

財務援助評估

請仔細閱讀所有說明，如有任何疑問，歡迎隨時與我們聯絡。

重要提醒：您可能符合免費或減費醫療照護資格。填寫本申請表將協助 BJC Health（以下簡稱「BJC」）判定您是否可獲得免費或減費服務，或是否符合其他可協助支付醫療費用之公共計畫資格。

若您無醫療保險，則無須提供社會安全號碼即可申請 BJC 免費或減費醫療照護。惟部分公共計畫（包括 Medicaid）仍須提供社會安全號碼。社會安全號碼非強制提供項目，但將協助 BJC 判定您是否符合任何公共計畫資格。

BJC Health 包含隸屬於 BJC HealthCare、Saint Luke's，以及 St. Louis Children's at CoxHealth 之醫院與醫療機構。如需聯絡客服團隊，請透過以下電話或電子郵件：

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

請填寫本表單，並提交至您申請援助之機構。您可親至服務點提交表單，或依下列提交方式申請免費或減費醫療照護。**財務援助申請表必須於首次帳單開立日起 240 天內提交。**

- **BJC HealthCare:** 郵寄至 P.O. Box 790024, St. Louis, MO 63179-0024, 電子郵件至 patacct@bjc.org, 或傳真至 314-747-6977。
- **Saint Luke's** (Plaza、North、South、East、Allen County、Anderson、Hedrick 和 Wright 分院) 以及 Anderson、Hedrick、Wright 和 Saint Luke's Physician Group 醫師集團之醫師費用帳款：郵寄至 Saint Luke's, 901 E.104th St., Attn: Hospital CBO 6th Floor, Kansas City, MO 64131, 或電子郵件至 slhsbilling@saintlukeskc.org。
- **Saint Luke's Home Care & Hospice:** 郵寄至 Saint Luke's Home Care & Hospice, 901 E.104th St., Attn: Home Care & Hospice 6th Floor, Kansas City, MO 64131 或電子郵件至 slhsbilling@saintlukeskc.org。
- **Bishop Spencer Place:** 郵寄至 Bishop Spencer Place, 4301 Madison Ave., Kansas City, MO 64111。
- **St. Louis Children's at CoxHealth:** 郵寄至 St. Louis Children's at CoxHealth, Attn: Financial Counselors, 1423 N.Jefferson Ave., Springfield, MO 65802。

患者確認其已本著善意提供申請表中所有請求資訊，以協助醫院判定患者是否符合財務援助資格。

若患者為伊利諾州居民、無醫療保險，且於 Alton Memorial Hospital、Memorial Hospital in Belleville 或 Memorial Hospital in Shiloh 接受服務，則對於無保險患者折扣申請流程或醫院財務援助流程之申訴或疑慮，可向伊利諾州檢察總長醫療保健局提出，

網址：<https://illinoisattorneygeneral.gov/Consumer-Protection/Health-Care/>，或致電 877-305-5145。

財務援助評估

患者資訊			
患者姓名		出生日期 (DOB)	患者社會安全號碼 (選填, 非必填)
種族 (選填, 非必填)	族裔 (選填, 非必填)	性別 (選填, 非必填)	慣用語言 (選填, 非必填)
患者		帳單責任人	
接受服務時為伊利諾州居民? 是_____ 否_____		姓名	
街道		街道	
城市、州、郵遞區號		城市、州、郵遞區號	
電話: ()		電話: ()	
電子郵件:		電子郵件:	
就業資訊			
患者 / 帳單責任人之雇主		配偶 / 伴侶 / 監護人姓名	
		配偶 / 伴侶 / 監護人之雇主	
其他資訊			
1. 患者是否因涉及意外事故而需要醫療服務?		是_____ 否_____	
2. 患者是否因涉及犯罪受害而需要醫療服務?		是_____ 否_____	
3. 患者家庭及 / 或全家人數?			
4. 患者 / 帳單責任人之受扶養親屬*之姓名、關係及年齡?			
* 受扶養親屬指未成年人, 或於患者或帳單責任人聯邦報稅表中列為扶養親屬之人。			

請於下方欄位填寫與本次接受服務相關之所有保險**

保險類型	保險名稱	保單號碼	團體編號
健康保險			
Medicare			
Medicare 補充險			
Medicaid			
退伍軍人福利			

月收入
(請隨附下列任一文件作為收入證明)

- A. 最近一次報稅資料
B. 最近一份 W-2 表格及 1099 表格
C. 最近兩 (2) 份薪資單
D. 現金薪資者：雇主出具之書面收入證明
E. 未報稅證明 (IRS 4506 表)

必須提供收入資料，以便您的申請得到處理。

	患者	配偶 / 伴侶	父母 / 監護人
每月薪資總額			
自營事業收入			
社會安全給付			
社會安全殘障給付			
私人殘障保險			
退伍軍人殘障給付			
退伍軍人退休金			
失業給付			
工傷賠償			
退休收入			
子女扶養費			
贍養費或其他配偶贍養費			
為有需要家庭提供臨時援助 (TANF)			
其他 - 請列明			

**例外條款：若患者為伊利諾州居民、無保險，且於 Alton Memorial Hospital、Memorial Hospital in Belleville 或 Memorial Hospital in Shiloh 接受服務，並符合 77 ILAC 4500.40 所述之推定資格標準，或因家庭收入而符合推定資格者，無須填寫本申請表之本節。

若患者係針對 NHSC (國家衛生服務團隊) 據點提供之服務申請援助，無須填寫本申請表之保險欄位。BJC HealthCare 之 NHSC 據點包括：Missouri Baptist Sullivan Hospital Bourbon Medical Office、Cuba Medical Office、Steelville Medical Office 及 Sullivan Medical Office；以及 Parkland Health Center Medical Clinic。Saint Luke's 之 NHSC 據點包括：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 及 Wright Memorial Physicians Group。

附上其他財務狀況相關資訊

本人聲明，本申請表所載資料於本人所知悉範圍內屬真實正確。本人確認，本人瞭解 BJC Health 期望本人會申請所有可能符合資格的州、聯邦或地方援助，以協助支付本院帳單。

本人瞭解所提供之資料可能由 BJC Health 進行查核，並授權 BJC Health 聯絡第三方以驗證本申請表所提供資料之正確性。本人瞭解，若本人蓄意於本申請表中提供不實資料，將喪失財務協助資格，已核發予本人之財務援助得予撤銷，且本人須負擔全部醫療費用。

患者 / 帳單責任人簽名：

日期：