

वित्तीय सहायता मूल्याङ्कन

कृपया सबै निर्देशनहरू ध्यानपूर्वक पढ्नुहोस् र कुनै प्रश्न भएमा हामीलाई सम्पर्क गर्नुहोस्।

महत्त्वपूर्ण: तपाईं निःशुल्क वा छुटसहितको उपचार प्राप्त गर्न योग्य हुन सक्नुहुन्छ। यस आवेदनपत्र पूरा गर्दा BJC Health ("BJC") ले तपाईं निःशुल्क वा छुटसहितको सेवा प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ वा तपाईंलाई अन्य सार्वजनिक कार्यक्रमहरूमा योग्य ठहरिन सकिन्छ भन्ने निर्धारण गर्न मद्दत गर्नेछ, जसले तपाईंको स्वास्थ्य उपचार खर्च तिर्न सहयोग गर्न सक्छ।

यदि तपाईं बीमाविहीन हुनुहुन्छ भने, BJC बाट निःशुल्क वा छुटसहितको उपचार प्राप्त गर्न सामाजिक सुरक्षा नम्बर आवश्यक छैन। तर, मेडिकेड लगायतका केही सार्वजनिक कार्यक्रमहरूका लागि सामाजिक सुरक्षा नम्बर आवश्यक हुन्छ। सामाजिक सुरक्षा नम्बर उपलब्ध गराउनु अनिवार्य छैन, तर यसले तपाईं कुनै सार्वजनिक कार्यक्रमका लागि योग्य हुनुहुन्छ कि होइन भन्ने निर्धारण गर्न BJC लाई सहयोग पुऱ्याउँछ।

BJC Health मा BJC HealthCare, Saint Luke's, तथा St. Louis Children's at CoxHealth अन्तर्गतका अस्पताल तथा स्वास्थ्य संस्थाहरू समावेश छन्। हाम्रो ग्राहक सेवा टोलीसँग सम्पर्क गर्नका लागि, कृपया तल उल्लेख गरिएको फोन वा इमेल प्रयोग गर्नुहोस्:

BJC HealthCare
314-362-8400
855-362-8400
patacct@bjc.org

Saint Luke's
816-932-5678
888-581-9401
slhsbilling@saintlukeskc.org

St. Louis Children's at CoxHealth
417-815-8846
833-345-1395
financialassistanceapplications@coxhealth.com

कृपया यो फारम पूरा गर्नुहोस् र तपाईं सहायता प्राप्त गर्न आवेदन दिनुभएको संस्थामा पेश गर्नुहोस्। तपाईं फारमलाई सेवास्थलमा प्रत्यक्ष रूपमा वा तल उल्लेख गरिएको निर्देशनअनुसार पेश गरेर निःशुल्क वा छुटसहितको उपचारका लागि आवेदन दिन सक्नुहुन्छ। वित्तीय सहायता फारमहरू प्रारम्भिक बिलिङ्गको मितिबाट 240 दिनभित्र पेश गर्नुपर्नेछ।

- BJC HealthCare: P.O. Box 790024, St. Louis, MO 63179-0024 मा मेल गर्नुहोस्, patacct@bjc.org मा इमेल गर्नुहोस्, वा 314-747-6977 मा फ्याक्स गर्नुहोस्।
- Saint Luke's (Plaza, North, South, East, Allen County, Anderson, Hedrick तथा Wright अस्पतालहरू) र Anderson, Hedrick, Wright तथा Saint Luke's Physician Group का चिकित्सक सम्बन्धी बाँकी रकमहरू: Saint Luke's लाई मेल, 901 E। 104th St., Attn: अस्पताल CBO छैठौं तल्ला, Kansas City, MO 64131, वा slhsbilling@saintlukeskc.org मा इमेल गर्नुहोस्।
- Saint Luke's को होम केयर एण्ड हस्पिस: Saint Luke's होम केयर एण्ड हस्पिस, 901 E. मा मेल। 104th St., Attn: होम केयर एण्ड होस्पाइस छैठौं तल्ला, Kansas City, MO 64131 मा सम्पर्क गर्नुहोस् वा slhsbilling@saintlukeskc.org मा इमेल गर्नुहोस्।
- Bishop Spencer Place: Bishop Spencer Place, 4301 Madison Ave., Kansas City, MO 64111 मा मेल गर्नुहोस्।
- St. Louis Children's at CoxHealth: St. Louis Children's at CoxHealth, Attn: Financial Counselors, 1423 N मा मेल गर्नुहोस्। Jefferson Ave., Springfield, MO 65802.

बिरामीले स्वीकार गर्दछ कि उनले वा उनले अस्पताललाई वित्तीय सहायता प्राप्त गर्न योग्य छन् कि छैनन् भन्ने निर्धारण गर्न सहयोग पुऱ्याउने उद्देश्यले आवेदनपत्रमा माग गरिएको सम्पूर्ण जानकारी सद्भावपूर्वक उपलब्ध गराउने प्रयास गरेका छन्।

यदि बिरामी इलिनोइस राज्यका निवासी हुन्, बीमाविहीन छन्, र Alton Memorial Hospital, Memorial Hospital in Belleville वा Memorial Hospital in Shiloh मा सेवा प्राप्त गरेका छन् भने, बीमाविहीन बिरामी छुट आवेदन प्रक्रिया वा अस्पताल वित्तीय सहायता प्रक्रियासम्बन्धी गुनासो वा चिन्ताहरू इलिनोइसको Health Care Bureau मा रिपोर्ट गर्न सकिन्छ। वेबसाइटमा महान्यायाधिवक्ता <https://illinoisattorneygeneral.gov/Consumer-Protection/Health-Care/> or by calling 877-305-5145.

वित्तीय सहायता मूल्यांकन

| बिरामी सम्बन्धी जानकारी | | | |
|--|---------------------------------|--|---|
| बिरामीको नाम | | जन्म मिति (DOB) | बिरामीको सामाजिक सुरक्षा नम्बर (रैचिछक र अनिवार्य छैन) |
| जाति (रैचिछक र अनिवार्य छैन) | जातीयता (रैचिछक र अनिवार्य छैन) | लिङ्ग (रैचिछक र अनिवार्य छैन) | रुचाइएको भाषा (रैचिछक र अनिवार्य छैन) |
| बिरामी | | बिल तिर्न जिम्मेवार व्यक्ति | |
| सेवा प्राप्त गर्ने समयमा इलिनोइस राज्यका निवासी? हो _____ होइन _____ | | नाम | |
| मार्ग | | मार्ग | |
| सहर, राज्य ZIP | | सहर, राज्य ZIP | |
| फोन: () | | फोन: () | |
| इमेल: | | इमेल: | |
| रोजगार सम्बन्धी जानकारी | | | |
| बिरामीको / बिल तिर्न जिम्मेवार व्यक्तिको नियोक्ता | | पति/पत्नी / साझेदार / अभिभावकको नाम | |
| | | पति/पत्नी / साझेदार / अभिभावकको नियोक्ता | |
| अन्य जानकारी | | | |
| 1 के बिरामी आरोपित दुर्घटनामा संलग्न थिए जसका कारण सेवाको आवश्यकता उत्पन्न भयो? | | हो _____ होइन _____ | |
| 2. के बिरामी आरोपित अपराधका पीडित थिए जसका कारण सेवाको आवश्यकता उत्पन्न भयो? | | हो _____ होइन _____ | |
| 3. बिरामीको परिवार तथा/वा घरपरिवारमा व्यक्तिहरूको संख्या? | | | |
| 4. बिरामी वा जिम्मेवार व्यक्तिका आश्रितहरूको नाम, सम्बन्ध र उमेर? | | | |
| *आश्रित भनेको संघीय कर दाखिलामा आश्रितको रूपमा सूचीबद्ध नाबालिग वा अन्य व्यक्ति हुन् ।*आश्रित भन्नाले नाबालक वा बिरामी वा जिम्मेवार व्यक्तिको संघीय कर विवरणपत्रमा आश्रितको रूपमा सूचीबद्ध कुनै पनि व्यक्तिलाई जनाउँछ। | | | |

तलको खण्डमा प्राप्त सेवासँग सम्बन्धित सबै बीमा कवरेजहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस्**

| बीमा प्रकार | बिमाको नाम | पोलिसी नम्बर | समूह नम्बर |
|---------------------|------------|--------------|------------|
| स्वास्थ्य बीमा | | | |
| मेडिकेयर | | | |
| मेडिकेयर सप्लिमेन्ट | | | |
| मेडिकेड | | | |
| पूर्वसैनिक लाभहरू | | | |

मासिक आय

(आय प्रमाणका लागि तल उल्लेख गरिएका मध्ये कुनै एक कागजात संलग्न गर्नुहोस्)

- A. हालसालैको कर विवरणपत्र
 B. हालसालैको W-2 फारम तथा 1099 फारमहरू
 C. हालसालैका दुई (2) तलब स्लिपहरू
 D. नगदमा तलब प्राप्त भएमा नियोक्ताबाट लिखित आय प्रमाणपत्र
 E. गैर-फाइलिङ प्रमाण (IRS Form 4506)

तपाईंको आवेदन प्रक्रिया गर्न आयसम्बन्धी जानकारी उपलब्ध गराउनु अनिवार्य छ।

| | बिरामी | पति/पत्नी/साझेदार | आमाबाबु/अभिभावक |
|---|--------|-------------------|-----------------|
| कुल मासिक तलब | | | |
| स्व-रोजगार आय | | | |
| सामाजिक सुरक्षा | | | |
| सामाजिक सुरक्षा अपाङ्गता | | | |
| निजी अपाङ्गता | | | |
| पूर्वसैनिक अपाङ्गता | | | |
| पूर्वसैनिक पेन्सन | | | |
| बेरोजगारी | | | |
| कामदार क्षतिपूर्ति | | | |
| अवकाश आय | | | |
| बाल सहयोग | | | |
| भरणपोषण वा अन्य वैवाहिक सहयोग | | | |
| आवश्यक परिवारहरूको लागि अस्थायी सहायता (TANF) | | | |
| अन्य — सूचीबद्ध | | | |

अपवादहरू: यदि बिरामी इलिनोइस राज्यका निवासी हुन्, बीमाविहीन छन्, र Alton Memorial Hospital, Memorial Hospital in Belleville वा Memorial Hospital in Shiloh मा सेवा प्राप्त गर्छन्, र 77 ILAC 4500.40 मा वर्णित अनुमानित योग्यताको मापदण्ड पूरा गर्छन् वा पारिवारिक आयका आधारमा अन्यथा अनुमानित रूपमा योग्य छन् भने, बिरामीले आवेदनपत्रको यस खण्ड पूरा गर्न आवश्यक छैन।

यदि बिरामीले NHSC साइटहरूमा प्रदान गरिएका सेवासँग सम्बन्धित सहायता आवेदन गरिरहेका छन् भने, बिरामीले आवेदनपत्रको बीमा खण्ड पूरा गर्न आवश्यक छैन। BJC HealthCare का लागि NHSC साइटहरूमा Missouri Baptist Sullivan Hospital Bourbon Medical Office, Cuba Medical Office, Steelville Medical Office, र Sullivan Medical Office; साथै Parkland Health Center Medical Clinic समावेश छन्। Saint Luke's का लागि NHSC साइटहरूमा 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, र Wright Memorial Physicians Group समावेश छन्।

अन्य सम्बन्धित वित्तीय जानकारी संलग्न गर्नुहोस्

प्रमाणिकरण: म यस आवेदनमा प्रस्तुत गरिएको जानकारी मेरो ज्ञानअनुसार सत्य र सही भएको प्रमाणित गर्दछु। म स्वीकार गर्दछु कि BJC Health को अपेक्षा अनुसार, म यस अस्पतालको बिल तिर्न मद्दत गर्न योग्य हुन सक्ने कुनै पनि राज्य, संघीय वा स्थानीय सहायता कार्यक्रमका लागि आवेदन गर्नेछु।
 म बुझ्दछु कि प्रस्तुत गरिएको जानकारी BJC Health द्वारा प्रमाणित गर्न सकिन्छ, र म BJC Health लाई तेस्रो पक्षसँग सम्पर्क गरी यस आवेदनमा प्रस्तुत गरिएको जानकारीको शुद्धता प्रमाणित गर्न अनुमति दिन्छु।
 म बुझ्दछु कि यदि मैले जानाजानी गलत जानकारी प्रस्तुत गर्ने भने म वित्तीय सहायता प्राप्त गर्न अयोग्य हुनेछु, मलाई प्रदान गरिएको कुनै पनि वित्तीय सहायता उल्ट्याइनेछ, र म बिल(हरू) तिर्न जिम्मेवार हुनेछु।

बिरामी/जिम्मेवार व्यक्तिको हस्ताक्षर:

मिति: