

재정 지원 평가

전화 번호: 314-362-8400 또는 855-362-8400 이메일: patacct@bjc.org 팩스: 314-747-6977

중요: 귀하는 **할인된 또는 무료 치료를 받을 수 있는 자격이 될 수 있습니다.** 이 신청서 작성은 귀하가 할인된 또는 무료 서비스를 받을 수 있는지 또는 귀하의 보건 진료를 대신 지불하는 다른 공공 프로그램 자격이 되는지 BJC 헬스케어 결정하는데 도움이 됩니다.

무보험인 경우, 할인된 또는 무료 치료를 받기 위한 자격을 갖추기 위한 소셜시큐리티 번호는 필요하지 않습니다. 그렇지만, 소셜시큐리티 번호는 메디케이드를 포함한 일부 공공 프로그램에서 필요합니다. 소셜시큐리티 번호를 제공하는 것이 요구사항은 아니지만 병원이 모든 공공 프로그램에 대한 귀하의 자격을 결정하는 데 도움이 됩니다.

이 양식을 작성해서 병원 직원에게 제출하십시오. 할인된 또는 무료 치료를 위한 신청은 첫 청구서를 받은 날로부터 240 일 안에 우편으로 보내야 합니다. 주소는: 600 S. Taylor Ave., Mailstop 90-68-112, St. Louis, MO 63110-9930, 이메일은 patacct@bjc.org, 또는 팩스 314-747-6977 로 신청하십시오.

병원이 환자의 재정 지원을 받을 수 있는 자격 여부를 결정하는 데 필요한 모든 정보를 병원에게 제공하기 위해 환자가 최선을 다했음을 인정합니다.

환자 정보	
환자 이름	생년월일 환자 소셜시큐리티 번호 <small>(선택적, 필수적이지 않음)</small>
환자	청구서에 대한 책임자
서비스 이용시 일리노이 주 거주자? 예 ____ 아니오 ____	이름
거리	거리
시, 주, 우편 번호	시, 주, 우편 번호
전화 번호: ()	전화 번호: ()
이메일:	이메일:
고용 정보	
환자의 고용주	배우자/부모/보호자의 고용주
거리	거리
시, 주, 우편 번호	시, 주, 우편 번호
전화 번호: ()	전화 번호: ()
기타 정보	
1. 환자가 서비스를 필요로 하게 만든 의혹 사고에 관련있습니까?	예 ____ 아니오 ____
2. 환자가 서비스를 필요로 하게 만든 의혹 범죄의 피해자 입니까?	예 ____ 아니오 ____
3. 환자의 가족 및/또는 가구의 사람의 수	
4. 환자가 부양하는* 사람의 수	
5. 환자가 부양하는* 사람의 나이	
6. 환자가 서비스를 받는 동안 또는 후에 이혼 또는 별거 또는 이혼 소송에 관여했습니까?	예 ____ 아니오 ____
7. 환자가 서비스를 받는 동안 또는 후에 이혼 또는 별거 또는 이혼 소송에 관여된 부모의 부양 가족입니까?	예 ____ 아니오 ____
8. 예인 경우 질문 6 또는 7, 이혼 또는 별거 등의 또는 명령에 따라 누가 환자의 의료에 책임이 있습니까?	
이름: _____	관계: _____
주소: _____ 시, 주, 우편 번호: _____	
전화 번호: () _____	
*부양의 의미는 미성년자 또는 다른 사람의 연방 세금 보고서에 부양 가족으로 나와있는 사람을 의미합니다.	

아래 섹션에서 받은 서비스에* 관련된 모든 보험 적용 범위를 기입하십시오.

보험 종류	보험 이름	보험 번호	그룹 번호
건강 보험			
메디케어			
메디케어 보조			
메디케이드			
재향 군인 혜택			

매월 수입과 지출**

(소득 증명으로 다음의 서류 중 하나를 첨부하십시오.)

- A. 가장 최근 세금 보고서
- B. 가장 최근 w-2 양식과 1099 양식
- C. 2 개의 가장 최근 급여 명세서
- D. 현금으로 지불하는 경우 고용주로부터 받은 소득 확인서
- E. 비 서류 정리의 증거 (IRS 양식 1722)

소득 정보는 귀하의 신청서를 진행하기 위해 반드시 제공해야 합니다.

	환자	배우자/동반자	부모/보호자
총 월별 임금			
자영업 소득			
사회 보장(소셜시큐리티)			
사회 보장 장애			
사적인 장애			
재향 군인의 장애			
재향 군인의 연금			
실업			
산재 보상			
노후 소득			
자녀 양육			
위자료 또는 다른 배우자의 지원			
빈곤 가족을 위한 임시 지원 (TANF)			
기타 목록			

지출	월별 지출
주거	
공공 요금(예, 전화, 가스, 전기, 물)	
식품	
자녀 양육	
교통	
의료 지출	
기타 지출	

****예외:** 일리노이 주에 거주하는 무보험 환자가 알튼 메모리얼 병원에서 서비스를 받을 수 있고 77 ILAC 4500.40 에 설명된 추정 자격 기준을 충족하거나 가족 소득 가치에 의한 추정적 자격인 경우, 환자는 신청서의 이 섹션을 기입할 필요가 없습니다.

환자가 NHSC 사이트에서 제공하는 서비스와 관련된 지원을 신청하는 경우 환자는 신청서의 보험과 지출 부분은 기입할 필요가 없습니다. NHSC 사이트는 부르본 진료소, 쿠바 진료소, 스틸빌 진료소, 설리반 진료소 및 메디칼 칼트 클리닉(퍼밍톤)을 포함합니다.

재정 상황에 관련 다른 기타 관련 정보를 첨부

증명서: 나는 이 신청서에 있는 정보가 사실이고 정확하다는 것을 증명합니다. 나는 병원 청구서 지불 도움을 받기 위해 주, 연방, 지역 지원을 신청할 것 입니다. 나는 내가 제공한 정보가 BJC 헬스케어에 의해 검증될 수 있음을 알고, 나는 이 신청서에 제공된 정보의 정확성을 확인하기 위해 타사에 연락할 수 있는 권한을 부여합니다. 내가 이 신청서에 정확하지 않은 정보를 제공할 경우, 나는 재정 지원 자격이 없게 될 것이며 나에게 부여된 재정 지원이 파기될 수 있다는 알고, 내가 청구서 지불에 책임이 있음을 압니다.

환자/책임자 서명:

날짜: