

आर्थिक सहायता मूल्याङ्कन

फोन: 314-362-8400 वा 855-362-8400 | ईमेल: patacct@bjc.org | फ्याक्स: 314-747-6977

महत्त्वपूर्ण: तपाईं निःशुल्क वा छुटमा सेवा प्राप्त गर्नका लागि योग्य हुन सक्नुहुन्छ । यो आवेदन पूरा गर्नाले BJC HealthCare लाई तपाईं निःशुल्क वा छुटमा सेवाहरू प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ कि सक्नुहुन्न वा तपाईंको स्वास्थ्य सेवाका लागि भुक्तान गर्न मद्दत गर्ने अन्य सरकारी कार्यक्रमहरूका लागि योग्य हुनुहुन्छ कि भनेर निर्धारण गर्न मद्दत गर्ने छ ।

यदि तपाईंको बिमा गरिएको छैन भने, निःशुल्क वा छुटमा स्वास्थ्य सेवाका लागि योग्य हुन सामाजिक सुरक्षा नम्बर अनिवार्य छैन । तर, मेडिकएड लगायत केही सरकारी कार्यक्रमहरूका लागि सामाजिक सुरक्षा नम्बर अनिवार्य चाहिन्छ । सामाजिक सुरक्षा नम्बर प्रदान गर्नु आवश्यक छैन तर यसले तपाईं कुनै पनि सरकारी कार्यक्रमहरूका लागि योग्य हुनुहुन्छ कि भनी निर्धारण गर्न अस्पताललाई मद्दत गर्ने छ ।

निःशुल्क वा छुटमा सेवा प्राप्त गर्नका लागि आवेदन दिन कृपया प्रारम्भिक बिलिडको मितिले 240 दिनभित्र यो फाराम भरेर आफैं गई अस्पतालमा बुझाउनुहोस्, हुलाकमार्फत P.O. Box 790024, St. Louis, MO 63179-0024 मा पठाउनुहोस्, patacct@bjc.org मा ईमेल गर्नुहोस् वा 314-747-6977 मा फ्याक्स गर्नुहोस् ।

बिरामी आर्थिक सहायताका लागि योग्य रहे-नरहेको निर्धारण गर्न अस्पताललाई सहयोग गर्नका लागि आवेदनमा मागिएका सबै विवरण उपलब्ध गराउन असल नियतसहित प्रयास गरेको बिरामीले स्वीकार गर्नुहुन्छ ।

यदि बिरामी इलिनोइका बासिन्दा हुनुहुन्छ, बिमा गरेको छैन र Alton Memorial Hospital, Memorial Hospital Belleville वा Memorial Hospital Shiloh मा सेवाहरू प्राप्त गर्नुभएको छ भने, बिमारहित बिरामी छुट आवेदन प्रक्रिया वा अस्पतालको आर्थिक सहायता प्रक्रियाको बारेमा गुनासो वा चिन्ताहरू इलिनोइ महान्यायाधिवक्ताको हेल्थ केयर ब्यूरोलाई यस वेबसाइट <https://www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/healthcare.html> मा गएर वा 877-305-5145 मा कल गरेर रिपोर्ट गर्न सकिने छ ।

आर्थिक सहायता मूल्याङ्कन

फोन: 314-362-8400 वा 855-362-8400 | ईमेल: patacct@bjc.org | फ्याक्स: 314-747-6977

बिरामीको विवरण			
बिरामीको नाम		जन्ममिति	बिरामीको सामाजिक सुरक्षा नं. (वैकल्पिक र अनिवार्य छैन)
जाति (वैकल्पिक र अनिवार्य छैन)	जनजाति (वैकल्पिक र अनिवार्य छैन)	लिङ्ग (वैकल्पिक र अनिवार्य छैन)	रुचाइएको भाषा (वैकल्पिक र अनिवार्य छैन)
बिरामी		बिल तिर्न जिम्मेवार व्यक्ति	
सेवा लिँदाको समयमा इलिनोइ निवासी हुनुहुन्थ्यो ? हो _____ होइन _____		नाम	
मार्ग		मार्ग	
नगर, राज्य जिप		नगर, राज्य जिप	
फोन: ()		फोन: ()	
इमेल:		इमेल:	
रोजगारीको विवरण			
बिरामीको रोजगारदाता		पति/पत्नी/जीवन साथी/अभिभावकको रोजगारदाता	
मार्ग		मार्ग	
नगर, राज्य जिप		नगर, राज्य जिप	
फोन: ()		फोन: ()	
अन्य विवरण			
1. के बिरामी सेवा लिनुपर्ने अवस्था निम्त्याउने कथित दुर्घटनामा संलग्न हुनुहुन्थ्यो ?		हो _____ होइन _____	
2. के बिरामी सेवा लिनुपर्ने अवस्था निम्त्याउने कथित दुर्घटनाको पीडित हुनुहुन्थ्यो ?		हो _____ होइन _____	
3. बिरामीको परिवार र/वा घरपरिवारका सदस्यहरूको संख्या ?			
4. बिरामीका आश्रित* सदस्यहरूको संख्या ?			
5. बिरामीका आश्रितहरूको उमेर कति-कति छ ?			
6. सेवा लिँदाको समयमा वा त्यसपछि, बिरामीको सम्बन्धविच्छेद भएको वा छुट्टिएर बस्नुभएको वा वैवाहिक अन्त्य प्रक्रियामा संलग्न हुनुहुन्थ्यो ?		हो _____ होइन _____	
7. सेवा लिँदाको समयमा वा त्यसपछि, के बिरामी सम्बन्धविच्छेद भएको वा छुट्टिएर बस्नुभएको वा वैवाहिक अन्त्य प्रक्रियामा संलग्न भएका आमाबाबुका आश्रित हुनुहुन्थ्यो ?		हो _____ होइन _____	
8. यदि प्रश्न 6 वा 7 को उत्तर 'हो' दिनुभयो भने, त्यसपछि सम्बन्धविच्छेद वा छोडपत्र सम्झौता वा आदेश अनुसार बिरामीको मेडिकल सेवाका लागि को जिम्मेवार हुनुहुन्छ ?			
नाम: _____		नाता: _____	
ठेगाना: _____		नगर, राज्य, जिप: _____	
फोन: () _____			
*आश्रित भनेको संघीय कर दाखिलामा आश्रितको रूपमा सूचीबद्ध नाबालिग वा अन्य व्यक्ति हुन् ।			

तलको खण्डमा प्राप्त गरेका सेवासँग सम्बन्धित सबै बिमा कभरेजहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस्**

बिमाको प्रकार	बिमाको नाम	पोलिसी नम्बर	समूह नम्बर
स्वास्थ्य बिमा			
मेडिकेयर			
मेडिकेयर सप्लिमेन्ट			
मेडिकएड			
भूपू सैनिक लाभहरू			

मासिक आम्दानी र खर्चहरू**

(आयको प्रमाणको रूपमा तलका मध्ये कुनै पनि कागजात संलग्न गर्नुहोस्)

- | | |
|---|--|
| A. सबैभन्दा पछिल्लो कर दाखिला | D. नगद भुक्तान गरिएको खण्डमा रोजगारदाताबाट लिखित आय प्रमाणीकरण |
| B. सबैभन्दा पछिल्लो w-2 फाराम र 1099 फारामहरू | E. गैरदाखिलाको प्रमाण (IRS फाराम 4506) |
| C. सबैभन्दा पछिल्ला दुई (2) तलब रसिदहरू | |

तपाईंको आवेदन प्रक्रिया अगाडि बढाउनका लागि आय विवरण प्रदान गर्नुपर्छ

	बिरामी	पति/पत्नी/जीवन साथी	आमाबाबु/अभिभावक
कुल मासिक तलब			
स्व-रोजगार आय			
सामाजिक सुरक्षा			
सामाजिक सुरक्षा असक्षमता			
निजी असक्षमता			
भूपू सैनिकको असक्षमता			
भूपू सैनिकको पेन्सन			
बेरोजगारी			
श्रमिकको क्षतिपूर्ति			
सेवानिवृत्ति आय			
बाल सहायता			
भरणपोषण वा अन्य पति/पत्नी सहायता			
विपन्न परिवारका लागि अस्थायी सहायता (TANF)			
अन्य, सूचीबद्ध गर्नुहोस्			

खर्चहरू	मासिक खर्च
आवास	
युटिलिटी (अर्थात् टेलिफोन, ग्यास, बिजुली, पानी)	
खाद्य	
बाल स्याहार	
यातायात	
मेडिकल खर्चहरू	
अन्य खर्चहरू	

**अपवादहरू: यदि बिरामी इलिनोइसका बासिन्दा हुनुहुन्छ, बिमा गर्नुभएको छैन र Alton Memorial Hospital, Memorial Hospital Belleville वा Memorial Hospital Shiloh मा सेवा प्राप्त गर्नुभएको छ र 77 ILAC 4500.40 मा वर्णन गरिए बर्माजिमको अनुमानित योग्यता मापदण्ड पूरा गर्नुहुन्छ वा अन्यथा पारिवारिक आयको आधारमा अनुमानित रूपमा योग्य हुनुहुन्छ भने, बिरामीले आवेदनको यो खण्ड भर्नु पर्दैन । यदि बिरामीले NHSC सेवा केन्द्रहरूमा उपलब्ध गराइएका सेवासँग सम्बन्धित सहायताका लागि आवेदन गर्दै हुनुहुन्छ भने, बिरामीले आवेदनको बिमा र खर्चसम्बन्धी खण्डहरू भर्नु पर्दैन । NHSC सेवा केन्द्रहरूमा Missouri Baptist Sullivan Hospital Bourbon Medical Office, Cuba Medical Office, Steelville Medical Office र Sullivan Medical Office; अर्नि Parkland Health Center Medical Clinic पर्दछन् ।

आर्थिक स्थिति सम्बन्धी अन्य सान्दर्भिक विवरण संलग्न गर्नुहोस्

प्रमाणीकरण: म प्रमाणित गर्दछु कि यस आवेदनमा दिइएको विवरण मेरो जानकारीमा भए अनुसार सत्य र सही छ । म यो अस्पतालको बिल तिर्नका लागि सहयोग प्राप्त गर्न योग्य हुन सक्ने कुनै पनि प्रान्तीय, संघीय वा स्थानीय सहायताका लागि आवेदन दिने छु । प्रदान गरिएको विवरण BJC HealthCare ले प्रमाणित गर्न सक्ने छ भन्ने मैले बुझेको छु र म उनीहरूलाई यो आवेदनमा प्रदान गरिएको विवरणको शुद्धता प्रमाणित गर्न तेस्रो पक्षहरूलाई सम्पर्क गर्न अनुमति दिन्छु । यदि मैले जानाजानी यस आवेदनमा असत्य जानकारी प्रदान गरेमा म आर्थिक सहायताका लागि अयोग्य ठहरिने छु, मलाई प्रदान गरिएको कुनै पनि आर्थिक सहायता उल्टाउन सकिने छ र बिल(हरू) भुक्तानी गर्न जिम्मा मैले नै लिनुपर्ने छ भन्ने कुरा मैले बुझेको छु ।

बिरामी/जिम्मेवार पक्षको हस्ताक्षर:

मिति: