

## تقييم المساعدة المالية

يُرجى قراءة جميع التعليمات بعناية والتواصل معنا في حال وجود أي استفسارات.

ملاحظة مهمة: قد تكون مؤهلاً للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة. سيساعد إكمال هذا الطلب BJC Health 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 من مؤسسة BJC. ومع ذلك، فإن رقم الضمان الاجتماعي مطلوب لبعض البرامج العامة، بما في ذلك Medicaid. تقديم رقم الضمان الاجتماعي ليس مطلوباً، ولكنه سيساعد مؤسسة BJC على تحديد ما إذا كنت مؤهلاً لأي برامج عامة أم لا.

تضم مؤسسة BJC Health المستشفيات والكيانات الصحية التي تعد جزءاً من BJC HealthCare و Saint Luke's و St. Louis Children's at CoxHealth. للتواصل مع فريق خدمة العملاء لدينا، يُرجى الاتصال أو إرسال بريد إلكتروني إلى أحد العناوين التالية:

St. Louis Children's at CoxHealth	Saint Luke's	BJC HealthCare
417-815-8846	816-932-5678	314-362-8400
833-345-1395	888-581-9401	855-362-8400
financialassistanceapplications@coxhealth.com	slhsbilling@saintlukeskc.org	patacct@bjc.org

يُرجى ملء هذا النموذج وتقديمه إلى الجهة التي تتقدم إليها بطلب المساعدة. يمكنك تقديم النموذج بصورة شخصية في موقع الخدمة أو وفقاً لإرشادات التقديم أدناه لتقديم طلب للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة. يجب تقديم نماذج المساعدة المالية في غضون 240 يوماً من تاريخ إصدار الفاتورة الأولية.

• BJC HealthCare: البريد إلى P.O. Box 790024, St. Louis, MO 63179-0024، أو البريد الإلكتروني إلى patacct@bjc.org، أو الفاكس إلى 314-747-6977.

• أرصدة مستشفيات سانت لوك (مستشفيات Plaza، North، South، East، Allen County، Anderson، Hedrick، Wright) والأطباء التابعين لمجموعة أطباء مستشفيات Anderson، Hedrick، Wright، Saint Luke's

أرسل بالبريد إلى Saint Luke's, 901 E. 104th St., Attn: Hospital CBO 6th Floor, Kansas City, MO 64131، أو أرسل بالبريد الإلكتروني إلى slhsbilling@saintlukeskc.org.

• Saint Luke's Home Care & Hospice: أرسل بالبريد إلى Saint Luke's Home Care & Hospice, 901 E. 104th St., Attn: Home Care & Hospice 6th Floor, Kansas City, MO 64131، أو أرسل بالبريد الإلكتروني إلى slhsbilling@saintlukeskc.org.

• Bishop Spencer Place: أرسل بالبريد إلى Bishop Spencer Place, 4301 Madison Ave., Kansas City, MO 64111.

• St. Louis Children's at CoxHealth: أرسل بالبريد إلى St. Louis Children's at CoxHealth, Attn: Financial Counselors, 1423 N. Jefferson Ave., Springfield, MO 65802.

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، وغير مؤمن عليه، وتلقى خدمات في مستشفى Alton Memorial Hospital، أو Memorial Hospital in Belleville، أو مستشفى Memorial Hospital in Shiloh، فيمكن الإبلاغ عن الشكاوى أو المخاوف المتعلقة بعملية طلب خصم المرضى غير المؤمن عليهم أو عملية المساعدة المالية للمستشفى إلى مكتب الرعاية الصحية التابع

للمدعي العام في إلينوي على الموقع الإلكتروني <https://illinoisattorneygeneral.gov/Consumer-Protection/HealthCare/> أو عن طريق الاتصال بالرقم 877-305-5145.

معلومات المريض			
اسم المريض	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي للمريض (اختياري وغير إلزامي)	
العرق (اختياري وغير إلزامي)	الإثنية (اختياري وغير إلزامي)	الجنس (اختياري وغير إلزامي)	اللغة المفضلة (اختياري وغير إلزامي)
المريض		الشخص المسؤول عن الفاتورة	
مقيم في ولاية إلينوي وقت تلقي الخدمة؟ نعم _____ لا _____		الاسم	
الشارع		الشارع	
المدينة، الرمز البريدي للولاية		المدينة، الرمز البريدي للولاية	
رقم الهاتف: ( )		رقم الهاتف: ( )	
عنوان البريد الإلكتروني:		عنوان البريد الإلكتروني:	
معلومات التوظيف			
جهة العمل الخاصة بالمريض/الشخص المسؤول		اسم الزوج/الزوجة/الشريك/الوصي	
		صاحب العمل حيث يعمل الزوج (الزوجة) / الشريك / الوصي	
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. ما اسم وصلة القرابة وعمر الأشخاص الذين يُعتبرون مُعالين* للمريض/الشخص المسؤول؟			
*الشخص المعال يُقصد به شخص قاصر أو أي شخص مُدرج ضمن قائمة المعالين في الإقرار الضريبي الفيدرالي للمريض أو الشخص المسؤول.			
قم بإدراج جميع تغطيات التأمين المتعلقة بالخدمة المتلقاة في القسم أدناه**			
نوع التأمين	اسم شركة التأمين	رقم الوثيقة	رقم المجموعة
التأمين الصحي			
برنامج Medicare			

			تأمين تكميلي لبرنامج Medicare
			برنامج Medicaid
			امتيازات المحاربين القدامى

الدخل الشهري  
(أرفق أيًا من الوثائق التالية كدليل على الدخل)

A. أحدث إقرار ضريبي  
B. أحدث نموذج W-2 ونماذج 1099  
C. أحدث كعبي (2) دفع رواتب  
D. التحقق الكتابي من الدخل من صاحب العمل إذا كان المريض يحصل على راتبه نقدًا  
E. إثبات عدم التقديم (نموذج مصلحة الضرائب رقم 4506)

يجب تقديم معلومات الدخل من أجل معالجة طلبك

أولياء الأمور/ الوصي	الزوج (الزوجة)/ الشريك	المريض	
			إجمالي الأجر 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

**\*\*الاستثناءات:** إذا كان المريض مقيمًا في ولاية إلينوي، وغير مؤمن عليه، ويتلقى الخدمات في مستشفى Alton Memorial Hospital أو مستشفى Memorial Hospital in Bel-leville أو مستشفى Memorial Hospital Shiloh وكان يلي 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 قسم التأمين في الطلب. تشمل مواقع NHSC التابعة لمؤسسة BJC HealthCare عيادة Missouri Baptist Sullivan Hospital Bourbon Medical Office وعيادة Cuba Medical Office وعيادة Steelville Medical Office وعيادة Sullivan Medical Office وعيادة Parkland Health وعيادة Center Medical Clinic. تشمل مواقع NHSC التابعة لمؤسسة Saint Luke's عيادة Allen County Clinic-Iola ومركز Anderson Hedrick OB و Hedrick Medical Center وعيادة Hedrick Family Care Clinic ومركز County Family Care Center وعيادة GYN Associates وعيادة Saint Luke's Mercer County Clinic ومستشفى Wright Memorial Hospital ومجموعة Wright Memorial Physicians Group.

قم بإرفاق المعلومات الخاصة الأخرى المتعلقة بالوضع المالي

الإقرار: أشهد أن المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة ودقيقة على حد علمي. أقر بأن مؤسسة BJC Health تتوقع مني أن أتقدم بطلب للحصول على أي مساعدة حكومية أو اتحادية أو محلية قد أكون مؤهلاً للحصول عليها للمساعدة في سداد فاتورة المستشفى هذه. أنا أدرك أن المعلومات المقدمة قد يتم التحقق منها بواسطة مؤسسة BJC Health، وأنا أصرح لهم بالاتصال بالجهات الخارجية للتحقق من دقة المعلومات المقدمة في هذا الطلب. أدرك 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: