

مهم: شما باید واجد شرایط دریافت مراقبت رایگان یا مراقبت همراه با تخفیف باشید. پر کردن این فرم به مرکز خدمات درمانی BJC کمک خواهد کرد که تشخیص دهد که آیا شما واجد شرایط دریافت مراقبت رایگان یا مراقبت همراه با تخفیف و یا دیگر برنامه‌هایی که به شما در پرداخت هزینه مراقبت درمانی کمک می‌کند، هستید یا خیر.

اگر تحت پوشش بیمه نیستید، برای واجد شرایط بودن جهت دریافت مراقبت رایگان یا مراقبت همراه با تخفیف به شماره تأمین اجتماعی نیاز ندارید. هرچند، یک شماره تأمین اجتماعی برای برنامه‌های عمومی از جمله Medicaid مورد نیاز است. ارائه شماره تأمین اجتماعی اگر چه الزامی نیست اما به بیمارستان در تشخیص این امر که شما واجد شرایط دریافت هرگونه برنامه عمومی هستید یا خیر کمک خواهد کرد.

لطفاً این فرم را پر کنید و آن را حضوراً به بیمارستان تحویل دهید یا از طریق پست به آدرس 600 S. Taylor Ave., Mailstop 90-68-112, St. Louis, MO 63110-9930 و یا از طریق پست الکترونیکی به آدرس patacct@bjc.org برای بیمارستان ارسال کنید.

بیمار تصدیق می‌کند که نهایت تلاش صادقانه خود را برای ارائه تمام اطلاعات درخواست شده در تقاضا نامه انجام داده است تا از این طریق به بیمارستان در تشخیص این امر که آیا او واجد شرایط دریافت کمک مالی هست یا خیر یاری رساند.

اطلاعات بیمار	
نام بیمار	تاریخ تولد
شماره تأمین اجتماعی بیمار (اختیاری است و نه الزامی)	شماره تأمین اجتماعی بیمار (اختیاری است و نه الزامی)
بیمار	فرد مسنول (پرداخت) صورتحساب
آیا در زمان دریافت خدمات ساکن Illinois بوده است؟ بله ___ خیر ___	نام
خیابان	خیابان
شهر، ایالت، کد پستی	شهر، ایالت، کد پستی
تلفن: ()	تلفن: ()
ایمیل:	ایمیل:
اطلاعات شغلی	
کارفرمای بیمار	کارفرمای همسر/ شریک زندگی/ سرپرست
خیابان	خیابان
شهر، ایالت، کد پستی	شهر، ایالت، کد پستی
تلفن: ()	تلفن: ()
اطلاعات دیگر	
1. آیا ادعا می‌شود که بیمار در یک تصادف که منتهی به نیاز به این خدمات شده است، شرکت داشته؟	بله ___ خیر ___
2. آیا ادعا می‌شود که بیمار قربانی جنایتی است که منتهی به نیاز به این خدمات شده است؟	بله ___ خیر ___
3. خانواده و/یا خانوار بیمار از چند عضو تشکیل شده است؟	
4. چند نفر تحت تکفل* بیمار هستند؟	
5. افراد تحت تکفل* بیمار چند ساله هستند؟	
6. آیا در زمان دریافت خدمات و یا پس از آن، بیمار مطلقه یا متارکه کرده و یا درگیر یک جریان قطع روابط زناشویی است/ بوده است؟	بله ___ خیر ___
7. آیا در زمان دریافت خدمات و یا پس از آن، بیمار تحت تکفل یکی از والدین خود که طلاق گرفته یا متارکه کرده و یا درگیر یک جریان قطع روابط زناشویی است/ بوده است می‌باشد/ بوده است؟	بله ___ خیر ___
8. اگر پاسخ به هر یک از سوالات 6 یا 7 مثبت است، پس بر اساس توافقنامه یا حکم طلاق یا متارکه چه کسی مسئولیت مراقبت درمانی بیمار را بر عهده دارد؟	
نام	نسبت:
آدرس	شهر، ایالت، کد پستی:
تلفن: ()	
*فرد تحت تکفل، یعنی فرد صغیر یا هر فردی که در اظهارنامه مالیاتی فدرال از او به عنوان تحت تکفل دیگری نام برده شده است.	
تمام پوشش‌های بیمه موجود در بخش زیر را که به خدمات دریافتی مرتبط هستند بنویسید**	
نوع بیمه	نام بیمه
شماره بیمه	شماره بیمه‌نامه
شماره گروه	
بیمه درمانی	

			Medicare
			متعم Medicare
			Medicaid
			مزایای سربازان بازنشسته

درآمد و هزینه‌های ماهیانه*
(هر کدام از اسناد زیر را به عنوان مدرکی بر درآمد پیوست کنید)

الف. جدیدترین اظهارنامه مالیاتی
د. گواهی کتبی درآمد از کارفرما در صورتی که پرداخت بصورت نقدی انجام گرفته است
ب. جدیدترین فرم W-2 و فرم‌های 1099
ه. مدرک عدم تشکیل پرونده (فرم اداره‌ی وصول مالیات‌های درون مرزی 1722)

ج. دو (2) مورد از تازه‌ترین ته چک‌ها

برای رسیدگی به درخواست شما باید اطلاعات مربوط به درآمد ارائه شود

والدین/ سرپرست	همسر/ شریک زندگی	بیمار	
			دستمزد ناخالص ماهیانه
			درآمد حاصل از شغل آزاد
			تأمین اجتماعی
			از کار افتادگی تأمین اجتماعی
			بیمه از کار افتادگی شخصی
			از کار افتادگی سربازان بازنشسته
			مستمری سربازان بازنشسته
			بیکاری
			گرامت کارگران
			درآمد بازنشستگی
			حمایت از کودک
			نفقه یا دیگر کمک‌های (مالی) به همسر
			کمک موقت برای خانواده‌های نیازمند (TANF)
			دیگر موارد، نام ببرید

هزینه‌های ماهیانه	هزینه‌ها
	مسکن
	خدمات رفاهی (یعنی تلفن، گاز، برق، آب)
	غذا
	مراقبت از کودک
	حمل و نقل
	هزینه‌های پزشکی
	دیگر هزینه‌ها

*هزینه‌ها: اگر بیمار ساکن Illinois می‌باشد، فاقد بیمه است و خدمات بیمارستان Alton Memorial را دریافت می‌کند و معیارهای احتمالی برای واجد شرایط بودن را که در 77ILAC 4500.40 (آزمایشگاه بین المللی اعتباربخشی همکاری) بیان شده است دارد و یا به واسطه درآمد خانواده قابلیت احتمالی را بدست آورده است، نیازی به پر کردن این بخش از تقاضانامه را ندارد.
اگر بیمار متقاضی کمک مرتبط با خدمات ارائه شده در مناطق واحد خدمات درمانی ملی (NHSC) شامل دفتر پزشکی Bourbon، دفتر پزشکی Cuba، دفتر پزشکی Steelville، دفتر پزشکی Sullivan و درمانگاه Medial Arts واقع در Farmington است.

دیگر اطلاعات مرتبط با وضعیت مالی را پیوست کنید

گواهینامه: گواهی می‌دهم که اطلاعات موجود در این تقاضانامه در حدود دانش من درست و صحیح هستند. من جهت کمک به پرداخت صورتحساب این بیمارستان، متقاضی دریافت هرگونه کمک ایالتی، فدرالی یا محلی که واجد شرایط آن هستم خواهم شد. می‌دانم که اطلاعات ارائه شده ممکن است توسط مرکز خدمات درمانی BJC تأیید شود و من به آنها اجازه تماس گرفتن با شخص ثالث را برای تأیید صحت اطلاعات موجود در این تقاضانامه می‌دهم. می‌دانم که اگر از روی عمد اطلاعاتی ناصحیح را در این تقاضا نامه ارائه دهم واجد شرایط کمک مالی نخواهم بود و ممکن است هرگونه کمک مالی که به من ارائه شده است باز پس گرفته شود و من مسئول پرداخت صورتحساب(ها) خواهم بود.

تاریخ:

امضای بیمار/ عضو مسئول