

Procjena za finansijsku pomoć

Telefon: 314-362-8400 ili 855-362-8400 | E-pošta: patacct@bjc.org | Faks: 314-747-6977

Važno: **MOŽETE IMATI PRAVO NA DOBIJANJE BESPLATNE ILI NJEGE S POPUSTOM.** Ova popunjena prijava će pomoći BJC HealthCare da utvrdi možete li dobijati besplatne ili usluge s popustom ili da li možete imati pravo na druge javne programe koji vam mogu pružiti pomoć za plaćanje vaše zdravstvene zaštite.

AKO STE NEOSIGURANI, BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA NIJE POTREBAN DA BISTE POKUŠALI OSTVARITI PRAVO NA BESPLATNU ILI NJEGU S POPUSTOM. Međutim, broj socijalnog osiguranja je potreban za neke javne programe, uključujući Medicaid. Navođenje broja socijalnog osiguranja nije obavezno, ali pomaže bolnici da utvrdi da li imate pravo na bilo koji javni program.

Molimo popunite ovaj obrazac i lično ga predajte u bolnicu ili pošaljite poštom na P.O. Box 790024, St. Louis, MO 63179-0024, elektronskom poštom na patacct@bjc.org ili faksom na 314-747-6977 kako biste podnijeli molbu za besplatnu ili njegu s popustom, u roku od 240 dana nakon datuma prve fakture.

Pacijent potvrđuje da se u dobroj vjeri potrudio pružiti sve tražene podatke u prijavi kako bi pomogao bolnici da utvrdi ispunjava li pacijent uslove za finansijsku pomoć.

Ako je pacijent stanovnik Illinois, ako nije osiguran i primao je usluge od bolnica Alton Memorial Hospital, Memorial Hospital Belleville ili Memorial Hospital Shiloh, pritužbe ili nedoumice vezane za postupak prijave popusta neosiguranog pacijenta ili za postupak finansijske pomoći za bolnicu treba se prijaviti Health Care Bureau (Uredu za zdravstvenu zaštitu) državnog tužioca (Attorney General) države Illinois na internet stranicu <https://www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/healthcare.html> or by calling 877-305-5145.

Procjena za finansijsku pomoć

Telefon: 314-362-8400 ili 855-362-8400 | E-pošta: patacct@bjc.org | Faks: 314-747-6977

INFORMACIJE O PACIJENTU			
Ime i prezime pacijenta		Datum rođenja	Broj socijalnog osiguranja pacijenta <small>(Opciono i nije obavezno)</small>
Rasa <small>(Opciono i nije obavezno)</small>	Etnička pripadnost <small>(Opciono i nije obavezno)</small>	Pol <small>(Opciono i nije obavezno)</small>	Poželjni jezik <small>(Opciono i nije obavezno)</small>
Pacijent		Osoba odgovorna za račun	
Stanovnik Illinois u vrijeme pružanja usluge? Da _____ Ne _____		Ime i prezime	
Ulica		Ulica	
Grad, poštanski broj države		Grad, poštanski broj države	
Telefon: ()		Telefon: ()	
E-pošta:		E-pošta:	
INFORMACIJE O ZAPOSLENJU			
Poslodavac pacijenta		Poslodavac supružnika/partnera/skrbnika	
Ulica		Ulica	
Grad, poštanski broj države		Grad, poštanski broj države	
Telefon: ()		Telefon: ()	
OSTALE INFORMACIJE			
1. Je li pacijent bio uključen u navodnu nesreću koja je dovela do potrebe za uslugama?		Da _____ Ne _____	
2. Je li pacijent bio žrtva navodnog krivičnog djela koje je dovelo do potrebe za uslugama?		Da _____ Ne _____	
3. Broj osoba u porodici i/ili domaćinstvu pacijenta?			
4. Broj osoba koje pacijent izdržava*?			
5. Koliko imaju godina osobe koje pacijent izdržava*?			
6. U vrijeme pružanja usluge ili poslije, da li je pacijent bio razveden ili razdvojen ili u postupku razvoda braka?		Da _____ Ne _____	
7. U vrijeme pružanja usluge ili poslije, da li je pacijenta izdržavao roditelj koji je razveden ili razdvojen ili u postupku razvoda braka?		Da _____ Ne _____	
8. Ako je odgovor na pitanje 6 ili 7 "da", ko je odgovoran za pacijentovu zdravstvenu zaštitu prema sporazumu o razvodu ili razdvajanju ili nalogu?			
Ime i prezime: _____ srodstvo: _____			
Adresa: _____ grad, država, poštanski broj: _____			
Telefon: () _____			
*Izdržavan znači maloljetna osoba ili bilo koja osoba koja je navedena kao izdržavana osoba u saveznoj poreskoj prijavi.			

U ODJELJKU ISPOD NAVEDITE SVA POKRIĆA OSIGURANJA KOJA SE ODOSE NA PRIMLJENE USLUGE**

Vrsta osiguranja	Naziv osiguranja	Broj polise	Broj grupe
Zdravstveno osiguranje			
Medicare			
Medicare Supplement			
Medicaid			
Beneficije za veterane			

MJESEČNI PRIHOD I TROŠKOVI**

(Priložite bilo koji od sljedećih dokumenata kao dokaz o prihodu)

- | | |
|---|---|
| A. Posljednja poreska prijava | D. Pisanu potvrdu o prihodu od poslodavca, ako ste plaćeni u gotovini |
| B. Najnoviji obrazac w-2 i obrasci 1099 | E. Dokaz o nepodnošenju (Obrazac IRS 4506) |
| C. Dvije (2) posljednje platne liste | |

Kako bi vaša prijava bila obrađena, neophodno je dostaviti informacije o prihodima

	Pacijent	Supružnik/partner	Roditelji/staratelj
Neto mjesečne plate			
Prihod od samozaposlenja			
Socijalno osiguranje			
Socijalno invalidsko osiguranje			
Privatno invalidsko osiguranje			
Invalidsko osiguranje veterana			
Veteranska penzija			
Nezaposlenost			
Radničke odšete			
Prihodi od penzije			
Izdržavanje za djecu			
Alimentacija ili drugo supružničko izdržavanje			
Privremena pomoć za siromašne porodice (TANF)			
Drugo, navesti			

TROŠKOVI

MJESEČNI TROŠAK

Stanovanje	
Komunalne usluge (npr. telefon, gas, struja, voda)	
Hrana	
Čuvanje djece	
Prevoz	
Medicinski troškovi	
Drugi troškovi	

****IZUZEĆA:** Ako je pacijent stanovnik Illinois, ako je neosiguran i prima usluge bolnica Alton Memorial Hospital, Memorial Hospital Belleville ili Memorial Hospital Shiloh i zadovoljava pretpostavljene kriterije prihvatljivosti opisane u 77 ILAC 4500.40 ili se na drugi način pretpostavlja da je prihvatljiv na osnovu porodičnog prihoda, pacijent nije dužan ispuniti ovaj odjeljak prijave.

Ako se pacijent prijavljuje za pomoć u vezi s uslugama koje se pružaju na lokacijama NHSC-a, pacijent nije dužan da popuni odjeljke o osiguranju i troškovima u ovoj prijavi. NHSC lokacije uključuju Missouri Baptist Sullivan Hospital Bourbon Medical Office, Cuba Medical Office, Steelville Medical Office Sullivan Medical Office; i Parkland Health Center Medical Clinic.

PRILOŽITE OSTALE RELEVANTNE INFORMACIJE U VEZI S FINANSIJSKOM SITUACIJOM

POTVRDA: Potvrđujem da su informacije u ovoj prijavi istinite i tačne prema mom najboljem saznanju. Prijaviću se za bilo koju državnu, saveznu ili lokalnu pomoć za koju bih mogao/la da budem prihvatljiv, kako bi mi pomogla u plaćanju ovog bolničkog računa. Razumijem da organizacija BJC HealthCare može provjeriti navedene podatke i dajem joj ovlaštenje da kontaktira treće strane kako bi provjerila tačnost podataka navedenih u ovoj prijavi. Razumijem da ako svjesno dam neistinite informacije u ovoj prijavi, neću imati pravo na finansijsku pomoć, svaka finansijska pomoć koja mi je odobrena može biti poništena, a ja ću snositi odgovornost za plaćanje računa.

Potpis pacijenta/odgovorne strane:

Datum: