

## Sprachübersetzung

Wir verpflichten uns, Informationen über das Covenant Health Financial Assistance Program in den Gemeinden, denen wir dienen, auf eine leicht verständliche Weise zur Verfügung zu stellen. Neben Englisch sind diese Broschüre, die Richtlinie zur finanziellen Unterstützung und das Antragsformular für die finanzielle Unterstützung von Covenant in anderen Sprachen, einschließlich Spanisch, verfügbar. Wir werden auch beim Ausfüllen des Antragsformulars in anderen Sprachen behilflich sein. Bitte lassen Sie es den Finanzberater wissen, wenn Sie Übersetzungshilfe benötigen.

## Vertraulichkeit

Wir verstehen, dass die Notwendigkeit für finanzielle Unterstützung für Patienten ein sensibles und zutiefst persönliches Thema sowohl für Patienten wie auch ihre Familien sein kann. Wir verpflichten uns, die Vertraulichkeit von Hilfeersuchen, der im Antragsverfahren erhaltenen Informationen und der Finanzierung oder Verweigerung der Hilfe für alle, die an unserem Programm teilnehmen, zu wahren.

## Unsere Mission

Bei Covenant Health ist es Teil unserer Mission, allen unseren Patienten eine qualitativ hochwertige Versorgung zu bieten, unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit. Wir sind der Meinung, dass niemand die Suche nach notwendiger medizinischer Versorgung verzögern sollte, weil es ihnen an einer Krankenversicherung mangelt oder sie sich Sorgen um ihre Fähigkeit, für ihre Pflege zu bezahlen. Aus diesem Grund haben wir ein Programm zur finanziellen Unterstützung von anspruchsberechtigten Patienten.

## Was ist das Finanzielle Unterstützungs-Programm von Covenant Health?

Das Finanzielle Unterstützungsprogramm von Covenant Health hilft, unsere Gesundheitsdienste für alle Menschen in unserer Gemeinde verfügbar zu machen, die eine dringend benötigte oder medizinisch notwendige Versorgung benötigen. Dazu gehören Menschen, die keine Krankenversicherung haben und ihre Krankenhausrechnung nicht bezahlen können, sowie Patienten, die eine Versicherung haben, aber nicht in der Lage sind, den Teil ihrer Rechnung zu bezahlen, den die Versicherung nicht deckt.

In einigen Fällen sind berechtigte Patienten nicht verpflichtet, für Dienstleistungen zu bezahlen, in anderen Fällen werden sie möglicherweise zu einer Teilzahlung aufgefordert. Unsere Krankenhäuser begrenzen die Zahlungen von Personen, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, auf höchstens die allgemein in Rechnung gestellten Beträge (AGB) an Personen, die Medicare haben.

Covenant Health definiert diese Grenze als den Betrag, der mit Hilfe des Abrechnungsprozesses berechnet wird, den das Krankenhaus verwenden würde, wenn der Patient ein Leistungsempfänger von Medicare-Zahlungen wäre. AGB entspricht dem von Medicare erstatteten Betrag zuzüglich des Betrages, den der Patient zu zahlen hätte, wenn er ein Medicare-Begünstigter in Form von Mitzahlungen, Mitversicherungen und Selbstbehalten wäre.

Die Qualifikation für oder gegen finanzielle Unterstützung hat keinen Einfluss auf das Recht des Patienten auf Zugang zu medizinisch notwendiger oder Notfallversorgung.

Weitere Informationen zum Covenant Finanzhilfeprogramm finden Sie auf unserer Website: [covenanthealth.org](http://covenanthealth.org).

# Finanzielles Unterstützungs- Programm

**Covenant Medical Center**  
3615 19th St.,  
Lubbock, TX 79410  
[covenanthealth.org](http://covenanthealth.org)

**Covenant Hospital Levelland**  
1900 College Ave.,  
Levelland, TX 79336  
[covenanthealth.org](http://covenanthealth.org)

**Covenant Hospital Plainview**  
2601 Dimmit Rd.,  
Plainview, TX 79072  
[covenanthealth.org](http://covenanthealth.org)

**Covenant Children's Hospital**  
4015 22nd Pl.,  
Lubbock, TX 79410  
[covenantchildrens.org](http://covenantchildrens.org)

**Covenant Specialty Hospital**  
3815 20th St.  
Lubbock, TX 79410  
[covenanthealth.org](http://covenanthealth.org)





# Welche Unterstützung gibt es?

## Kostenlose oder ermäßigte Pflege

Für diejenigen, die sich qualifizieren, gibt es eine kostenlose oder ermäßigte Pflege. Der ermäßigte Betrag wird durch Ihr Familieneinkommen im Vergleich zur Armutsgrenze (FPL) bestimmt. Ihre finanzielle Haftung darf die AGB\* nicht überschreiten.

Falls ...	Dann ...
Ihr Familieneinkommen 175% von FPL oder weniger beträgt	Würden Sie nichts bezahlen.
Ihr Familieneinkommen zwischen 175% und 300% von FPL liegt	Würden Sie nicht mehr als die AGB Summe bezahlen.
Sie haben ein katastrophales medizinisches Ereignis, das zu einer finanziellen Haftung von mehr als \$75.000,00 führt,	Sie können einen vollständigen oder teilweisen Rabatt erhalten, der den AGB-Betrag, basierend auf mehreren Faktoren, nicht überschreitet, einschließlich: - Finanzverbindlichkeit - Berechnete Gebühren - Einkommen - Vermögenswerte

\* Einzelheiten zur Berechnung der AGB finden Sie in der *Richtlinie zur finanziellen Unterstützung von Covenant*, die auf der Website des Krankenhauses verfügbar ist.

## Wer ist teilnahmeberechtigt?

Wenn Sie ein Patient oder die Person sind, die für die Krankenhausrechnung eines Patienten verantwortlich ist, können Sie an unserem Programm zur finanziellen Unterstützung teilnehmen, wenn Sie die folgenden Richtlinien erfüllen:

### Wenn Sie keine Krankenversicherung haben:

- Sie haben keinen Anspruch auf staatlich geförderte Krankenversicherungsprogramme, wie Medicare, Medicaid, California Health Benefit Exchange oder andere vom Bundesstaat oder Landkreis finanzierte Programme der Krankenversicherung.

- Ihr Familieneinkommen beträgt weniger als 500% der Bundesarmutsgrenze.

### Wenn Sie eine Krankenversicherung haben (einschließlich Medicare):

- Sie können Ihren Teil der Rechnung, den Ihre Versicherung nicht deckt, nicht bezahlen.

- Ihr Familieneinkommen beträgt weniger als 500% der Bundesarmutsgrenze.

Ihr Familieneinkommen beträgt weniger als 300% der

## Wie man sich bewirbt

Wir wissen, dass Krankenaufenthalte für unsere Patienten und ihre Familien belastend sein können, deshalb machen wir die Beantragung des Programms zur finanziellen Unterstützung so einfach und bequem wie möglich. Sie können sich vor, während oder nach Ihrem Aufenthalt bewerben.

### SO ERHALTEN SIE EINEN ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG:

**Per Post:** Rufen Sie einen Finanzberater an unter **(806) 725-5773**, um eine Bewerbung per Post zu beantragen.

**In-Person:** Wenden Sie sich an einen Vertreter der Aufnahmestelle im Krankenhaus.

(Siehe Krankenhausstandort(e), die in dieser Broschüre aufgeführt sind.)

**Online:** Laden Sie eine Bewerbung von unserer Website herunter und drucken Sie sie aus:  
[coventanthealth.org/patients-and-visitors/for-patients/billing-and-payments/patient-financial-assistance](http://coventanthealth.org/patients-and-visitors/for-patients/billing-and-payments/patient-financial-assistance).

### ANTRAG AUSFÜLLEN:

Wenn Sie Fragen haben oder Unterstützung bei der Antragstellung benötigen, besuchen Sie bitte die Aufnahmeabteilung des Krankenhauses oder rufen Sie an unter **(806) 725-5773** und bitten Sie, mit einem unserer Finanzberater zu sprechen.

### DEN ANTRAG MIT ALLEN ERFORDERLICHEN UNTERLAGEN EINREICHEN:

**Per Post:** An die auf dem Antrag angegebene Adresse senden.

**Persönlich:** Geben Sie ihn einem Vertreter der Krankenhausaufnahmeabteilung.

