

Đánh giá Hỗ trợ Tài chính

Số điện thoại: 314-362-8400 hoặc 855-362-8400 | Email: patacct@bjc.org | Fax: 314-747-6977

Quan trọng: **QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐỦ ĐIỀU KIỆN ĐỂ NHẬN DỊCH VỤ CHĂM SÓC MIỄN PHÍ HOẶC GIẢM GIÁ.** Việc hoàn thành đơn đăng ký này sẽ giúp BJC HealthCare xác định xem quý vị có thể nhận được dịch vụ miễn phí hoặc giảm giá hay có đủ điều kiện tham gia các chương trình công cộng khác giúp quý vị chi trả chi phí chăm sóc sức khỏe của mình hay không.

NẾU QUÝ VỊ KHÔNG CÓ BẢO HIỂM, KHÔNG CẦN CÓ SỐ AN SINH XÃ HỘI ĐỂ ĐƯỢC HƯỞNG DỊCH VỤ MIỄN PHÍ HOẶC GIẢM GIÁ. Tuy nhiên, Số An sinh Xã hội là bắt buộc đối với một số chương trình công cộng, bao gồm Medicaid. Việc cung cấp Số An sinh Xã hội không bắt buộc nhưng sẽ giúp bệnh viện xác định xem quý vị có đủ điều kiện tham gia các chương trình công cộng hay không.

Vui lòng hoàn thành biểu mẫu này và nộp tại bệnh viện trực tiếp hoặc qua đường bưu điện tới P.O. Box 790024, St. Louis, MO 63179-0024, bằng thư điện tử tới patacct@bjc.org, hoặc qua fax 314-747-6977 đăng ký dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc giảm giá trong vòng 240 ngày kể từ ngày lập hóa đơn ban đầu.

Bệnh nhân xác nhận rằng họ đã cố gắng hết sức để cung cấp tất cả thông tin được yêu cầu trong đơn đăng ký giúp bệnh viện xác định xem bệnh nhân có đủ điều kiện để được hỗ trợ tài chính hay không.

Nếu bệnh nhân là cư dân Illinois, không có bảo hiểm và đã nhận dịch vụ tại Alton Memorial Hospital, Memorial Hospital Belleville hoặc Memorial Hospital Shiloh, các khiếu nại hoặc quan ngại về quy trình đăng ký giảm giá cho bệnh nhân không có bảo hiểm hoặc quy trình hỗ trợ tài chính của bệnh viện có thể được báo cáo cho Văn phòng Chăm sóc Sức khỏe của Tổng Chưởng lý Illinois tại trang web <https://www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/healthcare.html> hoặc gọi tới số 877-305-5145.

Đánh giá Hỗ trợ Tài chính

Số điện thoại: 314-362-8400 hoặc 855-362-8400 | Email: patacct@bjc.org | Fax: 314-747-6977

THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Tên Bệnh nhân		Ngày sinh	Số An sinh Xã hội của Bệnh nhân (Tùy chọn và không bắt buộc)
Chủng tộc (Tùy chọn và không bắt buộc)	Dân tộc (Tùy chọn và không bắt buộc)	Giới tính (Tùy chọn và không bắt buộc)	Ngôn ngữ Ưu tiên (Tùy chọn và không bắt buộc)
Bệnh nhân		Người Chịu Trách nhiệm Thanh toán Hóa đơn	
Có phải là cư dân Illinois tại thời điểm sử dụng dịch vụ hay không? Có _____ Không _____		Tên	
Đường phố		Đường phố	
Thành phố, Tiểu bang ZIP		Thành phố, Tiểu bang ZIP	
Số điện thoại: ()		Số điện thoại: ()	
Email:		Email:	

THÔNG TIN CÔNG VIỆC

Cơ quan của Bệnh nhân	Cơ quan của Vợ/Chồng/Bạn đời/Người giám hộ
Đường phố	Đường phố
Thành phố, Tiểu bang ZIP	Thành phố, Tiểu bang ZIP
Số điện thoại: ()	Số điện thoại: ()

THÔNG TIN KHÁC

1. Bệnh nhân có liên quan đến một vụ tai nạn bị cáo buộc được cho là đã dẫn đến việc cần sử dụng dịch vụ không?	Có _____ Không _____
2. Bệnh nhân có phải là nạn nhân của một tội phạm bị cáo buộc dẫn đến việc cần sử dụng dịch vụ không?	Có _____ Không _____
3. Số người trong gia đình bệnh nhân và/hoặc hộ gia đình?	
4. Số người phụ thuộc* của bệnh nhân?	
5. Độ tuổi của người phụ thuộc* của bệnh nhân là bao nhiêu?	
6. Tại thời điểm nhận dịch vụ hoặc sau đó, bệnh nhân đã/đang ly hôn, ly thân hoặc có liên quan đến một thủ tục ly hôn đang được thực hiện không?	Có _____ Không _____
7. Tại thời điểm nhận dịch vụ hoặc sau đó, bệnh nhân có phải là người phụ thuộc của cha mẹ đã/đang ly hôn, ly thân hoặc có liên quan đến một thủ tục ly hôn đang được thực hiện không?	Có _____ Không _____
8. Nếu trả lời có cho câu hỏi 6 hoặc 7, thì ai chịu trách nhiệm việc chăm sóc y tế cho bệnh nhân theo thỏa thuận hoặc lệnh ly hôn hoặc ly thân?	
Tên: _____ Mỗi quan hệ: _____	
Địa chỉ: _____ Thành phố, Tiểu bang, Zip: _____	
Số điện thoại: () _____	
*Người phụ thuộc có nghĩa là trẻ vị thành niên hoặc bất kỳ người nào được liệt kê là người phụ thuộc trên tờ khai thuế liên bang của người khác.	

LIỆT KÊ TẤT CẢ CÁC LOẠI BẢO HIỂM TRONG PHẦN DƯỚI ĐÂY LIÊN QUAN ĐẾN DỊCH VỤ ĐÃ NHẬN**

Loại Bảo hiểm	Tên Bảo hiểm	Mã số Hợp đồng	Mã số Nhóm
Bảo hiểm Y tế			
Medicare			
Bảo hiểm Bổ sung Medicare			
Medicaid			
Quyền lợi Cựu chiến binh			

THU NHẬP HÀNG THÁNG VÀ CHI PHÍ**

(Đính kèm bất kỳ tài liệu nào sau đây làm Bằng chứng Thu nhập)

- | | |
|--|--|
| A. Tờ khai thuế gần đây nhất | D. Xác minh thu nhập bằng văn bản từ chủ lao động nếu được trả bằng tiền mặt |
| B. Biểu mẫu w-2 và các mẫu 1099 gần đây nhất | E. Bằng chứng chưa nộp (Mẫu IRS 4506) |
| C. Hai (2) phiếu lương gần đây nhất | |

Thông tin thu nhập phải được cung cấp để xử lý đơn đăng ký của quý vị

	Bệnh nhân	Vợ/ Chồng/ Bạn đời	Cha mẹ/ Người giám hộ
Tổng Tiền lương Hàng tháng			
Thu nhập từ việc Tự Kinh doanh			
An sinh Xã hội			
An sinh Xã hội cho Người khuyết tật			
Trợ cấp Khuyết tật Tự nhân			
Trợ cấp Khuyết tật cho Cựu chiến binh			
Lương hưu của Cựu chiến binh			
Trợ cấp Khuyết tật			
Bồi thường cho Người lao động			
Thu nhập từ Lương hưu			
Cấp dưỡng Nuôi con			
Tiền Cấp dưỡng hoặc Hỗ trợ từ Vợ/Chồng Khác			
Hỗ trợ Tạm thời cho các Gia đình Khó khăn (TANF)			
Khác, Ghi rõ			

CHI PHÍ

CHI TIÊU HÀNG THÁNG

Nhà ở	
Tiện ích (tức là Điện thoại, Ga, Điện, Nước)	
Thức ăn	
Giữ Trẻ	
Phương tiện Giao thông	
Chi phí Y tế	
Chi phí Khác	

****NGOẠI LỆ:** Nếu bệnh nhân là cư dân của Illinois, không có bảo hiểm và nhận dịch vụ tại Alton Memorial Hospital, Memorial Hospital Belleville hoặc Memorial Hospital Shiloh và đáp ứng các tiêu chí hội đủ điều kiện giả định được mô tả trong 77 ILAC 4500.40 hoặc hội đủ điều kiện giả định theo thu nhập hộ gia đình, bệnh nhân không cần phải hoàn thành phần này của đơn đăng ký.

Nếu bệnh nhân đang nộp đơn xin hỗ trợ liên quan đến dịch vụ được cung cấp tại các cơ sở của NHSC, bệnh nhân không cần phải hoàn thành các phần về bảo hiểm và chi phí trong đơn đăng ký này. Các cơ sở của NHSC bao gồm Missouri Baptist Sullivan Hospital Bourbon Medical Office, Cuba Medical Office, Steelville Medical Office, và Sullivan Medical Office; và Parkland Health Center Medical Clinic.

ĐÍNH KÈM THÔNG TIN LIÊN QUAN KHÁC VỀ TÌNH HÌNH TÀI CHÍNH

XÁC NHẬN: Tôi xác nhận rằng thông tin trong đơn này là đúng và chính xác nhất theo hiểu biết của tôi. Tôi sẽ nộp đơn xin các hỗ trợ từ tiểu bang, liên bang hoặc địa phương mà tôi có thể đủ điều kiện nhận để giúp chi trả cho hóa đơn bệnh viện này. Tôi hiểu rằng thông tin được cung cấp có thể được xác minh bởi BJC HealthCare, và tôi ủy quyền cho họ liên lạc với bên thứ ba để xác minh tính chính xác của thông tin được cung cấp trong đơn đăng ký này. Tôi hiểu rằng nếu tôi cung cấp thông tin sai sự thật trong đơn đăng ký này, tôi sẽ không đủ điều kiện để được hỗ trợ tài chính, bất kỳ hỗ trợ tài chính nào đã được cấp cho tôi có thể bị thu hồi, và tôi sẽ chịu trách nhiệm thanh toán (các) hóa đơn.

Chữ ký của Bệnh nhân/Người Chịu Trách nhiệm:

Ngày: