

Važno: MOŽDA STE KVALIFIKOVANI DA PRIMITE BESPLATNU ILI NJEGU PO SNIŽENOJ CIJENI. Popunjavanje ove aplikacije će pomoći BJC HealthCare-u da ustanovi da li možete primiti besplatne ili usluge po sniženim cijenama, te da li ste kvalifikovani za druge državne programe koji vam mogu pomoći da platite svoju zdravstvenu njegu.

AKO NISTE OSIGURANI, SOCIJALNI BROJ NIJE POTREBAN DA BI SE KVALIFIKOVALI ZA BESPLATNU ILI NJEGU PO SNIŽENOJ CIJENI. Međutim, socijalni broj je potreban za neke državne programe, uključujući Medicaid. Nije neophodno da nam date svoj socijalni broj ali bi pomoglo bolnici da ustanovi ako ste kvalifikovani za neki od državnih programa.

Molimo, popunite ovaj formular i donesite ga u bolnicu lično, pošaljite poštom na adresu 600 S. Taylor Ave., Mailstop 90-68-112, St. Louis, MO 63110-9930, putem email adrese: patacct@bjc.org, ili faksom na 314-747-6977 kako bi aplicirali za besplatnu ili njegu po sniženoj cijeni u roku od 240 dana nakon što ste primili svoj prvi račun.

Pacijent potvrđuje da on/ona nastoji da navede sve informacije koje se zahtijevaju u aplikaciji da bi pomogao/pomogla bolnici da ustanovi da li se pacijent kvalifikuje za financijske olakšice.

INFORMACIJE O PACIJENTU

Ime Pacijenta	Datum Rođenja	Socijalni Broj Pacijenta <small>(Nije obavezno)</small>
Pacijent	Osoba Odgovorna za Račun	
Da li stanujete u Illinois-u za vrijeme usluga? Da _ Ne _	Ime	
Ulica	Ulica	
Grad, Država ZIP (poštanski broj)	Grad, Država, ZIP (poštanski broj)	
Telefon: ()	Telefon: ()	
Email:	Email:	

INFORMACIJE O POSLODAVCU

Pacijentovo Mjesto Zaposlenja	Mjesto Zaposlenja Supružnika/Partnera/Staratelja
Ulica	Ulica
Grad, Država ZIP (poštanski broj)	Grad, Država ZIP (poštanski broj)
Telefon: ()	Telefon: ()

DRUGE INFORMACIJE

1. Da li je pacijent bio u navodnoj nesreći koja je dovela do potrebe za njegovom?	Da _____ Ne _____
2. Da li je pacijent žrtva navodnog kriminala koji je doveo do potrebe za njegovom?	Da _____ Ne _____
3. Broj osoba u pacijentovoj obitelji i/ili domaćinstvu.	
4. Broj osoba koji su pacijentovi uzdržanici.	
5. Koje su dobi pacijentovi uzdržanici?	
6. Da li je pacijent razveden, rastavljen, ili u procesu razvoda braka za vrijeme ili nakon pružanja usluga?	Da _____ Ne _____
7. Da li je pacijent bio uzdržanik roditelja koji je razveden, rastavljen, ili u procesu razvoda braka za vrijeme ili nakon pružanja usluga?	Da _____ Ne _____
8. Ako ste odgovorili sa da na pitanje 6 ili 7, ko je odgovoran za zdravstvenu njegu pacijenta po dogovoru ili brakorazvodnom nalogu?	
Ime: _____	Srodstvo: _____
Adresa: _____ Grad, Država Zip (poštanski broj): _____	
Telefon: () _____	
*Uzdržanik je maloljetnik ili bilo koja osoba navedena kao uzdržanik na državnom obračunu poreza druge osobe.	

NAVEDITE SVA OSIGURANJA U SEKCIJI ISPOD KOJA SU POVEZANA SA PRIMLJENIM USLUGAMA**

Vrsta Osiguranja	Naziv Osiguranja	Broj Police	Broj Grupe
Zdravstveno Osiguranje			
Medicare			
Medicare Dodatak			
Medicaid			
Beneficije za Veterane			

MJESEČNA ZARADA I TROŠKOVI**

(Priložite bilo koji od slijedećih dokumenata kao dokaz o zaradi)

- | | |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| A. Najnoviji obračun poreza | D. Pismena potvrda o zaradi od poslodavca ako ste plaćeni kešom |
| B. Najnoviji w-2 formular i 1099 formular | E. Dokaz o ne-ispunjavanju poreza (IRS Formular 1722) |
| C. Dva (2) najnovija odreska od čekova | |

Informacije o zaradi moraju biti priložene da bi se vaša aplikacija obradila

	Pacijent	Supružnik/Partner	Roditelji/Staratelji
Bruto Mjesečna Zarada			
Zarada Privatnog Poduzetništva			
Primanja od Socijalne Zaštite			
Socijalna Zaštita - Invalidnina			
Privatna Invalidnina			
Veteranska Invalidnina			
Veteranska Penzija			
Primanja sa biroa za nezaposlene			
Radnička Nadoknada			
Penziona Primanja			
Dječija Alimentacija			
Alimentacija za supružnika			
Privremena pomoć za porodice sa finansijskim problemima			
Drugo, navedite			

TROŠKOVI

MJESEČNI TROŠKOVI

Stanarina	
Režije (npr. Telefon, Plin, Struja, Voda)	
Hrana	
Vrtić	
Prevoz	
Medicinski Računi	
Drugi Troškovi	

****Izuzeci: Ako pacijent živi u Illinoisu, neosiguran je, i prima njegu od Alton Memorial Bolnice i ispunjava pretpostavljene uslove opisane u 77 ILAC 4500.40 ili je kvalifikovan zbog zarade domaćinstva, pacijent ne mora da ispunjava ovu sekciju aplikacije.**

Ako pacijent aplicira za pomoć koja se odnosi na usluge pružene na NHSC lokacijama, pacijent ne mora da ispunjava dio aplikacije o osiguranju i troškovima. NHSC lokacije uključuju Bourbon Medical office, Cuba Medical Office, Steelville Medical Office, Sullivan Medical Office and Medial Arts Klinika – Farmington.

PRILOŽITE DRUGE VAŽNE INFORMACIJE KOJE SE ODOSE NA FINANCIJSKU SITUACIJU

Potvrda: Potvrđujem da su inofrmacije na ovoj aplikaciji tačne i istinite u skladu s mojim najboljim znanjem. Ja ću aplicirati za pomoć na državnom (Missouri), federalnom (SAD) ili lokalnom nivou za koje sam kvalifikovan/kvalifikovana što bi mi pomoglo da platim bolnički račun. Razumijem da navedene informacije mogu biti provjerene od strane BJC HealthCare, i dajem saglasnost da kontaktiraju treće lice da provjere ispravnost informacija navedenih na ovoj aplikaciji. Razumijem da, ukoliko svjesno dam netačne informacije na ovoj aplikaciji, neću biti kvalifikovan/kvalifikovana za finansijske olakšice, finansijske olakšice već pružene će biti povučene, i ja ću biti odgovoran/odgovorna za plaćanje računa.

Potpis Pacijenta/Odgovornog Lica:

Datum: