

# Tathmini ya Msaada wa Kifedha

Simu: 314-362-8400 au 855-362-8400 | Barua pepe: [patacct@bjc.org](mailto:patacct@bjc.org) | Faksi: 314-747-6977

Muhimu: **UNAWEZA KUWA UNASTAHIKI KUPATA HUDUMA YA BILA MALIPO AU YENYE PUNGUZO.** Kujaza maombi haya kutaiwezesha BJC Healthcare kuamua endapo utapata huduma ya bila malipo au kwa punguzo au kama unastahiki kuingia kwenye mipango mingine ya umma ambayo inaweza kukusaidia kulipia huduma ya afya yako.

**KAMA HUNA BIMA, NAMBA YAKO YA USTAWI WA JAMII HAIHITAJIKI ILI USTAHIKI KUPATA HUDUMA YA BILA MALIPO AU YENYE PUNGUZO LA MALIPO.** Hata hivyo, Namba ya Ustawi wa Jamii inahitajika kwa baadhi ya mipango ya umma, ikiwemo Medicaid. Kutoa Namba ya Ustawi wa Jamii hakuhitajiki lakini kunaweza kuisaidia hospitali kubaini kama unastahiki kujiunga na mipango yoyote ya umma.

Tafadhali jaza fomu hii na uwasilishe hospitalini wewe mwenyewe, kwa barua kupitia P.O. Box 790024, St. Louis, MO 63179-0024, kwa barua pepe kwenda [patacct@bjc.org](mailto:patacct@bjc.org), au kwa faksi 314-747-6977 kuomba kupata huduma ya bila malipo au kwa punguzo ndani ya siku 240 kufuatia tarehe ya bili ya madai.

Mgonjwa anakubali kuwa amefanya juhudi za dhati kutoa taarifa zote zinazotakiwa kwenye maombi ili kuisaidia hospitali kufanya maamuzi kama mgonjwa anastahiki kupata msaada wa kifedha.

Ikiwa mgonjwa ni mkazi wa Illinois, hana bima na anapata huduma kwenye hospitali ya Alton Memorial, Memorial Hospital Belleville au Memorial Hospital Shiloh, malalamiko au kero juu ya mchakato wa maombi ya mgonjwa asiye na bima wa kupewa punguzo au mchakato wa msaada wa kifedha wa hospitali zinapaswa kutumwa kwa Ofisi ya Huduma za Afya ya Mwanasheria Mkuu wa Illinois kupitia tovuti <https://www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/healthcare.html> au kwa kupiga simu 877-305-5145.

# Tathmini ya Msaada wa Kifedha

Simu: 314-362-8400 au 855-362-8400 | Barua pepe: pataacct@bjc.org | Faksi: 314-747-6977

## TAARIFA ZA MGONJWA

Jina la Mgonjwa		Tarehe ya Kuzaliwa	Nambari ya Usalama Kijamii ya Mgonjwa (Si lazima na haihitajiki)
Umbari (Si lazima na haihitajiki)	Ukabila (Si lazima na haihitajiki)	Jinsia (Si lazima na haihitajiki)	Lugha Inayopendelewa (Si lazima na haihitajiki)
Mgonjwa		Mtu Anayewajibika Kulipa	
Je, ni Mkazi wa Illinois wakati wa kupokea huduma? Ndiyo _____ Hapana _____		Jina	
Mtaa		Mtaa	
Jiji, Msimbo wa Posta wa Jimbo		Jiji, Msimbo wa Posta wa Jimbo	
Simu: ( )		Simu: ( )	
Barua pepe:		Barua pepe:	

## TAARIFA ZA AJIRA

Mwajiri wa Mgonjwa	Mwajiri wa Mwanandoa/Mwenzi/Mlezi
Mtaa	Mtaa
Jiji, Msimbo wa Posta wa Jimbo	Jiji, Msimbo wa Posta wa Jimbo
Simu: ( )	Simu: ( )

## TAARIFA NYINGINE

1. Je, mgonjwa huyo alihusika kwenye ajali inayodaiwa ambayo ilipelekea hitaji la huduma?	Ndiyo _____ Hapana _____
2. Je, mgonjwa huyo ni mwathiriwa wa jinai inayodaiwa ambayo ilipelekea hitaji la huduma?	Ndiyo _____ Hapana _____
3. Idadi ya watu kwenye familia na/au kaya ya mgonjwa?	
4. Idadi ya watu ambao ni wategemezi* wa mgonjwa?	
5. Umri wa wategemezi* hao wa mgonjwa ni upi?	
6. Wakati huduma ikitolewa au baadaye, mgonjwa alikuwa ametalikiwa au kutengana au kuhusika katika kesi ya kutaka kuvunja ndoa?	Ndiyo _____ Hapana _____
7. Wakati huduma ikitolewa au baadaye, mgonjwa alikuwa ni mtegemezi wa mzazi ambaye ametalikiwa au kutengana au kuhusika katika kesi ya kutaka kuvunja ndoa?	Ndiyo _____ Hapana _____
8. Ikiwa jibu ni ndiyo kwa swali la 6 au 7, sasa ni nani anayewajibika kugharamia huduma za matibabu za mgonjwa kwa mujibu wa makubaliano au hukumu ya talaka au kutengana?	
Jina: _____ Uhusiano: _____	
Anuani: _____ Jiji, Jimbo, Msimbo wa Posta: _____	
Simu: ( ) _____	
*Mtegemezi inamaanisha mtoto au mtu yeyote aliyeandikishwa kuwa ni mtegemezi kwenye taarifa ya mtu mwingine ya kodi ya mapato ya shirikisho.	

**ORODHESHA BIMA ZOTE SEHEMU YA HAPO CHINI AMBAZO ZINAHUSIKA NA HUDUMA ZINAZOPOKELEWA\*\***

Aina ya Bima	Jina la Bima	Namba ya Sera	Namba ya Kundi
Bima ya Afya			
Medicare			
Nyongeza ya Medicare			
Medicaid			
Manufaa ya Mwanajeshi Mstaafu			

**MAPATO NA MATUMIZI KWA MWEZI\*\***

(Ambatisha mojawapo ya nyaraka zifuatazo kama Uthibitisho wa Kipato)

- A. Taarifa ya kodi ya mapato ya hivi karibuni zaidi      D. Uthibitisho wa kimaandishi wa kipato kutoka kwa mwajiri endapo unalipwa kwa fedha taslimu  
 B. Fomu za hivi karibuni zaidi za w-2 na 1099      E. Uthibitisho wa kutoripoti malipo ya kodi (Fomu ya namba 4506 ya IRS)  
 C. Stakabadhi mbili (2) za hivi karibuni za malipo ya mshahara

**Taarifa za kipato ni lazima zitolewe ili kuchakata maombi yako**

	Mgonjwa	Mwanandoa/Mwenzi	Wazazi/Mlezi
Ujira wa Jumla kwa Mwezi			
Kipato cha Kujijari			
Ustawi wa Jamii			
Bima ya Ustawi wa Jamii ya Ulemavu			
Bima ya Binafsi ya Ulemavu			
Manufaa ya Ulemavu wa Mwanajeshi Mstaafu			
Pensheni ya Mwanajeshi Mstaafu			
Ukosefu wa Ajira			
Fidia kwa Wafanyakazi			
Mapato baada ya Kustaafu			
Matunzo kwa Mtoto			
Masurufu au Msaada Mwingine kwa Mwenzi			
Msaada wa Muda kwa Famiia zenye Uhitaji (TANF)			
Nyingine, Orodhesha			

**GHARAMA**

**GHARAMA KWA MWEZI**

Makazi	
Matumizi (kama vile Simu, Gesi, Umeme, Maji)	
Chakula	
Matunzo ya Mtoto	
Usafiri	
Gharama za Matibabu	
Gharama Nyingine	

**\*\*HALI ZA KIPEKEE:** Ikiwa mgonjwa ni mkazi wa Illinois, hana bima na anapata huduma kwenye hospitali za Alton Memorial Hospital, Memorial Hospital Belleville au Memorial Hospital Shiloh na anatumiza vigezo vinavyokisiwa vya ustahiki vilivyoelezwa kwenye 77 ILAC 4500.40 au vinginevyo anakisiwa kustahiki kwa kuzingatia mapato ya familia, mgonjwa huyo hatakiwi kujaza sehemu hii ya maombi.

Ikiwa mgonjwa anaomba msaada kwa huduma zinazotolewa na vituo vya NHSC, mgonjwa huyo hatakiwi kujaza sehemu za bima na gharama za maombi. Vituo vya NHSC ni pamoja na Missouri Baptist Sullivan Hospital Bourbon Medical Office, Cuba Medical Office, Steelville Medical Office, na Sullivan Medical Office; na Parkland Health Center Medical Clinic.

**AMBATISHA TAARIFA NYINGINE MUHIMU KUHUSIANA NA HALI YA KIFEDHA**

**UTHIBITISHO:** Ninathibitisha kuwa taarifa zilizomo kwenye maombi haya ni za kweli na sahihi kwa kadri ya ufahamu wangu. Nitaomba msaada wowote wa ngazi ya jimbo, shirikisho au jamii ambao ninaweza kustahiki ili kusaidia kulipia bili hii ya hospitali. Ninaelewa kuwa taarifa ninazozitoa zinaweza kufanyiwa uthibitishaji na BJC Healthcare, na ninawapa idihini ya kuwasiliana na wahusika wengine ili kuthibitisha usahihi wa taarifa ninazotoa kwenye maombi haya. Ninaelewa kuwa endapo nitatoa taarifa zisizo za kweli kwenye maombi haya huku nikijua nitakosa ustahiki wa kupata msaada wa kifedha, msaada wowote wa kifedha ambao umetolewa kwangu utarudishwa, na nitawajibika kulipia gharama za bili.

Saini ya Mgonjwa/Mtu Anayehusika

Tarehe: