

Оценка финансовой помощи

Телефон: 314-362-8400 или 855-362-8400 | Эл. почта: patacct@bjc.org | Факс: 314-747-6977

Важно! **ВЫ МОЖЕТЕ ИМЕТЬ ПРАВО НА БЕСПЛАТНОЕ ИЛИ ЛЬГОТНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ.**

Заполнение этого заявления поможет BJC HealthCare определить, имеете ли вы право на получение бесплатных или льготных услуг, или имеете ли вы право на участие в других государственных программах, которые могут помочь оплатить ваше медицинское обслуживание.

ЕСЛИ ВЫ НЕ ЗАСТРАХОВАНЫ, ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПРАВА НА БЕСПЛАТНОЕ ИЛИ ЛЬГОТНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ НЕ ТРЕБУЕТСЯ.

Однако номер социального страхования требуется для участия в некоторых государственных программах, включая Medicaid. Предоставление номера социального страхования не является обязательным, но поможет больнице определить, имеете ли вы право на участие в каких-либо государственных программах.

Пожалуйста, заполните эту форму и отправьте ее в больницу лично, по почте по адресу: P.O. 790024, St. Louis, MO 63179-0024, по электронной почте patacct@bjc.org или по факсу 314-747-6977, чтобы подать заявку на бесплатное или льготное обслуживание в течение 240 дней после даты первоначального выставления счета.

Пациент подтверждает, что он добросовестно постарался предоставить всю информацию, запрошенную в заявлении, чтобы помочь больнице определить, имеет ли он право на получение финансовой помощи.

Если пациент является жителем штата Иллинойс, не застрахован и получал услуги в больницах Alton Memorial Hospital, Memorial Hospital Belleville или Memorial Hospital Shiloh, жалобы или сомнения по поводу процесса подачи заявки на скидку для незастрахованных пациентов или процесса оказания финансовой помощи больницам можно направить в Бюро Генерального прокурора по вопросам здравоохранения штата Иллинойс на веб-сайте

<https://www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/healthcare.html> или по телефону 877-305-5145.

Оценка финансовой помощи

Телефон: 314-362-8400 или 855-362-8400 | Эл. почта: pataacct@bjc.org | Факс: 314-747-6977

СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Имя и фамилия пациента		Дата рождения	Номер социального страхования пациента. <small>(по желанию и не требуется)</small>
Раса <small>(по желанию и не требуется)</small>	Этническая принадлежность <small>(по желанию и не требуется)</small>	Пол <small>(по желанию и не требуется)</small>	Предпочитаемый язык <small>(по желанию и не требуется)</small>
Пациент		Лицо, ответственное за оплату счета	
Резидент штата Иллинойс на момент оказания услуги? Да _____ Нет _____		Имя и фамилия	
Улица		Улица	
Город, штат, почтовый индекс		Город, штат, почтовый индекс	
Телефон: ()		Телефон: ()	
Электронная почта:		Электронная почта:	

ИНФОРМАЦИЯ О ТРУДОУСТРОЙСТВЕ

Работодатель пациента	Работодатель супруга/партнера/опекуна
Улица	Улица
Город, штат, почтовый индекс	Город, штат, почтовый индекс
Телефон: ()	Телефон: ()

ДРУГАЯ ИНФОРМАЦИЯ

1. Случился ли с пациентом предполагаемый несчастный случай, который привел к необходимости оказания услуг?	Да _____ Нет _____
2. Был ли пациент жертвой предполагаемого преступления, которое привело к необходимости получения услуг?	Да _____ Нет _____
3. Количество человек в семье и (или) домохозяйстве пациента	
4. Количество лиц, находящихся на иждивении* пациента	
5. Каков возраст иждивенцев* пациента?	
6. На момент оказания услуги или позднее пациент был/является разведенным, проживающим отдельно или вовлеченным в процедуру расторжения брака?	Да _____ Нет _____
7. На момент оказания услуги или позднее пациент находился/находится на иждивении родителя, который разведен, живет отдельно или участвует в процедуре расторжения брака?	Да _____ Нет _____
8. Если на вопрос 6 или 7 ответ «Да», то кто несет ответственность за медицинское обслуживание пациента в соответствии с соглашением или приказом о разводе или раздельном проживании?	
Имя и фамилия: _____ Отношение: _____	
Адрес: _____ Город, штат, почтовый индекс: _____	
Телефон: () _____	
*Под иждивенцем понимается несовершеннолетний или любое лицо, указанное в качестве иждивенца в федеральной налоговой декларации другого лица.	

ПЕРЕЧИСЛИТЕ В ПРИВЕДЕННОМ НИЖЕ РАЗДЕЛЕ ВСЕ СТРАХОВЫЕ ПОКРЫТИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ПОЛУЧЕННОЙ УСЛУГОЙ**			
Вид страхования	Наименование страхования	Номер полиса	Номер группы
Медицинское страхование			
Medicare			
Дополнение к программе Medicare			
Medicaid			
Льготы для ветеранов			
ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ ДОХОДЫ И РАСХОДЫ*** (В качестве подтверждения дохода приложите любой из следующих документов) А. Последняя налоговая декларация D. Письменное подтверждение дохода от работодателя, если оплата производится наличными В. Последняя форма W-2 и формы 1099 E. Подтверждение отсутствия подачи документов (форма 4506 IRS) С. Две (2) последние квитанции об оплате труда Для рассмотрения вашего заявления необходимо предоставить информацию о доходах			
	Пациент	Супруг(а)/партнер	Родители/опекун
Зарботная плата в месяц до уплаты налогов			
Доход от самозанятости			
Социальное страхование			
Государственное пособие по нетрудоспособности			
Частное пособие по нетрудоспособности			
Нетрудоспособность ветерана			
Пенсия ветерана			
Безработица			
Компенсации работнику			
Пенсионный доход			
Поддержка детей			
Алименты или другие виды супружеской поддержки			
Временная помощь нуждающимся семьям (TANF)			
Другое, список			
РАСХОДЫ	ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ РАСХОДЫ		
Жилье			
Коммунальные услуги (например, телефон, газ, электричество, вода)			
Питание			
Уход за детьми			
Транспорт			
Медицинские расходы			
Прочие расходы			
**ИСКЛЮЧЕНИЯ: Если пациент является жителем штата Иллинойс, не застрахован и получает услуги в больницах Alton Memorial Hospital, Memorial Hospital Belleville или Memorial Hospital Shiloh и соответствует критериям права на получение помощи, перечисленным в ILAC-77 4500.40, или имеет иное право в силу семейного дохода, пациенту не требуется заполнять настоящий раздел заявления. Если пациент обращается за помощью, связанной с услугами, предоставляемыми в центрах NHSC, ему не требуется заполнять разделы заявления, касающиеся страхования и расходов. В число объектов NHSC входят: больница Missouri Baptist Sullivan Hospital, медицинский офис Bourbon, медицинский офис Cuba, медицинский офис Steelville и медицинский офис Sullivan; а также медицинская клиника Parkland Health Center.			
ПРИЛОЖИТЕ ДРУГУЮ НЕОБХОДИМУЮ ИНФОРМАЦИЮ О ФИНАНСОВОМ ПОЛОЖЕНИИ			
ЗАВЕРЕНИЕ: Я подтверждаю, что информация, содержащаяся в настоящем заявлении, является достоверной и правильной, насколько мне известно. Я буду обращаться за любой государственной, федеральной или местной помощью, на которую я могу иметь право, чтобы помочь оплатить этот больничный счет. Я понимаю, что предоставленная информация может быть проверена компанией BJC HealthCare, и я разрешаю ей связаться с третьими лицами для проверки точности информации, представленной в данном заявлении. Я понимаю, что в случае предоставления заведомо ложной информации в настоящем заявлении я не буду иметь права на получение финансовой помощи, любая предоставленная мне финансовая помощь может быть отменена, и я буду нести ответственность за оплату счета (счетов).			
Подпись пациента/ответственного лица:		Дата:	