

Avaliação de assistência

Leia atentamente todas as instruções e fale conosco se tiver dúvidas.

Importante: **VOCÊ PODE SER ELEGÍVEL A RECEBER ATENDIMENTO GRATUITO OU COM DESCONTO.** Preencher esse pedido ajudará a BJC Health (“BJC”) a determinar se você pode receber serviços gratuitos ou com desconto ou se é elegível a outros programas públicos que podem ajudar a pagar sua assistência médica.

SE NÃO TIVER SEGURO, UM NÚMERO DE SEGURIDADE SOCIAL NÃO É NECESSÁRIO PARA SE QUALIFICAR A ATENDIMENTO GRATUITO OU COM DESCONTO DA BJC. Entretanto, um número de seguridade social é necessário para alguns programas públicos, incluindo o Medicaid. Não é obrigatório informar um número de seguridade social, mas isso ajudará a BJC a determinar se você se qualifica para programas públicos.

A BJC Health inclui hospitais e entidades de saúde que fazem parte da BJC HealthCare, Saint Luke’s e St. Louis Children’s at CoxHealth. Para falar com a nossa equipe de Serviço ao cliente, ligue ou envie um e-mail para:

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

Preencha este formulário e o envie para a entidade à qual você está solicitando assistência. Você pode entregar o formulário presencialmente, no endereço do serviço ou conforme as instruções de envio abaixo para solicitar atendimento gratuito ou com desconto. Os formulários de assistência financeira devem ser enviados em até 240 dias da data da fatura inicial.

- BJC HealthCare: Correspondência para P.O. Box 790024, St. Louis, MO 63179-0024, e-mail para patacct@bjc.org, ou fax para 314-747-6977.
- Saint Luke’s (Plaza, North, South, East, Allen County, Anderson, Hedrick e Wright Hospitals) e saldos de médicos para Anderson, Hedrick, Wright e Saint Luke’s Physician Group:
Correspondência para Saint Luke’s, 901 E. 104th St., Attn: Hospital CBO 6th Floor, Kansas City, MO 64131, ou e-mail para slhsbilling@saintlukeskc.org.
- Saint Luke’s Home Care & Hospice: Correspondência para Saint Luke’s Home Care & Hospice, 901 E. 104th St., Attn: Home Care & Hospice 6th Floor, Kansas City, MO 64131 ou e-mail para slhsbilling@saintlukeskc.org.
- Bishop Spencer Place: Correspondência para Bishop Spencer Place, 4301 Madison Ave., Kansas City, MO 64111.
- St. Louis Children’s at CoxHealth: Correspondência para St. Louis Children’s at CoxHealth, Attn: Financial Counselors, 1423 N. Jefferson Ave., Springfield, MO 65802.

O paciente declara que ele ou ela fez um esforço de boa-fé para fornecer todas as informações pedidas na solicitação para ajudar o hospital a determinar se o paciente é elegível para assistência financeira.

Se o paciente for residente de Illinois, não tiver seguro e recebeu serviços no Alton Memorial Hospital, Memorial Hospital em Belleville ou Memorial Hospital em Shiloh, reclamações ou perguntas sobre o processo de solicitação de desconto a pacientes sem seguro ou o processo de assistência financeira hospitalar podem ser comunicadas ao procurador-geral do Departamento de Assistência Médica de Illinois, no site <https://illinoisattorneygeneral.gov/Consumer-Protection/Health-Care/> ou ao ligar para 877-305-5145.

Avaliação de assistência

INFORMAÇÕES DO PACIENTE			
Nome do paciente		Data de nascimento (DN)	Número de seguridade social do paciente <small>(Opcional e não obrigatório)</small>
Raça <small>(Opcional e não obrigatório)</small>	Etnia <small>(Opcional e não obrigatório)</small>	Sexo <small>(Opcional e não obrigatório)</small>	Idioma preferencial <small>(Opcional e não obrigatório)</small>
PACIENTE		PESSOA RESPONSÁVEL PELA CONTA	
Residente de Illinois no momento do serviço? Sim ___ Não _____		Nome	
Rua		Rua	
Cidade, CEP		Cidade, CEP	
Fone: ()		Fone: ()	
E-mail:		E-mail:	
INFORMAÇÕES DE EMPREGO			
Empregador do paciente/da pessoa responsável		Nome do cônjuge/parceiro/responsável	
		Empregador do cônjuge/parceiro/responsável	
OUTRAS INFORMAÇÕES			
1. O paciente esteve envolvido em um suposto acidente que causou a necessidade dos serviços?		Sim _____ Não _____	
2. O paciente foi vítima de um suposto crime que causou a necessidade dos serviços?		Sim _____ Não _____	
3. Número de pessoas na família e/ou domicílio do paciente?			
4. Nome, relação e idade das pessoas que são dependentes* do paciente/pessoa responsável?			
*Dependente significa um menor de idade ou qualquer pessoa listada como dependente na declaração de imposto de renda federal do paciente ou da pessoa responsável.			

LISTE NA SEÇÃO ABAIXO TODAS AS COBERTURAS DE SEGURO QUE SÃO RELACIONADAS AO SERVIÇO RECEBIDO**

Tipo de seguro	Nome do seguro	Número da apólice	Número de grupo
Seguro de saúde			
Medicare			
Suplemento ao Medicare			
Medicaid			
Benefícios a veteranos			

RENDA MENSAL

(Anexe um destes documentos como comprovação de renda)

- A. Declaração de imposto de renda mais recente pago em dinheiro
 B. Formulário W-2 e formulários 1099 mais recentes (Formulário do IRS 4506)
 C. Dois (2) contracheques mais recentes
 D. Comprovante de renda por escrito de um empregador, se pago em dinheiro
 E. Comprovação de não apresentação de declaração

Informações de renda devem ser fornecidas para processar sua solicitação.

	Paciente	Cônjuge/Parceiro	Pais/Responsáveis
Rendas mensais brutas			
Renda de autônomo			
Seguridade social			
Deficiência na seguridade social			
Deficiência privada			
Deficiência de veteranos			
Pensão de veteranos			
Desemprego			
Indenização trabalhista			
Renda de aposentadoria			
Apoio à criança			
Pensão alimentícia ou outro suporte do cônjuge			
Assistência temporária para famílias carentes (TANF)			
Outro, liste			

****EXCEÇÕES:** Se o paciente for residente de Illinois, não tiver seguro e recebeu serviços no Alton Memorial Hospital, Memorial Hospital em Belleville ou Memorial Hospital em Shiloh e cumprir os critérios de elegibilidade presumidos descritos em 77 ILAC 4500.40 ou for presumivelmente elegível devido à renda familiar, o paciente não é obrigado a preencher essa seção da solicitação.

Se o paciente estiver solicitando assistência relacionada a serviços fornecidos nos centros do NHSC, o paciente não é obrigado a preencher a seção de seguro da solicitação. Os centros do NHSC para a BJC HealthCare incluem Missouri Baptist Sullivan Hospital Bourbon Medical Office, Cuba Medical Office, Steelville Medical Office e Sullivan Medical Office; e Parkland Health Center Medical Clinic. Os centros do NHSC para o Saint Luke's incluem 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 e Wright Memorial Physicians Group.

ANEXE OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES RELACIONADAS À SITUAÇÃO FINANCEIRA

CERTIFICAÇÃO: Eu atesto que as informações nesta solicitação são verdadeiras e corretas até onde sei. Eu declaro que a expectativa da BJC Health é de que eu solicitarei assistência estadual, federal ou local para a qual posso ser elegível para ajudar a pagar essa conta hospitalar. Eu entendo que as informações fornecidas podem ser verificadas pela BJC Health e autorizo a BJC Health a entrar em contato com partes externas para verificar a precisão das informações fornecidas nesta solicitação. Eu entendo que se eu fornecer intencionalmente informações falsas nesta solicitação, serei inelegível à assistência financeira, a assistência financeira concedida a mim poderá ser revertida e serei responsável pelo pagamento da(s) conta(s).

Assinatura do paciente/parte responsável:

Data: