

لطفاً تمام دستورالعمل‌ها 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 فرم به BJC Health ("BJC") کمک می‌کند تا مشخص کند که آیا می‌توانید از خدمات رایگان یا تخفیف‌دار استفاده کنید یا واجد شرایط سایر برنامه‌های عمومی هستید که می‌توانند به پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی شما کمک کنند.

اگر بیمه نیستید، برای واجد شرایط بودن جهت دریافت مراقبت رایگان یا با تخفیف از BJC، داشتن شماره تأمین اجتماعی الزامی نیست. با این حال، برای برخی از برنامه‌های عمومی، از جمله Medicaid، شماره تأمین اجتماعی لازم است. ارائه شماره تأمین اجتماعی الزامی نیست، اما به BJC کمک می‌کند تا مشخص کند که آیا واجد شرایط دریافت هرگونه برنامه عمومی هستید یا خیر.

BJC Health شامل بیمارستان‌ها و نهادهای بهداشتی است که بخشی از BJC HealthCare، بیمارستان‌های سنت لوک و بیمارستان‌های کودکان سنت لوئیس در CoxHealth هستند برای ارتباط با تیم خدمات مشتریان ما، با شماره زیر تماس بگیرید یا ایمیل بزنید:

مراقبت‌های بهداشتی BJC	بیمارستان کودکان	سنت لوک سنت لوئیس در 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

لطفاً این فرم را تکمیل کرده و به واحدی که از آن درخواست کمک می‌کنید، ارسال کنید. شما می‌توانید فرم را حضوری در محل ارائه خدمات یا طبق دستورالعمل‌های ارسال زیر ارسال کنید تا برای مراقبت رایگان یا با تخفیف درخواست دهید. فرم‌های کمک مالی باید ظرف 240 روز از تاریخ صدور صورتحساب اولیه ارسال شوند.

• **BJC HealthCare**: پست به صندوق پستی 790024, 63179-0024, St. Louis, MO, ایمیل به patacct@bjc.org, یا فکس به 314-747-6977.

• بیمارستان‌های سنت لوک (بیمارستان‌های پلازا، شمال، جنوب، شرق، شهرستان آلن، اندرسون، هدریک و رایت) و مانده حساب پزشکان برای بیمارستان‌های اندرسون، هدریک، رایت و گروه پزشکان سنت لوک:

پست به Saint Luke's, 901 E. 104th St., Attn: Hospital CBO 6th Floor, Kansas City, MO 64131, یا ایمیل به slhsbilling@saintlukeskc.org.

• **مراقبت در منزل و آسایشگاه سنت لوک**: به آدرس زیر ارسال کنید: مراقبت در منزل و آسایشگاه سنت لوک، 901 شرقی 104th St., Attn: Home Care & Hospice 6th Floor, Kansas City, MO 64131, یا ایمیل به slhsbilling@saintlukeskc.org.

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

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

بیمار اذعان می‌کند که با حسن نیت تمام تلاش خود را برای ارائه تمام اطلاعات درخواستی در فرم درخواست انجام داده است تا به بیمارستان در تعیین واجد شرایط بودن برای دریافت کمک مالی کمک کند.

اگر بیمار ساکن ایالت ایلینوی است، بیمه ندارد و از بیمارستان‌های آلتون Memorial، Memorial در بلویل یا Memorial در شایلو خدمات دریافت می‌کند، می‌تواند شکایات یا نگرانی‌های خود را در مورد روند درخواست تخفیف بیمار بدون بیمه یا روند کمک مالی بیمارستان به دفتر مراقبت‌های بهداشتی دادستان کل ایلینوی

در وبسایت <https://illinoisattorneygeneral.gov/Consumer-Protection/Health-Care> / یا با شماره تلفن 877-305-5145 گزارش دهد.

معلومات بیمار			
نام بیمار		تاریخ تولد (DOB)	شماره تأمین اجتماعی بیمار (اختیاری و غیر الزامی)
نژاد (اختیاری و الزامی نیست)	قومیت (اختیاری و الزامی نیست)	جنسیت (اختیاری و الزامی نیست)	زبان مورد نظر (اختیاری و الزامی نیست)
بیمار		شخص مسئول صورتحساب	
ساکن ایالت ایلینوی در زمان خدمت؟ بلی _____ نخیر _____		نام	
خیابان		خیابان	
شهر، ایالت زیپکد		شهر، ایالت زیپکد	
شماره تلفن: ()		شماره تلفن: ()	
ایمیل:		ایمیل:	
اطلاعات اشتغال			
کار فرمای بیمار/شخص مسئول		نام همسر/شریک/سرپرست	
		کار فرمای همسر/شریک زندگی/سرپرست	
سایر اطلاعات			
1. آیا بیمار در حادثه‌ای که ادعا می‌شود منجر به نیاز به خدمات شده است، درگیر بوده است؟		بلی _____ نخیر _____	
2. آیا بیمار قربانی جرمی ادعایی بوده که منجر به نیاز به خدمات شده است؟		بلی _____ نخیر _____	
3. تعداد افراد خانواده و/یا خانوار بیمار؟			
4. نام، نسبت و سن افرادی که تحت تکفل* بیمار/شخص مسئول هستند؟			
*وابسته به معنای فرد زیر سن قانونی یا هر شخصی است که در اظهارنامه مالیاتی فدرال بیمار یا فرد مسئول به عنوان وابسته ذکر شده است.			

تمام پوشش‌های بیمه‌ای مربوط به خدمات دریافتی را در بخش زیر فهرست کنید**

شماره گروه	شماره بیمه‌نامه	نام بیمه	نوع بیمه
			بیمه سلامت
			Medicare
			مکمل Medicare
			Medicaid
			مزایای کهنه‌سربازان

درآمد ماهانه

(هریک از این مدارک را به‌عنوان تأییدیه درآمد پیوست کنید)

A. آخرین اظهارنامه مالیاتی
 B. جدیدترین فرم W-2 و فرم‌های 1099
 C. دو (2) فیش حقوقی اخیر
 D. گواهی کتبی درآمد از کارفرما در صورت پرداخت نقدی
 E. مدرک عدم ارائه اظهارنامه مالیاتی (فرم 4506 اداره مالیات آمریکا)

برای پردازش درخواست شما، باید اطلاعات درآمد ارائه شود.

والدین/قیم	همسر/شریک زندگی	بیمار	
			دستمزدهای ناخالص ماهانه
			درآمد حاصل از خوداشتغالی
			تأمین اجتماعی
			از کار افتادگی تأمین اجتماعی
			معلولیت خصوصی
			معلولیت جانبازان
			مستمری جانبازان
			بیکاری
			غرامت کارگران
			درآمد بازنشستگی
			نقده فرزند
			نقده یا سایر حمایت‌های همسر
			کمک موقت به خانواده‌های نیازمند (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)
			دیگر — فهرست

**استثنائات: اگر بیمار ساکن ایالت ایلینوی باشد، بیمه نداشته باشد و در بیمارستان آلتون مموریال، بیمارستان مموریال در بل-لویل یا بیمارستان مموریال در شایلو خدمات دریافت کند و معیارهای واجد شرایط بودن احتمالی شرح داده شده در 77 ILAC 4500.40 را داشته باشد یا به دلیل درآمد خانواده به طور احتمالی واجد شرایط باشد، بیمار ملزم به تکمیل این بخش از درخواست نیست.

اگر بیمار برای دریافت کمک در رابطه با خدمات ارائه شده در مراکز NHSC درخواست می‌دهد، نیازی به تکمیل بخش بیمه در فرم درخواست ندارد. مراکز NHSC برای BJC HealthCare شامل مطب پزشکی بورین بیمارستان میسوری باپتیست سالیوان، مطب پزشکی کوبا، مطب پزشکی استیلویل، و مطب پزشکی سالیوان؛ و کلینیک پزشکی مرکز بهداشت پارکلند می‌شود. مراکز NHSC برای سنت لوک شامل کلینیک شهرستان آلن-ایولا، مرکز مراقبت خانواده شهرستان اندرسون، کلینیک مراقبت خانواده هدریک، مرکز پزشکی هدریک، همکاران زنان و زایمان هدریک، کلینیک شهرستان مرسر سنت لوک، بیمارستان یادبود راییت و گروه پزشکان یادبود راییت است.

سایر اطلاعات مرتبط با وضعیت مالی را پیوست کنید

گواهی: گواهی می‌دهم که اطلاعات موجود در این درخواست، تا آنجا که می‌دانم، صحیح و درست است. اذعان می‌کنم که BJC Health از من انتظار دارد که برای هرگونه کمک ایالتی، فدرال یا محلی که ممکن است واجد شرایط پرداخت این صورتحساب بیمارستان باشم، درخواست دهم. من متوجه هستم که اطلاعات ارائه شده ممکن است توسط BJC Health تأیید شود، و من به BJC Health اجازه می‌دهم تا با اشخاص ثالث تماس بگیرد تا صحت اطلاعات ارائه شده در این درخواست را تأیید کند. من متوجه هستم که اگر آگاهانه اطلاعات نادرستی در این درخواست ارائه دهم، واجد شرایط دریافت کمک مالی نخواهم بود، هرگونه کمک مالی اعطا شده به من ممکن است لغو شود و من مسئول پرداخت صورتحساب(ها) خواهم بود.

تاریخ:

امضای بیمار/طرف مسئول: