

财政资助评估

电话:314-362-8400 或者 855-362-8400 邮箱:patacct@bjc.org 传真: 314-747-6977

重要信息: 您可能有资格接受免费的或打折的医疗服务。填好本申请表将有助于 BJC 确定您是否能够接受免费的或打折的医疗服务，或者加入能够帮助支付您医疗服务的其它公共项目。

如果您没有保险，享受免费或打折医疗无需提供社会安全卡号码。但是，有些公共项目，包括医疗补助计划在內，要求提供社会保险号码。提供社会保险号码不是必须的，但是会帮助医院确定您是否符合任何公共资助项目。

请填写该表并亲自交付给医院，或者邮寄至 600 S. Taylor Ave., Mail stop 90-68-112, St. Louis, MO 63110-9930,90-68-112，或者通过电子邮箱发送至 patacct@bjc.org，或者传真至 314-747-6977，在初始账单日期开始 240 天内申请免费或打折的医疗服务。

病人确认他或她已经尽全力提供申请所要求的所有信息，从而帮助医院确定病人是否有资格享受财政资助。

病人信息			
病人姓名	出生日期	病人社会安全卡号码 <small>(可选项)</small>	
病人		支付账单的人	
享受服务的时候是否是伊利诺伊斯州的居民? 是___否___		姓名	
街道		街道	
城市, 州, 邮编		城市, 州, 邮编	
电话: ()		电话: ()	
电子邮箱:		电子邮箱:	
就业信息			
病人雇主		配偶/伴侣/监护人的雇主	
街道		街道	
城市, 州, 邮编		城市, 州, 邮编	
电话: ()		电话: ()	
其他信息			
1. 病人是否遭受导致需求医疗服务时所宣称的意外事故?		是___ 否___	
2. 病人是否是导致需求该医疗服务所谓的犯罪活动受害人?		是___ 否___	
3. 病人的家庭和/或家里有多少人?			
4. 依赖病人抚养者人数?			
5. 依赖病人抚养者家属的年龄?			
6. 在服务期间或服务之后, 病人有没有离婚或者分居或者卷入离婚诉讼?		是___ 否___	
7. 在服务期间或服务之后, 病人所依赖其抚养的父母是否离婚或分居或卷入离婚诉讼?		是___ 否___	
8. 如果问题 6 或问题 7 的答案为“是”, 那么根据离婚或分居协议或法庭命令, 是谁负责病人的医疗?			
姓名: _____		关系: _____	
地址: _____		城市、州、邮编: _____	
电话: () _____			
*受抚养人指的是一个未成年人或任何人在他人的联邦税表上被列为被抚养的人。			
在下面列出与接受的医疗服务有关的所有保险**			
保险类型	保险名称	保险号码	群号

医疗保险			
老年人保健医疗			
老年人保健医疗附录			
医疗补助计划			
退伍军人福利			

月收入与支出**

(附上以下文件中的一种作为收入证明)

- | | |
|------------------------|----------------------------|
| A. 最新的纳税申报表 | D. 如果是现金支付, 请提供雇主的书面的收入证明。 |
| B. 最新的 w-2 表格和 1099 表格 | E. 不报税证明 (美国国税局表格 1722) |
| C. 两份最新的收入存根 | |

必须提供收入信息才能处理您的申请

	病人	配偶/伴侣	父母/监护人
月工资总额			
个体经营收入			
社会福利			
社会福利残疾收入			
私人残疾收入			
退伍军人残疾收入			
退伍军人退休金			
失业金			
工人赔偿金			
退休收入			
子女抚养费			
养费或其他配偶抚养费			
贫困家庭临时救助(TANF)			
其他, 请列明			

费用	月支出
住房	
公共设施费 (比如电话、煤气、电和水费)	
食物	
养育儿童	
交通	
医疗费用	
其他费用	

**** 例外:** 如果病人是伊利诺斯州的居民, 没有保险, 在 Alton 纪念医院接受服务, 符合 ILAC 4500.40 第 77 条描述的资格标准, 或者家庭收入符合标准, 那么该病人无需填写申请表的该部分。

如果病人正在申请 NHSC 站点提供的服务救助, 那么该病人无需填写申请表的保险和费用部分。NHSC 站点包括波旁医疗办公室、古巴医疗办公室、斯迪尔维尔医疗办公室、苏利文医疗办公室和法明顿医疗艺术诊所。

附上有关财务状况的其他相关信息

证明: 我证明, 据我所知, 本申请表中的信息是尽我最大所知真实准确的。我将申请任何可以帮助我支付本医院账单的国家、联邦或地方救助。我理解, BJC 可能会核实我提供的信息, 我授权他们联系第三方核实本申请表所提供信息的准确性。我理解, 如果我故意在本申请表中提供不真实的信息, 我将没有资格获得财政资助, 任何准予提供给我的财政资助可能会取消, 而且我只能自己承担账单费用。

病人/负责方签名:

日期: