

ఫోన్: 314-362-8400 లేదా 855-362-8400 ఇమెయిల్: patacct@bjc.org ఫ్యాక్స్: 314-747-6977

ముఖ్యమైనది: ఉచిత లేదా డిస్కౌంట్ సంరక్షణను పొందడానికి మీరు అర్హత కలిగి ఉండవచ్చు. ఈ అప్లికేషన్ ని పూర్తి చేయడం ద్వారా, మీ వైద్య సంరక్షణ కొరకు మీరు ఉచిత లేదా డిస్కౌంట్ సర్వీసులను పొందగలరా లేదా చెల్లింపులు జరపడంలో సహాయపడగల ఏదైనా ఇతర పబ్లిక్ ప్రోగ్రామ్ల కొరకు అర్హత కలిగి ఉన్నారా లేదా అని తెలుసుకోవడానికి BJCకి సహాయపడుతుంది.

ఒకవేళ మీకు బీమా లేనట్లయితే, ఉచిత లేదా డిస్కౌంట్ సంరక్షణకు అర్హత సాధించడానికి సోషల్ సెక్యూరిటీ నెంబరు అవసరం లేదు. అయితే, మెడికేషన్ తో సహా కొన్ని పబ్లిక్ ప్రోగ్రామ్ల కొరకు సోషల్ సెక్యూరిటీ నెంబరు అవసరం అవుతుంది. సోషల్ సెక్యూరిటీ నెంబరు అవసరం లేదు అయితే ఏదైనా ఇతర పబ్లిక్ కార్యక్రమాలకు మీరు అర్హులూ అనే విషయాన్ని తెలుసుకోవడానికి సహాయపడుతుంది.

ప్రాథమిక బిల్లింగ్ యొక్క తేదీ నుంచి 240 రోజుల్లోగా ఉచిత లేదా డిస్కౌంట్ సంరక్షణ కొరకు అప్లికేషన్ చేయడానికి, దయచేసి ఈ ఫారాన్ని పూర్తి చేసి, దానిని వ్యక్తిగతంగా లేదా మెయిల్ ద్వారా 600 S. Taylor Ave., Mailstop 90-68-112, St. Louis, MO 63110-9930కు పంపండి, లేదా ఎలక్ట్రానిక్ మెయిల్ గా patacct@bjc.orgకు పంపండి లేదా, 314-747-6977కు ఫ్యాక్స్ చేయండి.

రోగి ఆర్థిక సాయానికి అర్హత కలిగి ఉన్నాడా లేదా అనే విషయాన్ని ఆసుపత్రి తెలుసుకోవడంలో సాయం అందించడం కొరకు అప్లికేషన్లో అవసరమైన మొత్తం సమాచారం ఇచ్చేందుకు అతడు లేదా ఆమె అన్ని రకాల దర్యాలు తీసుకున్నట్లుగా రోగి ధృవీకరిస్తున్నాడు.

రోగి సమాచార పత్రం		
రోగి పేరు	పుట్టిన తేదీ	రోగి సోషల్ సెక్యూరిటీ నెంబరు. <small>(ఇచ్చికం మరియు తప్పనిసరిగా అవసరం లేదు)</small>
రోగి	బిల్లు చెల్లించడానికి బాధ్యత వహించే వ్యక్తి	
సేవలు పొందే సమయంలో ఇల్లినాయిస్ పౌరులూ? అవును _____ కాదు _____	పేరు	
వీధి	వీధి	
నగరం, రాష్ట్రం, జిప్ కోడ్	నగరం, రాష్ట్రం, జిప్ కోడ్	
ఫోన్: ()	ఫోన్: ()	
ఇమెయిల్:	ఇమెయిల్:	
ఉద్యోగి సమాచారం		
రోగి యొక్క యజమాని	జీవితభాగస్వామి/భాగస్వామి/సంరక్షకుడి యొక్క యజమాని	
వీధి	వీధి	
నగరం, రాష్ట్రం, జిప్ కోడ్	నగరం, రాష్ట్రం, జిప్ కోడ్	
ఫోన్: ()	ఫోన్: ()	
ఇతర సమాచారం		
1. సేవల అవసరానికి దారితీసిన ఆరోపిత ప్రమాదంలో రోగి నిమగ్నం అయ్యాడా?	అవును _____ కాదు _____	
2. సేవల అవసరానికి దారితీసిన ఆరోపిత నేరంలో రోగి బాధితుడా?	అవును _____ కాదు _____	
3. రోగి యొక్క కుటుంబం మరియు/లేదా నివాసంలో ఎంతమంది వ్యక్తులున్నారు?		
4. రోగిపై ఆధారపడ్డ వ్యక్తుల సంఖ్య* ఎంత?		
5. రోగిపై ఆధారపడ్డవారి* యొక్క వయస్సు ఏమిటి?		
6. సేవల సమయంలో లేదా తరువాత, రోగి విడాకులు తీసుకోవడం లేదా వేరుగా ఉండటంగా లేదా వైవాహికంగా విడిపోయే ప్రక్రియలో నిమగ్నం అయ్యారా?	అవును _____ కాదు _____	
7. సేవల సమయంలో లేదా తరువాత, రోగిపై ఆధారపడ్డవారు విడాకులు తీసుకోవడం లేదా వేరుగా ఉండటంగా లేదా వైవాహికంగా విడిపోయే ప్రక్రియలో నిమగ్నం అయ్యారా?	అవును _____ కాదు _____	
8. 6 లేదా 7 ప్రశ్నల్లో దేనికైనా అవును అనే సమాధానం వచ్చినట్లయితే, విడాకులు లేదా విడిపోయే అగ్రిమెంట్ లేదా ఆర్డర్ ప్రకారం రోగి యొక్క వైద్య సంరక్షణ కొరకు బాధ్యత వహించేది ఎవరు?		
పేరు: _____ సంబంధం: _____		
చిరునామా: _____ నగరం, రాష్ట్రం, జిప్ కోడ్: _____		
ఫోన్: () _____		
* ఆధారపడినవారు అంటే, మరో వ్యక్తి యొక్క ఫెడరల్ టాక్స్ రిటర్నులపై ఆధారపడినట్లుగా జాబితా చేయబడ్డ మైసర్ లేదా ఎవరైనా వ్యక్తి.		

అందుకున్న సర్వీస్ కు సంబంధించిన అన్ని బీమా కవరేజీలను దిగువ జాబితా చేయండి.

బీమా రకం	బీమా పేరు	పాలసీ నెంబరు	గ్రూపు నెంబరు
ఆరోగ్య బీమా			
మెడికేర్			
మెడికేర్ సప్లిమెంట్			
మెడిక్ ఎయిడ్			
వెటరన్స్ టెనిఫిట్లు			

నెలవారీ ఆదాయం మరియు ఖర్చులు **

(ఆదాయ రుజువుగా దిగువ పేర్కొన్న డాక్యుమెంట్లలో వేటివైనా జతచేయండి)

- | | |
|--|---|
| A. అత్యంత ఇటీవల టాక్స్ రిటర్న్ | D. క్యాష్ రూపంలో చెల్లిస్తున్నట్లయితే యజమాని నుంచి రాతపూర్వక ఆదాయ వెరిఫికేషన్ |
| B. అత్యంత ఇటీవల W-2 ఫారం మరియు 1099 ఫారాలు | E. నాన్ పైలింగ్ యొక్క రుజువు (IRS ఫారం 1722) |
| C. రెండు (2) అత్యంత ఇటీవల పే స్టేట్లు | |

మీ అప్లికేషన్ ని ప్రాసెస్ చేయడం కొరకు ఆదాయ సమాచారాన్ని విధిగా అందించాలి

	రోగి	జీవితభాగస్వామి/భాగస్వామి	తల్లిదండ్రులు/ సంరక్షకుడు
నెలవారీ స్థూల వేతనాలు			
స్వయం ఉపాధి ఆదాయం			
సామాజిక భద్రత			
సామాజిక భద్రతా వైకల్యత			
ప్రైవేట్ వైకల్యత			
వెటరన్స్ వైకల్యత			
వెటరన్స్ పెన్షన్			
నిరుద్యోగం			
వర్కర్ల నష్టపరిహారం			
రిటైర్మెంట్ ఆదాయం			
చైల్డ్ సపోర్ట్			
భరణం లేదా ఇతర జీవితభాగస్వామి మద్దతు			
అవసరం ఉన్న కుటుంబాల కొరకు తాత్కాలిక సాయం (TANF)			
ఇతరాలు, జాబితా చేయండి			

ఖర్చులు	నెలవారీ ఖర్చు
ఆవాసం	
యుటిలిటీలు(అంట. టెలిఫోన్, గ్యాస్, ఎలక్ట్రిక్, నీరు)	
ఆహారం	
శిశు సంరక్షణ	
రవాణా	
వైద్య ఖర్చులు	
ఇతర వ్యయాలు	

**** మినహాయింపులు:** ఒకవేళ రోగి ఇల్లినాయిస్ నివాసితుడై, బీమా లేకుండా ఉండి, ఆల్టర్నెట్ మెమోరియల్ ఆసుపత్రి వద్ద సేవల్ని పొందుతూ మరియు 77 ILAC 4500.40లో పేర్కొనబడ్డ అర్హతా ప్రమాణాలను లేదా కుటుంబ ఆదాయం ద్వారా మరోవిధంగా అర్హతను కలిగి ఉన్నట్లయితే, రోగి అప్లికేషన్ యొక్క ఈ విభాగాన్ని పూర్తి చేయాల్సిన అవసరం లేదు. **NHSC** సైటల్ ద్వారా అందించే సేవలకు సంబంధించి ఒకవేళ రోగి సాయం కొరకు అప్లికేషన్ చేస్తున్నట్లయితే, అప్లికేషన్ యొక్క బీమా మరియు వ్యయాల సెక్షన్లను రోగి పూర్తి చేయాల్సిన అవసరం లేదు. **NHSC** సైట్లో బార్డర్స్ మెడికల్ ఆఫీసు, క్యూబా మెడికల్ ఆఫీసు, స్టేట్విల్లి మెడికల్ ఆఫీసు, సుల్లివాన్ మెడికల్ ఆఫీస్ మరియు మెడికల్ ఆర్ట్స్ క్లినిక్- ఫర్మింగ్టన్.

ఆర్థిక పరిస్థితికి సంబంధించిన ఇతర శాశ్వత సమాచారం జతచేయండి

సర్టిఫికేషన్: పైన పేర్కొన్న సమాచారం సత్యం మరియు నా యొక్క అత్యుత్తమ పరిజ్ఞానం మేరకు సత్యాలని నేను ధృవీకరిస్తున్నాను. ఈ ఆసుపత్రి బిల్లు చెల్లించడం సాయపడటంలో నేను అర్హత సాధించే ఏదైనా రాష్ట్రం, ఫెడరల్ లేదా లోకల్ సాయానికి నేను అప్లై చేస్తాను. నా ద్వారా అందించబడ్డ సమాచారం BJC హెల్త్కేర్ ద్వారా వెరిఫై చేయబడుతుందని, మరియు ఈ అప్లికేషన్లో అందించబడ్డ సమాచారం యొక్క కచ్చితత్వాన్ని వెరిఫై చేయడం కొరకు తృతీయపక్షాలను సంప్రదించడం కొరకు నేను వారికి అధికారాన్ని అందిస్తున్నాను. ఈ అప్లికేషన్లో నేను తెలిసి తప్పుగా సమాచారాన్ని అందించినట్లయితే, ఆర్థిక సాయం కొరకు నేను అర్హత కలిగి ఉండనని, నాకు మంజూరు చేయబడే ఏదైనా ఆర్థిక సాయం రిజర్వ్లో ఉంచబడుతుందని, మరియు బిల్లు(లు) చెల్లించేందుకు నేను బాధ్యత వహించాల్సి ఉంటుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

రోగి/బాధ్యతాయుతమైన పక్షం యొక్క సంతకం:

తేదీ:

అమల్లోనికి వచ్చేది: 1/01/2016 ఆర్థిక సాయం మదింపు 01/2016