

재정 지원 평가

전화: 314-362-8400 또는 855-362-8400 | 이메일: patacct@bjc.org | 팩스: 314-747-6977

중요: 귀하는 무료 또는 할인 진료를 받을 수 있는 자격이 있을 수도 있습니다. 이 신청서를 작성하시면 BJC HealthCare가 귀하가 무료 또는 할인 서비스를 받을 수 있는지 또는 의료 비용 지불을 지원하는 기타 공공 프로그램에 자격이 있는지 판단하는 데 도움이 됩니다.

보험 미가입자의 경우 무료 또는 할인 진료를 받을 때 사회보장번호가 필요하지 않습니다. 그러나 Medicaid를 포함한 일부 공공 프로그램에 등록된 환자의 경우에는 사회보장번호가 필요합니다. 사회보장번호를 반드시 제공해야 하는 것은 아니지만 사회보장번호를 제공한다면 병원에서 환자의 공공 프로그램 등록 대상 여부를 파악하는 데 도움이 될 것입니다.

이 양식을 작성하여 병원에 직접 제출하거나 우편(P.O. Box 790024, St. Louis, MO 63179-0024), 이메일(patacct@bjc.org) 또는 팩스(314-747-6977번)로 최초 청구일로부터 240일 이내에 무료 또는 할인 진료를 신청할 수 있습니다.

환자는 병원이 환자의 재정 지원 자격 여부를 파악하는 데 도움이 될 수 있도록 신청서에서 요구하는 모든 정보를 제공하기 위해 선의의 노력을 다 하였음을 인정합니다.

환자가 보험에 가입하지 않은 일리노이주 주민이고 Alton Memorial Hospital, Memorial Hospital Belleville 또는 Memorial Hospital Shiloh에서 서비스를 받은 경우, 무보험 환자 할인 신청 절차 또는 병원 재정 지원 절차에 대한 불만 사항이나 우려 사항은 일리노이주 법무장관실 보건국 웹사이트 <https://www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/healthcare.html> 또는 전화 877-305-5145번으로 신고할 수 있습니다.

재정 지원 평가

전화: 314-362-8400 또는 855-362-8400 | 이메일: patacct@bjc.org | 팩스: 314-747-6977

환자 정보			
환자 이름		생년월일	환자 사회보장번호 (필수가 아닌 선택 항목)
인종 (필수가 아닌 선택 항목)	민족성 (필수가 아닌 선택 항목)	성별 (필수가 아닌 선택 항목)	선호하는 언어 (필수가 아닌 선택 항목)
환자		납부 책임자	
해당 의료 서비스 이용 당시 일리노이주 주민이셨습니까? 예 _____ 아니요 _____		이름	
거리		거리	
도시, 주 우편번호		도시, 주 우편번호	
전화: ()		전화: ()	
이메일:		이메일:	
고용 정보			
환자의 고용인		배우자/파트너/보호자의 고용인	
거리		거리	
도시, 주 우편번호		도시, 주 우편번호	
전화: ()		전화: ()	
기타 정보			
1. 환자가 의료 서비스가 필요한 사고에 연루되었습니까?		예 _____ 아니요 _____	
2. 환자가 의료 서비스가 필요한 범죄 혐의의 피해자였습니까?		예 _____ 아니요 _____	
3. 환자의 가족 및/또는 가구 구성원은 몇 명입니까?			
4. 환자의 피부양자*는 몇 명입니까?			
5. 환자의 피부양자*의 나이는 몇 살입니까?			
6. 서비스 당시 또는 이후에 환자가 이혼, 별거 또는 이혼 소송 중이었습니까?		예 _____ 아니요 _____	
7. 서비스 당시 또는 이후에 환자가 이혼, 별거 또는 이혼 소송 중인 부모의 피부양자였습니까?		예 _____ 아니요 _____	
8. 질문 6 또는 7에 '예'라고 답한 경우, 이혼이나 별거 합의 또는 명령에 따라 환자의 의료비는 누가 책임집니까?			
이름: _____		관계: _____	
주소: _____		도시, 주, 우편번호: _____	
전화: () _____			
*피부양자란 미성년자 또는 다른 사람의 연방 세금 신고서에 피부양자로 등록된 사람을 의미합니다.			

제공 받은 서비스와 관련된 모든 보험 보장을 아래 섹션에 기재하십시오**

보험 종류	보험 이름	증권 번호	그룹 번호
의료보험			
Medicare			
Medicare Supplement			
Medicaid			
재향군인 혜택			

월간 소득 및 지출**

(소득 증빙 수단으로서 다음 서류 중 하나를 첨부하십시오)

- A. 최근 세금신고서
- B. 가장 최근의 w-2 양식과 1099 양식
- C. 최근 급여명세서 2부
- D. 현금으로 납부한 경우 고용인의 서면 소득 증명서
- E. 미신고 증명서(IRS 양식 4506)

소득 정보를 제공하셔야만 신청서가 처리됩니다.

	환자	배우자/파트너	부모/보호자
월간 총 임금			
자영업 소득			
사회보장			
사회보장 장애			
개인 장애			
재향군인 장애			
재향군인 연금			
실업			
근로자 상해 보상			
은퇴 소득			
양육비			
위자료 또는 기타 배우자 부양비			
빈곤 가족을 위한 임시 지원(TANF)			
기타(구체적으로 명시)			

지출	월간 지출
주택	
공공서비스(예: 전화, 가스, 전기, 수도)	
식품	
보육	
대중교통	
의료비	
기타 지출	

**예외: 환자가 보험에 가입하지 않은 일리노이주 주민이고 Alton Memorial Hospital, Memorial Hospital Belleville 또는 Memorial Hospital Shiloh에서 서비스를 받으며 77 ILAC 4500.40에 명시된 추정 자격 기준에 부합하거나 가족 소득으로 인해 추정 자격이 있는 경우 신청서의 이 섹션을 작성할 필요가 없습니다.

환자가 NHSC 소속 의료 서비스 제공처에서 제공되는 서비스와 관련하여 지원을 신청하는 경우, 신청서의 보험 및 지출 섹션을 작성할 필요가 없습니다. NHSC 소속 의료 서비스 제공처에는 Missouri Baptist Sullivan Hospital Bourbon Medical Office, Cuba Medical Office, Steelville Medical Office, and Sullivan Medical Office 및 Parkland Health Center Medical Clinic이 포함됩니다.

재정 상황과 관련된 기타 정보를 첨부하십시오

증명: 본인은 이 신청서에 기재한 정보가 본인이 알고 있는 한 정확한 사실임을 증명합니다. 본인은 이 병원비를 지불하는 데 도움이 될 수 있는 모든 주, 연방 또는 지방 지원을 신청할 것입니다. 본인은 제공한 정보를 BJC HealthCare가 확인할 수 있음을 이해하며, BJC HealthCare가 이 신청서에 제공된 정보의 정확성 여부를 확인하기 위해 제3자에게 연락할 수 있는 권한을 부여합니다. 본인은 이 신청서에 고의로 허위 정보를 제공할 경우 재정 지원을 받을 수 없고 본인에게 부여된 재정 지원이 취소될 수 있으며 청구된 비용의 지불에 대한 책임은 본인에게 있음을 이해합니다.

환자/책임 당사자 서명:

날짜: