50702	319-272-0044 oder 1-800-728-0159	319-272-5757
Primghar	MercyOne Siouxland Attention: Financial Counselor PO Box 3168, Sioux City, IA 5110	712-957-2300	712-957-0030
Siouxland	MercyOne Siouxland Attention: Financial Counselor PO Box 3168, Sioux City, IA 5110	712-279-2323	712-279-2769
Waterloo	MercyOne Attention: Financial Counselor 3421 West 9th Street, Waterloo, IA 50702	319-272-0044 oder 1-800-728-0159	319-272-5757

VERTRAULICHER ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]

Für Krankenhaus- und professionelle Dienstleistungen, die von Einrichtungen und Ärzten von Trinity Health erbracht werden

[For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

Bitte füllen Sie das Antragsformular aus, unterzeichnen Sie es und senden Sie es innerhalb von 10 Tagen zurück, zusammen mit den Kopien folgender Dokumente:
[Please complete and sign application form and return within 10 days including copies of the following:]

Erforderliche Nachweise [Required Verifications]

- Einkommensnachweis des letzten Monats [Past One month Proof of Gross Income]
- Kontoauszüge der letzten zwei Monate von allen Bankkonten, einschließlich aller Seiten (Erklärung für wiederkehrende Einzahlungen) [Past Two months Complete Bank Statements for all bank accounts, with all pages included (explanation for recurring deposits)]
- Die letzten Steuererklärungen (Formular 1040 mit Anhang C, E oder F) oder Gewinn- und Verlustrechnungen der letzten drei Monate (für Selbstständige/Unterhaltsberechtigte) [Recent Tax Returns (1040 form with Schedule C, E or F) or Three Months Profit and Loss Statements (for self-employed/dependents)]

Fügen Sie folgende Dokumente bei, falls zutreffend [Provide the following, If applicable]

- Letztes W2 für saisonales Einkommen [Recent W2 for Seasonal Income]
- Arbeitslosengeld/Ablehnungsschreiben [Unemployment Benefit/ Denial letter]
- Kindergeld/Unterhalt [Child Support Income/Alimony]
- Kein Einkommen - Füllen Sie den Teil "Schreiben zur finanziellen Unterstützung" des Antrags aus [No Income – Complete Letter of Financial Support portion of the application]

Patienteninformationen [Patient Information]

Name des Patienten [Patient Name]		Geburtsdatum [Date of Birth]	
Sozialversicherungs-/EIN-Nummer (optional)[Social Security/EIN Number (optional)]	Mobiltelefon [Mobile Phone]	Sonstige Telefonnummer [Other Phone]	
Postanschrift [Mailing Address]	Stadt [City]	Staat [State]	Postleitzahl [ZIP code]
E-Mail-Adresse [Email Address]	In welchem Staat sind Sie ansässig? [Of what state are you a resident?]		
Familienstand [Marital status] <input type="checkbox"/> Ledig [Single] <input type="checkbox"/> Verheiratet [Married] <input type="checkbox"/> Geschieden [Divorced] <input type="checkbox"/> Sonstiger [Other] _____			
Reichen Sie eine Steuererklärung ein? [Do you file a Federal Tax Return?] <input type="checkbox"/> Ja [Yes] <input type="checkbox"/> Nein [No] Wenn nicht, warum nicht? [If no, why?]	Können Sie in der Steuererklärung einer anderen Person als unterhaltsberechtigter angegeben werden? [Can you be claimed as dependent on someone else's tax return?] <input type="checkbox"/> Ja [Yes] <input type="checkbox"/> Nein [No]		

VERTRAULICHER ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]

Für Krankenhaus- und professionelle Dienstleistungen, die von Einrichtungen und Ärzten von Trinity Health erbracht werden

[For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

Waren Sie oder Ihre unterhaltsberechtigten Angehörigen zum Zeitpunkt der Dienstleistung krankenversichert? [Did you or your dependents have health insurance coverage at the time of service?] Ja [Yes] Nein [No] (Bitte eine Kopie der Versicherungskarte beifügen) [(Provide Insurance card copy)]

Sind Sie ein dokumentierter Einwohner der Vereinigten Staaten? [Are you a documented resident of the United States?] Ja [Yes] Nein [No] Ich möchte nicht antworten [Prefer Not to Answer]

Haushaltsmitglieder, einschließlich Sie selbst, basierend auf Ihren letzten Steuererklärungen [Household Members, including yourself based on your recent Tax Returns]	Geburtsdatum [Date of Birth]	Beziehung zum Patienten [Relationship to Patient]	In der Steuererklärung geltend gemacht (Ja/Nein) [Claimed on Tax Return (Yes/No)]

Einkommensnachweis für alle Haushaltsmitglieder [Income Verification for all household members]

Monatliche Einkommensquelle [Monthly Income Source]	Wer erhält dies? [Who receives this?]	Bruttomonatseinkommen (vor Steuern) [Gross Monthly Income (before taxes)]	Monatliche Einkommensquelle [Monthly Income Source]	Wer erhält dies? [Who receives this?]	Bruttomonatseinkommen (vor Steuern) [Gross Monthly Income (before taxes)]
Löhne [Wages]			Arbeitsunfallversicherung [Worker's Compensation]		
Sozialversicherung/ Behinderung [Social]			Arbeitslosenunterstützung [Unemployment]		
Rente [Pension]			Kindergeld/ Unterhalt [Child Support/Alimony]		
Selbstständigkeit [Self-Employment]			Mieteinnahmen [Rental Land Income]		
Sozialhilfe [Public			Sonstige [Other]		

VERTRAULICHER ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]

Für Krankenhaus- und professionelle Dienstleistungen, die von Einrichtungen und Ärzten von Trinity Health erbracht werden

[For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

Letter of Financial Support - Sollte nur von der Person ausgefüllt werden, die Unterstützung leistet [Letter of Financial Support - Should only be completed by the person providing support]

- Ich unterstütze den Lebensunterhalt des Patienten zu mehr als 50%, aber ich kann nicht für medizinische Rechnungen aufkommen. [I provide more than 50% support for the patient's living expenses, but I am unable to help with medical bills.]
- 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) [By signing this letter, I verify that the above statement is correct and that I will in no way be held liable for the patient's bills. If you have questions, please contact me at _____ (Phone Number)]

Name der unterstützenden Person [Name of person providing support]

Beziehung zum Patienten [Relationship to Patient]

Unterschrift der unterstützenden Person [Signature of person providing support]

Datum [Date]

EINKOMMENS- UND IDENTIFIZIERUNGSNACHWEIS [VERIFICATION OF INCOME AND IDENTIFICATION]

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 Trinity Health Tochtergesellschaften erbracht wurden, wenn die oben genannten Informationen unter Vorspiegelung falscher Tatsachen erteilt wurden. [I certify that the information listed in this application is true and complete to the best of my knowledge. I understand that the information provided is subject to verification. I will be responsible for repayment of any services provided at Trinity Health affiliates if the above information is provided under false pretenses.]

Unterschrift des Patienten [Signature of Patient]: _____

Datum [Date]: _____

Oder Unterschrift des gesetzlichen Vormunds (falls zutreffend) [Or Signature of Legal Guardian (If Applicable)]:

Datum [Date]: _____

Beziehung zum Patienten [Relationship to Patient]: _____

Datum [Date]: _____