

# BJC Health 財務援助收入與折扣一覽表

自 2026 年 1 月 15 日起生效

表一：財務援助家庭收入範圍

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

- 家庭人數：若家庭成員超過 8 人，每增加 1 人，需額外增加 \$5,680。家庭年收入超過 \$100,000 之患者，無論家庭人數多寡，均不符合財務援助資格。
- FPL：「聯邦貧窮標準」由 Department of Health and Human Services（美國衛生及公共服務部）每年訂定。

表二：折扣金額與患者自負額

患者家庭收入	200% FPL 或以下	201 - 300% FPL
患者折扣	100%	80%
重大醫療事件財務援助		
若發生重大醫療事件，平常不符合財務援助資格的患者亦可獲得援助。在此特殊情形下，患者自負金額不超過家庭年收入之 20%。		
已故患者		
當確認已故患者無在世配偶、無經遺囑認證的遺產檔案，且相關服務未獲第三方支付方承擔時，其帳務餘額可獲 100% 財務援助。		
破產		
若患者宣告破產，且經確認所接受之醫療服務發生於破產期間內，且該服務未獲第三方支付方承擔費用，則患者將符合資格獲得 100% 之財務援助。		

# 伊利諾州醫院無保險患者折扣法一覽表

自 2026 年 1 月 15 日起生效

## 表三：財務援助家庭收入範圍

(僅適用於伊利諾州醫院就醫之伊利諾州無保險居民)

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

- 家庭人數：若家庭成員超過 8 人，每增加 1 人，需額外增加 \$5,680。
- 過去六個月內曾參加下列計畫之患者，自動符合 BJC 財務援助資格：WIC（婦幼營養補助計畫）、SNAP（食物券計畫）、Illinois Free Lunch and Breakfast Program（伊利諾州免費營養午餐及早餐計畫）、LIHEAP（低所得家庭能源援助計畫）及其他醫療補助計畫。
- FPL：「聯邦貧窮標準」由 Department of Health and Human Services（美國衛生及公共服務部）每年訂定。

## 表四：折扣金額與患者自負額

(僅適用於伊利諾州醫院就醫之伊利諾州無保險居民)

患者家庭收入	200% FPL 或以下	201 - 300% FPL	301 - 600% FPL
患者折扣	100%	80%	70%
重大醫療事件財務援助			
若發生重大醫療事件，平常不符合財務援助資格的患者亦可獲得援助。在此特殊情形下，患者自負金額不超過家庭年收入之 20%。			
已故患者			
當確認已故患者無在世配偶、無經遺囑認證的遺產檔案，且相關服務未獲第三方支付方承擔時，其帳務餘額可獲 100% 財務援助。			
破產			
若患者宣告破產，且經確認所接受之醫療服務發生於破產期間內，且該服務未獲第三方支付方承擔費用，則患者將符合資格獲得 100% 之財務援助。			