

Đánh giá hỗ trợ tài chính

Vui lòng đọc kỹ tất cả các hướng dẫn và liên hệ với chúng tôi nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào.

Quan trọng: **QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐỦ ĐIỀU KIỆN ĐỂ NHẬN DỊCH VỤ CHĂM SÓC MIỄN PHÍ HOẶC GIẢM GIÁ.** Việc hoàn thành đơn đăng ký này sẽ giúp BJC Health (“BJC”) xác định xem quý vị có thể nhận được dịch vụ miễn phí hoặc giảm giá hay có đủ điều kiện tham gia các chương trình công cộng khác giúp quý vị chi trả chi phí chăm sóc sức khỏe của mình hay không.

NẾU QUÝ VỊ KHÔNG CÓ BẢO HIỂM, KHÔNG CẦN CÓ SỐ AN SINH XÃ HỘI ĐỂ ĐƯỢC HƯỞNG DỊCH VỤ CHĂM SÓC MIỄN PHÍ HOẶC GIẢM GIÁ TỪ BJC. Tuy nhiên, bắt buộc phải có Số An sinh Xã hội đối với một số chương trình công cộng, bao gồm Medicaid. Việc cung cấp Số An sinh Xã hội không bắt buộc nhưng sẽ giúp BJC xác định xem quý vị có đủ điều kiện tham gia các chương trình công cộng hay không.

BJC Health bao gồm các bệnh viện và đơn vị y tế thuộc hệ thống BJC HealthCare, Saint Luke’s và St. Louis Children’s tại CoxHealth. Để liên hệ với đội ngũ Dịch vụ Khách hàng của chúng tôi, quý vị vui lòng gọi điện hoặc gửi email theo các thông tin sau:

BJC HealthCare	Saint Luke’s	St. Louis Children’s tại 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

Vui lòng hoàn tất mẫu đơn này và gửi cho đơn vị mà quý vị đang nộp đơn xin hỗ trợ. Quý vị có thể nộp đơn trực tiếp tại địa điểm cung cấp dịch vụ hoặc thực hiện theo hướng dẫn nộp đơn dưới đây để đăng ký nhận chăm sóc miễn phí hoặc giảm giá. Đơn xin hỗ trợ tài chính phải được nộp trong vòng 240 ngày kể từ ngày xuất hóa đơn đầu tiên.

- BJC HealthCare: Gửi qua thư đến P.O. Box 790024, St. Louis, MO 63179-0024, gửi email đến patacct@bjc.org, hoặc gửi fax đến số 314-747-6977.
- Saint Luke’s (Các bệnh viện Plaza, North, South, East, Allen County, Anderson, Hedrick và Wright) và các khoản phí bác sĩ tại Anderson, Hedrick, Wright và Nhóm bác sĩ Saint Luke’s: Gửi qua thư đến Saint Luke’s, 901 E. 104th St., Attn: Hospital CBO 6th Floor, Kansas City, MO 64131, hoặc gửi email đến slhsbilling@saintlukeskc.org.
- Dịch vụ chăm sóc tại nhà & cuối đời Saint Luke’s: Gửi qua thư đến Saint Luke’s Home Care & Hospice, 901 E. 104th St., Attn: Home Care & Hospice 6th Floor, Kansas City, MO 64131 hoặc gửi email đến slhsbilling@saintlukeskc.org.
- Bishop Spencer Place: Gửi qua thư đến Bishop Spencer Place, 4301 Madison Ave., Kansas City, MO 64111.
- St. Louis Children’s tại CoxHealth: Gửi qua thư đến St. Louis Children’s at CoxHealth, Attn: Financial Counselors, 1423 N. Jefferson Ave., Springfield, MO 65802.

Bệnh nhân xác nhận rằng họ đã cố gắng hết sức để cung cấp tất cả thông tin được yêu cầu trong đơn đăng ký giúp bệnh viện xác định xem bệnh nhân có đủ điều kiện để được hỗ trợ tài chính hay không.

Nếu bệnh nhân là cư dân tiểu bang Illinois, không có bảo hiểm và đã nhận các dịch vụ y tế tại Bệnh viện Alton Memorial, Bệnh viện Memorial tại Belleville hoặc Bệnh viện Memorial tại Shiloh, có thể báo cáo mọi khiếu nại hoặc lo ngại về quy trình nộp đơn xin giảm giá cho bệnh nhân không bảo hiểm hoặc quy trình hỗ trợ tài chính của bệnh viện cho Cục Chăm sóc Sức khỏe thuộc

Văn phòng Tổng Chương lý Illinois tại trang web <https://illinoisattorneygeneral.gov/Consumer-Protection/Health-Care/> hoặc gọi số 877-305-5145.

Đánh giá hỗ trợ tài chính

THÔNG TIN BỆNH NHÂN			
Tên bệnh nhân		Ngày sinh	Số An sinh Xã hội của bệnh nhân (Tùy chọn và không bắt buộc)
Chủng tộc (Tùy chọn và không bắt buộc)	Sắc tộc (Tùy chọn và không bắt buộc)	Giới tính (Tùy chọn và không bắt buộc)	Ngôn ngữ ưu tiên (Tùy chọn và không bắt buộc)
BỆNH NHÂN		NGƯỜI CHỊU TRÁCH NHIỆM THANH TOÁN	
Là cư dân Illinois tại thời điểm sử dụng dịch vụ? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>		Tên	
Đường phố		Đường phố	
Thành phố, Tiểu bang ZIP		Thành phố, Tiểu bang ZIP	
Số điện thoại: ()		Số điện thoại: ()	
Email:		Email:	
THÔNG TIN CÔNG VIỆC			
Cơ quan làm việc của Bệnh nhân/Người chịu trách nhiệm thanh toán		Họ tên Vợ/Chồng/Bạn đời/Người giám hộ	
		Cơ quan làm việc của Vợ/Chồng/Bạn đời/Người giám hộ	
THÔNG TIN KHÁC			
1. Bệnh nhân có liên quan đến một vụ tai nạn bị cáo buộc được cho là đã dẫn đến nhu cầu cần sử dụng dịch vụ không?		Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
2. Bệnh nhân có phải là nạn nhân của một tội phạm bị cáo buộc dẫn đến nhu cầu cần sử dụng dịch vụ không?		Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
3. Số người trong gia đình bệnh nhân và/hoặc hộ gia đình?			
4. Tên, mối quan hệ và độ tuổi của những người phụ thuộc* bệnh nhân/người chịu trách nhiệm?			
*Người phụ thuộc có nghĩa là trẻ vị thành niên hoặc bất kỳ người nào được liệt kê là người phụ thuộc trong tờ khai thuế liên bang của bệnh nhân hoặc người chịu trách nhiệm.			

LIỆT KÊ TẤT CẢ CÁC LOẠI BẢO HIỂM TRONG PHẦN DƯỚI ĐÂY LIÊN QUAN ĐẾN DỊCH VỤ ĐÃ NHẬN**

Loại bảo hiểm	Tên bảo hiểm	Mã số hợp đồng	Mã số nhóm
Bảo hiểm y tế			
Medicare			
Bảo hiểm bổ sung Medicare			
Medicaid			
Quyền lợi cựu chiến binh			

THU NHẬP HÀNG THÁNG

(Đính kèm bất kỳ tài liệu nào sau đây làm Bằng chứng thu nhập)

- | | |
|--|--|
| A. Tờ khai thuế gần đây nhất | D. Xác minh thu nhập bằng văn bản từ chủ lao động nếu được trả bằng tiền mặt |
| B. Biểu mẫu W-2 và các mẫu 1099 gần đây nhất | E. Bằng chứng chưa nộp (Mẫu IRS 4506) |
| C. Hai (2) phiếu lương gần đây nhất | |

Thông tin thu nhập phải được cung cấp để xử lý đơn đăng ký của quý vị.

	Bệnh nhân	Vợ/Chồng/Bạn đời	Cha mẹ/Người giám hộ
Tổng tiền lương hàng tháng			
Thu nhập từ việc tự kinh doanh			
An sinh xã hội			
Trợ cấp khuyết tật An sinh xã hội			
Trợ cấp khuyết tật tư nhân			
Trợ cấp khuyết tật cho cựu chiến binh			
Hưu bổng của cựu chiến binh			
Trợ cấp thất nghiệp			
Bồi thường lao động			
Thu nhập từ lương hưu			
Cấp dưỡng nuôi con			
Tiền cấp dưỡng sau ly hôn hoặc Hỗ trợ khác từ vợ/chồng			
Hỗ trợ tạm thời cho các gia đình khó khăn (TANF)			
Khác – Liệt kê cụ thể			

****NGOẠI LỆ:** Nếu bệnh nhân là cư dân tiểu bang Illinois, không có bảo hiểm và nhận dịch vụ tại Bệnh viện Alton Memorial, Bệnh viện Memorial ở Belleville hoặc Bệnh viện Memorial ở Shiloh, đồng thời đáp ứng các tiêu chí mặc nhiên đủ điều kiện được quy định tại mục 77 ILAC 4500.40 hoặc mặc nhiên đủ điều kiện dựa trên thu nhập gia đình, thì bệnh nhân không bắt buộc phải hoàn thành phần này của đơn đăng ký.

Nếu bệnh nhân nộp đơn xin hỗ trợ cho các dịch vụ được cung cấp tại các cơ sở NHSC, bệnh nhân không bắt buộc phải hoàn thành phần thông tin bảo hiểm trong đơn đăng ký. Các cơ sở NHSC của BJC HealthCare bao gồm Văn phòng Y tế Bourbon, Văn phòng Y tế Cuba, Văn phòng Y tế Steelville và Văn phòng Y tế Sullivan thuộc Bệnh viện Missouri Baptist Sullivan Hospital; và Phòng khám Y tế thuộc Trung tâm Y tế Parkland. Các cơ sở NHSC của Saint Luke's bao gồm Phòng khám Quận Allen-Iola, Trung tâm Chăm sóc Gia đình Quận Anderson, Phòng khám Chăm sóc Gia đình Hedrick, Trung tâm Y tế Hedrick, Hiệp hội Chuyên gia Sản/Phụ khoa Hedrick, Phòng khám Quận Mercer Saint Luke's, Bệnh viện Wright Memorial và Nhóm bác sĩ Wright Memorial.

ĐÍNH KÈM THÔNG TIN LIÊN QUAN KHÁC VỀ TÌNH HÌNH TÀI CHÍNH

Tôi xác nhận rằng thông tin trong đơn này là đúng và chính xác nhất theo hiểu biết của tôi. Tôi xác nhận rằng BJC Health mong muốn tôi sẽ nộp đơn xin bất kỳ khoản hỗ trợ nào của tiểu bang, liên bang hoặc địa phương mà tôi có thể đủ điều kiện để giúp chi trả cho hóa đơn bệnh viện này. Tôi hiểu rằng thông tin cung cấp có thể được BJC HealthCare xác minh, và tôi ủy quyền cho BJC Health liên lạc với bên thứ ba để xác minh tính chính xác của thông tin cung cấp trong đơn đăng ký này. Tôi hiểu rằng nếu tôi cung cấp thông tin sai sự thật trong đơn đăng ký này, tôi sẽ không đủ điều kiện để được hỗ trợ tài chính, bất kỳ hỗ trợ tài chính nào đã được cấp cho tôi có thể bị thu hồi, và tôi sẽ chịu trách nhiệm thanh toán (các) hóa đơn.

Chữ ký của bệnh nhân/người chịu trách nhiệm:

Ngày: