

Wichtig: SIE ANSPRUCH kostenlos oder verbilligt Betreuung. as Abschließen dieser Anwendung hilft BJC Healthcare zu bestimmen , wenn Sie freie oder ermäßigte Leistungen erhalten oder sind für andere öffentliche Programme, die Bezahlung für Ihren Gesundheitsfürsorge helfen können.

WENN SIE nicht versichert sind , eine Zahl der sozialen Sicherheit nicht erforderlich, um kostenlose oder verbilligte CARE qualifizieren. Jedoch wird eine Sozialversicherungsnummer für einige öffentliche Programme, einschließlich Medicaid erforderlich. Die Bereitstellung einer Sozialversicherungsnummer ist nicht erforderlich, jedoch wird Ihnen helfen, das Krankenhaus festzustellen, ob Sie für die öffentlichen Programme zu qualifizieren.

Bitte füllen Sie dieses Formular aus und schicken Sie es an das Krankenhaus in Person , per Post bei 600 S. Taylor Ave., Mailstop 90-68-112 , St. Louis, MO 63110-9930 , per E-Mail , um pataacct@bjc.org~~V oder per Fax 314-747-6977 , um kostenlose oder verbilligte Pflege innerhalb von 240 Tagen nach dem Zeitpunkt der erstmaligen Abrechnung gelten.

Patient erkennt an, dass er oder sie hat eine aufrichtige Bemühung , alle in der Anwendung , um das Krankenhaus zu bestimmen, ob der Patient für eine finanzielle Unterstützung zu unterstützen angeforderten Informationen gemacht.

PATIENT INFORMATION

Name des Patienten	Geburtsdatum	Patienten Social Security No. <small>(Optional und nicht erforderlich)</small>
Geduldig	Verantwortlich für Rechnung	
Einwohner von Illinois , wenn ein Service? Ja ___ Nein ___	Name	
Straße	Straße	
Stadt, Staat, PLZ	Stadt, Staat, PLZ	
Telefon: ())	Telefon: ())	
Email:	Email:	

Beschäftigung Information

Arbeitgeber Patienten	Ehegatten/ Partner / Guardian Arbeitgeber des Ehepartners
Straße	Street
Stadt, Staat, PLZ	Stadt, Staat, PLZ
Telefon: ())	Telefon: ())

ANDERE INFORMATION

1. War der Patient in einer angeblichen Unfall, der auf die Notwendigkeit von Dienstleistungen geführt beteiligt?	Ja _____ Nein _____
2. War der Patient Opfer einer angeblichen Verbrechen, das auf den Bedarf an Dienstleistungen geführt?	Ja _____ Nein _____
3. Anzahl der Personen in der Familie und / oder Haushalt des Patienten?	
4. Anzahl der Personen, die unterhalts * des Patienten?	
5. Was sind das Alter der Familienangehörigen * des Patienten?	
6. Zum Zeitpunkt der Dienstleistung oder später wurde / wird der Patient geschieden oder getrennt oder in einer ehelichen Auflösung Verfahren betroffen?	Ja _____ Nein _____
7. Zum Zeitpunkt der Dienstleistung oder später ist / war der Patient ein abhängiger von einem Elternteil, geschieden oder getrennt wird oder in einer ehelichen Auflösung Verfahren betroffen?	Ja _____ Nein _____
8. Wenn ja , um beide Fragen 6 oder 7, wer ist dann für die medizinische Versorgung des Patienten pro die Scheidung oder Trennung Vereinbarung oder um verantwortlich?	
Name: _____	Beziehung: _____
Address: _____ Stadt, Staat, PLZ: _____	
Telefon: (_____) _____	

*Abhängig bedeutet eine geringfügige oder jede Person, die als abhängig von einer anderen Person föderalen Steuererklärung aufgeführt ist.

Versicherungstyp	Versicherungen Namen	Versicherungsnummer	Gruppennummer
Krankenversicherung			
Medicare			
Medicare Supplement			
Medicaid			
Veterans' Benefits			

MONATLICHEN EINNAHMEN UND AUSGABEN**

(Befestigen Sie eine der folgenden Unterlagen als Nachweis des Einkommens)

- | | |
|---|---|
| A. Neueste Steuererklärung | D. Geschrieben Einkommen Überprüfung von einem Arbeitgeber , wenn bar bezahlt |
| B. Neueste Formular W-2 und 1099 Formen | E. Der Nachweis der Nicht- Einreichung (IRS-Formular 1722) |
| C. Zwei (2) jüngste Gehaltsabrechnungen | |

Gewinn- und Verlustinformationen müssen, um die Bearbeitung Ihrer Bewerbung zur Verfügung gestellt werden

	Geduldig	Ehepartner / Partner	Die Eltern / Erziehungsberechtigten
Bruttomonatslohn			
Einkommen aus selbständiger Tätigkeit			
Sozialversicherung			
Soziale Sicherheit Behinderung			
Private Behinderung			
Veteranen Behinderung			
Veteranenrente			
Arbeitslosigkeit			
Arbeiter Entschädigung			
Alterseinkünfte			
Kindunterhalt			
Unterhaltszahlungen oder andere Ehegattenunterhalt			
Temporäre Unterstützung für bedürftige Familien (TANF)			
Andere , Liste			

KOSTEN	MONATLICHE SPESEN
Gehäuse	
Versorgungsleistungen (dh . Telefon, Gas , Strom, Wasser)	
Essen	
Kinderbetreuung	
Transport	
Medizinische Ausgaben	
Andere Ausgaben	

****AUSNAHMEN:** Wenn der Patient ist ein Einwohner von Illinois, ist nicht versichert und erhält Leistungen bei Alton Memorial Hospital und erfüllt die in 77 beschriebenen ILAC 4.500,40 mutmaßlichen Förderkriterien oder anderweitig mutmaßlich die auf Grund des Familieneinkommens wird der Patient nicht verpflichtet, diesen Abschnitt der kompletten Anwendung.

Wenn Patienten ist die Anwendung für die Unterstützung der Dienste auf NHSC Websites bereitgestellt Zusammenhang wird der Patient nicht verpflichtet, die Versicherung und Kosten Abschnitte der Anwendung zu vervollständigen . NHSC Websites gehören Bourbon Medical office, Cuba Medical Office , Steelville Medical Office , Sullivan Medical Office und Medial Arts Clinic - Farmington.

ATTACH SACHDIENLICHE HINWEISE AUF FINANZLAGE

BESCHEINIGUNG: Ich bestätige , dass die in diesem Antrag wahr und nach bestem Wissen und Gewissen . Ich werde für alle Landes-, Bundes- oder lokale Unterstützung , für die kann ich berechtigt zu helfen, zahlen für dieses Krankenhaus bill anzuwenden. Ich verstehe, dass die zur Verfügung gestellten Informationen kann durch BJC Healthcare überprüft werden , und ich ermächtige sie an Dritte zu kontaktieren , um die Richtigkeit der Informationen in dieser Anwendung zu überprüfen. Ich verstehe, dass , wenn ich wissentlich unwahre Angaben in diesem Antrag werde ich nicht für eine finanzielle Unterstützung zu sein, jede finanzielle Unterstützung gewährt mir umgekehrt werden kann , und ich werde für die Begleichung der Rechnung (en) verantwortlich sein.

Patient / Verantwortlicher Hersteller Signature:

Datum: