

经济援助评估

电话：314-362-8400 或 855-362-8400 | 电子邮件：patacct@bjc.org | 传真：314-747-6977

重要提示：您可能有资格获得免费或折扣护理。填写本申请表将有助于 BJC HealthCare 确定您是否可以获得免费或折扣服务，或者有资格参加其他可以帮助您支付医疗费用的公共计划。

如果您未参保，您无需社会保障号码便有资格享受免费或折扣护理。但是，一些公共计划需要社会保障号码，包括 Medicaid。您并非必须提供社会保障号码，但提供可以帮助医院确定您是否有资格参加公共计划。

请填写完整本表，并通过以下方式提交医院：亲自递交，或通过邮件邮寄，地址：P.O. Box 790024, St. Louis, MO 63179-0024，或以电子邮件方式发送至 patacct@bjc.org，或通过传真发送至 314-747-6977，以便在首次账单之日起 240 天内申请免费或折扣护理。

患者承认，其已尽力提供申请表中要求的所有信息，以帮助医院确定患者是否有资格获得经济援助。

如果患者是伊利诺伊州居民，但未参保，并且在 Alton Memorial Hospital、Memorial Hospital Belleville 或者 Memorial Hospital Shiloh 接受服务，则患者可以将对未参保患者折扣申请流程或医院经济援助流程的投诉或问题，报告 Health Care Bureau of the Illinois Attorney General，具体方式是登录网站 <https://www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/healthcare.html> 或致电 877-305-5145。

经济援助评估

电话: 314-362-8400 或 855-362-8400 | 电子邮件: patacct@bjc.org | 传真: 314-747-6977

患者信息			
患者姓名		出生日期	患者社会保障号码 (可选, 非必填)
种族 (可选, 非必填)	民族 (可选, 非必填)	性别 (可选, 非必填)	首选语言 (可选, 非必填)
患者		账单责任人	
服务期间是伊利诺伊州居民吗? 是 _____ 否 _____		姓名	
街道		街道	
城市、州、邮编		城市、州、邮编	
电话: ()		电话: ()	
电子邮件:		电子邮件:	
就业信息			
患者雇主		配偶/伴侣/监护人雇主	
街道		街道	
城市、州、邮编		城市、州、邮编	
电话: ()		电话: ()	
其他信息			
1. 患者是否卷入了指称事故, 因而需要服务?		是 _____ 否 _____	
2. 患者是否是指控犯罪的受害者, 因而需要服务?		是 _____ 否 _____	
3. 患者家庭和/或全家人数?			
4. 患者的被抚养人 (被赡养人) *人数?			
5. 患者的被抚养人 (被赡养人) 年龄?			
6. 在服务期间或之后, 患者是否离婚或分居, 或涉及婚姻解除程序?		是 _____ 否 _____	
7. 在服务期间或之后, 患者是否是离婚或分居, 或涉及婚姻解除程序父母的被抚养人?		是 _____ 否 _____	
8. 如果问题 6 或 7 的答案是“是”, 则根据离婚或分居协议或命令, 谁负责患者的医疗护理?			
姓名: _____		关系: _____	
地址: _____		城市、州、邮编: _____	
电话: () _____			
*被抚养人 (被赡养人) 是指未成年人, 或在另一个人的联邦纳税申报表上列为被抚养人 (被赡养人) 的人。			

在以下部分列出与所接受服务有关的所有保险范围**

保险类型	保险名称	保单号码	组号
健康保险			
Medicare			
Medicare 补充保险			
Medicaid			
退伍军人福利			

每月收入和支出**

(附上以下任何一份文件作为收入证明)

- | | |
|------------------------|-------------------------|
| A. 最近的纳税申报表 | D. 如果以现金支付, 雇主出具的书面收入证明 |
| B. 最近的 w-2 表格和 1099 表格 | E. 未申报证明 (IRS 表格 4506) |
| C. 两 (2) 份最近的工资单 | |

为处理您的申请必须提供收入信息

	患者	配偶/伴侣	父母/监护人
月工资总额			
自营收入			
社会保障			
社会保障残疾			
私人残疾			
退休军人残疾			
退休军人养老金			
失业			
工人薪资			
退休收入			
子女抚养费			
赡养费或其他配偶赡养费			
为有需要家庭提供临时援助 (TANF)			
其他, 列明			

支出	每月支出
住房	
公用事业 (如: 电话、煤气、电、水)	
食物	
育儿	
交通	
医疗费用	
其他支出	

****例外: 如果患者是伊利诺伊州居民, 但未参保, 并且在 Alton Memorial Hospital、Memorial Hospital Belleville 或者 Memorial Hospital Shiloh 接受服务, 且符合 77 ILAC 4500.40 中规定的推定资格标准, 或者根据家庭收入推定符合资格, 则患者无需填写申请表中的此部分。**

如果患者正在申请与 NHSC 站点提供的服务相关的援助, 患者无需填写申请表中的保险和支出部分。NHSC 站点包括 Missouri Baptist Sullivan Hospital Bourbon Medical Office、Cuba Medical Office、Steelville Medical Office 和 Sullivan Medical Office, 以及 Parkland Health Center Medical Clinic。

附上其他经济状况相关信息

证明: 我证明, 本申请表上填写的信息据我所知真实、准确。我会申请自己可能有资格获得的所有州, 联邦或地方援助, 以帮助支付医院账单。我理解, BJC HealthCare 可能会对所提供的信息进行核实, 我授权其联系第三方, 核实本申请表中所提供信息的准确性。我理解, 如果我在本申请表中故意提供不真信息, 我将无资格获得经济援助, 给予我的经济援助可能会撤销, 我将自己负责支付账单。

患者/责任方签字:

日期: