

# Vlerësimi i ndihmës financiare

Telefon: 314-362-8400 ose 855-362-8400 | Email: [patacct@bjc.org](mailto:patacct@bjc.org) | Faks: 314-747-6977

E rëndësishme: **JU MUND TË KUALIFIKOHENI PËR TË MARRË KUJDES SHËNDETËSOR FALAS OSE ME ZBRITJE.** Plotësimi i këtij aplikimi do të ndihmojë BJC HealthCare të përcaktojë nëse mund të merrni shërbime falas ose me zbritje ose keni të drejtë për programe të tjera publike që mund të ndihmojnë në pagesën e kujdesit tuaj shëndetësor.

**NËSE NUK JENI I SIGURUAR, NUK KËRKOHET NUMRI I SIGURIMEVE SHOQËRORE PËR KUALIFIKIMIN PËR KUJDES SHËNDETËSOR FALAS OSE ME ZBRITJE.** Sidoqoftë, kërkohet një numër i sigurimeve shoqërore për disa programe publike, përfshirë Medicaid. Ofrimi i një numri të sigurimeve shoqërore nuk kërkohet, por do ta ndihmojë spitalin të përcaktojë nëse kualifikoheni për ndonjë program publik.

Ju lutemi plotësoni këtë formular dhe dorëzoheni personalisht në spital, me postë në P.O. Box 790024, St. Louis, MO 63179-0024, me postë elektronike në [patacct@bjc.org](mailto:patacct@bjc.org), ose me faks në 314-747-6977 për të aplikuar për kujdes shëndetësor falas ose me zbritje brenda 240 ditëve nga data e faturimit fillestar.

Pacienti pranon se ai ose ajo ka ofruar me mirëbesim të gjithë informacionin e kërkuar në aplikim për të ndihmuar spitalin në përcaktimin nëse pacienti ka të drejtë për ndihmë financiare.

Nëse pacienti është banor i Illinois, është i pasiguarur dhe ka marrë shërbime në Spitalin Memorial Alton, Spitalin Memorial Belleville ose Spitalin Memorial Shiloh, ankesat ose shqetësimet në lidhje me procesin e aplikimit për zbritjen e pacientit të pasiguarur ose procesin e ndihmës financiare në spital mund të raportohen në Zyrën e Kujdesit Shëndetësor të Prokurorit të Përgjithshëm të Illinois në faqen e internetit <https://www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/healthcare.html> ose duke telefonuar në 877-305-5145.

# Vlerësimi i ndihmës financiare

Telefon: 314-362-8400 ose 855-362-8400 | Email: patacct@bjc.org | Faks: 314-747-6977

INFORMACIONI I PACIENTIT			
Emri i pacientit		Data e lindjes	Nr. i Sigurimeve Shoqërore të Pacientit. (Opsional dhe nuk është i nevojshëm)
Raca (Opsionale dhe nuk është e nevojshme)	Përkatësia etnike (Opsionale dhe nuk është e nevojshme)	Seksi (Opsional dhe nuk është i nevojshëm)	Gjuha e preferuar (Opsionale dhe nuk është e nevojshme)
Pacienti		Personi përgjegjës për faturën	
A jeni banor i Illinois në kohën e shërbimit Po ____ Jo ____		Emri	
Rruga		Rruga	
Qyteti, shteti, kodi ZIP		Qyteti, shteti, kodi ZIP	
Telefon: ( )		Telefon: ( )	
Email:		Email:	
INFORMACIONI I PUNËSIMIT			
Punëdhënësi i pacientit		Punëdhënësi i bashkëshortit/partnerit/kujdestarit	
Rruga		Rruga	
Qyteti, shteti, kodi ZIP		Qyteti, shteti, kodi ZIP	
Telefon: ( )		Telefon: ( )	
INFORMACION TJETËR			
1. A ishte pacienti i përfshirë në një aksident të supozuar që çoi në nevojën për shërbime?		Po _____ Jo _____	
2. A ishte pacienti viktimë e një krimi të supozuar që çoi në nevojën për shërbime?		Po _____ Jo _____	
3. Numri i personave në familjen dhe/ose në shtëpinë e pacientit?			
4. Numri i personave që janë në ngarkim* të pacientit?			
5. Cilat janë moshat e personave në ngarkim* të pacientit?			
6. Në momentin e shërbimit apo më vonë, a ishte/është pacienti i divorcuar apo i ndarë apo i përfshirë në një procedurë zgjidhjeje martese?		Po _____ Jo _____	
7. Në kohën e shërbimit ose më vonë, a ishte/është pacienti në ngarkim i një prindi që është i divorcuar ose i ndarë ose i përfshirë në një procedurë zgjidhjeje martese?		Po _____ Jo _____	
8. Nëse përgjigja është po për pyetjen 6 ose 7, atëherë kush është përgjegjës për kujdesin mjekësor të pacientit sipas marrëveshjes ose urdhrat të divorcit ose ndarjes?			
Emri: _____		Lidhja me pacientin: _____	
Adresa: _____		Qyteti, shteti, kodi ZIP: _____	
Telefon: ( ) _____			
*Në ngarkim nënkupton një të mitur ose çdo person që është i listuar si në ngarkim në deklaratën tatimore federale të një personi tjetër.			

**LISTONI TË GJITHA MBULIMET E SIGURIMEVE NË SEKSIONIN MË POSHTË QË LIDHEN ME SHËRBIMIN E MARRË\*\***

Lloji i sigurimit	Emri i sigurimit	Numri i policës	Numri i grupit
Sigurimi shëndetsor			
Medicare			
Suplement Medicare			
Medicaid			
Përfitimet e Statusit të Veteranit			

**TË ARDHURAT DHE SHPENZIMET MUJORE\*\***

(Bashkëngjitni një nga dokumentet e mëposhtme si dëshmi e të ardhurave)

- A. Deklarata tatimore më e fundit  
 B. Formulari w-2 dhe formularët 1099 më të fundit  
 C. Dy (2) fletëpagesat më të fundit  
 D. Verifikim me shkrim i të ardhurave nga një punëdhënës nëse paguhet me para në dorë  
 E. Dëshmi të mosdeklarimit (Formulari IRS 4506)

**Informacioni mbi të ardhurat duhet të jepet për të përpunuar aplikimin tuaj**

	Pacienti	Bashkëshorti/Partneri	Prindi/Kujdestari
Paga mujore bruto			
Të ardhura nga vetëpunësimi			
Sigurimi Shoqëror			
Paaftësia e Sigurimeve Shoqërore			
Paaftësi Private			
Paaftësia e Veteranit			
Pensioni i Veteranit			
Papunësia			
Kompensimi i punëtorëve			
Të ardhurat nga pensioni			
Mbështetja e fëmijëve			
Alimentacioni ose mbështetje tjetër bashkëshortore			
Ndihma e përkohshme për familjet në nevojë (TANF)			
Të tjera, listo			

SHPENZIMET	SHPENZIMET MUJORE
Strehimi	
Shërbimet publike (p.sh. Telefoni, gazi, rryma elektrike, uji)	
Ushqimi	
Kujdesi për fëmijët	
Transporti	
Shpenzimet mjekësore	
Shpenzime të tjera	

**\*\*PËRJASHTIME:** Nëse pacienti është banor i Illinois, është i pasiguruar dhe merr shërbime në Spitalin Memorial Alton, Spitalin Memorial Belleville ose Spitalin Memorial Shiloh dhe plotëson kriteret e supozuara të përshtatshmërisë të përshkruara në 77 ILAC 4500.40 ose ndryshe kualifikohet për shkak të të ardhurave të familjes, nuk kërkohet të plotësojë këtë seksion të aplikimit.

Nëse pacienti po aplikon për ndihmë në lidhje me shërbimet e ofruara në qendrat e NHSC, pacientit nuk i kërkohet të plotësojë seksionet e sigurimit dhe shpenzimeve të aplikimit. Qendrat e NHSC përfshijnë Zyrën Mjekësore Bourbon të Spitalit Baptist Sullivan në Misuri, Zyrën Mjekësore Cuba, Zyrën Mjekësore Steelville dhe Zyrën Mjekësore Sullivan; dhe Klinikën Mjekësore të Qendrës Shëndetësore Parkland.

**BASHKËNGJITNI INFORMACION TJETËR PËRKATËS NË LIDHJE ME SITUATËN FINANCIARE**

**VËRTETIMI:** Unë garantoj se informacioni në këtë aplikim është i vërtetë dhe i saktë për aq sa unë kam njohuri. Unë do të aplikoj për çdo ndihmë shtetërore, federale ose lokale për të cilën mund të kem të drejtë për të mundësuar pagesën e kësaj faturë spitalore. Unë e kuptoj që informacioni i dhënë mund të verifikohet nga BJC HealthCare dhe unë i autorizoj ata të kontaktojnë palët e treta për të verifikuar saktësinë e informacionit të dhënë në këtë aplikim. Unë e kuptoj që nëse me vetëdije jap informacion të pavërtetë në këtë aplikim, nuk do të kualifikohem për ndihmë financiare, çdo ndihmë financiare e dhënë për mua mund të anulohet dhe unë do të jem përgjegjës për pagesën e faturave.

Nënshkrimi i pacientit/palës përgjegjëse:

Data: