

## تقييم المساعدة المالية

رقم الهاتف: 314-362-8400 أو 855-362-8400 | عنوان البريد الإلكتروني: patacct@bjc.org | الفاكس: 314-747-6977

مهم: قد تكون مؤهلاً للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة. سيساعد إكمال هذا الطلب BJC HealthCare على تحديد ما إذا كان بإمكانك الحصول على خدمات مجانية أو مخفضة أو ما إذا كنت مؤهلاً للاستفادة من البرامج العامة الأخرى التي يمكن أن تساعد في دفع تكاليف الرعاية الصحية الخاصة بك.

إذا كنت غير مؤمن عليك، فلا يلزم تقديم رقم الضمان الاجتماعي لكي تكون مؤهلاً للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة. ومع ذلك، فإن رقم الضمان الاجتماعي مطلوب لبعض البرامج العامة، بما في ذلك Medicaid. تقديم رقم الضمان الاجتماعي ليس مطلوباً، ولكنه سيساعد المستشفى على تحديد ما إذا كنت مؤهلاً لأي برامج عامة أم لا.

يرجى إكمال هذا النموذج وتقديمه إلى المستشفى شخصياً، عن طريق البريد عبر العنوان P.O. Box 790024, St. Louis, MO 63179-0024 أو يمكنك إرساله عبر البريد الإلكتروني عبر العنوان patacct@bjc.org أو عبر الفاكس على الرقم 314-747-6977 لتقديم طلب للحصول على الرعاية المجانية أو المخفضة خلال 240 يوماً من تاريخ الفاتورة الأولية.

يقر المريض بأنه بذل جهداً حسن النية لتقديم جميع المعلومات المطلوبة في الطلب لمساعدة المستشفى في تحديد ما إذا كان المريض مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية أم لا.

إذا كان المريض مقيماً في ولاية إلينوي، ولم يكن مؤمناً عليه، وتلقى خدمات في مستشفى Alton Memorial Hospital أو Memorial Hospital Belleville أو مستشفى Memorial Hospital Shiloh، فقد يتم الإبلاغ عن الشكاوى أو المخاوف المتعلقة بعملية طلبات الخصم للمرضى غير المؤمن عليهم أو عملية المساعدة المالية بالمستشفى إلى مكتب الرعاية الصحية لدى المدعي العام لولاية إلينوي على موقع الويب <https://www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/healthcare.html> أو عن طريق الاتصال بالرقم 877-305-5145.

# تقييم المساعدة المالية

رقم الهاتف: 314-362-8400 أو 855-362-8400 | عنوان البريد الإلكتروني: patacct@bjc.org | الفاكس: 314-747-6977

معلومات المريض	
اسم المريض	تاريخ الميلاد
العرق (اختياري وغير الزامي)	الجنس (اختياري وغير الزامي)
الإثنية (اختياري وغير الزامي)	اللغة المفضلة (اختياري وغير الزامي)
المريض	
مقيم في ولاية إلينوي وقت تلقي الخدمة؟ نعم _____ لا _____	الشخص المسؤول عن الفاتورة
الشارع	الاسم
الشارع	الشارع
المدينة، الرمز البريدي للولاية	المدينة، الرمز البريدي للولاية
رقم الهاتف: ( )	رقم الهاتف: ( )
عنوان البريد الإلكتروني:	عنوان البريد الإلكتروني:
معلومات التوظيف	
صاحب العمل حيث يعمل المريض	صاحب العمل حيث يعمل الزوج (الزوجة) / الشريك / الوصي
الشارع	الشارع
المدينة، الرمز البريدي للولاية	المدينة، الرمز البريدي للولاية
رقم الهاتف: ( )	رقم الهاتف: ( )
معلومات أخرى	
1. هل تعرض المريض لحادث مزعوم أدى إلى الحاجة إلى تلقي الخدمات؟	نعم _____ لا _____
2. هل كان المريض ضحيةً لجريمة مزعومة أدت إلى الحاجة إلى تلقي الخدمات؟	نعم _____ لا _____
3. عدد الأشخاص في عائلة المريض و / أو أسرته؟	
4. عدد الأشخاص الذين يعولهم* المريض؟	
5. ما أعمار المعالين* الذين يعولهم المريض؟	
6. في وقت الخدمة أو في وقت لاحق، هل كان / هل المريض مطلق أو منفصل أو بدء إجراءات فسخ الزواج؟	نعم _____ لا _____
7. في وقت الخدمة أو في وقت لاحق، هل كان / هل المريض معال لولي أمر مطلق أو منفصل أو بدء إجراءات فسخ الزوجية؟	نعم _____ لا _____
8. إذا كانت الإجابة بنعم على أي من السؤال 6 أو 7، فمن المسؤول عن الرعاية الطبية للمريض بموجب اتفاقية أو أمر طلاق أو انفصال؟	
الاسم: _____	العلاقة: _____
العنوان: _____	المدينة، الولاية، الرمز البريدي: _____
رقم الهاتف: ( ) _____	
*الشخص المعال يقصد به شخص قاصر أو أي شخص مدرج ضمن قائمة المعالين في الإقرار الضريبي الفيدرالي الخاص بشخص آخر.	

قم بإدراج جميع تغطيات التأمين المتعلقة بالخدمة المتلقاة في القسم أدناه\*\*

رقم المجموعة	رقم الوثيقة	اسم شركة التأمين	نوع التأمين
			التأمين الصحي
			برنامج Medicare
			Medicare Supplement
			برنامج Medicaid
			امتيازات المحاربين القدامى

الدخل والنفقات الشهرية\*\*

(أرفق أيًا من الوثائق التالية كدليل على الدخل)  
 D. التحقق الكتابي من الدخل من صاحب العمل إذا كان المريض يحصل على راتبه نقدًا  
 E. إثبات عدم التقديم (نموذج مصلحة الضرائب رقم 4506)

A. أحدث إقرار ضريبي  
 B. أحدث نموذج 2-W ونماذج 1099  
 C. أحدث كعبي (2) دفع رواتب

يجب تقديم معلومات الدخل من أجل معالجة طلبك

المريض	الزوج (الزوجة) / الشريك	أولياء الأمور / الوصي	
			إجمالي الأجور الشهرية
			دخل العمل الحر
			الضمان الاجتماعي
			إعاقاة الضمان الاجتماعي
			الإعاقاة الخاصة
			إعاقاة المحاربين القدامى
			معاش المحاربين القدامى
			البطالة
			تعويضات العمال
			دخل التقاعد
			نفقة الأطفال
			النفقة أو غير ذلك من النفقات الزوجية
			المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)
			غير ذلك، الرجاء سرد ذلك

النفقات الشهرية	النفقات
	الإسكان
	المرافق (أي الهاتف، الغاز، الكهرباء، الماء)
	الطعام
	رعاية الأطفال
	النقل
	النفقات الطبية
	النفقات الأخرى

\*\*الاستثناءات: إذا كان المريض مقيمًا في ولاية إلينوي، وغير مؤمن عليه، ويتلقى الخدمات في مستشفى Alton Memorial Hospital أو مستشفى Memorial Hospital Belleville أو مستشفى Memorial Hospital Shiloh وكان يلبي معايير الأهلية الافتراضية الموضحة في القسم 77 من ILAC البند 4500.40 أو إذا كان مؤهلاً بشكل افتراضي بأي شكل آخر بحكم دخل الأسرة، لا يُطلب من المريض إكمال هذا القسم من الطلب.

إذا كان المريض يتقدم للحصول على المساعدة المتعلقة بالخدمات المقدمة في مواقع NHSC، فلا يلزم على المريض إكمال قسمي التأمين والنفقات في التطبيق. وتشمل مواقع NHSC عيادة Missouri Baptist، عيادة Sullivan Medical Office، عيادة Steelville Medical Office، عيادة uba Medical Office، عيادة Sullivan Hospital Bourbon Medical Office، عيادة Parkland Health، عيادة Center Medical Clinic.

قم بإرفاق المعلومات الخاصة الأخرى المتعلقة بالوضع المالي

الإقرار: أشهد أن المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة ودقيقة على حد علمي. سوف أتقدم بطلب للحصول على أي مساعدة حكومية أو اتحادية أو محلية قد أكون مؤهلاً للحصول عليها للمساعدة في دفع فواتير المستشفى هذه. أنا أفهم أن المعلومات المقدمة قد يتم التحقق منها بواسطة BJC HealthCare، وأنا أصرح لهم بالاتصال بالجهات الخارجية للتحقق من دقة المعلومات المقدمة في هذا الطلب. أفهم أنه إذا قدمت معلومات غير صحيحة عن عمد في هذا الطلب، فلن أكون مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية، وقد يتم إلغاء أي مساعدة مالية ممنوحة لي، وسأكون مسؤولاً عن دفع الفاتورة (الفواتير).

التاريخ:

توقيع المريض / الطرف المسؤول: