

ارزیابی کمک های مالی

لطفاً تمام رهنمایی ها را با دقت مطالعه کنید و در صورت داشتن هرگونه سوال با ما تماس بگیرید.

مهم: ممکن است واجد شرایط دریافت مراقبت رایگان یا با تخفیف باشید. تکمیل این برنامه به "BJC" (BJC Health) کمک می کند تا تشخیص دهد که آیا می توانید خدمات رایگان یا تخفیف دار دریافت کنید یا آیا واجد شرایط سایر برنامه های عمومی هستید که می تواند به پرداخت مصرف مراقبت های صحتی شما کمک کند.

اگر بیمه نیستید، برای واجد شرایط شدن جهت دریافت مراقبت رایگان یا با تخفیف

از BJC، شماره تأمین اجتماعی لازم نیست. با این حال، شماره تأمین اجتماعی برای برخی از برنامه های عمومی، از جمله Medicaid مورد نیاز است. ارائه شماره تأمین اجتماعی الزامی نیست، اما به شفاخانه کمک می کند تا مشخص کند آیا شما واجد شرایط برنامه های عمومی هستید یا خیر.

BJC Health شامل شفاخانه و نهادهای صحتی است که بخشی از BJC HealthCare، شفاخانه های Saint Luke's و St. Louis Children's در CoxHealth هستند. برای ارتباط با تیم خدمات مشتریان ما، با شماره ذیل تماس بگیرید یا ایمیل ارسال کنید:

| CoxHealth در St. Louis Children's | 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 |

لطفاً این فرم را تکمیل کرده و به واحدی که از آن درخواست کمک می کنید، ارسال کنید. شما می توانید فرم را حضوری در محل ارائه خدمات یا طبق رهنمایی های ارسال ذیل بفرستید تا برای مراقبت رایگان یا با تخفیف درخواست دهید. فورم های کمک مالی باید ظرف 240 روز از تاریخ صدور بل اولیه ارسال شوند.

• **BJC HealthCare:** به آدرس P.O. Box 790024, St. Louis, MO 63179-0024 نامه ارسال کنید، به patacct@bjc.org, ایمیل ارسال کنید یا به 314-747-6977 فکس کنید.

• **Saint Luke's** (شفاخانه های Plaza، شمال، جنوب، شرق، کاونتی Anderson، Hedrick، Wright و Allen) و بیلاس داکتر تان برای شفاخانه های Saint Luke، Anderson، Hedrick، Wright و گروه داکتران Saint Luke: نامه ارسال کنید به Saint Luke's, 901 E. 104th St., Attn: Hospital CBO 6th Floor, Kansas City, MO 64131, یا ایمیل ارسال کنید به slhsbilling@saintlukeskc.org.

• **مراقبت در خانه و آسایشگاه Saint Luke:** به این آدرس نامه ارسال کنید Saint Luke's Home Care & Hospice, 901 E. 104th St., Attn: Home Care & Hospice 6th Floor, Kansas City, MO 64131 یا ایمیل ارسال کنید به slhsbilling@saintlukeskc.org.

• **Bishop Spencer Place:** نامه ارسال کنید به Bishop Spencer Place, 4301 Madison Ave., Kansas City, MO 64111.

• **St. Louis Children's در CoxHealth:** نامه ارسال کنید به St. Louis Children's at CoxHealth, Attn: Financial Counselors, 1423 N. Jefferson Ave., Springfield, MO 65802.

مریض تصدیق می کند که با حسن نیت تلاش کرده تا تمام معلومات خواسته شده در درخواست را ارائه دهد تا در تعیین اینکه آیا مریض واجد شرایط کمک مالی است یا خیر، کمک کند.

اگر مریض ساکن ایالت ایلینوی باشد، بیمه نداشته باشد و از شفاخانه های آلتون Memorial، Memorial، Belleville یا Memorial در Shiloh خدمات دریافت کرده باشد، می تواند شکایات یا نگرانی های خود را در مورد پروسه درخواست تخفیف بیمار بدون بیمه یا پروسه کمک مالی شفاخانه به دفتر مراقبت های بهداشتی صحتی گزارش دهد. لوی سارنوال در وب سایت <https://illinoisattorneygeneral.gov/Consumer-Protection/Health-Care/> یا از طریق تماس با 877-305-5145.

| معلومات مریض | | | |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|---|
| نام مریض | | تاریخ تولد (DOB) | شماره تامین اجتماعی مریض (اختیاری است و الزامی نیست) |
| نژاد (اختیاری است و الزامی نیست) | قومیت (اختیاری است و الزامی نیست) | جنسیت (اختیاری است و الزامی نیست) | زبان ترجیحی (اختیاری است و غیر الزامی) |
| مریض | | شخص مسؤول بل | |
| آیا در زمان خدمت مقیم ایلینوی است؟ بلی _____ نخیر _____ | | نام | |
| جاده | | جاده | |
| کود پستی شهر، ایالت | | کود پستی شهر، ایالت | |
| تلیفون: () | | تلیفون: () | |
| ایمیل آدرس: | | ایمیل آدرس: | |
| معلومات استخدام | | | |
| مریض/ شخص مسؤول کار فرما | | نام همسر/ شریک زندگی/ سرپرست | |
| | | کار فرمای همسر/ شریک زندگی/ سرپرست | |
| معلومات دیگر | | | |
| 1. آیا مریض در یک حادثه ادعا شده که منجر به نیاز به خدمات شده است دخیل بوده است؟ | | بلی _____ نخیر _____ | |
| 2. آیا مریض قربانی جنایت ادعا شده است که منجر به نیاز به خدمات شده است؟ | | بلی _____ نخیر _____ | |
| 3. تعداد افراد در فامیل و/یا خانواده شخص مریض؟ | | | |
| 4. نام، قرابت و سن افرادی که تحت تکفل* مریض/ شخص مسؤول هستند؟ | | | |
| *وابسته به معنای خردسال یا هر شخصی است که در اظهارنامه مالیاتی فدرال شخص دیگری به عنوان افراد تحت کفالت درج شده است. | | | |

لیست تمام پوشش های بیمه ای در بخش زیر که مربوط به خدمات دریافت شده است**

| شماره گروه | شماره پالیسی | نام بیمه | نوع بیمه |
|------------|--------------|----------|----------------------|
| | | | بیمه صحت |
| | | | Medicare |
| | | | بیمه تکمیلی Medicare |
| | | | Medicaid |
| | | | مزایای کهنه سربازان |

عاید ماهوار
(هر یک از مدارک زیر را به عنوان اثبات درآمد ضمیمه کنید)
A. جدیدترین اظهارنامه مالیاتی
B. آخرین فرم W-2 و فرم های 1099
C. دو (2) عدد از جدیدترین رسیدهای معاش
D. تأیید کتبی درآمد از سوی کارفرما در صورت پرداخت نقدی
E. اثبات عدم ثبت اظهارنامه مالیاتی (فرم IRS 4506)

معلومات درآمد باید برای پروسس کردن درخواست شما ارائه شود

| والدین/سرپرست | همسر / شریک زندگی | مریض | |
|---------------|-------------------|------|--|
| | | | دستمزد ناخالص ماهوار |
| | | | درآمد شغل آزاد |
| | | | امنیت اجتماعی |
| | | | معلومات تامین اجتماعی |
| | | | معلومات خصوصی |
| | | | معلومات کهنه سربازان |
| | | | تقاعد کهنه سربازان |
| | | | بیکاری |
| | | | غرامت کارگر |
| | | | درآمد تقاعد |
| | | | حمایت از کودک |
| | | | نفقه یا سایر حمایت های همسر |
| | | | کمک های موقت برای خانواده های نیازمند (TANF) |
| | | | دیگر — لیست |

****استثنائات:** اگر مریض ساکن ایالت ایلینوی باشد، بیمه نداشته باشد و در شفاخانه Alton Memorial، شفاخانه Memorial در Bel-leville یا شفاخانه Memorial در Shiloh خدمات دریافت کند و معیارهای واجد شرایط بودن احتمالی شرح داده شده در ILAC 4500.40 77 را داشته باشد یا به دلیل درآمد خانواده به طور احتمالی واجد شرایط باشد، مریض مکلف به تکمیل این بخش از درخواست نیست.

اگر مریض برای کمک های مربوط به خدمات ارائه شده در سایت های NHSC درخواست می کند، مریض مکلف به تکمیل بخش های بیمه درخواست نیست. مراکز NHSC برای BJC HealthCare شامل معاینه خانه طبی Bourbon، شفاخانه Missouri Baptist Sullivan، معاینه خانه طبی Cuba، معاینه خانه طبی Steelville، و معاینه خانه طبی Sullivan؛ و کلینیک صحتی مرکز صحتی Parkland می شود. مراکز NHSC برای Saint Luke شامل کلینیک کاونتی Allen-Iola، مرکز مراقبت خانواده کاونتی Anderson، کلینیک مراقبت خانواده Hedrick، مرکز صحتی Hedrick، همکاران نسایی ولادی Hedrick، کلینیک کاونتی Mercer Saint Luke، شفاخانه Wright Memorial و گروه پزشکان Wright Memorial است.

سایر معلومات مربوط به وضعیت مالی را ضمیمه کنید

تصدیق: من تصدیق می‌کنم که معلومات موجود در این برنامه تا جایی که می‌دانم درست و صحیح است. من تصدیق می‌کنم که BJC Health از من انتظار دارد که برای هرگونه کمک ایالتی، فدرال یا محلی که ممکن است واجد شرایط پرداخت این بل شفاخانه باشم، درخواست دهم. من میدانم که معلومات ارائه شده ممکن است توسط BJC Health تأیید شود و من به BJC Health اجازه می‌دهم تا با اشخاص ثالث تماس بگیرد تا صحت معلومات ارائه شده در این درخواست را تأیید کند. من می‌دانم که اگر آگاهانه معلومات غیرواقعی را در این درخواست ارائه دهم، واجد شرایط دریافت کمک مالی نخواهم بود، هرگونه کمک مالی که به من اعطا شده است ممکن است لغو شود و من مسوول پرداخت بل ها هستم.

امضاء مریض/طرف مسؤل:

تاریخ: