

مهم: ممکن است واجد شرایط خدمات رایگان یا شامل تخفیف باشید. خانه پوری کردن این درخواستنامه به BJC HealthCare کمک می‌کند تا بفهمد که آیا شما می‌توانید از خدمات رایگان یا مشمول تخفیف بهره‌مند شوید یا واجد شرایط دیگر پروگرام‌های عمومی پوشش دهنده مصرف خدمات درمانی هستید یا خیر.

اگر بیمه نشده باشید، ارائه نمبر تامین اجتماعی برای دریافت خدمات رایگان یا مشمول تخفیف ضروری نیست. هر چند، ارائه نمبر تامین اجتماعی برای بعضی پروگرام‌های عمومی، از جمله Medicaid، ضروری است. ارائه نمبر تامین اجتماعی ضروری نیست ولی شفاخانه به کمک آن می‌تواند مشخص کند که آیا شما واجد شرایط پروگرام‌های عمومی هستید یا خیر.

برای استفاده از خدمات رایگان یا مشمول تخفیف، این فرمه را خانه پوری کنید و ظرف 240 روز از تاریخ صدور اولین بیل به صورت حضوری، با پست به آدرس -600 S. Taylor Ave., Mailstop 90-68-112, St. Louis, MO 63110-9930 یا با ایمیل به patacct@bjc.org یا با فکس به نمبر 314-747-6977 به شفاخانه تحویل دهید.

بیمار اعلام می‌کند که همه معلومات درخواستی در درخواستنامه را با حسن نیت ارائه کرده است تا شفاخانه بتواند تشخیص دهد که آیا بیمار واجد شرایط مساعدت مالی هست یا خیر.

معلومات بیمار	
نام بیمار	تاریخ تولد
نمبر تامین اجتماعی بیمار (اختیاری و غیر اجباری)	
بیمار	فرد مسئول بیل
ساکن ایلینوی در زمان ارائه خدمات؟ بله ___ خیر ___	نام
سرک	سرک
شهر، ولسوالی، کود زیپ	شهر، ولسوالی، کود زیپ
تلیفون: ()	تلیفون: ()
ایمیل:	ایمیل:
معلومات اشتغال	
کارفرمای بیمار	کارفرمای همسر/شریک/پدر/مادر/سرپرست
سرک	سرک
شهر، ولسوالی، کود زیپ	شهر، ولسوالی، کود زیپ
تلیفون: ()	تلیفون: ()
معلومات دیگر	
1. آیا بیمار درگیر حادثه ادعایی که ارائه خدمات را ضروری ساخت، بوده است؟	بله ___ خیر ___
2. آیا بیمار قربانی جرم ادعایی که ارائه خدمات را ضروری ساخت، بوده است؟	بله ___ خیر ___
3. تعداد اعضای فامیل و/یا فامیل بیمار؟	
4. تعداد سر عیال* بیمار؟	
5. سن افراد سر عیال* بیمار؟	
6. در زمان ارائه خدمت یا پس از آن، آیا بیمار طلاق گرفته/جدا شده است یا وارد دعوی فسخ ازدواج شده است/بود؟	بله ___ خیر ___
7. در زمان ارائه خدمت یا پس از آن، آیا بیمار تحت تکفل فردی بوده است که طلاق گرفته/جدا شده است یا وارد دعوی فسخ ازدواج شده است/بود؟	بله ___ خیر ___
8. اگر جواب شما به هر یک از سوالات 6 یا 7 «بله» است، طبق قرارداد یا حکم طلاق یا جدایی مسئولیت مراقبت صحی از بیمار بر عهده کیست؟	
نام:	نسبت:
آدرس:	شهر، ولسوالی، کود زیپ:
تلیفون: ()	
*فرد تحت تکفل به معنی فرد خردسال یا فردی است که نام او جزو افراد تحت تکفل در راپور مالیه فدرال فرد دیگر آمده است.	
همه پوشش‌های بیمه‌ای را که به خدمت دریافتی مربوط است در قسمت زیر ثبت کنید**	
نوع بیمه	نام بیمه
نمبر بیمه‌نامه	نمبر گروه
بیمه درمانی	

			Medicare
			مکمل Medicare
			Medicaid
			امتیازات خاص متقاعدگی نظامی
<p>درآمد و مخارج ماهانه** (یکی از اسناد زیر را به عنوان سند درآمد ضمیمه کنید) الف. آخرین راپور مالیه ب. آخرین فرم w-2 و فرم های 1099 پ. دو (2) آخرین تمبرگ پرداخت ت. گواهی مکتوب درآمد از کارفرما در صورتی که به صورت نقدی پرداخت شده باشد ث. سند عدم رجستر (فرم IRS 1722) ارانه معلومات درآمد برای رسیدگی به درخواست شما ضروری است</p>			
پدر/مادر/سرپرست	همسر/شریک	بیمار	
			معاش ناخالص ماهانه
			درآمد وظیفه آزاد
			تامین اجتماعی
			معلولیت تامین اجتماعی
			معلولیت خصوصی
			معلولیت تقاعدی نظامی
			معاش تقاعدی نظامی
			بیکاری
			گرامت کارگر
			درآمد تقاعدی
			کمک خرج طفل
			نقده یا دیگر کمک‌های مربوط به همسر
			مساعدت موقت خاص فامیل‌های نیازمند (TANF)
			سایر، ثبت کنید
مخارج ماهانه		مخارج	
			مسکن
			خدمات همگانی (مانند تلفون، گاز، برق، آب)
			غذا
			مراقبت از طفل
			ترانسپورت
			مخارج صحت
			دیگر مخارج
<p>**موارد استثنا: اگر بیمار باشنده ایلینوی، بیمه نشده و گیرنده خدمات شفاخانه Alton Memorial باشد و معیارهای صلاحیت فرضی ثبت شده در 77 ILAC 4500.40 را برآورده کند یا احتمالاً بر بنیاد درآمد فامیل واجد شرایط باشد، موظف به خانه پوری کردن این بخش از درخواستنامه نخواهد بود. اگر بیمار خواستار مساعدت مربوط به خدمات مراکز NHSC باشد، موظف به خانه پوری کردن بخش بیمه و مخارج درخواستنامه نخواهد بود. مراکز NHSC عبارتند از مرکز صحت Bourbon، مرکز صحت Cuba، مرکز صحت Steelville، مرکز صحت Sullivan و کلینیک Medial Arts - فارمینگتون.</p>			
دیگر معلومات مربوط به وضعیت مالی را ضمیمه کنید			
<p>گواهی: گواهی می‌کنم که معلومات ثبت شده در این درخواستنامه تا جایی که می‌دانم صحیح و واقعی است. برای پرداخت کردن این بیل شفاخانه درخواست مساعدت‌های ولسوالی، فدرال یا ساحوی را که ممکن است مستحق دریافت آنها باشم، ارانه خواهم کرد. من می‌دانم که BJC HealthCare ممکن است معلومات ارانه شده را مورد تصدیق قرار دهد و به آنها اجازه می‌دهم که برای تایید دقت معلومات ثبت شده در این درخواستنامه با اشخاص ثالث به تماس شوید. من می‌دانم که اگر معلومات نادرست را آگاهانه در این درخواستنامه وارد کنم، صلاحیت دریافت مساعدت مالی را از دست خواهم داد و مبالغ پرداخت شده به من ممکن است بازگردانده شود و من مسئول پرداخت بیل(ها) خواهم بود.</p>			
تاریخ:		امضای بیمار/فرد مسؤل:	