

Evaluare pentru asistență

Vă rugăm să citiți cu atenție toate instrucțiunile și să ne contactați dacă aveți întrebări.

Important: **AȚI PUTEA FI ELIGIBIL(Ă) PENTRU A BENEFICIA DE ÎNGRIJIRE MEDICALĂ GRATUITĂ SAU LA PREȚ REDUS.** Completarea acestei cereri va ajuta BJC Health („BJC”) să determine dacă puteți beneficia de servicii gratuite sau la preț redus sau dacă sunteți eligibil(ă) pentru alte programe publice care vă pot ajuta să plătiți îngrijirea medicală primită.

DACĂ NU AVEȚI ASIGURARE, NU ESTE NECESAR NUMĂRUL DE ASIGURĂRI SOCIALE PENTRU A BENEFICIA DE ÎNGRIJIRE GRATUITĂ SAU LA PREȚ REDUS DE LA BJC. Cu toate acestea, pentru unele programe publice, inclusiv Medicaid, este necesar un număr de asigurări sociale. Furnizarea unui număr de asigurări sociale nu este obligatorie, dar va ajuta BJC să determine dacă vă calificați pentru vreun program public.

BJC Health include spitale și entități medicale care fac parte din BJC HealthCare, Saint Luke și St. Louis Children’s la CoxHealth. Pentru a contacta echipa noastră de Servicii pentru clienți, sunați sau trimiteți un e-mail la:

BJC HealthCare	Saint Luke	St. Louis Children’s la 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

Vă rugăm să completați acest formular și să îl trimiteți entității de la care solicitați asistență. Puteți trimite formularul personal la locul de prestare a serviciului sau conform instrucțiunilor de trimitere de mai jos, pentru a solicita îngrijire gratuită sau la preț redus. Formularele de asistență financiară trebuie trimise în termen de 240 de zile de la data facturii inițiale.

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

Pacientul admite că a depus eforturi de bună credință pentru a furniza toate informațiile solicitate în cerere, pentru a ajuta spitalul să determine dacă pacientul este eligibil pentru asistență financiară.

Dacă pacientul este rezident în Illinois, nu are asigurare medicală și a beneficiat de servicii la Alton Memorial Hospital, Memorial Hospital în Belleville sau Memorial Hospital în Shiloh, plângerile sau preocupările legate de procesul de solicitare a reducerii pentru pacienții fără asigurare medicală sau de procesul de asistență financiară din partea spitalului pot fi raportate Biroului de Sănătate (Health Care Bureau) al Procurorului General din Illinois pe site-ul web <https://illinoisattorneygeneral.gov/Consumer-Protection/Health-Care/> sau sunând la 877-305-5145.

Evaluare pentru asistență

INFORMAȚII DESPRE PACIENT			
Numele pacientului		Data nașterii	Numărul de asigurări sociale al pacientului <small>(opțional, nu este obligatoriu)</small>
Rasa <small>(opțional, nu este obligatoriu)</small>	Etnia <small>(opțional, nu este obligatoriu)</small>	Sexul <small>(opțional, nu este obligatoriu)</small>	Limba preferată <small>(opțional, nu este obligatoriu)</small>
PACIENT		PERSOANA RESPONSABILĂ PENTRU PLATA FACTURII	
Domiciliul în Illinois la momentul prestării serviciului? Da _____ Nu _____		Nume	
Strada		Strada	
Orașul, statul, codul poștal		Orașul, statul, codul poștal	
Telefon: ()		Telefon: ()	
E-mail:		E-mail:	
INFORMAȚII DESPRE LOCUL DE MUNCĂ			
Angajatorul pacientului/persoanei responsabile		Numele soțului/soției/partenerului/partenerei/tutorelui	
		Angajatorul soțului/soției/partenerului/partenerei/tutorelui	
ALTE INFORMAȚII			
1. Pacientul a fost implicat într-un presupus accident care a dus la necesitatea serviciilor?		Da _____ Nu _____	
2. Pacientul a fost victima unei presupuse infracțiuni care a dus la necesitatea serviciilor?		Da _____ Nu _____	
3. Numărul de persoane din familia și/sau gospodăria pacientului?			
4. Numele, relația și vârsta persoanelor care sunt în întreținerea* pacientului/persoanei responsabile?			
<small>*Persoană aflată în întreținere înseamnă un minor sau orice persoană care este menționată ca fiind aflată în întreținere în declarația fiscală federală a pacientului sau a persoanei responsabile.</small>			

ENUMERAȚI ÎN SECȚIUNEA DE MAI JOS TOATE ACOPERIRILE PRIN ASIGURARE CARE AU LEGĂTURĂ CU SERVICIUL PRIMIT**

Tipul de asigurare	Numele asigurării	Numărul poliței	Numărul grupului
Asigurare de sănătate			
Medicare			
Supliment Medicare			
Medicaid			
Beneficii pentru veterani			

VENIT LUNAR

(Ațașați oricare dintre următoarele documente ca dovadă a venitului)

- A. Cea mai recentă declarație fiscală
 B. Formularul W-2 și formularele 1099 cel mai recente
 C. Cei mai recentți doi (2) fluturași de salariu
 D. Adeverință de venit în scris de la angajator, dacă plata se face în numerar
 E. Dovada nedepunerii (formularul IRS 4506)

Pentru a vă putea procesa cererea, trebuie să furnizați informații privind veniturile.

	Pacient	Soț/soție/partener(ă)	Părinți/tutore
Salarii lunare brute			
Venituri din activități independente			
Asigurări sociale			
Asigurare socială de dizabilitate			
Asigurare de dizabilitate privată			
Asigurare de dizabilitate pentru veterani			
Pensie pentru veterani			
Șomaj			
Despăgubire pentru lucrători			
Venituri din pensie			
Pensie alimentară pentru copil			
Pensie alimentară sau alte forme de întreținere pentru soț/soție			
Asistență temporară pentru familiile nevoiașe (TANF)			
Altele — specificați			

****EXCEPȚII:** Dacă pacientul este rezident în Illinois, nu are asigurare și beneficiază de servicii la Alton Memorial Hospital, Memorial Hospital în Belleville sau Memorial Hospital în Shiloh și îndeplinește criteriile de eligibilitate prezumtive descrise în 77 ILAC 4500.40 sau este altfel eligibil prezumtiv în virtutea venitului familiei, acesta nu este obligat să completeze această secțiune a cererii.

Dacă pacientul solicită asistență în legătură cu serviciile furnizate la centrele NHSC, acesta nu este obligat să completeze secțiunea referitoare la asigurare a cererii. Centrele NHSC pentru BJC HealthCare includ Missouri Baptist Sullivan Hospital Bourbon Medical Office, Cuba Medical Office, Steelville Medical Office și Sullivan Medical Office, precum și Parkland Health Center Medical Clinic. Centrele NHSC pentru Saint Luke includ 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 și Wright Memorial Physicians Group.

ATAȘAȚI ALTE INFORMAȚII RELEVANTE PRIVIND SITUAȚIA FINANCIARĂ

CERTIFICARE: Certific faptul că, din cunoștințele mele, informațiile din această cerere sunt adevărate și corecte. Recunosc că BJC Health se așteaptă să solicite orice ajutor de stat, federal sau local pentru care aș putea fi eligibil(ă), pentru a mă ajuta să plătesc această factură a spitalului. Înțeleg că informațiile furnizate pot fi verificate de BJC Health și autorizez BJC Health să contacteze terți pentru a verifica acuratețea informațiilor furnizate în această cerere. Înțeleg că, dacă furnizez în mod conștient informații neadevărate în această cerere, nu voi fi eligibil(ă) pentru asistență financiară, orice asistență financiară acordată mie poate fi revocată și voi fi responsabil(ă) pentru plata facturii (facturilor).

Semnătura pacientului/părții responsabile:

Data: