

HANDLUNGSANWEISUNG: Richtlinie für Finanzielle Unterstützung des New Liberty Hospital Distriktes	GÜLTIGKEITSDATUM: 1. Juli 2017
ABTEILUNG: GESAMTES KRANKENHAUS	ERSETZT: NEU

**ZWECK:**

Liberty Hospital ist die Bezeichnung, die im Allgemeinen für den New Liberty Hospital Distrikt verwendet wird, einen Krankenhausdistrikt und eine Gebietskörperschaft des Staates Missouri. Der New Liberty Hospital Distrikt wurde gemäß Abschnitt 206 der überarbeiteten Statuten von Missouri, in der jeweils gültigen Fassung, geschaffen. Der New Liberty Hospital Distrikt (im Folgenden als "Liberty Hospital" bezeichnet) erfüllt die medizinischen Bedürfnisse unserer Gemeinde. In Übereinstimmung mit unserer Mission mitfühlende, qualitativ hochwertige und erschwingliche Gesundheitsdienstleistungen anzubieten, bemüht sich das Liberty Hospital sicherzustellen, dass die Fähigkeit einer Person für die Gesundheitsversorgung zu zahlen kein Hindernis darstellt und unsere Gemeinde nicht davon abhält medizinische Hilfe zu suchen und zu erhalten. Das Krankenhaus ist verpflichtet sicherzustellen, dass Möglichkeiten für finanzielle Unterstützung für bedürftige Patienten und Bürgen, die nicht in der Lage sind für die Notfallversorgung und für medizinisch notwendige Leistungen zu zahlen, zur Verfügung stehen und gleichzeitig zu gewährleisten, dass das Liberty Hospital die Staats- und Bundesgesetze und die behördlichen Leitlinien, bezüglich der Wohlfahrtsfürsorge und finanzieller Unterstützung, erfüllt.

**RICHTLINIE:**

Das Liberty Hospital gewährt bedürftigen Patienten, die die in dieser Richtlinie aufgeführten Qualifikationskriterien erfüllen, finanzielle Unterstützung.

Zu den Situationen in denen die Gewährung finanzieller Unterstützung in Betracht gezogen wird, gehören unter anderem die Folgenden, vorausgesetzt die Patienten erfüllen die Qualifikationskriterien:

- Unversicherte Patienten, die nicht zahlungsfähig sind,
- versicherte Patienten, die Teilbeträge, die nicht von der Versicherung übernommen werden, nicht bezahlen können,
- verstorbene Patienten ohne Nachlass oder lebenslängliche Treuhandverwaltung und
- Patienten, die von katastrophalen Erkrankungen oder Unfällen betroffen sind.

**UMFANG:**

Zu den Patienten, die nach diesem Programm für finanzielle Unterstützung in Form von kostenlosen oder vergünstigten Behandlungen (partielle Wohlfahrt) in Frage kommen, gehören alle Patienten mit einer Abrechnung stationärer oder ambulanter Behandlungen oder der Notaufnahme, außer Arztrechnungen, die unversichert, zu gering versichert, nicht für ein staatliches Programm qualifiziert sind oder aus anderen Gründen, die auf ihrer individuellen finanziellen Situation basieren, nicht in der Lage sind für Notfallbehandlungen und medizinisch notwendige Behandlungen zu bezahlen. Finanzielle Unterstützung ist nach dieser Richtlinie für Einwohner des Versorgungsgebietes des Krankenhauses verfügbar, zu dem die folgenden Countys gehören: Clay, Caldwell, Carroll, Clinton, Daviess, Grundy, Harrison, Livingston, Platte und Ray.

"Wohlfahrt" oder "finanzielle Unterstützung" bezieht sich auf medizinische Behandlungen, die qualifizierten Patienten vom Liberty Hospital (LH) unentgeltlich oder vergünstigt geleistet werden. Die folgenden medizinischen Behandlungen kommen für eine Berücksichtigung nach dieser Richtlinie in Frage:

1. Notfallbehandlungen, die im Rahmen der Notaufnahme geleistet werden, exklusive Arztkosten. (Siehe Anhang A)
2. Behandlungen, exklusive Arztkosten, für Erkrankungen, die, nach Definition eines Arztes, bei nicht rechtzeitiger Behandlung erwartungsgemäß die Gesundheit der Person in ernste Gefahr bringen und/oder zu ernststen Einschränkungen von Körperfunktionen und/oder zu Funktionsstörungen irgendeines Organs oder Körperteils führen.
3. Nicht-elektive Behandlungen, exklusive Arztkosten, die, nach Definition eines Arztes, bei lebensbedrohlichen Umständen außerhalb des Rahmens einer Notaufnahme geleistet werden.

### **Ausgeschlossene Behandlungen**

1. Kosmetische Behandlungen und alle Kosten die im Zusammenhang mit der Leistung solcher Behandlungen stehen.
2. Behandlungen die nicht von den Medicare-/Medicaid-Programmen oder anderen Versicherungsanbietern, die Versorgungsleistungen erbringen, abgedeckt werden oder ihnen zufolge nicht medizinisch notwendig sind. Dies betrifft auch Patienten, die sich für Behandlungen entscheiden, die nicht durch den Versorgungsvertrag des Patienten abgedeckt sind, wie zum Beispiel Patienten, die Behandlungen außerhalb des Netzwerkes suchen oder die eine Verlegung aus dem Liberty Hospital in eine Einrichtung innerhalb des Netzwerkes ablehnen.
3. Patienten die sich weigern am Peer-Review-Verfahren des LH und an angemessenen Diagnoseuntersuchungen, die am LH außerhalb des Rahmens der Notaufnahme durchgeführt werden, teilzunehmen.
4. Patienten die möglicherweise Anspruch auf Medicaid haben, aber nicht bei der Beantragung kooperieren oder die nötigen Schritte zur Weiterbearbeitung des Antrages nicht leisten oder keinen schriftlichen Ablehnungsbescheid von Medicaid vorlegen. Medicaid-Patienten die einen Teil der Kosten (Eigenanteil) übernehmen müssen, sind nicht berechtigt finanzielle Unterstützung zu beantragen, um diese Kosten zu senken. Das Liberty Hospital wird versuchen diese Beträge bei dem Patienten einzutreiben.
5. Ein Patient, der über einen Fremdregulierer versichert ist, welcher die Übernahme der Behandlungskosten verweigert, weil der Patient dem Fremdregulierer nicht die notwendigen Informationen bereitgestellt hat, um die Zahlungsverbindlichkeiten zu bestimmen.
6. Falls ein Patient Zahlungen für Behandlungen direkt als Entschädigung, von einer Medicare-Zusatzversicherung oder aus anderen Quellen erhält, hat der Patient keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung für die Behandlungen, für die Zahlungen geleistet wurden.
7. Das Liberty Hospital kann die Zuerkennung von finanzieller Unterstützung an Patienten verweigern, die bei ihrem Antrag falsche Angaben bezüglich des Familieneinkommens, der Haushaltsgröße oder anderer Daten machen.
8. Falls der Patient eine finanzielle Abgeltung oder Schadenersatzzahlung von einer dritten Partei erhält, muss der Patient den Betrag der finanziellen Abgeltung oder Schadenersatzzahlung dafür einsetzen, sämtliche, nach Zahlung der Versicherung (falls anwendbar), verbleibenden Posten auf der Patientenrechnung zu begleichen.
9. Leistungen von Ärzten, wie Anästhesisten, Radiologen, Hospitalisten, Pathologen, Notärzten und Ärzten, die von der New Liberty Hospital Gesellschaft angestellt wurden, werden nicht unter dieser Richtlinie abgedeckt. Viele Ärzte haben Richtlinien für die Behandlung Bedürftiger, nach denen Patienten kostenlose oder vergünstigte Behandlungen beantragen können. Patienten sollten sich direkt an den Arzt wenden, um Informationen über die Richtlinien des Arztes für die Behandlung Bedürftiger zu erhalten.

## DEFINITION(EN)

**Allgemein in Rechnung gestellte Beträge** – Die allgemein in Rechnung gestellten Beträge (ARB) sind der Betrag der normalerweise bewilligt wird, indem man Medicare-Gebühren für Behandlungen und private Krankenversicherer für Notfallbehandlungen und andere medizinisch notwendige Behandlungen kombiniert. Das Liberty Hospital setzt die Retrospektive Methode zur Bestimmung der ARB ein.

**Katastrophale Gesundheitskosten** – Katastrophale Gesundheitskosten sind definiert als die Kosten des Patienten, die 25 % des Jahreseinkommens, das dem Patienten oder dem Bürger zur Verfügung steht, übersteigen. In Situationen in denen ein Patient von katastrophalen Gesundheitskosten betroffen ist, können die finanziellen Verpflichtungen des Patienten nach Abzug der Wohlfahrtsleistungen auf einen Betrag der 25 % des Jahreseinkommens entspricht, reduziert werden. Die finanziellen Verpflichtungen des Patienten übersteigen nach der finanziellen Unterstützung nicht die ARB. Patienten oder Bürger deren finanzielle Verpflichtungen nicht 25 % des Jahreseinkommens übersteigen, haben keinen Anspruch auf diesen Nachlass. Der Nachlass würde wie folgt berechnet: 1.) Bestimmung des Haushaltseinkommens gemäß der untenstehenden Definition. 2.) Multiplikation des Haushaltseinkommens mit 25 %. 3.) Ermittlung der Verbindlichkeit des Patienten. 4.) Die Berechnung wird abgebrochen, falls die Verbindlichkeiten des Patienten 25 % des Einkommens nicht übersteigen. Falls die Verbindlichkeiten des Patienten 25 % des Einkommens übersteigen, werden die Verbindlichkeiten des Patienten mit 31 % multipliziert (ARB). Der Patient oder der Bürger schulden den jeweils niedrigeren Betrag, entweder den ARB-Betrag oder 25 % des Haushaltseinkommens.

**Bundesrichtlinien zu Bedürftigkeit** – Die Bundesrichtlinien zu Bedürftigkeit (BzB) sind die Richtlinien, die von der Bundesregierung ausgegeben werden, die das Maß an Armut in den Vereinigten Staaten basierend auf dem Haushaltseinkommen einer Person oder einer Familie beschreiben. Die Bundesrichtlinien zu Bedürftigkeit werden gemäß der Inflation angepasst und im Bundesregister veröffentlicht. Für die Zwecke dieser Richtlinie werden die neuesten jährlichen Richtlinien genutzt. Wie die BzB für die Festsetzung der finanziellen Unterstützung genutzt wird, wird an späterer Stelle in dieser Richtlinie ausgeführt.

**Retrospektive Methode** – Bei der retrospektiven Methode wird der Zeitraum der vergangenen 12 Monate, vom 01. April bis zum 31. März, für die Berechnung der Allgemein in Rechnung gestellten Beträge genutzt.

**Medizinische Bedürftigkeit** – Ein medizinisch bedürftiger Patient ist nach der Definition eine Person, die nachgewiesen hat, dass sie zu Arm ist, um ihre Gesundheitskosten zu bezahlen. Der medizinisch bedürftige Patient kann über ein Einkommen verfügen oder auch nicht und er kann versichert sein oder auch nicht. Der finanzielle Status jedes Patienten wird individuell mit Hilfe der Bundesrichtlinien zu Bedürftigkeit bewertet.

**Medizinisch notwendige Leistungen** - Medizinisch notwendige Leistungen sind Leistungen, die angemessen und medizinisch notwendig sind für die Prävention, Diagnose oder Behandlung einer körperlichen oder geistigen Erkrankung oder Verletzung, um Wachstum und Entwicklung auf altersgemäßem Niveau zu erreichen, um das Fortschreiten einer Behinderung zu minimieren oder um Funktionskapazitäten zu erreichen oder zu erhalten in Übereinstimmung mit Standards die in der medizinischen Gemeinde anerkannt sind, die zu der Gegend gehört, in der die physischen oder psychischen Gesundheitsleistungen erbracht werden und wo die Leistungen im angemessensten Rahmen erbracht werden. Medizinisch notwendige Leistungen werden nicht primär zur Steigerung des Komforts erbracht und sie gelten nicht als experimentell oder als unverhältnismäßige Behandlungsform.

**Verantwortliche Partei** – Ein Patient oder die Eltern eines Patienten (durch Geburt oder Adoption), Stiefeltern, der Vormund oder eine andere Person, die gesetzlich verantwortlich für Zahlungen an das Liberty Hospital für Gesundheitsleistungen an den Patienten ist.

## **VORGEHENSWEISE:**

### **Beantragen von finanzieller Unterstützung**

Medizinische Bedürftigkeit muss durch Dokumente, finanzielle Überprüfungen oder präsumtives Screening nachgewiesen werden. Diese Feststellung kann getroffen werden, während der Patient im Krankenhaus ist, kurz nach der Entlassung, während der üblichen, internen Inkassoaktivitäten und nach Übergabe an ein externes Inkassounternehmen. Anträge auf finanzielle Unterstützung werden bis zu 240 Tage, nachdem das Liberty Hospital zum ersten Mal nach der Entlassung eine Rechnung an den Patienten versandt hat, akzeptiert.

Patienten können finanzielle Unterstützung beantragen, indem sie einen Antrag auf finanzielle Unterstützung ausfüllen und die angefragten Begleitdokumente beifügen. Patienten können einen Antrag auf finanzielle Unterstützung erhalten, indem sie ihn schriftlich anfordern oder indem sie das Verwaltungsbüro telefonisch oder per E-Mail kontaktieren. Der Antrag auf finanzielle Unterstützung ist auch auf der Webseite des Liberty Hospitals verfügbar. Möglicherweise werden Begleitdokumente benötigt, hierzu zählen Dinge wie die Einkommenssteuererklärung, der Nachweis der Steuerbehörde darüber, dass keine Steuererklärung eingereicht wurde, aktuelle Kontoauszüge, aktuelle Lohnabrechnungen, der Bescheid der Medicaid-Zulassungsstelle über die Ablehnung von Medicaid-Unterstützung sowie andere Dokumente, mit denen das Einkommen, das Vermögen und die finanzielle Lage des Patienten/Haushaltes nachgewiesen werden können.

### **Fordern Sie eine Kopie an**

Die Richtlinie für finanzielle Unterstützung des Liberty Hospitals, der Antrag auf finanzielle Unterstützung, ARB und die Zusammenfassung in verständlicher Sprache sind kostenlos unter [www.libertyhospital.org/financialassistance](http://www.libertyhospital.org/financialassistance) erhältlich. Diese Dokumente und die Richtlinie zu Rechnungsstellung und Inkasso können persönlich in der Patientenmeldung/Aufnahmebüro des Liberty Hospitals unter der Adresse 2525 Glenn Hendren Drive, Liberty MO. 64068 erhalten werden, oder telefonisch vom Rechnungsbüro unter 816-407-4861 oder 816-792-7110. Kopien des Formulars, das in Arabisch, Französisch, Deutsch, Spanisch oder Vietnamesisch verfügbar ist, können ebenfalls angefordert werden.

Auf die Anforderung, das Antragsformular für finanzielle Unterstützung auszufüllen und/oder Begleitdokumente vorzulegen, kann unter besonderen Umständen, mit Zustimmung durch die Leitung des Rechnungsbüros, verzichtet werden.

Unterstützung bei der Beantragung wird von den Mitarbeitern des Rechnungsbüros und der Patientenmeldung/des Aufnahmebüros geleistet. Unterstützung kann telefonisch angefordert werden oder persönlich, indem man die Stellen, die im Kapitel "Fordern Sie eine Kopie an" dieser Richtlinie aufgeführt sind, anruft oder besucht.

Anträge auf finanzielle Unterstützung gelten für sechs (6) Monate nach dem Datum der Annahme. Die finanzielle Unterstützung kann, unter Bestätigung des Haushaltseinkommens oder des geschätzten Einkommens und der Haushaltsgröße, für weitere sechs (6) Monate verlängert werden. Alle Patienten müssen den Antrag neu stellen, wenn der erste Zeitraum von zwölf (12) Monaten abgelaufen ist.

### **Ermittlung der Finanziellen Unterstützung**

Der Anspruch eines Patienten auf finanzielle Unterstützung wird erst dann geprüft, wenn alle Möglichkeiten Zahlungen über Medicare, Medicaid, Crime Victims, andere Regierungsprogramme, sonstige Programme, Krankenversicherungen, KFZ-Versicherungen für Personenschäden (PIP) oder Krankengeld, Haftungspfandrechte, Nachlassansprüche oder jedwede sonstige, mögliche, geeignete Zahlungsquelle zu erhalten ausgeschöpft sind. Falls später Zahlungen von Drittparteien empfangen werden, wird die Regulierung durch finanzielle Unterstützung zurückgenommen. Regulierungen über finanzielle Unterstützung müssen als das letzte Mittel gelten.

Der Anspruch eines Patienten auf finanzielle Unterstützung basiert auf dem Haushaltseinkommen zu dem Zeitpunkt der Beantragung der Unterstützung und wird als prozentualer Anteil der Bundesrichtlinie zu Bedürftigkeit für die Familiengröße und anderer Leitlinien, die in dieser Richtlinie genannt werden, ausgedrückt.

**Haushaltseinkommen ist definiert als:**

**Erwachsene:** Wenn der Patient erwachsen ist, ist mit dem "Jährlichen Haushaltseinkommen" die Gesamtsumme des jährlichen Bruttoeinkommens oder die geschätzte Summe des jährlichen Bruttoeinkommens des Patienten und des Ehepartners des Patienten gemeint. Als Einkommen zählen die folgenden Einnahmequellen: Löhne, Arbeitslosengeld, Leistungen der Arbeitsunfallversicherung, Sozialhilfe, ergänzende Sozialhilfe, Leistungen für Erwerbsunfähige, Leistungen für Veteranen, Hinterbliebenenleistungen, Pensionen und Renten, Zinsen, Dividenden, Mieten, Tantiemen, Einkünfte aus Immobilien, Treuhandgesellschaften, Ausbildungsbeihilfen, Alimente und Kindesunterhalt. (Sachleistungen wie Lebensmittelmarken und Wohngeld sind ausgeschlossen.)

**Minderjährige und wirtschaftlich abhängige Studenten:** Wenn der Patient minderjährig oder wirtschaftlich abhängiger Student ist, ist mit dem "Jährlichen Haushaltseinkommen" die Gesamtsumme des jährlichen Bruttoeinkommens oder die geschätzte Summe des jährlichen Bruttoeinkommens des Patienten und des Elternteils/der Eltern, die mit dem Patienten in einem Haushalt leben, gemeint. Als Teil des "Jährlichen Haushaltseinkommen" gelten dieselben Einnahmequellen, die im vorhergehenden Absatz aufgelistet wurden.

**Die Haushaltsgröße ist definiert als:**

**Erwachsene:** Bei der Berechnung der Haushaltsgröße werden der Patient, der Ehepartner des Patienten und alle Familienangehörigen (nach der Definition in der Abgabenordnung (Internal Revenue Code (IRC))) berücksichtigt.

**Minderjährige:** Bei der Berechnung der Haushaltsgröße werden der Patient, die Mutter und der Vater des Patienten, sowie Familienangehörige der Mutter und Familienangehörige (nach der Definition der IRC) berücksichtigt.

**Monetäre Vermögenswerte:** Finanzielle Werte, die ohne finanzielle Nachteile in Bargeld umgewandelt werden können, wie unter anderem Girokonten, Sparbücher, individuelle Alterssparkonten, Einlagenzertifikate, Ersparnisse für die Altersversorgung und Investitionen können berücksichtigt werden, wenn die Zahlungsfähigkeit eines Patienten geprüft wird. In jedem Fall werden bei der Prüfung des Anspruches auf finanzielle Unterstützung die gesamte finanzielle Situation und das Haushaltseinkommen berücksichtigt. Ein Patient oder Bürge der über finanzielle Mittel im Ausmaß von 250.000 US-Dollar oder mehr verfügt, erhält keine finanzielle Unterstützung.

### **Grundlage für die Berechnung der Allgemein in Rechnung gestellten Beträge, gilt nur für Abrechnungen des Liberty Hospitals**

Nachdem die Abrechnung des Patienten gemäß dieser Richt- und Leitlinie durch die finanzielle Unterstützung reduziert wurde, betragen die Verbindlichkeiten des Patienten nicht mehr als die Allgemein in Rechnung gestellten Beträge, die Personen in Rechnung gestellt werden, die die Einzelleistungsvergütung von Medicare erhalten und die eine private Krankenversicherung für Notfallbehandlungen und andere medizinisch notwendigen Behandlungen haben. Die ARB werden ermittelt, indem diese beiden Zahler vermischt werden. Zur Ermittlung der ARB wird die retrospektive Methode eingesetzt.

In dem zusammenfassenden ARB-Dokument wird die Berechnung beschrieben und es werden die Prozentsätze aufgeführt, die vom Liberty Hospital genutzt werden. Die Zusammenfassung zu den Allgemein in Rechnung gestellten Beträgen ist auf der Webseite des Liberty Hospital unter [www.libertyhospital.org/financial assistance](http://www.libertyhospital.org/financial%20assistance) verfügbar; Siehe Anhang B

Patienten oder Mitglieder der Öffentlichkeit können eine kostenlose Kopie dieser Richtlinie in der Patientenanmeldung/dem Aufnahmebüro erhalten oder indem sie das Rechnungsbüro kontaktieren. Die Standorte innerhalb des Liberty Hospitals und die Kontaktinformationen des Rechnungsbüros des Krankenhauses sind in dieser Richtlinie im Kapitel „Fordern Sie eine Kopie an“ angegeben.

### **Mutmaßliche Anspruchsberechtigung**

Das Liberty Hospital kann Empfehlungen von dritten Parteien erhalten, die die Zahlungsbereitschaft und die Wahrscheinlichkeit von Wohlfahrt unabhängig beurteilen. Das Liberty Hospital kann diese Empfehlungen als Basis für die Prüfung des Anspruches auf finanzielle Unterstützung verwenden, wenn der Patient keinen Antrag ausfüllt. Patienten die für die mutmaßliche Anspruchsberechtigung in Frage kommen, können den vollen Wohlfahrtsnachlass basierend auf dem Nachweis des Aufenthaltes in einem Obdachlosenasyll oder eines Nachweises, dass ihr Einkommen unter der Pfändungsgrenze liegt, erhalten. Aufgrund solcher Nachweise wird ein Wohlfahrtsnachlass von 100 % für die Dauer von sechs Monaten gewährt.

### **Anwendung Bundesrichtlinien zu Bedürftigkeit zur Festsetzung der Wohlfahrtsnachlässe**

Die Richtlinien zu BzB-Prozentsätzen werden wie folgt für medizinisch notwendige oder notfallmäßige Aufnahmen und für Aufnahmen zur Beobachtung, Besuche der Notaufnahme (außer ärztliche Leistungen) und für ambulante Besuche auf Brutto-Aufwendungen, Selbstbehalte und Zuzahlungen der Patientenverbindlichkeiten angewandt:

<u>Einkommen % BzB</u>	<u>Wohlfahrtsnachlass</u>	<u>Patientenverbindlichkeit</u>
200% oder weniger BzB	100%	0%
201% bis zu 220% BzB	95%	5%
221% bis zu 240% BzB	90%	10%
241% bis zu 260% BzB	85%	15%
261% bis zu 280% BzB	80%	20%
281% bis zu 290% BzB	75%	25%
291% bis zu 300% BzB	70%	30%
Höher als 300% BzB	0%	100%

## **Feststellung**

1. Ein Finanzberater wird den Anspruch auf finanzielle Unterstützung innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt aller benötigten Unterlagen schriftlich feststellen. Zulassung: Der Zulassungsbescheid für die finanzielle Unterstützung wird unter Mitteilung des anwendbaren Zulassungszeitraumes per Brief an die verantwortliche Partei gesandt. Im Falle der Zulassung prüft das Liberty Hospital, ob die verantwortliche Partei innerhalb der letzten 240 Tage vor Einreichung des vollständigen Antrages weitere Abrechnungen hatte, die für einen Wohlfahrtsnachlass qualifiziert sind.
2. Ablehnung: Im Falle, dass das Liberty Hospital feststellt, dass seine verantwortliche Person keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, wird innerhalb desselben Zeitrahmens von dreißig (30) Tagen ein Ablehnungsschreiben zugesandt, in dem der Grund/die Gründe der Ablehnung, das Datum der Entscheidung und die Erläuterungen zu Berufungen und zur Beantragung einer nochmaligen Prüfung aufgeführt werden.
3. Berufung: Die verantwortliche Partei kann Berufung gegen die Entscheidung bei der Feststellung des Anspruches auf finanzielle Unterstützung einlegen, indem sie dem Liberty Hospital innerhalb von dreißig Tagen nach Erhalt des Bescheides zusätzliche Informationen über das Haushaltseinkommen, die Familiengröße oder die medizinische Bedürftigkeit zur Verfügung stellt. Sämtliche Berufungen gegen die Entscheidung eines Finanzberaters werden von der Leitung des Rechnungsbüros überprüft. Falls das Ergebnis der Berufung die vorherige Ablehnung der finanziellen Unterstützung bestätigt, wird eine schriftliche Benachrichtigung an die verantwortliche Partei gesandt. Falls die ursprüngliche Entscheidung umgestoßen wird, wird, wie in Abschnitt 1 aufgeführt, ein Schreiben, in dem die Zulassung mitgeteilt wird, versandt.
4. Die verantwortliche Partei erhält weiterhin Rechnungen, während die Entscheidung über den vollständigen Antrag getroffen wird. Bis eine Entscheidung getroffen wird, werden keine Abrechnungen für eine solche verantwortliche Partei an ein Inkassounternehmen weitergeleitet. Falls eine Abrechnung bereits den Status einer uneinbringlichen Forderung erhalten hat, werden die Inkassomaßnahmen ausgesetzt, bis eine Entscheidung getroffen wurde.

## **Rückerstattungen an Patienten**

Das Liberty Hospital erstattet alle Beträge zurück, die jemand für Behandlungskosten gezahlt hat, welche den Betrag übersteigen, für dessen Zahlung er oder sie als verantwortliche Person, nach der Richtlinie für finanzielle Unterstützung, persönlich verantwortlich ist, es sei denn, dass dieser Betrag geringer als 5 US-Dollar ist (oder geringer als ein anderer Betrag, der durch eine Mitteilung oder einen anderen Leitfaden, der im Steuerbericht veröffentlicht wurde, eingesetzt wurde).

## **Die Verfügbarkeit der Richtlinie für finanzielle Unterstützung für Patienten**

Diese Richtlinie ist in der/den Hauptsprache(n) des Versorgungsgebietes des Liberty Hospitals verfügbar. Zusätzlich werden alle Nachrichten/Mitteilungen in diesem Bereich in der/den Hauptsprache(n) des Versorgungsgebietes des Liberty Hospital verfügbar sein und allen anwendbaren Bundes- und Staatsgesetzen und Verordnungen entsprechen.

Informationen über die Verfügbarkeit von finanzieller Unterstützung erscheinen auf Patientenrechnungen und auf Schildern in den Anmeldebereichen des Liberty Hospitals. Die Richtlinie für finanzielle Unterstützung des Liberty Hospitals, die Zusammenfassung der Richtlinie in verständlicher Sprache und der Antrag auf finanzielle Unterstützung mit Erläuterungen sind auf der Webseite des Liberty Hospitals verfügbar. Während der Voraufnahme/Anmeldung (oder so bald danach wie es möglich ist) stellt das Liberty Hospital allen Patienten eine Ausgabe der Zusammenfassung in verständlicher Sprache zur Verfügung, die in Anhang C zu finden ist.

Patienten oder Mitglieder der Öffentlichkeit können eine kostenlose Kopie dieser Richtlinie in der Patienten Anmeldung/dem Aufnahmebüro erhalten oder indem sie das Rechnungsbüro kontaktieren. Die

Kontaktinformationen des Rechnungsbüros des Krankenhauses sind in dieser Richtlinie im Kapitel „Fordern Sie eine Kopie an“ angegeben.

### **Rechnungsstellung und Inkasso bei Patienten**

Es werden Abrechnungen an die verantwortliche Partei gesandt, die sie über fällige Beträge informieren. Rechnungsbeträge gelten als in Verzug, wenn die verantwortliche Partei weder angemessene Zahlungen leistet, noch angemessene Zahlungsvereinbarungen trifft, bevor die nächste Abrechnung erstellt wird. Die verantwortlichen Parteien werden durch Mitteilungen auf den Abrechnungen, Anrufe, endgültige Bescheide oder Mahnschreiben über den Zahlungsverzug informiert. Wenn die verantwortliche Partei nicht reagiert, können die in Verzug geratenen Beträge durch Inkassomaßnahmen eingetrieben werden. Die Richtlinien und Vorgehensweisen des Inkassounternehmens folgen dem Gesetz über faire Vorgehensweisen bei der Schuldeneintreibung (Fair Debt Collection Practices Act) und Abschnitt 501(r). Das Inkassounternehmen zeigt bei all seinen Praktiken einen geduldvollen Ansatz. Das Inkassounternehmen nutzt verschiedene Methoden zur Schuldeneintreibung, zum Beispiel Briefe und Anrufe.

Das Liberty Hospital nutzt keine außergewöhnlichen Maßnahmen zur Schuldeneintreibung, wie Gerichtsverfahren, Lohnpfändungen, initiieren von Pfandrechten und andere Maßnahmen, die über die Erstellung von normalen Abrechnungen und Mahnungen hinausgehen, bevor angemessene Anstrengungen unternommen wurden, um festzustellen, ob die verantwortliche Partei Anspruch auf Unterstützung hat. Falls Abrechnungen bereits den Status einer uneinbringlichen Forderung erhalten haben oder einem Inkassounternehmen übergeben wurden, können sie rückwirkend überprüft werden. Für weitere Informationen hierzu oder zu den Maßnahmen, die im Falle von Nichtzahlungen getroffen werden können, greifen Sie bitte auf die Richtlinie zu Rechnungsstellung und Inkasso des Liberty Hospitals auf der Webseite des Liberty Hospitals zu oder kontaktieren Sie uns unter 816-792-7110 oder 816-407-4861.

### **Zahlungsklage**

Das Liberty Hospital, das Inkassounternehmen und die mit der Eintreibung beauftragte Rechtsanwaltskanzlei arbeiten, wann immer es möglich ist, mit den Patienten zusammen, um eine Zahlungsklage zu verhindern. Wenn ein Vergleich oder eine Zahlungsvereinbarung nicht vereinbart werden kann und/oder nicht eingehalten wird, können das Liberty Hospital oder seine Vertreter Klage einreichen, um zu versuchen die uneinbringlichen Forderungen einzutreiben. Wenn eine verantwortliche Person finanzielle Unterstützung beantragt oder ihr Anspruch darauf geprüft und abgelehnt wird und die verantwortliche Person nicht zeitnah beginnt, gemäß einer ausgehandelten Vereinbarung, Zahlungen zu leisten, kann das Liberty Hospital Klage einreichen, um zu versuchen die uneinbringlichen Forderungen einzutreiben. Alle Anfragen auf Einreichung einer Klage werden vom Präsidenten/Geschäftsführer des Liberty Hospitals oder von seinem Bevollmächtigten genehmigt.

Falls eine verantwortliche Person vor der Pfändung mit dem Inkassounternehmen oder der Rechtsanwaltskanzlei in Kontakt ist, wird ein Versuch unternommen, die Forderung auszugleichen oder eine Zahlungsvereinbarung zu treffen, die unter den Umständen angemessen ist. Solange die verantwortliche Partei rechtzeitige Zahlungen, gemäß einer getroffenen Vereinbarung, leistet, wird keine Pfändung beantragt. Pfändungen werden nach Erhalt eines Urteils beantragt, es sei denn es besteht eine gerichtliche Aussetzungsanordnung oder es wurde eine Zahlungsvereinbarung getroffen, die nicht gebrochen wurde. Falls die Anwaltskanzlei glaubt, dass die Anstellung der verantwortlichen Partei gekündigt wurde, kann die Pfändung ausgesetzt werden, bis ein Arbeitsplatz gefunden wurde.

Verantwortliche Parteien, die für teilweise finanzielle Unterstützung zugelassen werden, schulden

eventuell einen Teil der Abrechnung. Die verantwortliche Partei erhält eine schriftliche Bestätigung über die teilweise Zulassung zur finanziellen Unterstützung, in der erläutert wird, welcher Betrag für die finanzielle Unterstützung zugelassen wurde und welchen Betrag die verantwortliche Partei schuldet. Die verantwortliche Partei erhält Abrechnungen mit Zahlungsaufforderungen. Falls keine Zahlung geleistet wird, wird die Forderung uneinbringlich und es wird eine letzte Mahnung versandt. Falls die verantwortliche Partei nicht zahlt, keine Zahlungsvereinbarung eingeht und keine zusätzliche finanzielle Unterstützung beantragt, kann die Forderung einem Inkassounternehmen zur Eintreibung übergeben werden. Nach der Übergabe an ein Inkassounternehmen kann eine Zahlungsklage zur Eintreibung der Forderung erhoben werden. Falls ein Urteil erzielt wird, können das Liberty Hospital oder seine Bevollmächtigten, im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten, Löhne pfänden, um die Forderung auszugleichen.

### **Zahlungspläne**

Falls Sie Ihre Rechnung nicht auf einmal bezahlen können, bietet das Liberty Hospital zinslose und zinsgünstige Zahlungsmöglichkeiten an.

### **Maßnahmen zur Bekanntmachung der Richtlinie für finanzielle Unterstützung**

Die Maßnahmen zur weitreichenden Bekanntmachung dieser Richtlinie innerhalb der Gemeinde und unter den Patienten umfassen unter anderem das Folgende:

- Veröffentlichung der Richtlinie, der Anträge auf finanzielle Unterstützung, der ARB und der Zusammenfassung in verständlicher Sprache auf der Webseite des Liberty Hospitals unter folgender Adresse: [www.libertyhospital.org/financialassistance](http://www.libertyhospital.org/financialassistance)
- Kopien der Richtlinie, der Anträge auf finanzielle Unterstützung, der ARB und der Zusammenfassung in verständlicher Sprache können von der oben angegebenen Webseite heruntergeladen und ausgedruckt werden.
- Ausdrucke der Richtlinie, der Anträge auf finanzielle Unterstützung, der ARB, der Zusammenfassung in verständlicher Sprache und unserer Richtlinie zu Rechnungsstellung und Inkasso stehen Patienten auf Anfrage kostenlos zur Verfügung. Die Patienten können sie telefonisch oder persönlich im Verwaltungsbüro des Liberty Hospitals oder in der Patienten Anmeldung/dem Aufnahmebüro anfordern.
- Zur Verfügung stellen von Informationen, wenn ein Patient persönlich in das Verwaltungsbüro kommt oder dort anruft.
- Aushang einer Mitteilung in der Notaufnahme und in den Aufnahmebereichen des Liberty Hospitals.
- Einfügen einer Mitteilung zur Benachrichtigung und Information der Patienten über die Verfügbarkeit von finanzieller Unterstützung und Angabe der Rufnummer für Informationen und Antragsformulare auf den Abrechnungen des Liberty Hospitals.
- Mitteilung zum Zeitpunkt der Aufnahme in Form des "Benachrichtigung über FUP"-Dokumentes.

### **Weitere Quelle durch die die finanzielle Verbindlichkeit des Patienten reduziert werden kann – Die Steuerumlagegutschrift**

Einwohner, die innerhalb der Distriktsgrenzen des New Liberty Hospitals leben, zahlen jedes Jahr einen Teil der Vermögenssteuern, um dem Liberty Hospital bei der Finanzierung seiner Dienste und Einrichtungen zu helfen. Der Betrag der Steuer wird auf dem jährlichen Vermögenssteuerbescheid des Clark Countys ausgewiesen und falls die verantwortliche Partei Hausbesitzer ist, erscheint der Betrag auf dem Formular des Steuerbescheides für die Grundsteuer des Clark Countys. Der Betrag wird neben dem Punkt „Hospital Tax“ (Krankenhaussteuer) aufgeführt.

Jedes Mal wenn der Patient oder die verantwortliche Partei eine "Zahlung aus eigener Tasche" oder einen "Eigenanteil" des Rechnungsbetrages leistet, kann er eine Gutschrift oder eine Reduzierung der Rechnung für den Betrag der "Zahlung aus eigener Tasche" oder des "Eigenanteils" bis zur Höhe der im vorherigen Jahr gezahlten Steuern erhalten, falls der Betrag der Steuer gleich viel oder weniger beträgt, als der Anteil der "Zahlung aus eigener Tasche" oder des "Eigenanteils". Falls der Patient Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, wird der Anteil der "Zahlung aus eigener Tasche" oder des "Eigenanteils" um den Betrag der aufgebrachtene Steuerumlage reduziert, bis zur Höhe des Betrages der "Zahlung aus eigener Tasche" oder des "Eigenanteils".

Um die Steuerumlagegutschrift oder die Reduzierung der Rechnung zu erhalten, oder um eine Erstattung zu bekommen, falls der Patient oder die verantwortliche Partei die "Zahlung aus eigener Tasche" oder den "Eigenanteil" bereits bezahlt hat, muss der Kasse des Liberty Hospitals im Liberty Hospital die Quittung über die Steuerzahlung vorgelegt werden und das Liberty Hospital wird die Umlage oder die Erstattung bearbeiten. Falls die Umlage für ein Leistungsdatum nicht vollständig verbraucht wird, kann der Differenzbetrag auf weitere Leistungen angerechnet werden.

Weil Steuern normalerweise am Ende eines Kalenderjahres gezahlt werden, wendet das Liberty Hospital die Umlage oder die Erstattung für geleistete Dienste, in dem Jahr an, das auf das vorhergegangene Steuerjahr folgt. Im Ergebnis ist es so, dass die Steuern für 2015 in 2016 gezahlt werden und dann dazu genutzt werden können, die „Zahlungen aus eigener Tasche“ für Leistungen, die das Liberty Hospital in 2016 erbracht hat, zu mindern. Mögliche Steuerumlagen werden nicht prolongiert oder gesammelt, wenn sie nicht innerhalb des Jahres für Zahlungen von Beträgen aus eigener Tasche genutzt werden.

Falls sie Fragen zur Steuerumlagengutschrift haben, kontaktieren Sie bitte das Liberty Hospital unter 816-792-7110.

**Anhang A:**

**Anbieter, die nicht von dieser Richtlinie abgedeckt werden:**

**Viele Ärzte haben Richtlinien für die Behandlung Bedürftiger, nach denen Patienten kostenlose oder vergünstigte Behandlungen beantragen können. Patienten sollten sich direkt an den Arzt wenden, um Informationen über die Richtlinien des Arztes für die Behandlung Bedürftiger zu erhalten.**

Die Ärzte die bei der New Liberty Hospital-Gesellschaft angestellt sind  
Alliance Radiology (Röntgen, CT, MRT und andere Bildgebende Untersuchungen)  
Clinical Partners (Notärzte)  
Liberty Hospital freestanding clinics  
Liberty Hospital Urgent Care at Shoal Creek  
MAWD Pathology (Laboruntersuchungen)  
Professional Anesthesia Care/Northland Pain Consultants  
Dr. Arnold Katz (Rheumatologie)

**Falls Sie fragen dazu haben, ob ein bestimmter Anbieter von dieser Richtlinie abgedeckt ist oder nicht, rufen Sie bitte an unter 816-792-7110.**

## **Berechnung der allgemein in Rechnung gestellten Beträge**

### **Anhang B**

Das Liberty Hospital bietet medizinisch bedürftigen Patienten, die die Zulassungsvoraussetzungen, die in dieser Richtlinie für finanzielle Unterstützung für medizinisch Bedürftige aufgeführt werden, erfüllen, finanzielle Unterstützung an. Nachdem die Abrechnung(en) des Patienten, basierend auf dieser Richtlinie, um den Anpassungsbetrag der finanziellen Unterstützung reduziert wurde(n), ist der Patient/die verantwortliche Partei für den Rest der offenen Patientenverbindlichkeit verantwortlich, der nicht höher sein soll, als die allgemein in Rechnung gestellten Beträge (ARB), die Personen, die Medicare-Gebühren für Behandlungen und private Krankenversicherer für Notfallbehandlungen und andere medizinisch notwendige Behandlungen haben, berechnet werden. Zur Bestimmung der ARB wird die retrospektive Methode verwendet. Patienten oder Mitglieder der Öffentlichkeit können eine kostenlose Kopie der Zusammenfassung der Richtlinie zu finanzieller Unterstützung oder die ausführliche Richtlinie zu finanzieller Unterstützung erhalten indem sie das Rechnungsbüro unter 806-792-7110 oder 816-407-4861 kontaktieren oder indem sie die Patientenmeldung/das Aufnahmebüro unter der Anschrift 2525 Glenn Hendren Drive, Liberty, MO, 64068 besuchen.

Die allgemein in Rechnung gestellten Beträge sind die Summe aller Beträge aus Forderungen, die von den Krankenversicherern genehmigt wurden, geteilt durch die Summe der Brutto-Aufwendungen, die zu diesen Forderungen gehören.

$$\text{ARB \%} = \frac{\text{Summe der Beträge (in US-Dollar) genehmigter Forderungen}}{\text{Summe der Brutto-Aufwendungen (in US-Dollar) für diese Forderungen}}$$

ARB wird auf jährlicher Basis berechnet.

- Die retrospektive Methode wird eingesetzt. Es wird ein Zeitraum von zwölf (12) Monaten, vom 1. April bis zum 1. März, verwendet.
- Schließt die Medicare-Einzelleistungsvergütung und kommerzielle Kostenträger ein und
- Schließt Kostenträger aus, wie: Medicaid, Medicaid beantragt, Unversicherte, Preise für Selbstzahler, Rechnungsstellung medizinischer Einrichtungen, KFZ-Haftpflicht- und Haftpflichtversicherungen und Leistungen der Arbeitsunfallversicherung.

Liberty Hospital  
Allgemein in Rechnung gestellte  
Beträge: 31%  
Inkrafttreten: 1. Juli 2017

## Zusammenfassung Anhang C – Teil 1 - Seite 1 von 2

### Finanzielle Unterstützung für Patienten des Liberty Hospitals

Falls Sie Unterstützung bei der Zahlung Ihrer Behandlungskosten benötigen, können wir Ihnen möglicherweise helfen. Falls Sie sich für die finanzielle Unterstützung qualifizieren, können Sie Hilfe bei Ihrer gesamten Zahlungsverpflichtung oder bei Teilen Ihrer Rechnung erhalten.

#### Habe ich Anspruch auf finanzielle Unterstützung?

Diese Feststellung beruht auf Kriterien, die das Einkommen des Patienten, Bürgen und des Haushaltes nach der Definition in den Bundesrichtlinien zu Bedürftigkeit berücksichtigen. Das Krankenhaus berücksichtigt ebenfalls Ihre Vermögenswerte, wie Girokonten, Spargbücher, individuelle Alterssparkonten, Einlagenzertifikate, Ersparnisse für die Altersversorgung und Investitionen. Außerdem müssen Sie in einem der folgenden Countys leben, aus denen sich das Versorgungsgebietes des Krankenhauses zusammensetzt: Clay, Caldwell, Carroll, Clinton, Daviess, Grundy, Harrison, Livingston, Platte und Ray.

**Wenn Sie sich für die Unterstützung qualifiziert haben, werden Ihnen keine höheren Beträge in Rechnung gestellt als einem Patient mit Versicherung/Medicare im Allgemeinen in Rechnung gestellt werden. Sehen Sie die allgemein in Rechnung gestellten Beträge unter [www.libertyhospital.org/financialassistance](http://www.libertyhospital.org/financialassistance).**

#### Was passiert, wenn mir ein katastrophaler, medizinischer Notfall wiederfährt?

In Situationen wie ernststen Erkrankungen oder Unfällen, die kostspielige Behandlungen erforderlich machen, können Patienten, die normalerweise nicht für die finanzielle Unterstützung in Frage kommen, für partielle Unterstützung zugelassen werden.

Wenn Sie sich qualifizieren, ist Ihr Eigenanteil das, was jeweils niedriger ist:

- 25 Prozent Ihres jährlichen Haushaltseinkommens oder
- Der Betrag, der einem Patienten mit Versicherung/Medicare im Allgemeinen in Rechnung gestellt wird.

#### Wann kann ich die Unterstützung beantragen?

Patienten können den Antrag jederzeit stellen - vor, während oder bis zu 240 Tage nachdem Sie die erste Abrechnung ihrer Pflegekosten nach ihrer Entlassung erhalten haben.

#### Wie stelle ich den Antrag?

Patienten müssen das (kostenlose) Formular „Antrag auf finanzielle Unterstützung“ ausfüllen und sämtliche angeforderten Unterlagen beibringen.

Um das Formular zu erhalten:

- Laden Sie das Formular aus dem Internet herunter:  
<http://www.libertyhospital.org/financialassistance>
- Antrag auf finanzielle Unterstützung in englischer Sprache unter der oben angegebenen Webseite.
- Antrag auf finanzielle Unterstützung in spanischer Sprache unter der oben angegebenen Webseite.
- Kopien des Formulars, das in Arabisch, Französisch, Deutsch, Spanisch oder Vietnamesisch verfügbar ist, können im Verwaltungsbüro des Krankenhauses oder in der Patientenanmeldung/dem Aufnahmebüro erhalten werden.
- Rufen Sie im Verwaltungsbüro des Krankenhauses unter 816-792-7110 oder 816-407-4861 an.
- Besuchen Sie die Patientenanmeldung/ das Aufnahmebüro im Krankenhaus, unter der Adresse: 2525 Glenn Hendren Drive, Liberty, MO, 64068.

Falls Sie beim Ausfüllen des Formulars Fragen haben, rufen Sie uns bitte unter 816-792-7110 an.

## Zusammenfassung Anhang C – Teil 1 - Seite 2 von 2

### Welche Leistungen sind durch die finanzielle Unterstützung abgedeckt?

Unsere [Richtlinie für finanzielle Unterstützung](#), unter der oben angegebenen Webseite, deckt Patientenrechnungen für Leistungen, mit Ausnahme der unten Aufgeführten, ab, die in unserer Notaufnahme erbracht werden und für andere medizinisch notwendige Leistungen.

Diese Richtlinie deckt keine selbständigen Ärzte, Chirurgen, Anästhesiologen, Pathologen, Notärzte, Radiologen oder andere Ärzte ab, die bei der New Liberty Hospital Gesellschaft angestellt sind.

### Kontaktieren Sie uns

Für weitere Informationen über die finanzielle Unterstützung kontaktieren Sie bitte das Verwaltungsbüro des Liberty Hospital unter 816-792-7110, Mo.-Fr. 8:00 - 16:30 Uhr. Für Arztrechnungen kontaktieren Sie das Büro für Arztrechnungen:

- Alliance Radiology (Radiologe): 855-410-3198
- Clinical Partners (Notfallabteilung): 800- 355-2470
- Liberty Hospital Clinics: 816-407-4200
- MAWD Pathology (Pathologe) McKesson Billing Services: 866-932-6216
- Professional Anesthesia Care/Northland Pain Consultants: 913-642-4900
- Liberty Hospital Urgent Care Shoal Creek: 816-415-3369

Anhang C – Teil 2 - Seite 1 von 3



2525 Glenn W. Hendren Drive • Liberty, Missouri 64069-1002 • 816 781-7200

Sehr geehrter Patient:

Wir wissen, dass ein Krankenhausaufenthalt ungeplante Kosten verursacht. Unser Kuratorium hat verschiedene Zahlungsmöglichkeiten zugelassen. Zu diesen Optionen gehören die Zahlung per Scheck, Bargeld, Discover, MasterCard oder Visa. Falls Ihre Verhältnisse es Ihnen nicht erlauben diese Optionen zu nutzen, ziehen wir gerne andere Zahlungsmodalitäten in Betracht. Um mit Ihnen zusammenarbeiten zu können, bitten wir Sie auch mit uns zusammenzuarbeiten, indem Sie uns die im Finanzierungsantrag aufgeführten Informationen angeben. Wir sind kein Kreditinstitut und erheben daher keine Zinsen auf geleistete Zahlungen. Wir bitten um dieselbe Art von Informationen, die auch ein Kreditinstitut erbittet. Diese werden benötigt, damit wir gemeinsam einen Zahlungsbetrag ausarbeiten können, der sowohl Ihnen als auch dem Krankenhaus gerecht wird.

Ihr Finanzierungsantrag, inklusive sämtlicher Anlagen, darf uns **nicht später zurückgesandt werden als 240 Tage** nach dem Tag an dem Sie die erste Abrechnung nach Ihrer Entlassung erhalten haben, er darf aber auch früher zurückgesandt werden. Wenn die Rücksendung des ausgefüllten Antrages innerhalb dieses Zeitrahmens versäumt wird, wird der Antrag abgelehnt. Außerdem müssen Sie in einem der folgenden Countys leben, aus denen unser Versorgungsgebiet besteht: Clay, Caldwell, Carroll, Clinton, Daviess, Grundy, Harrison, Livingston, Platte oder Ray.

**Für die Prüfung des Finanzierungsantrages benötigte Informationen:**

- \_\_\_ Steuerbescheid des Vorjahres über das Haushaltseinkommen oder der Nachweis der Steuerbehörde darüber, dass keine Steuererklärung eingereicht wurde
- \_\_\_ Die aktuellsten zwei (2) Lohnabrechnungen von allen, die zum Haushaltseinkommen beitragen
- \_\_\_ Bestätigung und Betrag von Arbeitslosengeld, Leistungen der Arbeitsunfallversicherung und/oder Invalidenleistungen
- \_\_\_ Aktuelle W-2 und 1099 Formulare
- \_\_\_ Aktuelle Liste der Aktien/Obligationen, Pensionskonten, Investmentfonds (z.B. individuelle Alterssparkonten, Einlagenzertifikate, 401K)
- \_\_\_ Kopien von Zahlungsbestätigungen für Leistungen aus der Sozialversicherung, ergänzenden Sozialhilfe, Hinterbliebenenrente
- \_\_\_ Aktuelle Betriebskostenabrechnung, Miet- oder Hypothekenrechnung als Wohnsitznachweis
- \_\_\_ Nachweis der Ablehnung von Medicaid
- \_\_\_ Kontoauszug/-züge des aktuellen Monats **\*\*Kontonummern bitte unkenntlich machen**
- \_\_\_ Betrag der Ausbildungsbeihilfe, Alimente, Kindesunterhalt oder Veteranenzahlungen
- \_\_\_ Betrag des Einkommens aus Zinsen, Dividenden, vermieteten Immobilien, Tantiemen, Grundbesitz oder Treuhandgesellschaften
- \_\_\_ Schreiben der Familie/Eltern/Freunden zur Bestätigung von Hilfen
- \_\_\_ Schreiben der Bildungseinrichtung, das den Vollzeitstudentenstatus bestätigt
- \_\_\_ Dokument über den Aufenthalt in einem Obdachlosenheim

LIBERTY HOSPITAL  
Liberty, Missouri

Seite 17 von 19

Für weitere Informationen über die finanzielle Unterstützung kontaktieren Sie bitte das Verwaltungsbüro des Liberty Hospitals unter 816-792-7110 oder die Finanzberater unter (816) 407-4861, Mo.-Fr. 8:00 - 16:30 Uhr. Vollständige Anträge können persönlich in der Patientenanmeldung/ dem Aufnahmebüro, unter der Adresse: 2525 Glenn Hendren Drive, Liberty, MO, 64068 abgegeben werden oder per Post an das Verwaltungsbüro unter derselben Adresse geschickt werden. *Die erlangten Informationen werden vertraulich behandelt und nur zur Prüfung des Antrages auf finanzielle Unterstützung verwendet.*

|

Anhang C – Teil 2 - Seite 2 von 3

**BITTE IN ENGLISCH AUSFÜLLEN**

**LIBERTY HOSPITAL**  
**Antrag auf finanzielle Unterstützung**

Patientabrechnung(en): \_\_\_\_\_

Verantwortliche Partei oder Bürge: \_\_\_\_\_ Sozialversicherung \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Sozialversicherung \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Beziehung des Patienten zum Antragsteller:  Selbst  Ehegatte/  Partner  Elternteil/Vormund  Kind  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Stadt \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_

Staat: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Private Festnetznummer: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Mobiltelefonnummer: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\*bitte geben Sie an ob dies die aktuelle Adresse ist für den:  Patienten  Korrespondenz  Bürgen

Haben Sie kürzlich einen Antrag auf Medicaid und/oder medizinische Unterstützung gestellt, oder planen Sie dies zu tun?: Ja \_\_\_\_\_  
Nein \_\_\_\_\_

Datum der Antragstellung: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Anzahl der Familienmitglieder im Haushalt (Ehegatte, Lebenspartner und Angehörige): \_\_\_\_\_

**BESTÄTIGUNG ÜBER ARBEITSEINKOMMEN (Führen Sie alle Personen im Haushalt auf, die angestellt sind)**

Name	Beziehung zum Patienten	Name und Anschrift des Arbeitgebers	Monatliches Einkommen
			Brutto
			\$
			\$
			\$
			\$

**ANDERE EINKOMMEN (Nach monatlicher Abrechnung aufführen)**

Quelle	Name	Beziehung zum Patienten	Monatlicher Wert
Leistungen der Sozialversicherung/ergänzende Sozialhilfe/Hinterbliebenenrente			
Arbeitslosengeld/Leistungen der Arbeitsunfallversicherung/Invalidenleistungen			
Aktien/Obligationen/Pensionskonten/Investmentfonds			
Ausbildungsbeihilfe, Alimente, Kindesunterhalt, Veteranenzahlungen			
Zinsen, Dividenden, vermieteten Immobilien, Tantiemen, Grundbesitz, Treuhandgesellschaften			
Sonstiger			
Sonstige			

**FINANZIELLE MITTEL (Führen Sie alle finanziellen Mittel im Besitz von Haushaltsmitgliedern auf und geben Sie ihren Wert an)**

Anhang C – Teil 2 - Seite 3 von 3

Bank oder Unternehmen	Besitzer	Bankkonten	Ersparnisse	Aktien/Obligationen	Einlagen - zertifikate	Pensionskonten	Investmentfonds	Andere
		\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$

Die erlangten Informationen werden vertraulich behandelt und nur zur Prüfung des Antrages auf finanzielle Unterstützung verwendet.

**LIBERTY HOSPITAL**  
**Antrag auf finanzielle Unterstützung**

Mit meiner folgenden Unterschrift erkläre ich, dass die angegebenen Informationen und Dokumente ein richtiges und vollständiges Bild meiner aktuellen finanziellen Situation ergeben und ich erteile meine Erlaubnis diese Informationen zu verifizieren. Falls ich versäume irgendwelche reduzierten oder angepassten Rechnungsbeträge zu zahlen, werden die üblichen Praktiken des Liberty Hospitals zu Rechnungsstellung und Inkasso angewandt.

Unterschrift des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Für die Prüfung des Finanzierungsantrages benötigte Dokumente:**

- \_\_\_ Steuerbescheid des Vorjahres über das Haushaltseinkommen oder der Nachweis der Steuerbehörde darüber, dass keine Steuererklärung eingereicht wurde
- \_\_\_ Die aktuellsten zwei (2) Lohnabrechnungen von allen, die zum Haushaltseinkommen beitragen
- \_\_\_ Bestätigung und Betrag von Arbeitslosengeld, Leistungen der Arbeitsunfallversicherung und/oder Invalidenleistungen
- \_\_\_ Aktuelle W-2 und 1099 Formulare
- \_\_\_ Aktuelle Liste der Aktien/Obligationen, Pensionskonten, Investmentfonds (z.B. individuelle Alterssparkonten, Einlagenzertifikate, 401K)
- \_\_\_ Kopien von Zahlungsbestätigungen für Leistungen aus der Sozialversicherung, ergänzenden Sozialhilfe, Hinterbliebenenrente
- \_\_\_ Aktuelle Betriebskostenabrechnung, Miet- oder Hypothekenrechnung als Wohnsitznachweis
- \_\_\_ Nachweis der Ablehnung von Medicaid
- \_\_\_ Kontoauszug/-züge des aktuellen Monats **\*\*Kontonummern bitte unkenntlich machen**
- \_\_\_ Betrag der Ausbildungsbeihilfe, Alimente, Kindesunterhalt oder Veteranenzahlungen
- \_\_\_ Betrag des Einkommens aus Zinsen, Dividenden, vermieteten Immobilien, Tantiemen, Grundbesitz oder Treuhandgesellschaften
- \_\_\_ Schreiben der Familie/Eltern/Freunden zur Bestätigung von Hilfen
- \_\_\_ Schreiben der Bildungseinrichtung, das den Vollzeitstudentenstatus bestätigt
- \_\_\_ Dokument über den Aufenthalt in einem Obdachlosenheim

**\* Falls es in Ihrem Fall besondere Umstände gibt, die Sie berücksichtigt haben möchten, fügen Sie bitte ein separates Schreiben mit einer Erläuterung bei.**

FÜLLEN SIE NICHTS UNTERHALB DIESER LINIE AUS NUR FÜR OFFIZIELLEN GEBRAUCH

**FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG**

Gesamtbruttoeinkommen der Familie: \_\_\_\_\_

Familiengröße: \_\_\_\_\_

Betrag der finanziellen Unterstützung nach den Richtlinien des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Allgemein in Rechnung gestellte Beträge: \_\_\_\_\_

Genehmigter Gesamtbetrag: \_\_\_\_\_

Abgelehnt: \_\_\_\_\_

Benachrichtigungsschreiben an den Patienten versandt am \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Genehmigt durch: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Zeit: \_\_\_\_\_