

Սոյն պրօշիրը կրնաք ունենալ  
Արեւմտահայերէնով

本手册有中文版本。

Cette brochure est disponible en français.

Diese Broschüre steht in deutscher Sprache  
zur Verfügung.

Daim ntawv qhia no muaj ua ntawv Hmoob.

本パンフレットは日本語でご利用いただけます。

본 자료는 한국어로 이용하실 수 있습니다.

Эту брошюру можно получить на  
русском языке.

Este folleto está disponible en español.

Ang brochure na ito ay makukuha sa  
Tagalog.

Có tài liệu này bằng tiếng Việt.

财务援助计划

AdventistHealth.org/FAP  
844-827-5047

# 获取帮助来支付您的 医疗账单费用

财务援助计划



**AdventistHealth** 

Adventist Health 努力帮助您保持健康。其中包括在您支付医疗账单费用有困难时提供帮助。即使您认为自己无力支付费用，您也应该始终都能获取医疗护理。

## 是否需要帮助来支付您的医疗账单费用？

如欲了解您是否有资格获得支付医疗账单费用方面的帮助，请要求填写财务援助申请表。您可以在接受护理时或在收到账单后完成申请。我们将使用您在此表格中提供的信息来确定您是否有资格获得支付账单费用方面的帮助。

一般而言：

- 如果您的年收入低于或等于现行联邦贫困线的 200%，您可能有资格获得账单全额折扣。
- 如果您的年收入高于现行联邦贫困线的 200%，您可能有资格获得账单部分折扣。

## 我该如何申请？

您可以通过以下方式免费获取本手册、我们的财务援助政策，以及不同语言版本的申请表：

1. 拜访登记注册地点
2. 访问我们的网站 (AdventistHealth.org/FAP)
3. 致电 844-827-5047 联系我们
4. 写信至我们的地址：

Adventist Health  
ATTN: Patient Access  
726 4th St.  
Marysville, CA 95901

我们可以帮助您填写表格。只需询问即可。填写完表格后，请将表格交给登记注册事务员工或邮寄表格。

## 你如何决定我会获得多少财务援助？

您可获得多少用于支付账单费用的帮助金额取决于您的财务需求。如果您有资格获得援助，我们会使用享有保险的患者所支付的平均金额来确定您需要支付之急诊护理和医疗必要护理的费用。

## 医院账单投诉计划

医院账单投诉计划 (Hospital Bill Complaint Program) 是州政府的一项计划，负责审查医院关于您是否有资格获得支付医院账单费用帮助所做的决定。如果您是加州患者，并且认为拒绝为您提供财务援助的决定有误，您可以向医院投诉计划提出投诉。请在 [hcai.ca.gov](http://hcai.ca.gov) 上搜索“Hospital Bill Complaint Program”（医院账单投诉计划），了解更多信息并提出投诉。

## 更多帮助

消费者权益组织可以免费帮助您了解计费 and 付款流程。您可以致电 888-804-3536 联系 Health Consumer Alliance（健康消费者联盟），或访问 [HealthConsumer.org](http://HealthConsumer.org) 了解更多信息。

向有资格获得财务援助的个人收取的金额不会超过 AGB。

如果您需要使用您的语言来获取帮助，请致电 844-827-5047，或在正常工作时间前往任何登记注册地点。我们也为残障人士提供辅助工具和服务，例如盲文版、大字体版、语音版文档和其它无障碍电子格式。这些服务免费提供。