

वित्तीय सहायता मूल्यांकन

कृपया सभी निर्देशों को ध्यानपूर्वक पढ़ें और यदि आपके कोई प्रश्न हों तो हमसे संपर्क करें।

महत्वपूर्ण: आप मुफ्त या छूट वाली सेवा प्राप्त करने के पात्र हो सकते हैं। इस आवेदन को पूरा करने से BJC Health ("BJC") को यह निर्धारित करने में मदद मिलेगी कि क्या आपको मुफ्त या छूट वाली सेवाएं हासिल हो सकती हैं या आप अन्य सार्वजनिक योजनाओं के पात्र हैं जिससे आपको स्वास्थ्य सेवाओं के भुगतान में मदद मिल सकती है।

यदि आप बीमाकृत नहीं हैं, तो BJC से मुफ्त या छूट वाली सेवाओं की पात्रता हेतु किसी सोशल सिक्योरिटी नंबर की आवश्यकता नहीं है। हालाँकि, Medicaid सहित कुछ सार्वजनिक योजनाओं के लिए एक सोशल सिक्योरिटी नंबर की आवश्यकता होती है। सोशल सिक्योरिटी नंबर देना आवश्यक नहीं है, हालाँकि इससे BJC को यह निर्धारित करने में मदद मिलेगी कि आप किसी सार्वजनिक योजना के पात्र हैं या नहीं।

BJC Health में वे अस्पताल और स्वास्थ्य संस्थाएँ शामिल हैं जो BJC HealthCare, Saint Luke's, और St. Louis Children's at CoxHealth का हिस्सा हैं। हमारी Customer Service टीम से संपर्क करने के लिए निम्नलिखित पर कॉल करें या ईमेल करें:

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

कृपया इस फॉर्म को पूर्ण करें और उसे उस संस्था को जमा करें जहाँ आप सहायता के लिए आवेदन कर रहे हैं। आप मुफ्त या छूट वाली देखभाल के लिए आवेदन करने हेतु इस फॉर्म को सेवा स्थान पर व्यक्तिगत रूप से जमा कर सकते हैं या नीचे दिए गए निर्देशों के अनुसार जमा कर सकते हैं। वित्तीय सहायता के फॉर्म प्रारंभिक बिलिंग की तिथि से 240 दिनों के भीतर जमा किए जाने चाहिए।

- BJC HealthCare: डाक द्वारा भेजें: P.O. Box 790024, St. Louis, MO 63179-0024, ईमेल भेजें: patacct@bjc.org, या फैक्स करें: 314-747-6977.
- Saint Luke's (प्लाज़ा, नॉर्थ, साउथ, ईस्ट, एलन काउंटी, एंडरसन, हेड्रिक और राइट हॉस्पिटल्स) तथा एंडरसन, हेड्रिक, राइट और Saint Luke's फिजिशियन ग्रुप के चिकित्सकीय बकाया के लिए:
डाक द्वारा भेजें: Saint Luke's, 901 E. 104th St., Attn: Hospital CBO 6th Floor, Kansas City, MO 64131, या ईमेल करें: slhsbilling@saintlukeskc.org.
- Saint Luke's होम केयर एंड हॉस्पिस: डाक द्वारा भेजें: Saint Luke's Home Care & Hospice, 901 E. 104th St., Attn: Home Care & Hospice 6th Floor, Kansas City, MO 64131, या ईमेल करें: slhsbilling@saintlukeskc.org.
- बिशप स्पेंसर प्लेस: डाक द्वारा भेजें: Bishop Spencer Place, 4301 Madison Ave., Kansas City, MO 64111.
- St. Louis Children's at CoxHealth: डाक द्वारा भेजें: St. Louis Children's at CoxHealth, Attn: Financial Counselors, 1423 N. Jefferson Ave., Springfield, MO 65802.

रोगी यह स्वीकार करता है कि उसने आवेदन में मांगी गई सभी जानकारी प्रदान करने का ईमानदार प्रयास किया है ताकि अस्पताल को यह निर्धारित करने में सहायता मिल सके कि रोगी वित्तीय सहायता के लिए पात्र है या नहीं।

यदि रोगी इलिनॉय का निवासी है, बीमित नहीं है, और उसने एल्टन मेमोरियल अस्पताल, मेमोरियल अस्पताल बेलेविले या मेमोरियल अस्पताल शिलोह में सेवाएँ प्राप्त की हैं, तो बिना बीमा वाले रोगी की छूट आवेदन प्रक्रिया या अस्पताल की वित्तीय सहायता प्रक्रिया से संबंधित शिकायतें या चिंताएँ इलिनॉय के स्वास्थ्य देखभाल ब्यूरो को सूचित की जा सकती हैं। अटॉर्नी जनरल को वेबसाइट <https://illinoisattorneygeneral.gov/Consumer-Protection/Health-Care/> पर या 877-305-5145 पर कॉल करके भी सूचित किया जा सकता है।

वित्तीय सहायता मूल्यांकन

रोगी की जानकारी			
रोगी की नाम	जन्म तिथि (DOB)	रोगी का सोशल सिक्योरिटी नंबर (वैकल्पिक और अनिवार्य नहीं)	
नस्ल (वैकल्पिक और अनिवार्य नहीं)	जातीयता (वैकल्पिक और अनिवार्य नहीं)	लिंग (वैकल्पिक और अनिवार्य नहीं)	वरीय भाषा (वैकल्पिक और अनिवार्य नहीं)
रोगी		बिल के लिए उत्तरदायी व्यक्ति	
क्या सेवा के समय इलिनॉय का निवासी है? हाँ _____ नहीं _____		नाम	
सड़क		सड़क	
शहर, राज्य पिन कोड		शहर, राज्य पिन कोड	
फोन: ()		फोन: ()	
ईमेल:		ईमेल:	
रोजगार सम्बन्धी जानकारी			
रोगी / उत्तरदायी व्यक्ति का नियोक्ता		जीवनसाथी / पार्टनर / अभिभावक का नाम	
		जीवनसाथी / पार्टनर / अभिभावक का नियोक्ता	
अन्य जानकारी			
1. क्या रोगी किसी कथित दुर्घटना में शामिल था जिसके कारण सेवाओं की आवश्यकता पड़ी?		हाँ _____ नहीं _____	
2. क्या रोगी किसी कथित अपराध का शिकार था जिसके कारण सेवाओं की आवश्यकता पड़ी?		हाँ _____ नहीं _____	
3. रोगी के परिवार और/या घर में व्यक्तियों की संख्या?			
4. रोगी / उत्तरदायी व्यक्ति के आश्रित व्यक्तियों के नाम, संबंध और आयु?			
*आश्रित का अर्थ है एक नाबालिग या कोई भी व्यक्ति जो रोगी या उत्तरदायी व्यक्ति के फेडरल टैक्स रिटर्न पर आश्रित के रूप में सूचीबद्ध है।			

नीचे दिए गए सेक्शन में सभी बीमा कवरेज की सूची बनाएं जो प्राप्त सेवा से संबंधित हैं**

बीमा प्रकार	बीमा नाम	पॉलिसी नंबर	समूह नंबर
स्वास्थ्य बीमा			
Medicare			
Medicare Supplement			
Medicaid			
पूर्व सैनिक लाभ			

मासिक आय

(आय के प्रमाण के रूप में निम्नलिखित दस्तावेजों में से कोई एक संलग्न करें)

- A. नवीनतम टैक्स रिटर्न
 B. नवीनतम W-2 फार्म और 1099 फार्म
 C. दो (2) नवीनतम वेतन स्टम्ब्स
 D. यदि नगद भुगतान होता हो तो नियोजित आय लिखित आय सत्यापन
 E. नॉन-फाइलिंग का साक्ष्य (IRS फार्म 4506)

आपके आवेदन को प्रोसेस करने के लिए आय जानकारी देना अनिवार्य है।

	रोगी	जीवनसाथी/पार्टनर	माता-पिता/अभिभावक
सकल मासिक वेतन			
स्व-रोजगार आय			
सोशल सिक्योरिटी			
सोशल सिक्योरिटी अक्षमता			
व्यक्तिगत अक्षमता			
पूर्व सैनिक अक्षमता			
पूर्व सैनिक पेंशन			
बेरोजगारी			
कर्मचारी मुआवजा			
सेवानिवृत्ति आय			
बाल सहयोग			
गुजारा भत्ता या अन्य जीवनसाथी का समर्थन			
जरूरतमंद परिवारों के लिए अस्थायी सहायता (TANF)			
अन्य — सूचीबद्ध करें			

**अपवाद: यदि रोगी इलिनॉय का निवासी है, अभीमाकृत है और एल्टन मेमोरियल अस्पताल, मेमोरियल अस्पताल बेलेविले या मेमोरियल अस्पताल शिलोह में सेवाएं प्राप्त करता(ती) है और 77 ILAC 4500.40 में वर्णित अनुमानित पात्रता मानदंडों को पूरा करता(ती) है या अन्यथा पारिवारिक आय के आधार पर अनुमानित रूप से पात्र है, तो रोगी को आवेदन के इस सेक्शन को पूरा करने की आवश्यकता नहीं है।

यदि रोगी NHSC साइटों पर प्रदान की जाने वाली सेवाओं से संबंधित मदद के लिए आवेदन कर रहा(है) है, तो रोगी को आवेदन के बीमा और खर्च सेक्शन को पूरा करने की आवश्यकता नहीं है। BJC HealthCare के लिए NHSC साइटों में मिचोरी बैपटिस्ट सुलिवन हॉस्पिटल बर्बन मेडिकल ऑफिस, क्यूबा मेडिकल ऑफिस, स्टीलविले मेडिकल ऑफिस, और सुलिवन मेडिकल ऑफिस; तथा पार्कलैंड हेल्थ सेंटर मेडिकल क्लिनिक शामिल हैं। Saint Luke's के लिए NHSC साइटों में एलन काउंटी क्लिनिक — आयोला, एंडरसन काउंटी फैमिली केयर सेंटर, हेड्रिक फैमिली केयर क्लिनिक, हेड्रिक मेडिकल सेंटर, हेड्रिक OB GYN एसोसिएट्स, सेंट ल्यूक्स मर्सर काउंटी क्लिनिक, राइट मेमोरियल हॉस्पिटल, और राइट मेमोरियल फिजिशियन्स ग्रुप शामिल हैं।

वित्तीय स्थिति के संबंध में अन्य उपयुक्त जानकारी संलग्न करें

प्रमाणन: मैं प्रमाणित करता(ती) हूँ कि इस आवेदन में दी गई जानकारी मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सत्य और सही है। मैं स्वीकार करता(ती) हूँ कि BJC Health की यह अपेक्षा है कि मैं इस अस्पताल के बिल के भुगतान में सहायता के लिए उन सभी राज्य, संघीय या स्थानीय सहायता योजनाओं के लिए आवेदन करूंगा(गी), जिनके लिए मैं पात्र हो सकता(ती) हूँ। मैं समझता(ती) हूँ कि प्रदान की गई जानकारी BJC Health द्वारा सत्यापित की जा सकती है, तथा मैं BJC Health को इस आवेदन में दी गई जानकारी की सटीकता को सत्यापित करने के लिए तीसरे पक्ष से संपर्क करने के लिए अधिकृत करता(ती) हूँ। मैं समझता(ती) हूँ कि यदि मैं जानबूझकर इस आवेदन में असत्य जानकारी प्रदान करता(ती) हूँ तो मैं वित्तीय सहायता के लिए अयोग्य हो जाऊंगा(गी), मुझे दी गई कोई भी वित्तीय सहायता वापस ली जा सकती है, और मैं बिलों के भुगतान के लिए जिम्मेदार हो जाऊंगा(गी)।

रोगी / उत्तरदायी पक्ष के हस्ताक्षर:

तिथि: