

Оценка финансовой

Внимательно ознакомьтесь со всеми инструкциями и при возникновении вопросов свяжитесь с нами.

Важно! ВЫ МОЖЕТЕ ИМЕТЬ ПРАВО НА БЕСПЛАТНОЕ ИЛИ ЛЬГОТНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ.

Заполнение этого заявления поможет ВЈС Health (ВЈС) определить, имеете ли вы право на получение бесплатных или льготных услуг, или имеете ли вы право на участие в других государственных программах, которые могут помочь оплатить ваше медицинское обслуживание.

ЕСЛИ ВЫ НЕ ЗАСТРАХОВАНЫ, НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПРАВА НА БЕСПЛАТНОЕ ИЛИ ЛЬГОТНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ОТ ВЈС НЕ ТРЕБУЕТСЯ. Однако номер социального страхования требуется для участия в некоторых государственных программах, включая Medicaid. Предоставление номера социального страхования не является обязательным, но поможет ВЈС определить, имеете ли вы право на участие в каких-либо государственных программах.

ВЈС Health включает в себя больницы и медицинские учреждения, которые являются частью больниц ВЈС HealthCare, Saint Luke's

и St. Louis Children's в CoxHealth. Чтобы обратиться в службу по работе с клиентами, свяжитесь с одним из указанных ниже учреждений по телефону или электронной почте.

ВЈС HealthCare	Saint Luke's	St. Louis Children's в CoxHealth
314-362-8400	816-932-5678	417-815-8846
855-362-8400	888-581-9401	833-345-1395
pataacct@bjc.org	slhsbilling@saintlukeskc.org	financialassistanceapplications@coxhealth.com

Заполните эту форму и отправьте ее в организацию, в которую вы обращаетесь за помощью. Чтобы обратиться за бесплатным или льготным обслуживанием, вы можете подать форму лично в учреждении, где получаете услугу, или в соответствии с приведенными ниже инструкциями. Формы обращения за финансовой помощью необходимо предоставить в течение 240 дней после выставления первоначального счета.

- ВЈС HealthCare: почтовый адрес P.O. Box 790024, St. Louis, MO 63179-0024, электронная почта pataacct@bjc.org или факс 314-747-6977.
- Saint Luke's (больницы Plaza, North, South, East, Allen County, Anderson, Hedrick и Wright Hospital), счета врачей больниц Anderson, Hedrick, Wright и объединение врачей Saint Luke's Physician Group: почтовый адрес Saint Luke's, 901 E. 104th St., кому: Hospital CBO 6th Floor, Kansas City, MO 64131 или электронная почта slhsbilling@saintlukeskc.org.
- Saint Luke's Home Care & Hospice: почтовый адрес Saint Luke's Home Care & Hospice, 901 E. 104th St., кому: Home Care & Hospice 6th Floor, Kansas City, MO 64131 или электронная почта slhsbilling@saintlukeskc.org.
- Bishop Spencer Place: почтовый адрес Bishop Spencer Place, 4301 Madison Ave., Kansas City, MO 64111.
- St. Louis Children's в CoxHealth: почтовый адрес St. Louis Children's at CoxHealth, кому: Financial Counselors, 1423 N. Jefferson Ave., Springfield, MO 65802.

Пациент подтверждает, что он добросовестно постарался предоставить всю информацию, запрошенную в заявлении, чтобы помочь больнице определить, имеет ли он право на получение финансовой помощи.

Если пациент является жителем штата Иллинойс, не застрахован и получал услуги в больницах Alton Memorial Hospital, Memorial Hospital Belleville или Memorial Hospital Shiloh, жалобы или замечания по поводу процесса подачи заявки на скидку для незастрахованных пациентов или процесса оказания финансовой помощи больницам можно направить в Бюро Генерального прокурора по вопросам здравоохранения штата Иллинойс на веб-сайте <https://illinoisattorneygeneral.gov/Consumer-Protection/Health-Care/> или по телефону 877-305-5145.

Оценка финансовой

СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ			
Имя и фамилия пациента		Дата рождения	Номер социального страхования пациента <small>(по желанию и не требуется)</small>
Раса <small>(по желанию и не требуется)</small>	Этническая принадлежность <small>(по желанию и не требуется)</small>	Пол <small>(по желанию и не требуется)</small>	Предпочитаемый язык <small>(по желанию и не требуется)</small>
ПАЦИЕНТ		ЛИЦО, ОТВЕТСТВЕННОЕ ЗА ОПЛАТУ СЧЕТА	
Житель штата Иллинойс на момент оказания услуги? Нет _____ Да _____		Имя и фамилия	
Улица		Улица	
Город, штат, почтовый индекс		Город, штат, почтовый индекс	
Телефон: ()		Телефон: ()	
Электронная почта:		Электронная почта:	
ИНФОРМАЦИЯ О ТРУДОУСТРОЙСТВЕ			
Работодатель пациента/ответственного лица		Имя супруга(и)/партнера/опекуна	
		Работодатель супруга(и)/партнера/опекуна	
ДРУГАЯ ИНФОРМАЦИЯ			
1. Произошел ли с пациентом предполагаемый несчастный случай, который привел к необходимости получения услуг?		Да _____ Нет _____	
2. Стал ли пациент жертвой предполагаемого преступления, которое привело к необходимости получения услуг?		Да _____ Нет _____	
3. Количество человек в семье и (или) домохозяйстве пациента			
4. Имя, степень родства и возраст лиц, находящихся на иждивении * пациента или ответственного лица			
<small>* Под иждивенцем понимается несовершеннолетний или любое лицо, указанное в качестве иждивенца в федеральной налоговой декларации пациента или ответственного лица.</small>			

ПЕРЕЧИСЛИТЕ В ПРИВЕДЕННОМ НИЖЕ РАЗДЕЛЕ ВСЕ ВИДЫ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ПОЛУЧЕННОЙ УСЛУГОЙ **

Вид страхования	Наименование страхования	Номер полиса	Номер группы
Медицинское страхование			
Medicare			
Дополнение к программе Medicare			
Medicaid			
Льготы для ветеранов			

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД

(В качестве подтверждения дохода приложите любой из следующих документов)

- A. Последняя налоговая декларация D. Письменное подтверждение дохода от работодателя, если оплата производится наличными
- B. Последняя форма W-2 и формы 1099 E. Подтверждение отсутствия подачи документов (форма IRS 4506)
- C. Две (2) последние квитанции об оплате труда

Для рассмотрения вашего заявления необходимо предоставить информацию о доходах.

	Пациент	Супруг(а)/партнер	Родители/опекун
Заработная плата в месяц до уплаты налогов			
Доход от самозанятости			
Социальное страхование			
Государственное пособие по нетрудоспособности			
Частное пособие по нетрудоспособности			
Пособие по нетрудоспособности для ветеранов			
Пенсия ветерана			
Безработица			
Компенсации работнику			
Пенсионный доход			
Алименты на ребенка			
Алименты или другие виды супружеской поддержки			
Временная помощь нуждающимся семьям (TANF)			
Прочее — укажите			

**** ИСКЛЮЧЕНИЯ:** Если пациент является жителем штата Иллинойс, не застрахован и получает услуги в Alton Memorial Hospital, Memorial Hospital Belleville или Memorial Hospital Shiloh и соответствует критериям права на получение помощи, перечисленным в 77 ILAC 4500.40, или имеет иное право в силу семейного дохода, пациенту не требуется заполнять настоящий раздел заявления.

Если пациент обращается за помощью, связанной с услугами, предоставляемыми в объектах NHSC, ему не требуется заполнять разделы заявления, касающиеся страхования и расходов. В число объектов NHSC при BJC HealthCare входят больница Missouri Baptist Sullivan Hospital, медицинский офис Bourbon Medical Office, медицинский офис Cuba Medical Office, медицинский офис Steelville Medical Office, медицинский офис Sullivan Medical Office, а также медицинская клиника Parkland Health Center Medical Clinic. В число объектов NHSC при Saint Luke's входят Allen County Clinic-Iola, центр для семей Anderson County Family Care Center, клиника для семей Hedrick Family Care Clinic, медицинский центр Hedrick Medical Center, женская консультация Hedrick OB GYN Associates, клиника Saint Luke's Mercer County Clinic, больница Wright Memorial Hospital и объединение врачей Wright Memorial Physicians Group.

ПРИЛОЖИТЕ ДРУГУЮ НЕОБХОДИМУЮ ИНФОРМАЦИЮ О ФИНАНСОВОМ ПОЛОЖЕНИИ

ЗАВЕРЕНИЕ. Я подтверждаю, что информация, содержащаяся в настоящем заявлении, является достоверной и правильной, насколько мне известно. Я признаю, что по ожиданиям BJC Health я буду обращаться за любой государственной, федеральной или местной поддержкой, на получение которой я могу претендовать, чтобы помочь оплатить этот больничный счет. Я понимаю, что предоставленная информация может быть проверена компанией BJC Health, и я разрешаю ей связаться с третьими лицами для проверки точности информации, представленной в данном заявлении. Я понимаю, что в случае предоставления заведомо ложной информации в настоящем заявлении я не буду иметь права на получение финансовой помощи, любая предоставленная мне финансовая помощь может быть отменена, и я буду нести ответственность за оплату счета (счетов).

Подпись пациента/ответственной стороны:

Дата: