

# Procjena za finansijsku

Molimo vas da pažljivo pročitate sva uputstva i da nam se obratite za sva pitanja.

Važno: **MOŽDA IMATE PRAVO NA BESPLATNU ILI POPUST NA NJEGU.** Popunjavanje ove prijave pomoći će BJC Health („BJC“) da utvrdi da li možete imati pravo na besplatne ili snižene usluge ili ispunjavate uslove za druge javne programe koji vam mogu pomoći u plaćanju zdravstvene zaštite..

**AKO STE NEOSIGURANI, BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA NIJE POTREBAN DA BISTE POKUŠALI OSTVARITI PRAVO NA BESPLATNU ILI NJEGU S POPUSTOM OD STRANE BJC-a.** Međutim, broj socijalnog osiguranja je potreban za neke javne programe, uključujući Medicaid. Navođenje broja socijalnog osiguranja nije obavezno, ali pomaže bolnici da utvrdi da li imate pravo na bilo koji javni program.

BJC Health uključuje bolnice i zdravstvene subjekte koji su dio BJC HealthCare-a, Saint Luke's, i St. Louis Children's u CoxHealth. Da biste kontaktirali naš tim za korisničku podršku, pozovite ili pošaljite e-mail:

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

Molimo Vas da popunite ovaj obrazac i pošaljete ga subjektu od kojeg aplicirate za pomoć. Obrazac možete predati lično na lokaciji servisa ili prema uputama za podnošenje u nastavku kako biste se prijavili za besplatnu ili sniženu njegu. **Obrasci za finansijsku pomoć moraju se podnijeti u roku od 240 dana od datuma početnog fakturisanja.**

- **BJC HealthCare:** adresa: P.O. Box 790024, St. Louis, MO 63179-0024, e-mail adresa: patacct@bjc.org, ili faks: 314-747-6977.
- Bolnice **Saint Luke's** (Plaza, North, South, East, Allen County, Anderson, Hedrick i Wright) i stanje ljekara za grupu ljekara Anderson, Hedrick, Wright i Saint Luke's: adresa: Saint Luke's, 901 E. 104th St., Attn: Hospital CBO 6th Floor, Kansas City, MO 64131, ili e-mail adresa: slhsbilling@saintlukeskc.org.
- **Saint Luke's Home Care & Hospice:** adresa: Saint Luke's Home Care & Hospice, 901 E. 104th St., Za: Home Care & Hospice 6th Floor, Kansas City, MO 64131 ili e-mail adresa: slhsbilling@saintlukeskc.org.
- **Bishop Spencer Place:** Mail to Bishop Spencer Place, 4301 Madison Ave., Kansas City, MO 64111.
- **St. Louis Children's at CoxHealth:** Mail to St. Louis Children's at CoxHealth, Za: Financial Counselors, 1423 N. Jefferson Ave., Springfield, MO 65802.

Pacijent potvrđuje da je u dobroj vjeri uložio/la napor da dostavi sve tražene informacije u prijavi kako bi pomogao/la bolnici da utvrdi da li pacijent ispunjava uslove za finansijsku pomoć.

Ako je pacijent stanovnik Illinois, nije osiguran i primio je usluge u bolnici Alton Memorial, Memorial Hospital u Bellevilleu ili Memorial Hospital u Shilohu, pritužbe ili nedoumice u vezi s postupkom podnošenja zahtjeva za popust za neosigurane pacijente ili postupkom finansijske pomoći bolnici mogu se prijaviti Zavodu za zdravstvenu zaštitu Illinois. Državni tužilac na web stranici <https://illinoisattorneygeneral.gov/Consumer-Protection/Health-Care/> ili pozivom 877-305-5145.

# Procjena za finansijsku

INFORMACIJE O PACIJENTU			
Ime i prezime pacijenta		Datum rođenja	Broj socijalnog osiguranja pacijenta <i>(Neobavezno)</i>
Rasa <i>(Neobavezno)</i>	Etnička pripadnost <i>(Neobavezno)</i>	Seks <i>(Neobavezno)</i>	Preferirani jezik <i>(Neobavezno)</i>
PACIJENT		OSOBA ODGOVORNA ZA RAČUN	
Stanovnik Illinoisa u vrijeme pružanja usluge? Da _____ Ne _____		Ime i prezime	
Ulica		Ulica	
Grad, poštanski broj države		Grad, poštanski broj države	
Telefon: (     )     )		Telefon: (     )     )	
E-mail:		E-mail:	
INFORMACIJE O ZAPOSLENJU			
Poslodavac pacijenta/odgovorne osobe		Ime supružnika/partnera/staratelja	
		Poslodavac supružnika/partnera/skrbnika	
OSTALE INFORMACIJE			
1. Je li pacijent bio uključen u navodnu nesreću koja je dovela do potrebe za uslugama?		Da _____ Ne _____	
2. Je li pacijent bio žrtva navodnog krivičnog djela koje je dovelo do potrebe za uslugama?		Da _____ Ne _____	
3. Broj osoba u porodici i/ili domaćinstvu pacijenta?			
4. Ime, odnos i godine osoba koje su izdržavane osobe* pacijenta/odgovorne osobe?			
*Izdržavan znači maloljetna osoba ili bilo koja osoba koja je navedena kao izdržavana osoba u saveznoj poreskoj prijavi.			

U ODJELJKU ISPOD NAVEDITE SVA POKRIĆA OSIGURANJA KOJA SE ODOSE NA PRUŽENE USLUGE\*\*

Vrsta osiguranja	Naziv osiguranja	Broj polise	Broj grupe
Zdravstveno osiguranje			
Medicare			
Medicare dodatak			
Medicaid			
Beneficije za veterane			

MJESEČNI PRIHOD

(Priložite bilo koji od sljedećih dokumenata kao dokaz o prihodu)

- A. Posljednja poreska prijava  
 B. Najnoviji obrazac w-2 i obrasci 1099  
 C. Dvije (2) posljednje platne liste  
 D. Pisanu potvrdu o prihodu od poslodavca, ako ste plaćeni u gotovini  
 E. Dokaz o nepodnošenju (Obrazac IRS 4506)

**Kako bi vaša prijava bila obrađena, neophodno je dostaviti informacije o prihodima.**

	Pacijent	Supružnik/partner	Roditelji/staratelj
Neto mjesečne plate			
Prihod od samozaposlenja			
Socijalno osiguranje			
Socijalno invalidsko osiguranje			
Privatno invalidsko osiguranje			
Invalidnost veterana			
Veteranska penzija			
Nezaposlenost			
Radničke odštete			
Prihodi od penzije			
Alimentacija			
Alimentacija ili drugo supružničko izdržavanje			
Privremena pomoć za siromašne porodice (TANF)			
Ostalo — Lista			

**\*\*IZUZECI:** ako je pacijent stanovnik Illinois, ako je neosiguran i prima usluge bolnica Alton Memorial Hospital, Memorial Hospital Belleville ili Memorial Hospital Shiloh i zadovoljava pretpostavljene kriterije prihvatljivosti opisane u 77 ILAC 4500.40 ili se na drugi način pretpostavlja da je prihvatljiv na osnovu porodičnog prihoda, pacijent nije dužan ispuniti ovaj odjeljak prijave.

Ako se pacijent prijavljuje za pomoć u vezi s uslugama koje se pružaju na lokacijama NHSC-a, pacijent nije dužan da popuni odjeljke o osiguranju i troškovima u ovoj prijavi. NHSC lokacije za BJC HealthCare uključuju Missouri Baptist Sullivan Hospital Bourbon Medical Office, Cuba Medical Office, Steelville Medical Office Sullivan Medical Office; i Parkland Health Center Medical Clinic. Lokacije NHSC-a za Saint Luke's uključuju Allen County Clinic—Iola, Anderson County Family Care Center, Hedrick Family Care Clinic, Hedrick Medical Center, Hedrick OB GYN Associates, Saint Luke's Mercer County Clinic, Wright Memorial Hospital i Wright Memorial Physicians Group.

PRILOŽITE OSTALE RELEVANTNE INFORMACIJE U VEZI S FINANSIJSKOM SITUACIJOM

IZJAVA: Potvrđujem da su informacije u ovoj prijavi istinite i tačne prema mom najboljem saznanju. Potvrđujem da BJC Health očekuje da ću se prijaviti za bilo kakvu državnu, saveznu ili lokalnu pomoć za koju ispunjavam uslove kako bih pomogao/la u plaćanju ovog bolničkog računa. Razumijem da organizacija BJC Health može provjeriti navedene podatke i dajem joj ovlaštenje da kontaktira treće strane kako bi provjerila tačnost podataka navedenih u ovoj prijavi. Razumijem da ako svjesno dam neistinite informacije u ovoj prijavi, neću imati pravo na finansijsku pomoć, svaka finansijska pomoć koja mi je odobrena može biti poništena, a ja ću snositi odgovornost za plaćanje računa.

Potpis pacijenta/odgovorne strane:

Date: