

财务援助评估

请仔细阅读所有说明，如有任何疑问，欢迎与我们联系。

重要提示：您可能有资格获得免费或折扣医疗服务。填写本申请表将帮助 BJC Health（下称“BJC”）评估您是否可享受免费或折扣医疗服务，或是否符合其他可用于支付医疗费用的公共项目资格。

如果您未投保，申请 BJC 免费或折扣医疗服务无需提供社会保障号码。然而，部分公共项目（包括 Medicaid）必须提供社会保障号码。虽然提供社会保障号码并非强制要求，但提供此号码将有助于 BJC 评估您是否符合任何公共项目的申请资格。

BJC Health 包括属于 BJC HealthCare, Saint Luke's

和 St. Louis Children's at CoxHealth 的医院与医疗实体。如需联系客服团队，可通过以下电话或邮箱进行联系：

BJC HealthCare	Saint Luke's	St. Louis Children's at CoxHealth
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

请填写本表并提交至您申请援助的相应医疗机构。您可前往服务地点现场提交，或按照以下提交方式申请免费或折扣医疗服务。请务必在首次账单日期起**240**天内提交财务援助申请表。

- **BJC HealthCare:** 邮寄地址：P.O. Box 790024, St. Louis, MO 63179-0024；发送电子邮件至：patacct@bjc.org；或传真：314-747-6977。
- **Saint Luke's**（Plaza, North, South, East, Allen County, Anderson, Hedrick and Wright Hospitals）及 Anderson, Hedrick, Wright 和 Saint Luke's Physician Group 的医生账单：
邮寄地址：Saint Luke's, 901 E.104th St., Attn: Hospital CBO 6th Floor, Kansas City, MO 64131；
或发送电子邮件至：slhsbilling@saintlukeskc.org。
- **Saint Luke's Home Care & Hospice:** 邮寄地址：Saint Luke's Home Care & Hospice, 901 E. 104th St., Attn: Home Care & Hospice 6th Floor, Kansas City, MO 64131；或发送电子邮件至：slhsbilling@saintlukeskc.org。
- **Bishop Spencer Place** 邮寄地址：Bishop Spencer Place, 4301 Madison Ave., Kansas City, MO 64111。
- **St. Louis Children's at CoxHealth:** 邮件寄送至：St. Louis Children's at CoxHealth 收件人：财务顾问；邮寄地址：1423 N.Jefferson Ave., Springfield, MO 65802。

患者确认他或她已本着诚信原则，尽力提供申请表中要求的所有信息，以协助医院评估本人是否符合财务援助的资格。

如果患者为伊利诺伊州居民、无医疗保险，且在 Alton Memorial Hospital、Memorial Hospital in Belleville 或 Memorial Hospital in Shiloh 接受医疗服务，对无保险患者折扣医疗服务的申请流程或医院财务援助流程的投诉或疑虑，可向 Health Care Bureau of the Illinois 总检察长的网站

<https://illinoisattorneygeneral.gov/Consumer-Protection/Health-Care/> 进行反映；或拨打电话 877-305-5145。

财务援助评估

患者信息			
患者姓名		出生日期 (DOB)	患者社会保障号码 <small>(可选, 非必填项)</small>
种族 <small>(可选, 非必填项)</small>	族裔 <small>(可选, 非必填项)</small>	性别 <small>(可选, 非必填项)</small>	首选语言 <small>(可选, 非必填项)</small>
患者		账单责任人	
就诊时是否为伊利诺伊州居民? 是_____ 否_____		姓名	
街道		街道	
城市、州、邮政编码		城市、州、邮政编码	
电话: ()		电话: ()	
邮箱:		邮箱:	
雇佣信息			
患者/账单责任人工作单位		配偶/伴侣/监护人姓名	
		配偶/伴侣/监护人工作单位	
其他信息			
1. 患者是否因涉嫌意外事故导致需要接受本次服务?		是_____ 否_____	
2. 患者是否因涉嫌遭受不法侵害导致需要接受本次服务?		是_____ 否_____	
3. 患者家庭和/或同住人数是多少?			
4. 患者/负责人的被抚养人*的姓名、关系及年龄?			
*被抚养人指未成年人或任何在患者或负责人的联邦纳税申报表上被列为被抚养人的人员。			

请在下方列出与本次服务相关的所有保险覆盖范围**

保险类型	保险公司名称	保单号	团体号
健康保险			
Medicare			
Medicare 补充险			
Medicaid			
退伍军人福利			

月收入
(请附上以下任一文件作为收入证明)

- A. 最近一次纳税申报表
 B. 最近 W-2 及 1099 表格
 C. 两 (2) 份最近的工资单
 D. 若以现金形式领取薪酬, 需提供由雇主出具的书面收入证明
 E. 未申报证明 (IRS 表格 4506)

必须提供收入信息方可处理您的申请。

	患者	配偶/伴侣	父母/监护人
月工资总收入			
自雇收入			
社会保障金			
社会保障残疾金			
私人残疾保险金			
退伍军人残疾补助金			
退伍军人养老金			
失业保险金			
工伤补偿金			
退休收入			
子女抚养费			
赡养费或其他配偶抚养费			
贫困家庭临时援助计划 (TANF)			
其他——请列明			

**例外情况: 若患者为伊利诺伊州居民、无医疗保险, 并在 Alton Memorial Hospital、Memorial Hospital in Belleville 或 Memorial Hospital in Shiloh 接受服务, 且符合 77 ILAC 4500.40 所述的推定资格标准, 或因家庭收入符合其他推定资格, 则无需填写本申请表的这部分内容。

若患者在国家卫生服务团 (NHSC) 服务点接受治疗并申请援助, 则无需填写申请表中的保险部分。BJC HealthCare 旗下的 NHSC 服务点包括 Missouri Baptist Sullivan Hospital Bourbon Medical Office、Cuba Medical Office、Steelville Medical Office、Sullivan Medical Office 以及 Parkland Health Center Medical Clinic。Saint Luke's 旗下的 NHSC 服务点包括 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 以及 Wright Memorial Physicians Group。

请附上其他与财务状况相关的证明材料

声明: 本人声明, 就本人所知, 本申请表中所填信息均真实准确。本人确认, BJC Health 期望本人申请所有可能符合资格的州、联邦或地方援助项目, 以协助支付本次医疗费用。
 本人理解, BJC Health 可对所提供信息进行核实, 并授权 BJC Health 联系第三方以核实本申请表中信息的准确性。本人理解, 若本人明知故犯提供虚假信息, 将丧失财务援助资格; 已获批的援助可能被撤销, 且本人需全额支付医疗费用。

患者/责任方签名:

日期: