

مهم: ممکن است واجد شرایط دریافت مراقبت رایگان یا همراه با تخفیف باشید. با تکمیل این درخواست به BJC HealthCare کمک می‌شود که تعیین کند آیا می‌توانید مراقبت رایگان یا همراه با تخفیف دریافت کنید یا آیا واجد شرایط سایر برنامه‌های عمومی هستید که در پرداخت هزینه مراقبت‌های بهداشتی درمانی‌تان به شما کمک می‌کنند.

اگر بدون پوشش بیمه هستید، برای اینکه واجد شرایط مراقبت رایگان یا همراه با تخفیف باشید، به شماره تأمین اجتماعی نیاز نیست. با وجود این، در بعضی از برنامه‌های عمومی نظیر Medicaid به شماره تأمین اجتماعی نیاز است. ارائه شماره تأمین اجتماعی ضروری نیست، اما در تعیین واجد شرایط بودن شما برای هر برنامه عمومی به بیمارستان کمک خواهد کرد.

لطفاً ظرف 240 روز از تاریخ صدور صورت حساب اولیه، این فرم را تکمیل و آن را حضوراً، از طریق پست به نشانی P.O. Box 790024, St. Louis, MO 63179-0024، از طریق ایمیل به patacct@bjc.org، یا فکس به شماره 314-747-6977 به دست بیمارستان برسانید.

بیمار اذعان می‌کند با حسن نیت تمام اطلاعات درخواست شده در درخواست را جهت کمک به بیمارستان در تأیید واجد شرایط بودن ایشان برای کمک مالی ارائه کرده است.

اگر بیمار ساکن ایلینوی است، از پوشش بیمه برخوردار نیست و خدمات را در Alton Memorial Hospital، Memorial Hospital Belleville یا Memorial Hospital Shiloh دریافت کرده است، شکایات یا نگرانی‌های مربوط به فرایند درخواست تخفیف بیمار بدون پوشش بیمه یا فرایند کمک مالی بیمارستان را می‌توانید به اداره مراقبت‌های بهداشتی درمانی دادستان کل ایلینوی از طریق وبسایت <https://www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/healthcare.html> یا تماس با شماره 877-305-5145 گزارش کنید.

اطلاعات بیمار	
نام بیمار	تاریخ تولد
نژاد (اختیاری و غیرالزامی است)	قومیت (اختیاری و غیرالزامی است)
جنسیت (اختیاری و غیرالزامی است)	زبان ترجیحی (اختیاری و غیرالزامی است)
شماره تأمین اجتماعی (اختیاری و غیرالزامی است)	مسئول صدور صورت حساب
بیمار	
نام ساکن ایلینوی در زمان دریافت خدمات؟ بله _____ خیر _____	نام
خیابان	خیابان
شهر، ایالت زیپکد	شهر، ایالت زیپکد
شماره تلفن: ()	شماره تلفن: ()
ایمیل:	ایمیل:
اطلاعات اشتغال	
کارفرمای بیمار	کارفرمای همسر/شریک زندگی/قیم
خیابان	خیابان
شهر، ایالت زیپکد	شهر، ایالت زیپکد
شماره تلفن: ()	شماره تلفن: ()
سایر اطلاعات	
1. بیمار در تصادف ادعاشده‌ای بود که منجر به نیاز به خدمات شد؟	بله _____ خیر _____
2. بیمار قربانی جرائم ادعاشده‌ای بود که منجر به نیاز به خدمات شد؟	بله _____ خیر _____
3. تعداد افراد خانواده و/یا خانوار بیمار؟	
4. تعداد افراد تحت تکفل* بیمار؟	
5. سن افراد تحت تکفل* بیمار؟	
6. در زمان خدمات یا متعاقب آن، بیمار طلاق گرفته/در حال طلاق گرفتن بود یا جدا شده/در حال جدا شدن بود یا درگیر رویه جدا شدن بود؟	بله _____ خیر _____
7. در زمان خدمات یا متعاقب آن، بیمار فرد تحت تکفل والد طلاق گرفته یا جدا شده یا درگیر رویه جدا شدن بود/هست؟	بله _____ خیر _____
8. اگر پاسختان به سوال 6 یا 7 بله است، طبق توافق یا حکم طلاق یا جدا شدن، چه کسی مسئول مراقبت پزشکی بیمار است؟	
نام:	نسبت:
نشانی:	شهر، ایالت، زیپکد:
شماره تلفن: ()	
*فرد تحت تکفل به فرد صغیر یا فردی گفته می‌شود که نام او به عنوان فرد تحت تکفل در اظهارنامه مالیاتی فدرال شخص دیگری ثبت شده است.	

تمام پوشش‌های بیمه مرتبط با خدمات دریافت‌شده را در بخش زیر وارد کنید**

شماره گروه	شماره بیمه‌نامه	نام بیمه	نوع بیمه
			بیمه سلامت
			Medicare
			Medicare Supplement
			Medicaid
			مزایای کهنه‌سربازان

درآمد و هزینه‌های ماهانه**
 (هریک از این مدارک را به‌عنوان تأییدیه درآمد پیوست کنید)
 D. تأییدیه کتبی درآمد از طرف کارفرما، در صورتی که درآمد نقدی پرداخت شده است
 E. گواهی تشکیل ندادن پرونده مالیاتی (فرم IRS 4506)

A. جدیدترین اظهارنامه مالیاتی
 B. جدیدترین فرم 2-w و فرم‌های 1099
 C. دو (2) فیش حقوقی اخیر

برای پردازش درخواستان، باید اطلاعات درآمد را ارائه دهید

والدین/قیم	همسر/شریک زندگی	بیمار	
			دستمزدهای ناخالص ماهانه
			درآمد حاصل از خوداشتغالی
			تأمین اجتماعی
			از کار افتادگی تأمین اجتماعی
			از کار افتادگی خصوصی
			از کار افتادگی کهنه‌سربازان
			حقوق بازنشستگی کهنه‌سربازان
			بیکاری
			غرامت کارگر
			درآمد بازنشستگی
			نقغه فرزند
			نقغه یا سایر حمایت‌های همسر
			کمک موقت به خانواده‌های نیازمند (Temporary TANF Assistance for Needy Families)
			سایر، فهرست‌وار ذکر کنید

هزینه ماهانه	هزینه‌ها
	مسکن
	خدمات همگانی (یعنی تلفن، گاز، برق، آب)
	غذا
	مراقبت از کودک
	حمل‌ونقل
	هزینه‌های پزشکی
	سایر هزینه‌ها

**موارد استثنا: اگر بیمار ساکن ایلینوی است، از پوشش بیمه برخوردار نیست و خدمات را در Memorial Hospital Belleville، Alton Memorial Hospital یا Memorial Hospital Shiloh دریافت می‌کند و از معیارهای صلاحیت احتمالی توصیف‌شده در ILAC 4500.40 77 برخوردار است یا به نحو دیگری احتمالاً به‌دلیل درآمد خانواده واجد شرایط است، لازم نیست بیمار این بخش از درخواست را تکمیل کند.

اگر بیمار برای کمک مرتبط با خدمات ارائه‌شده در مراکز NHSC درخواست می‌دهد، لازم نیست بخش‌های بیمه و هزینه‌های درخواست را تکمیل کند. مراکز NHSC شامل Missouri Baptist Sullivan Hospital، Bourbon Medical Office، Steelville Medical Office، Cuba Medical Office، Sullivan Medical Office و همچنین Parkland Health Center Medical Clinic است.

سایر اطلاعات مرتبط با شرایط مالی را پیوست کنید

گواهی: بدین‌وسیله گواهی می‌دهم اطلاعات موجود در این درخواست تا جایی که اطلاع دارم، صحیح و واقعی است. برای هر کمک ایالتی، فدرال یا محلی درخواست خواهم داد که ممکن است واجد شرایط آن باشم که در پرداخت این صورت‌حساب بیمارستان به من کمک کند. متوجه هستم ممکن است BJC HealthCare اطلاعات ارائه‌شده را صحت‌سنجی کند، و به آن‌ها اجازه می‌دهم برای تأیید صحت اطلاعات ارائه‌شده در این درخواست، با اشخاص ثالث تماس بگیرند. درک می‌کنم در صورتی که آگاهانه اطلاعات نادرستی را در این درخواست ارائه کنم، صلاحیت من برای کمک مالی رد می‌شود، هرگونه کمک مالی ارائه‌شده به من ممکن است پس گرفته شود و مسنول پرداخت صورت‌حساب(ها) خواهم بود.

تاریخ:

امضای بیمار/طرف مسنول: