

BJC Health 财务援助收入与折扣表

生效日期：2026 年 1 月 15 日

表一：财务援助家庭收入范围

家庭人数	200% FPL	300% FPL
1 人	31,920 美元	47,880 美元
2 人	43,280 美元	64,920 美元
3 人	54,640 美元	81,960 美元
4 人	66,000 美元	99,000 美元
5 人	77,360 美元	100,000 美元
6 人	88,720 美元	100,000 美元
7 人	100,000 美元	100,000 美元
8 人	100,000 美元	100,000 美元

- 家庭人数：家庭人数超过 8 人时，每增加 1 人，即增加 5,680 美元。家庭年收入超过 100,000 美元的患者，无论其家庭人数多少，均不符合财务援助资格。
- FPL：“联邦贫困线”每年由美国卫生与公众服务部确定。

表二：折扣金额与患者自付金额

患者家庭收入	200% FPL 或以下	201 - 300% FPL
患者折扣	100%	80%
灾难性财务援助		
如果发生重大医疗事件，即使患者通常不符合财务援助条件，也可获得援助。在此特殊情况下，患者自付费用不超过其家庭年收入的 20%。		
已故患者		
经确认无在世配偶、无经遗嘱认证的遗产、且相关医疗费用无第三方支付的，已故患者的账单余额可获得 100% 财务援助。		
破产		
经确认相关医疗服务发生在破产期间，且无第三方支付的，破产患者可获得 100% 财务援助。		

伊利诺伊州医院无保险患者折扣法案附表

生效日期：2026 年 1 月 15 日

表三：财务援助家庭收入范围

(仅限在伊利诺伊州医院就诊的无保险伊利诺伊州居民)

家庭人数	200% FPL	300% FPL	600% FPL
1 人	31,920 美元	47,880 美元	95,760 美元
2 人	43,280 美元	64,920 美元	129,840 美元
3 人	54,640 美元	81,960 美元	163,920 美元
4 人	66,000 美元	99,000 美元	198,000 美元
5 人	77,360 美元	116,040 美元	232,080 美元
6 人	88,720 美元	133,080 美元	266,160 美元
7 人	100,080 美元	150,120 美元	300,240 美元
8 人	111,440 美元	167,160 美元	334,320 美元

- 家庭人数：家庭人数超过 8 人时，每增加 1 人，即增加 5,680 美元。
- 过去六个月内已参加以下项目的患者，自动符合 BJC 财务援助资格：妇女、婴儿及儿童营养计划（WIC）、补充营养援助计划（SNAP）、伊利诺伊州免费午餐及早餐计划、低收入家庭能源援助计划（LIHEAP）及其他医疗补助项目。
- FPL：“联邦贫困线”每年由美国卫生与公众服务部确定。

表四：折扣金额与患者自付金额

(仅限在伊利诺伊州医院就诊的无保险伊利诺伊州居民)

患者家庭收入	200% FPL 或以下	201 - 300% FPL	301-600% FPL
患者折扣	100%	80%	70%

灾难性财务援助

如果发生重大医疗事件，即使患者通常不符合财务援助条件，也可获得援助。在此特殊情况下，患者自付费用不超过其家庭年收入的 20%。

已故患者

经确认无在世配偶、无经遗嘱认证的遗产、且相关医疗费用无第三方支付，已故患者的账单余额可获得 100% 财务援助。

破产

经确认相关医疗服务发生在破产期间，且无第三方支付的，破产患者可获得 100% 财务援助。