

Evaluación para asistencia

Por favor, lea detenidamente todas las instrucciones y póngase en contacto con nosotros si tiene alguna pregunta.

Importante: **ES POSIBLE QUE USTED SEA ELEGIBLE PARA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO.** Al completar esta solicitud ayudará a BJC Health (“BJC”) a determinar si puede recibir servicios gratuitos o con descuento o si es elegible para otros programas públicos que pueden ayudar a pagar por su atención médica.

SI NO TIENE SEGURO, NO ES NECESARIO TENER UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO POR PARTE DE BJC. Sin embargo, se requiere un número de Seguro Social para algunos programas públicos, incluido Medicaid. No es necesario proporcionar un número de Seguro Social, pero el hacerlo ayudará a BJC a determinar si usted califica para algún programa público.

BJC Health incluye hospitales y entidades de salud que forman parte de BJC HealthCare, Saint Luke's y St. Louis Children's at CoxHealth. Para ponerse en contacto con nuestro equipo de Servicio al Cliente, llame o envíe un correo electrónico utilizando la siguiente información de contacto:

BJC HealthCare

314-362-8400

855-362-8400

patact@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

Complete este formulario y envíelo a la entidad a la que solicita asistencia. Puede presentar el formulario en persona en el lugar del servicio o siguiendo las instrucciones para su presentación que se indican a continuación para solicitar atención gratuita o con descuento. **Los formularios de asistencia financiera deben presentarse en un plazo de 240 días a partir de la fecha de la factura inicial.**

- **BJC HealthCare:** envíelo por correo postal a P.O. Box 790024, St. Louis, MO 63179-0024, por correo electrónico a patact@bjc.org, o por fax a 314-747-6977.
- Saldos de **Saint Luke's** (Plaza, North, South, East, Allen County, Anderson, Hedrick y Wright Hospitals) y de médicos para Anderson, Hedrick, Wright y Saint Luke's Physician Group: enviar por correo postal a Saint Luke's, 901 E. 104th St., Attn: Hospital CBO 6th Floor, Kansas City, MO 64131, o por correo electrónico a slhsbilling@saintlukeskc.org.
- **Saint Luke's Home Care & Hospice:** enviar por correo postal a Saint Luke's Home Care & Hospice, 901 E. 104th St., Attn: Home Care & Hospice 6th Floor, Kansas City, MO 64131, o por correo electrónico a slhsbilling@saintlukeskc.org.
- **Bishop Spencer Place:** enviar por correo postal a Bishop Spencer Place, 4301 Madison Ave., Kansas City, MO 64111.
- **St. Louis Children's at CoxHealth:** enviar por correo postal a St. Louis Children's at CoxHealth, Attn: Financial Counselors, 1423 N. Jefferson Ave., Springfield, MO 65802.

El paciente declara que hizo esfuerzos de buena fe para proporcionar toda la información requerida en la solicitud para ayudar al hospital a determinar si es elegible para recibir asistencia financiera.

Si el paciente es residente de Illinois, no tiene seguro y recibió servicios en Alton Memorial Hospital, Memorial Hospital en Belleville o Memorial Hospital en Shiloh, las quejas o inquietudes relacionadas con el proceso de solicitud de descuento para pacientes sin seguro o el proceso de asistencia financiera del hospital pueden reportarse a la Oficina de Atención Médica del fiscal general de Illinois en el sitio web <https://illinoisattorneygeneral.gov/Consumer-Protection/Health-Care/> o llamando al 877-305-5145.

Evaluación para asistencia

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre del paciente		Fecha de nacimiento (Fec. de nac.)	Número de Seguro Social del paciente <i>(opcional, no obligatorio)</i>
Raza <i>(opcional, no obligatorio)</i>	Origen étnico <i>(opcional, no obligatorio)</i>	Sexo <i>(opcional, no obligatorio)</i>	Idioma de preferencia <i>(opcional, no obligatorio)</i>
PACIENTE		PERSONA RESPONSABLE DE LA FACTURA	
¿Era residente de Illinois al momento de recibir el servicio? Sí _____ No _____		Nombre	
Calle		Calle	
Ciudad, estado, código postal		Ciudad, estado, código postal	
Teléfono: ()		Teléfono: ()	
Correo electrónico:		Correo electrónico:	
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEO			
Empleador del paciente/persona responsable		Nombre del cónyuge/pareja/tutor	
		Empleador del cónyuge/pareja/tutor	
INFORMACIÓN ADICIONAL			
1. ¿Estuvo el paciente involucrado en un presunto accidente que derivó en la necesidad de recibir los servicios?		Sí _____ No _____	
2. ¿Fue el paciente víctima de un presunto delito que derivó en la necesidad de recibir los servicios?		Sí _____ No _____	
3. ¿Cuántas personas conforman la familia o el grupo familiar del paciente?			
4. ¿Nombre, relación y edad de las personas que son dependientes* del paciente/persona responsable?			
* Dependiente se refiere a un menor de edad o a cualquier persona que incluida como dependiente en la declaración de impuestos federales del paciente o de la persona responsable.			

ENUMERE EN LA SECCIÓN A CONTINUACIÓN TODAS LAS COBERTURAS DE SEGURO RELACIONADAS CON EL SERVICIO RECIBIDO**

Tipo de seguro	Nombre del seguro	Número de póliza	Número de grupo
Seguro médico			
Medicare			
Suplemento de Medicare			
Medicaid			
Beneficios de veteranos			

INGRESOS MENSUALES

(Adjunte alguno de los siguientes documentos como prueba de ingresos)

- | | |
|--|--|
| <p>A. La declaración de impuestos más reciente</p> <p>B. Los formularios W-2 y 1099 más recientes</p> <p>C. Los dos (2) comprobantes de pago más recientes</p> | <p>D. Verificación de ingresos por escrito por parte de un empleador si se le paga en efectivo</p> <p>E. Prueba de no presentación (formulario 4506 del Servicio de Impuestos internos, IRS, por sus siglas en inglés)</p> |
|--|--|

Se debe proporcionar la información sobre los ingresos para poder procesar su solicitud.

	Paciente	Cónyuge/pareja	Padre/madre/tutor legal
Salario mensual bruto			
Ingresos por trabajos independientes			
Seguro Social			
Discapacidad del Seguro Social			
Discapacidad privada			
Discapacidad para veteranos			
Pensión para veteranos			
Desempleo			
Compensación al trabajador			
Ingresos por jubilación			
Manutención de niños			
Pensión alimenticia u otro tipo de apoyo al cónyuge			
Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)			
Otro; indique			

**** EXCEPCIONES:** Si el paciente es residente de Illinois, no tiene seguro y recibe servicios en Alton Memorial Hospital, Memorial Hospital en Belleville o Memorial Hospital en Shiloh y cumple con los criterios de presunta elegibilidad descritos en la Sección 4500.40 del Título 77 del Código Administrativo de Illinois (ILAC, por sus siglas en inglés) o es, de otro modo, presuntamente elegible con base en los ingresos de la familia, no se requiere que el paciente complete esta sección de la solicitud.

Si el paciente está presentando una solicitud de asistencia relacionada con los servicios prestados en los centros de NHSC, no está obligado a completar la sección de seguro de la solicitud. Los centros NHSC de BJC HealthCare incluyen Missouri Baptist Sullivan Hospital Bourbon Medical Office, Cuba Medical Office, Steelville Medical Office y Sullivan Medical Office; así como Parkland Health Center Medical Clinic. Los centros NHSC de Saint Luke's incluyen 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 y Wright Memorial Physicians Group.

ADJUNTE CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN PERTINENTE SOBRE SU SITUACIÓN FINANCIERA

CERTIFICACIÓN: Certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que BJC Health espera que presente una solicitud para cualquier ayuda estatal, federal o local para la que pueda ser elegible con el fin de ayudar a pagar esta factura del hospital. Comprendo que la información proporcionada puede ser verificada por BJC Health, y le autorizo a ponerse en contacto con terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Comprendo que si, a sabiendas, proporciono información falsa en esta solicitud, no seré elegible para recibir asistencia financiera, que cualquier asistencia financiera que se me haya concedido puede ser revertida y que seré responsable del pago del (de las) factura(s).

Firma del paciente/persona responsable:

Fecha: