

Zusammenfassung der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung in einfacher Sprache

****Finanzielle Unterstützung für Notfälle oder andere medizinisch notwendige Behandlungen in einem der Chesapeake Regional Medical Center ****

Erklärung: Das CRMC bietet allen Patienten, die die Voraussetzungen erfüllen, finanzielle Unterstützung an. Es ist unsere Verpflichtung, die Allgemeinheit zu unterstützen und dazu beizutragen, dass jeder Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung erhält.

Wenn Sie nicht in der Lage sind, Ihre Krankenhausrechnung zu bezahlen, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung, um herauszufinden, ob Sie für eine finanzielle Unterstützung in Frage kommen. Der Bedarf eines jeden Patienten an finanzieller Unterstützung wird anhand des gesamten Haushaltseinkommens, der liquiden Mittel, der Verbindlichkeiten und anderer verfügbarer Ressourcen bewertet. Die volle finanzielle Unterstützung steht Personen/Familien mit einem Einkommen von weniger als 201 % der Bundesarmutsgrenze (Federal Poverty Level, FPL) zur Verfügung, falls deren sonstigen verfügbaren Mittel die Obergrenze nicht übersteigen.

CRMC gewährt allen nicht versicherten Patienten automatisch einen Selbstzahlerrabatt von 40 %, es sei denn, der Patient hat Anspruch auf finanzielle Unterstützung und qualifiziert sich für einen höheren Rabatt. Patienten mit einem Einkommen unter 200 % der FPL können ebenfalls die volle finanzielle Unterstützung in Anspruch nehmen. Ein Patient mit einem Einkommen zwischen 201 % und 500 % der FPL, der die Grenze der verfügbaren Mittel nicht überschreitet, kann sich für eine finanzielle Unterstützung von bis zu 68 % Rabatt qualifizieren. Die Rabatte werden auf der Grundlage des jährlichen Haushaltseinkommens anhand der Bundesarmutsgrenze (Federal Poverty Levels) ermittelt, die in Anhang A aufgeführt ist.

Um finanzielle Unterstützung zu beantragen, wenden Sie sich bitte unter der unten angegebenen Nummer an unsere Finanzberater (Financial Assistance Counselors):

Anfrage per Telefon: 757-312-6281

**Anfrage per Post: Chesapeake Regional Medical Center
Attention: Financial Assistance Counselor
736 Battlefield Blvd. N.
Chesapeake, Virginia 23320**

Die Patienten müssen einen Antrag auf finanzielle Unterstützung (Financial Assistance Application, FAP) vollständig ausfüllen und ihn zusammen mit den erforderlichen Unterlagen einsenden. Die Patienten müssen den Antrag innerhalb von 240 Tagen nach dem Entlassungsdatum stellen. Sie können den Antrag per Post an die oben genannte Adresse schicken oder ihn zusammen mit den entsprechenden Unterlagen bei der Zentralen Patientenanmeldung in der Nähe des Haupteingangs des Krankenhauses abgeben. Nach Eingang des Antrags und der Unterlagen sollten Sie mindestens 30 Tage Zeit für die Bearbeitung des Antrags einplanen. Alle Antragsteller werden schriftlich über die Entscheidung benachrichtigt. Ein genehmigter Antrag ist für acht (8) Monate ab dem Datum der Unterschrift auf dem Antrag gültig. Für den Fall, dass die Adresse des Antragstellers von der bei uns gespeicherten Adresse abweicht, liegt es in der Verantwortung des Antragstellers, das Krankenhaus darüber in Kenntnis zu setzen, damit wir die Korrespondenz entsprechend zustellen können.

Für Patienten oder deren Bürgen, die nicht auf das Antragsverfahren des CRMC reagieren, können andere Informationsquellen genutzt werden, um eine individuelle Bewertung der finanziellen Bedürftigkeit zu ermitteln. Diese Informationen ermöglichen es der CRMC-Einrichtung, eine fundierte Entscheidung über die finanzielle Bedürftigkeit von Patienten zu treffen, die nicht auf den Antrag geantwortet haben, indem die bestmöglichen Schätzungen verwendet werden, wenn keine Informationen direkt vom Patienten zur Verfügung gestellt werden.

Achten Sie beim Ausfüllen des Antrags darauf, dass Sie Folgendes angeben:

1. Vollständige Patientenangaben, Unterschrift und Datum.
2. Angaben zum Einkommen und zu den liquiden Mitteln: Dazu gehören Ihr Einkommen als Arbeitnehmer (Gehaltsabrechnungen, W-2), Sozialhilfe (Lebensmittelmarken), staatliche Beihilfen (Sozialversicherung, VA-Leistungen), alle anderen Einkünfte (Steuererklärung) und Nachweise über liquide Mittel (Kontoauszüge, Einlagenzertifikate). Wenn ein Kind 18 Jahre oder älter ist, ist ein separates Formular erforderlich.
3. Monatliche Ausgaben (nur für Medicare-Begünstigte): Dazu gehören Hypothekenzahlungen, Miete, Versorgungsleistungen, Darlehen sowie medizinische oder andere Ausgaben. Bitte prüfen Sie, welche Arten von Unterlagen auf Ihre Situation zutreffen: (Senden Sie nur Kopien. Originale werden nicht zurückgeschickt).

Anhang A:

2024	100% Discount				68% Discount	68% Discount	Medically Indigent 68% Discount	Liquid Asset Limit
	100%	133%	138%	200%	300%	400%	500%	
Household Size								
1	\$15,060	\$20,030	\$20,783	\$30,120	\$45,180	\$60,240	\$75,300	\$10,000
2	\$20,440	\$27,185	\$28,207	\$40,880	\$61,320	\$81,760	\$102,200	\$10,000
3	\$25,820	\$34,341	\$35,632	\$51,640	\$77,460	\$103,280	\$129,100	\$10,000
4	\$31,200	\$41,496	\$43,056	\$62,400	\$93,600	\$124,800	\$156,000	\$10,000
5	\$36,580	\$48,651	\$50,480	\$73,160	\$109,740	\$146,320	\$182,900	\$10,000
6	\$41,960	\$55,807	\$57,905	\$83,920	\$125,880	\$167,840	\$209,800	\$10,000
7	\$47,340	\$62,962	\$65,329	\$94,680	\$142,020	\$189,360	\$236,700	\$10,000
8	\$52,720	\$70,118	\$72,754	\$105,440	\$158,160	\$210,880	\$263,600	\$10,000
Additional Per Person	\$ 5,140							