

د مالي مرستي ارزونه

مهرباني وکړئ ټولې لارښوونې په غور سره ولولئ او که کومه پوښتنه لرئ، مور سره اړیکه ونیسئ.

مهم: کېدای شي تاسو د وړیا یا تخفیف لرونکي پاملرنې د ترلاسه کولو مستحق یاست. د دې درخواست بشپړول به له "BJC" (BJC Health) سره مرسته وکړي تر څو معلومه کړي چې ایا تاسو کولای شئ وړیا یا تخفیف لرونکي خدمتونه ترلاسه کړئ او که نه یا د نورو عامه پروگرامونو لپاره پر شرایطو برابر یاست چې ستاسو د روغتیايي پاملرنې د لگښت په تادیه کولو کې مرسته کولای شي.

که تاسو بیمه نلرئ، د BJC له خوا د وړیا یا تخفیف شوي پاملرنې لپاره د وړتیا ترلاسه کولو لپاره

د ټولنیز خوندیتوب شمېره (Social Security Number) اړینه نه ده. مگر د ځینو عامه پروگرامونو لکه مډیکید، لپاره د ټولنیز خوندیتوب شمېرې ته اړتیا ده. د ټولنیز خوندیتوب شمېرې چمتو کولو ته اړتیا نشته، مگر دا به له BJC سره مرسته وکړي تر څو معلومه کړي چې ایا تاسو د کوم عامه پروگرام لپاره پر شرایطو برابر یاست که نه.

BJC Health هغه روغتونونه او روغتیايي واحدونه شاملوي چې د BJC HealthCare، Saint Luke's، او St. Louis Children's په CoxHealth کې برخه دي. د زموږ د پیروونکو د خدمت ټیم سره د اړیکې لپاره، لاندې ټیلیفون یا برېښنالیک وکاروئ:

CoxHealth په St. Louis Children's	سینټ لوکس	BJC HEALTHCARE
8846-815-417	5678-932-816	8400-362-314
1395-345-833	9401-581-888	8400-362-855
financialassistanceapplications@coxhealth.com	slhsbilling@saintlukeskc.org	patacct@bjc.org

مهرباني وکړئ دا فورمه ډکه کړئ او هغې ادارې ته یې وسپارئ چې تاسو د مالي مرستي لپاره ورڅخه غوښتنه کوئ. تاسو کولای شئ نوموړې فورمه په شخصي ډول د خدماتو په ځای کې وسپارئ یا د لاندې سپارلو لارښوونو مطابق د وړیا یا تخفیف شوي پاملرنې لپاره درخواست ورکړئ. د مالي مرستي فورمي باید د لومړي بیل د نېټې له 240 ورځو دننه وسپارل شي.

• **BJC** روغتیايي پاملرنه: د ډاکخانې بکس 790024، سینټ لوکس، MO 63179-0024 ته برېښنالیک د patacct@bjc.org له لارې واستوئ، یا هم په 6977-747-314 د فاکس له لارې اړیکه ونیسئ.

• **Saint Luke's** (پلازا، شمال، سویل، ختیځ، الڼ کاونټي، انډرسن، هیډریک او رانټ روغتونونه) او د انډرسن، هیډریک، رانټ، او سینټ لوکس د ډاکټرانو گروپ لپاره د ډاکټرانو بیلاس:

Saint Luke's ته کولی شئ په 901 E باندې میل ولیرئ. 104th St., Attn: Hospital CBO 6th Floor, Kansas City, MO 64131، یا برېښنالیک slhsbilling@saintlukeskc.org ته.

• **Saint Luke's Home Care & Hospice:** Mail to Saint Luke's Home Care & Hospice, 901 E. 104th St., Attn: Home Care & Hospice 6th Floor, Kansas City, MO 64131 یا برېښنالیک slhsbilling@saintlukeskc.org ته.

• **Bishop Spencer Place:** Mail to Bishop Spencer Place, 4301 Madison Ave., Kansas City, MO 64111.

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

ناروغ تصدیقوي چې د نوم لیکني پر مهال یې هڅه کړې ده ټول غوښتل شوي معلومات وړاندې کړي، تر څو روغتون سره مرسته وکړي چې معلومه کړي آیا ناروغ د مالي مرستي لپاره وړ دی که نه.

که ناروغ د ایلینوای اوسیدونکی وي، خو بیمه نلري، او د Alton Memorial Hospital یا بیلوویل کې Memorial Hospital، یا په شیلو Memorial Hospital کې خدمتونه ترلاسه کړي وي، نو د بیمه نلرونکو ناروغانو د تخفیف غوښتنلیک یا د روغتون د مالي مرستي د پروسې په اړه هر ډول شکایتونه یا اندېښنې د ایلینوای ایالت د لوی څارنوالی دفتر او د روغتیايي خدماتو څانګې ته راپور ددغې وېبپاڼې

لوی څارنوال په وېب پاڼه <https://illinoisattorneygeneral.gov/Consumer-Protection/Health-Care/> یا د 877-305-5145

سره په زنگ و هلو سره.

د ناروغ معلومات			
د ناروغ نوم		د زېرون نيټه (DOB)	د ناروغ د ټولنيز خونديتوب شمېره (اختياري ده ضروري نه ده)
نژاد (اختياري ده ضروري نه ده)	قوميت (اختياري ده ضروري نه ده)	جنسيت (اختياري ده ضروري نه ده)	د خوښې ژبه (اختياري ده ضروري نه ده)
ناروغ		د بيل لپاره مسؤل شخص	
د خدمت پر مهال د ايلينوای اوسيدونکی و؟ هو _____ نه _____		نوم	
کوڅه		کوڅه	
بنار، ايالت، زيپ کوډ		بنار، ايالت، زيپ کوډ	
موبايل: ()		موبايل: ()	
برېښنالیک:		برېښنالیک:	
د دندې اړوند معلومات			
د ناروغ/ د مسؤل شخص کار ورکونکی		د مېره/ بنځه/ ملگري/ سرپرست نوم	
		د مېره/ بنځي/ شريک/ سرپرست کار ورکونکی	
نور معلومات			
1. ايا ناروغ په هغه مشکوکه پېښه کې ښکېل و چې خدمتونو ته د اړتيا لامل شوه؟		هو _____ نه _____	
2. ايا ناروغ په هغه مشکوک جرم کې ښکېل و چې خدمتونو ته د اړتيا لامل شو؟		هو _____ نه _____	
3. د هغو کسانو شمېر چې د ناروغ په فاميل او/يا کورنۍ کې ژوند کوي؟			
4. د هغو کسانو نوم، اړيکه او عمر څوک چې د ناروغ/ د مسؤل شخص متکي* دي؟			
*د متکي والي معنا دا ده چې کوم کم عمره يا بل شخص د يو بل چا د فدرال مالي په بيانیه کې د هغه تر تکفل لاندې شخص په توگه ذکر شوی وي.			

د بیمې ټول هغه پوښښونه په لاندې برخه کې ذکر کړی چې د ترلاسه شوي خدمت اړوند وي**

د بیمې ډول	د بیمې نوم	د پالیسي شمېره	د گروپ شمېره
روغتیايي بیمه			
میډیکیر			
د میډیکیر تکمیلونکي اجزای			
میډیکید			
د پخوانیو پوځیانو امتیازات			

میاشتنی عاید

(له لاندې سندونو څخه یو د عاید د ثبوت په توګه ضمیمه کړئ)

A. د مالي وروستی بیل
 B. تر ټولو وروستی W-2 فورم او 1099 فورمونه
 C. دوه (2) وروستی د اداینې پاڼې
 D. له یوه کارفرما څخه د معاش یو لیکلی تصدیق
 E. د (IRS فورم 4506) د نه ډکولو ثبوت

د عاید معلومات باید د دې لپاره چمتو شي چې ستاسو نوم لیکنه پروسس شي.

ناروغ	مېرمنه یا خاوند/ شریک	والدین/ سرپرست
ناخالص میاشتي معاشونه		
د ازاد شغل عاید		
ټولنیز خونديتوب		
د ټولنیز خونديتوب معلولیت		
خصوصي معلولیت		
د پخوانیو سرټیرو معلولیت		
د پخوانیو پوځیانو تقاعد		
وزګارتیا		
د کارکوونکي د خسارې جبران		
د تقاعد عاید		
د ماشوم ملاتړ		
د نفقي یا بل ډول زوجیتي ملاتړ		
د اړمنو کورنیو لپاره لنډمهاله مرستې (TANF)		
نور— لیست		

**استثنائات: که چېرته ناروغ د Illinois اوسیدونکی وي، بیمه نلري او په Alton Memorial Hospital، Memorial Hospital in Belleville یا Memorial Hospital in Shiloh کې خدمتونه ترلاسه کوي او پر شرایطو د برابر والي له مخکې اټکل شوی معیار پوره کوي چې په ILAC 4500.40 77 کې شرحه شوی دی یا په بله بڼه له مخکې په اټکلیز ډول د کورنی د عاید پر بنسټ پر شرایطو برابر وي، ناروغ اړ نه دی چې د نوم لیکني دغه برخه ډکه کړي.

که چېرته ناروغ د هغې مرستې لپاره درخواست کوي چې په هغو خدماتو پورې اړه لري کوم چې د NHSC په سایټونو کې وړاندې کېږي، نو ناروغ اړ نه دی چې د نوم لیکني د بیمې برخه ډکه کړي. د NHSC په سایټونو د BJC HealthCare لپاره کې د Missouri Baptist Sullivan Hospital Bourbon Medical Office, Cuba Medical Office, Steelville Medical Office, and Sullivan Medical Office؛ او Parkland Health Center Medical Clinic شامل دي. د Saint Luke's لپاره د NHSC ځایونه شامل دي: 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، او Wright Memorial Physicians Group.

د مالي وضعیت اړوند نور معلومات ضمیمه کړئ

تصدیق: زه تصدیقوم چې په دې درخواست کې موجود معلومات زما د پوهې له مخې سم او دقیق دي. زه په دې پوهېږم چې د BJC Health توقع دا ده چې زه به د هر ایالتي، فدرالي، یا محلي مرستې لپاره غوښتنلیک وکړم چې زه یې د دې روغتون د بل د تادېي لپاره مستحق کېدای شم. زه پوهېږم چې چمتو شوي معلومات کېدای شي د BJC Health له لوري تصدیق شي او زه BJC Health ته اجازه ورکوم تر څو په نوم لیکنه کې د چمتو شويو معلوماتو د کره والي د تصدیقولو لپاره له درېیم لوري سره اړیکه ونیسي. زه پوهېږم که چېرته په ارادي توګه په دې نوم لیکنه کې ناسم معلومات چمتو کړم نو زه به د مالي مرستې لپاره پر شرایطو برابر و نه ګڼل شم، ما ته راکړل شوي مالي مرسته کېدای شي چې بېرته را ځخه واخیستل شي او زه به د بل (بلونو) د تادېي مسؤلیت په غاړه ولرم.

نېټه:

د ناروغ/د مسؤل شخص لاسلیک: