

Quan trọng: Quý vị có thể hội đủ điều kiện để nhận chăm sóc miễn phí hoặc giảm giá. Điền đầy đủ vào mẫu đơn này sẽ giúp Chăm Sóc Sức Khỏe BJC xác định nếu quý vị có thể nhận những dịch vụ miễn phí hoặc giảm giá hoặc đủ điều kiện cho những chương trình hỗ trợ công cộng khác mà có thể giúp quý vị thanh toán phí tổn cho việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị.

Nếu quý vị không có bảo hiểm y tế, số an sinh xã hội thì không được yêu cầu để được hội đủ điều kiện cho miễn phí hoặc giảm giá. Tuy nhiên, số an sinh xã hội được yêu cầu cho vài chương trình công cộng bao gồm Medicaid. Cung cấp số an sinh xã hội không được yêu cầu nhưng việc đó sẽ giúp bệnh viện xác định được nếu quý vị có hội đủ điều kiện có những chương trình công cộng hay không.

Xin vui lòng điền đầy đủ vào mẫu này và mang tay vào bệnh viện hoặc gửi về theo địa chỉ 600 S. Taylor Ave., Mailstop 90-68-112, St. Louis, MO 63110-9930, bằng điện thư qua địa chỉ patacct@bjc.org, hoặc qua số fax 314-747-6977 để nạp đơn cho chăm sóc miễn phí hoặc giảm giá trong vòng 240 ngày theo sau ngày nhận hoá đơn đầu tiên.

Bệnh nhân nhận thức rằng đã thực hành một cố gắng với lòng tin tốt để cung cấp tất cả những thông tin được yêu cầu trong mẫu đơn để giúp bệnh viện xác định bệnh nhân có hội đủ điều kiện cho hỗ trợ tài chánh hay không.

Những Thông Tin về Bệnh Nhân		
Tên bệnh nhân	Ngày sinh	Số an sinh xã hội của bệnh nhân <small>(chọn và không đòi hỏi)</small>
Bệnh nhân	Người chịu trách nhiệm về thanh toán hoá đơn	
Cư dân tiểu bang Illinois trong thời gian dịch vụ? Có ____ Không ____	Tên:	
Đường	Đường	
Thành phố, Tiểu bang, số ZIP	Thành phố, Tiểu bang, số ZIP	
Điện thoại: ()	Điện thoại: ()	
Điện thư:	Điện thư:	
Những thông tin về việc làm		
Nơi làm việc của bệnh nhân	Nơi làm việc của người phối ngẫu/đối tác/giám hộ của bệnh nhân	
Đường	Đường	
Thành phố, Tiểu bang, số Zip	Thành phố, Tiểu bang, số Zip	
Điện thoại: ()	Điện thoại: ()	
Những thông tin khác		
1. Bệnh nhân có liên can đến một tai nạn bị cáo buộc đã đưa đến sự cần thiết cho các dịch vụ hay không?	Có ____	Không ____
2. Bệnh nhân có là nạn nhân của một tội phạm cáo buộc đã đưa đến sự cần thiết cho các dịch vụ hay không?	Có ____	Không ____
3. Tổng số người trong gia đình/căn hộ của bệnh nhân/?		
4. Tổng số người phụ thuộc của bệnh nhân*?		
5. Tuổi của những người phụ thuộc của bệnh nhân*?		
6. Vào thời điểm dịch vụ hoặc trễ hơn, bệnh nhân có hoặc đã trong tình trạng ly dị, ly thân hoặc liên can đến một tiến hành giải thể hôn nhân?	Có ____	Không ____
7. Vào thời điểm dịch vụ hoặc trễ hơn, bệnh nhân người phụ thuộc của cha mẹ ly dị hoặc ly thân hoặc liên can đến một tiến trình giải thể hôn nhân?	Có ____	Không ____

8. Nếu trả lời Có cho bất kỳ câu hỏi 6 hoặc 7 thì ai là người chịu trách nhiệm việc chăm sóc y tế cho bệnh nhân theo án lệnh của sự ưng thuận về ly dị hoặc ly thân?

Tên: _____ Liên hệ: _____

Địa chỉ: _____ Thành phố, Tiểu bang, số Zip : _____

Điện thoại: (_____) _____

*Người Phụ Thuộc có nghĩa là những trẻ vị thành niên hoặc bất kỳ những ai được liệt kê là tùy thuộc vào giấy khai thuế lợi tức hàng năm của một cá nhân.

Liệt Kê Tất Cả Những Bảo Hiểm Trong Phần Dưới Đây Liên Hệ Đến Những Dịch Vụ Được Nhận**

Loại bảo hiểm	Tên bảo hiểm	Số kế ước	Số nhóm
Bảo hiểm y tế			
Medicare			
Medicare Phụ trội			
Medicaid			
Phúc lợi Cựu chiến binh			

Thu Nhập và Chi Tiêu Hằng Tháng**

(Đính kèm bất kỳ những tài liệu bên dưới như là chứng từ cho thu nhập)

- | | |
|--|--|
| A. Giấy khai thuế lợi tức mới nhất | D. Giấy xác nhận tiền lương của nơi làm việc nếu được trả lương bằng tiền mặt. |
| B. Mẫu w-2 hoặc 1099 mới nhất | E. Chứng từ không-khai thuế (MẤU 1722 IRS) |
| C. Hai cuống ngân phiếu lương mới nhất | |

Thông tin về thu nhập phải được cung cấp để xử lý đơn của quý vị

	Bệnh nhân	Phối ngẫu/Đối tác	Cha mẹ/Giám hộ
Tiền lương hàng tháng			
Thu nhập tự làm việc cho chính mình			
An sinh xã hội			
Khuyết tật an sinh xã hội			
Khuyết tật riêng tư			
Khuyết tật cựu chiến binh			
Hưu bổng cựu chiến binh			
Thất nghiệp			
Bồi thường lao động			
Thu nhập hưu trí			
Cấp dưỡng trẻ em			
Cấp dưỡng phối ngẫu hoặc trợ cấp phối ngẫu khác			
Hỗ trợ tạm thời cho các gia đình đang cần (TANF)			
Những loại khác, liệt kê			

Những chi tiêu	Chi tiêu hàng tháng
Nhà	
Tiện ích (thí dụ: điện thoại, hơi đốt, điện, nước)	
Thực phẩm	
Chăm sóc trẻ em	
Phương tiện di chuyển	
Chi phí y tế	
Chi tiêu khác	

****Ngoại lệ:** Nếu bệnh nhân là một cư dân của tiểu bang Illinois, có bảo hiểm và nhận được những dịch vụ của bệnh viện Alton Memorial và đáp ứng được những tiêu chuẩn điều kiện giả định được mô tả trong 77 ILAC 4500.40 hoặc cách khác phòng đóan được đủ điều kiện nhờ thu nhập, bệnh nhân không được yêu cầu phần này của đơn.

Nếu bệnh nhân đang nộp đơn cho sự hỗ trợ liên hệ đến dịch vụ cung cấp bởi các địa điểm NHSC, bệnh nhân không được yêu cầu điền đầy đủ phần bảo hiểm và chi tiêu của đơn. Những địa điểm NHSC bao gồm Bourbon Medical office, Cuba Medical Office, Steelville Medical Office, Sullivan Medical Office and Medial Arts Clinic – Farmington.

Đính Kèm Những Thông Tin Thích Hợp Khác Về Tình Trạng Tài Chánh

Chứng nhận: Tôi xác nhận rằng những thông tin trong đơn này thì đúng sự thật và chính xác theo sự hiểu biết cao nhất của tôi. Tôi sẽ nộp đơn cho bất kỳ những sự hỗ trợ địa phương, tiểu bang, và liên bang cho những gì tôi có đủ điều kiện để giúp tôi trả hoá đơn bệnh viện này. Tôi hiểu rằng những thông tin tôi cung cấp có thể được kiểm tra bởi Chăm Sóc Sức Khỏe BJC, và tôi uỷ quyền cho họ được liên lạc với bên thứ ba để xác nhận sự chính xác của những thông tin cung cấp trong đơn này. Tôi hiểu rằng nếu tôi biết việc cung cấp những thông tin không thật trong đơn này tôi sẽ không hội đủ điều kiện cho sự hỗ trợ tài chánh, bất kỳ những hỗ trợ tài chánh đã cấp cho tôi có thể bị đảo ngược, và tôi sẽ chịu trách nhiệm thanh toán những hoá đơn.

Chữ ký bệnh nhân/Người chịu trách nhiệm :

Ngày:

Hiệu lực: 1/01/2016 Lượng giá Hỗ Trợ tài Chánh 01/2016