

Cơ Sở:

Chính Sách Công Ty Toàn Hệ Thống

Chính Sách Tiêu Chuẩn

Chính Sách Mẫu:

Chính Sách Số PFS-112

Trang

1 trên 18

Ban:

Quản Trị Thu Nhập

CHÍNH SÁCH: Tính Hóa Đơn Bệnh Nhân: Trợ Giúp Tài Chánh

I. MỤC ĐÍCH

Các cơ sở của Adventist Health (AH) là nhằm phục vụ bệnh nhân. Các cơ sở này có một toán chuyên viên chăm sóc sức khỏe tận tụy – bác sĩ, y tá và các chuyên viên chăm sóc sức khỏe khác, ban quản lý, tín nhân, và thiện nguyện viên. Những người này cùng nhau bảo vệ sức khỏe cộng đồng của họ. Họ chỉ có thể phục vụ hữu hiệu khi có được mối liên hệ với cộng đồng trên căn bản tín nhiệm và nhân ái. Qua mối tín nhiệm và thành tâm với nhau, Adventist Health và bệnh nhân sẽ có thể chu toàn các trách nhiệm của họ. Các nguyên tắc và hướng dẫn này là để củng cố thêm mối liên hệ đó và để bệnh nhân an tâm là, bất luận khả năng trả tiền của họ như thế nào, AH cam kết chăm sóc.

Mục đích của chính sách này là để ban hành và bảo đảm có một phương pháp công bằng, không kỳ thị, không mâu thuẫn, và đồng nhất để duyệt xét và hoàn thành dịch vụ cấp cứu từ thiện và dịch vụ chăm sóc khác Cần Thiết về Y Khoa cho những người trong cộng đồng chúng ta có thể cần được Trợ Giúp Tài Chánh.

Ý định của chính sách này là tuân hành tất cả các điều lệ của liên bang, tiểu bang, và địa phương.

II. ĐỊNH NGHĨA

Chi Phí Y Tế Được Phép: Tổng số chi phí y tế của Những Người Trong Gia Đình được phép trừ bớt cho các mục đích thuế lợi tức liên bang bất luận các chi phí đó có vượt quá mức được IRS cho phép trừ bớt chi phí y tế hay không. Có thể gồm cả các hóa đơn đã thanh toán và chưa thanh toán.

Số Tiền Thường Được Tính Hóa Đơn (Amount Generally Billed, AGB): Số lệ phí nói chung được thu từ những người có bảo hiểm đài thọ dịch vụ chăm sóc đó tại AH. Phương pháp được dùng để tính AGB là phương pháp dựa vào giá trước đây thực sự đã trả cho đơn xin bồi hoàn lệ phí cho từng dịch vụ của Medicare cùng với tất cả các hãng bảo hiểm sức khỏe tư đã được trả tiền bồi hoàn, gồm cả những phần do người có bảo hiểm tự trả.

Lệ Phí Tính Hóa Đơn: Các lệ phí cho dịch vụ của AH như được phát hành trong bản miêu tả lệ phí (charge description master, CDM).

Chăm Sóc Từ Thiện: Dịch vụ chăm sóc từ thiện toàn bộ hay miễn phí được cung cấp khi bệnh nhân không phải trả tiền hoặc chỉ trả một số tiền tượng trưng của Số Lệ Phí Tính Hóa Đơn.

Chăm Sóc Bớt Giá: Cơ sở quyết định bệnh nhân không hội đủ điều kiện được Chăm Sóc Từ Thiện, nhưng hội đủ điều kiện được bớt giá và chỉ phải trả một phần Số Lệ Phí Tính Hóa Đơn.

Chăm Sóc Y Tế Cấp Cứu: Xem Các Dịch Vụ Cấp Cứu và Chăm Sóc như được định nghĩa trong chính sách của AH “tuân hành Đạo Luật Điều Trị Y Tế Cấp Cứu và Lâm Bồn (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA).”

Chi Phí Sinh Sống Thiết Yếu (Essential Living Expenses, ELE): Bất cứ chi phí nào sau đây: trả tiền thuê hay nợ mua nhà trả góp và bảo trì, thực phẩm và tiếp liệu dùng trong nhà, tiện ích (điện nước) và điện thoại, quần áo, trả tiền y tế và nha khoa, bảo hiểm, trường học hoặc giữ trẻ, cấp dưỡng cho con hoặc chu cấp cho người phớt ngẫu, chi phí chuyên chở và xe cộ - gồm cả bảo hiểm, xăng, và sửa chữa, tiền trả góp, giặt giũ và chùi rửa, và các chi phí bất thường khác.

Những Người Trong Gia Đình: Những người trong gia đình của **người từ 18 tuổi trở lên** gồm người phối ngẫu, bạn tình sống chung nhà theo định nghĩa của tiểu bang nơi cấp giấy phép cho cơ sở đó, và con cái dưới 21 tuổi còn nương tựa, dù có đang sống ở nhà hay không. Những người trong gia đình của **người dưới 18 tuổi** gồm cha mẹ, thân nhân chăm sóc và các trẻ khác dưới 21 tuổi của cha mẹ hoặc thân nhân chăm sóc đó, dù có đang sống ở nhà hay không.

Đơn Khai Thuế Lợi Tức Liên Bang: Đơn nộp cho IRS để phúc trình lợi tức chịu thuế. Đơn này phải là bản sao mẫu đơn đã ký tên và đề ngày nộp cho IRS.

Mức Nghèo Khó Liên Bang (Federal Poverty Level, FPL): Mức lợi tức do chính phủ liên bang ấn định để quyết định những nhà sống trên hoặc dưới những mức lợi tức hằng năm được ấn định là nghèo khó hoặc tạm đủ sống.

Trợ Giúp Tài Chính: Một chương trình của AH sẽ giảm bớt số tiền nợ của Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm hoặc Bệnh Nhân Không Có Đủ bảo Hiểm trước khi tính hoặc sau khi tính Các Lệ Phí Tính Hóa Đơn của AH.

Phí Tồn Y Tế Cao: Được định nghĩa là bất cứ phí tồn nào sau đây: a) Phí Tồn Tự Trả hằng năm mà một người tại cơ sở này phải trả nhiều hơn mười phần trăm (10%) lợi tức gia đình bệnh nhân trong 12 tháng trước; HOẶC b) các chi phí Tự Trả hằng năm nhiều hơn mười phần trăm (10%) lợi tức gia đình bệnh nhân, nếu bệnh nhân cung cấp giấy tờ chứng minh chi phí y tế của bệnh nhân đã được bệnh nhân hoặc gia đình bệnh nhân trả trong 12 tháng trước.

Lợi Tức Trong Nhà: Lợi tức của tất cả những Người Trong Gia Đình cư ngụ cùng nhà với bệnh nhân, hoặc tại địa chỉ được bệnh nhân sử dụng làm địa chỉ nhà để khai thuế hoặc trong các văn kiện khác của chính quyền.

Nhóm Có Khả Năng Thông Thạo Anh Ngữ Giới Hạn (Limited English Proficiency, LEP): Một nhóm gồm 1,000 người hoặc năm phần trăm (5%) cộng đồng, tùy theo số nào ít hơn, được cơ sở này phục vụ, hoặc số dân có thể bị ảnh hưởng của cơ sở này hoặc cơ sở này phải tiếp xúc. Cơ sở này có thể dùng bất cứ phương pháp nào hợp lý để xác định số này hoặc tỷ lệ phần trăm các bệnh nhân LEP của cơ sở này có thể bị ảnh hưởng hoặc cơ sở này phải tiếp xúc.

Cần Thiết về Y Khoa: Một dịch vụ “cần thiết về y khoa” hay một “trường hợp cần thiết về y khoa” là khi hợp lý và cần thiết để bảo vệ mạng sống, ngăn ngừa bệnh nặng hoặc khuyết tật nặng, hoặc để giảm bớt mức độ đau nhức nghiêm trọng. Xem Bộ Luật An Sinh & Định Chế California §14059.5.

Phí Tồn Tự Trả: Các phí tồn bệnh nhân trả bằng tiền riêng của mình.

Ban Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân (Patient Financial Services, PFS): Ban của AH có trách nhiệm lập hóa đơn, thu tiền, và lập thủ tục tiến hành việc trả tiền.

Chương Trình Trả Góp: Chương trình ấn định một loạt những kỳ trả tiền dần dần trong một thời gian nào đó để trả dứt số Lệ Phí Tính Hóa Đơn của AH mà bệnh nhân còn nợ. Các số tiền trả hằng tháng không nhiều hơn mười phần trăm (10%) lợi tức gia đình của bệnh nhân cho một tháng, trừ những phần cho phép khấu trừ cho Chi Phí Sinh Sống Thiết Yếu.

Tài Sản Hội Đủ Điều Kiện: Tài sản bằng tiền được tính vào lợi tức của bệnh nhân để xác định xem bệnh nhân có hội đủ điều kiện về lợi tức cho chương trình này hay không. Cho các mục đích của chính sách này, “Tài Sản Hội Đủ Điều Kiện”: 1) gồm 50% số tài sản bằng tiền của bệnh nhân nhiều hơn \$10,000, gồm cả tiền mặt, cổ phần, trái phiếu, trương mục tiết kiệm, hoặc các trương mục ngân hàng khác; 2) không kể các chương trình hồi hưu hội đủ điều kiện của IRS, chẳng hạn như các trương mục hưu trí IRA, 401(k) hoặc 403(b), hoặc các chương trình hoãn lãnh quyền lợi; 3) không gồm bất động sản hoặc các tài sản hữu hình nào đó (gia cư chính, xe cộ, v.v...; tuy nhiên, gia cư khác ngoài gia cư chính và xe giải trí có thể được tính).

Bệnh Nhân Hội Đủ Điều Kiện: Bệnh nhân hội đủ các điều kiện tài chánh của chương trình Trợ Giúp Tài Chánh theo định nghĩa trong Đoạn III.C.

Trách Nhiệm Tự Trả: Bất cứ số tiền nào còn nợ khi thành phần có trách nhiệm tài chánh là bệnh nhân hoặc người bảo đảm cho bệnh nhân (không phải thành phần thứ ba trả tiền).

Bảo hiểm của thành phần thứ ba: Là thực thể (công ty, chương trình sức khỏe công ty hoặc quỹ tín thác, quyền lợi đài thọ y tế xe cộ, bồi thường lao động, v.v...) không phải là bệnh nhân sẽ trả tất cả hoặc một phần hóa đơn y tế của bệnh nhân.

Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm: Là bệnh nhân không có bảo hiểm của thành phần thứ ba từ một hãng bảo hiểm sức khỏe, chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe, Medicare hoặc Medicaid, và thương tích của bệnh nhân không phải là thương tích có thể được bồi thường cho các mục đích bồi thường lao động, bảo hiểm xe, hoặc bảo hiểm khác theo quyết định và có giấy tờ của cơ sở này.

Bệnh Nhân Không Có Đủ Bảo Hiểm: Bệnh nhân có một mức bảo hiểm hoặc trợ giúp nào đó của Thành Phần Thứ Ba nhưng vẫn có các Phí Tồn Tự Trả vượt quá khả năng tài chánh của bệnh nhân.

III. CHÍNH SÁCH

AH cam kết Trợ Giúp Tài Chánh cho bệnh nhân nào cần được Chăm Sóc Y Tế Cấp Cứu hoặc chăm sóc Cần Thiết Về Y Khoa nhưng chỉ có phương tiện giới hạn hoặc không có phương tiện trả tiền dịch vụ chăm sóc đó. Trợ Giúp Tài Chánh là dịch vụ thường được biết bằng tên gọi là Chăm Sóc Từ Thiện và Chăm Sóc Bớt Giá. AH sẽ cung cấp, mà không phân biệt, dịch vụ Chăm Sóc Y Tế Cấp Cứu hoặc chăm sóc Cần Thiết Về Y Khoa như được định nghĩa trong chính sách này, cho mọi người bất luận khả năng trả tiền của họ như thế nào, họ có hội đủ điều kiện theo chính sách này hay không, hoặc hội đủ điều kiện được chính quyền trợ giúp hay không.

Do đó, văn bản chính sách này:

- Bao gồm các tiêu chuẩn về điều kiện Trợ Giúp Tài Chánh – Chăm Sóc Từ Thiện (miễn phí) và Bớt Giá (từ thiện một phần);
- Trình bày căn bản dùng để tính những số tiền nợ của bệnh nhân hội đủ điều kiện được Trợ Giúp Tài Chánh theo chính sách này;
- Trình bày phương pháp bệnh nhân có thể nộp đơn xin Trợ Giúp Tài Chánh;
- Trình bày cách cơ sở này sẽ quảng bá rộng rãi chính sách này trong cộng đồng được cơ sở này phục vụ; và
- Giới hạn những số tiền cơ sở sẽ tính về dịch vụ Chăm Sóc Y Tế Cấp Cứu hoặc chăm sóc khác Cần Thiết Về Y Khoa cung cấp cho những người hội đủ điều kiện được Trợ Giúp Tài Chánh ở mức bằng hoặc thấp hơn Số Tiền Thường Được Tính Hóa Đơn (thu) bởi cơ sở này

Từ thiện không được xem là để thay thế trách nhiệm cá nhân. Bệnh nhân phải hợp tác với thủ tục của cơ sở để xin trợ giúp từ thiện hoặc những dạng trả tiền khác hoặc xin Trợ Giúp Tài Chánh, và để đóng góp vào phí tổn chăm sóc của họ dựa trên khả năng trả tiền của họ. Những người có khả năng tài chánh để mua bảo hiểm sức khỏe sẽ được khuyến khích mua bảo hiểm, để bảo đảm việc tiếp nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho sức khỏe cá nhân chung của họ và để bảo vệ tài sản cá nhân của họ.

A. Chăm Sóc Hội Đủ Điều Kiện Theo Chính Sách này

Chính sách này sẽ áp dụng cho bất cứ dịch vụ Chăm Sóc Y Tế Cấp Cứu hoặc chăm sóc nào khác Cần Thiết Về Y Khoa được cung cấp tại các cơ sở do AH làm chủ và hoạt động liệt kê trong Phụ Đính A. Các cơ sở của AH cung cấp dịch vụ lập hóa đơn tính tiền cho các bác sĩ phòng cấp cứu sẽ phải tính lệ phí của bác sĩ theo cùng cách như các lệ phí của cơ sở có liên quan đến các thủ tục về từ thiện và bớt giá cho người không có bảo hiểm.

Các bác sĩ phòng cấp cứu cung cấp dịch vụ y tế cấp cứu trong một cơ sở chăm sóc cấp tính toàn khoa được miễn áp dụng chính sách này trừ phi được liệt kê là “Bác Sĩ Được Áp Dụng” trong văn kiện từ Phụ Đính C. Các bác sĩ này nên, và tại California thì bắt buộc phải, có các chính sách Trợ Giúp Tài Chính của chính họ để giới hạn số tiền đòi các bệnh nhân hội đủ điều kiện và không có bảo hiểm hoặc có Phí Tồn Y Tế Cao và có lợi tức bằng hoặc dưới 350% Mức Nghèo Khó Liên Bang. Các bệnh nhân không có bảo hiểm hoặc có Phí Tồn Y Tế Cao và lợi tức bằng hoặc dưới 350% Mức Nghèo Khó Liên Bang và nhận được hóa đơn tính tiền từ một bác sĩ phòng cấp cứu nên liên lạc với phòng mạch bác sĩ đó để hỏi về chính sách Trợ Giúp Tài Chính của họ.

B. Truyền Đạt Chương Trình Trợ Giúp Tài Chính

Adventist Health thông báo về chương trình Trợ Giúp Tài Chính bằng các phương tiện khác nhau, có thể gồm cả, nhưng không giới hạn vào, việc trưng bày các thông báo tại chỗ dễ nhìn thấy trong phòng cấp cứu, trong mẫu Điều Kiện Ghi Danh, trong các khu vực nhận bệnh nhân và ghi danh, trong Ban Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân của cơ sở và những nơi công cộng khác tùy quyết định của cơ sở. Trong hóa đơn sau khi xuất viện sẽ có phần ngôn ngữ tiêu chuẩn thông báo cho bệnh nhân là họ có thể xin được xét về tài chính để quyết định xem có hội đủ điều kiện được Trợ Giúp Tài Chính hay không và cách xin. Cơ sở sẽ phát hành và quảng bá rộng rãi, miễn phí cho bệnh nhân, một bản tóm lược bằng ngôn ngữ đơn giản về chính sách Trợ Giúp Tài Chính này và đăng trọn bản chính sách trên website của cơ sở, trong tài liệu quảng cáo, gửi thư và tại các địa điểm khác trong cộng đồng được cơ sở này phục vụ. Các thông báo và thông tin tóm lược này sẽ được cung cấp bằng ngôn ngữ chính của bệnh nhân khi bệnh nhân được xác định là thuộc nhóm Có Khả Năng Thông Thoại Anh Ngữ Giới Hạn (LEP). Ngoài ra, AH cũng gửi thông báo riêng về chương trình Trợ Giúp Tài Chính cho bất cứ bệnh nhân nào có thể không có khả năng đáp ứng trách nhiệm tài chính của họ. Bất cứ nhân viên cơ sở hoặc nhân viên y tế nào cũng đều có thể giới thiệu bệnh nhân đến chương trình Trợ Giúp Tài Chính. Bệnh nhân hoặc người giám hộ hoặc người trong gia đình của mình có thể xin chăm sóc từ thiện, tùy theo các đạo luật thích ứng về quyền riêng tư.

Quý vị có thể yêu cầu cung cấp chi tiết miễn phí về chính sách Trợ Giúp Tài Chính bằng cách gọi số 1-844-827-5047 hoặc viết thư đến:

Adventist Health
ATTN: Financial Assistance
PO Box 619122
Roseville, CA 95661

C. Điều Kiện được Trợ Giúp Tài Chính

Điều kiện hưởng Trợ Giúp Tài Chính sẽ được cứu xét cho những người không có bảo hiểm và không đủ bảo hiểm có Phí Tồn Y Tế Cao và không có khả năng trả tiền chăm sóc, dựa trên kết quả xác định nhu cầu tài chính theo chính sách này. Bất cứ quyết định nào theo chính sách này, kể cả quyết định cấp hoặc từ chối Trợ Giúp Tài Chính, sẽ đều được dựa trên kết quả xác định nhu cầu tài chính của từng người, và không được xét đến chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, quốc tịch, tôn giáo, tín ngưỡng, phái tính, sở thích tình dục, tuổi tác, hoặc khuyết tật.

Số tiền của Phần Đóng Góp Phí Tồn Medicaid (Medicaid Share of Cost, SOC) không hội đủ điều kiện được Trợ Giúp Tài Chính, vì SOC được Tiểu Bang quyết định là số tiền bệnh nhân phải trả trước khi hội đủ điều kiện hưởng Medicaid.

Bệnh nhân có thể hội đủ điều kiện được Trợ Giúp Tài Chính theo chính sách này nếu họ hội đủ một trong những nguyên tắc hướng dẫn sau đây về lợi tức hoặc chi phí.

1. Lợi Tức. Bệnh nhân hội đủ điều kiện được Chăm Sóc Từ Thiện hoặc Bớt Giá dựa trên lợi tức theo chính sách này nếu Lợi Tức trong Nhà (như được định nghĩa theo chính sách này) bằng hoặc thấp hơn 400% FPL.

2. Chi Phí. Bệnh nhân không hội đủ điều kiện dựa trên lợi tức có thể hội đủ điều kiện được Trợ Giúp Tài Chánh qua một kỳ duyệt xét dựa trên trường hợp ngoại lệ nếu Chi Phí Y Tế Được Phép của họ đã làm cạn lợi tức và tài nguyên của gia đình khiến họ không thể trả tiền cho các dịch vụ hội đủ điều kiện. Phải hội đủ cả hai điều kiện sau đây:
- Chi Phí: Chi Phí Y Tế Được Phép của bệnh nhân phải nhiều hơn 50% Lợi Tức Trong Nhà.
 - Tài Nguyên: Chi phí y tế quá mức của bệnh nhân (số tiền mà Chi Phí Y Tế Được Phép nhiều hơn 50% Lợi Tức Trong Nhà) phải nhiều hơn Tài Sản Hội Đủ Điều Kiện đang có.

Chăm Sóc Từ Thiện: Để quyết định có hội đủ điều kiện được Chăm Sóc Từ Thiện hay không, còn được gọi là chăm sóc miễn phí, Lợi Tức Trong Nhà và Tài Sản Hội Đủ Điều Kiện không được nhiều hơn 200% Mức Nghèo Khó Liên Bang.

Chăm Sóc Cấp Cứu và Cần Thiết Về Y Khoa

Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm	
Lợi Tức Gia Đình	Số Tiền Phải Trả
200% Mức Nghèo Khó Liên Bang hoặc thấp hơn	Số Không

Chăm Sóc Bớt Giá: Để quyết định có hội đủ điều kiện được **Chăm Sóc Bớt Giá** hay không, văn kiện chứng minh lợi tức phải gồm có bảng lương mới đây hoặc đơn khai thuế lợi tức.

Chăm Sóc Cấp Cứu và Cần Thiết Về Y Khoa

Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm	
Lợi Tức Gia Đình	Số Tiền Phải Trả
>200% đến 300% Mức Nghèo Khó Liên Bang	50% Số Tiền Thường Được Tính Hóa Đơn
>300% đến 400% Mức Nghèo Khó Liên Bang	75% Số Tiền Thường Được Tính Hóa Đơn
>400% Mức Nghèo Khó Liên Bang	Không được đài thọ theo Chính Sách Trợ Giúp Tài Chánh, xem Chính Sách Bớt Giá Cho Người Không Có Bảo Hiểm

Bệnh Nhân có các chương trình Bảo Hiểm Thương Mại hoặc Quản Trị Chăm Sóc không Hợp Đồng & Phí Tồn Y Tế Cao	
Lợi Tức Gia Đình	Số Tiền Phải Trả
400% Mức Nghèo Khó Liên Bang hoặc thấp hơn	Số tiền được phép theo Số Tiền Thường Được Tính Hóa Đơn cho cùng dịch vụ đó TRỪ ĐI số tiền do hãng bảo hiểm của bệnh nhân trả. Nếu hãng bảo hiểm trả một số tiền bằng hoặc nhiều hơn Số Tiền Thường Được Tính Hóa Đơn, trách nhiệm của bệnh nhân là số không.
>400% Mức Nghèo Khó Liên Bang	Không được đài thọ theo Chính Sách Trợ Giúp Tài Chánh, bệnh nhân phải trả số tiền Trách Nhiệm Tự Trả của mình

Chăm Sóc Không Phải Cấp Cứu và Không Cần Thiết Về Y Khoa

Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm	
Lợi Tức Gia Đình	Số Tiền Tính Phải Trả
200% Mức Nghèo Khó Liên Bang hoặc thấp hơn	50% Số Tiền Thường Được Tính Hóa Đơn
>200% đến 400% Mức Nghèo Khó Liên Bang	100% Số Tiền Thường Được Tính Hóa Đơn
>400% Mức Nghèo Khó Liên Bang	Không được đài thọ theo Chính Sách Trợ Giúp Tài Chính, xem Chính Sách Bớt Giá Cho Người Không Có Bảo Hiểm
Bệnh Nhân có các chương trình Bảo Hiểm Thương Mại hoặc Quản Trị Chăm Sóc không Hợp Đồng & Phí Tồn Y Tế Cao	
Lợi Tức Gia Đình	Trách Nhiệm của Bệnh Nhân
350% Mức Nghèo Khó Liên Bang hoặc thấp hơn	Số tiền được phép theo Số Tiền Thường Được Tính Hóa Đơn cho cùng dịch vụ đó TRỪ ĐI số tiền do hãng bảo hiểm của bệnh nhân trả. Nếu hãng bảo hiểm trả một số tiền bằng hoặc nhiều hơn Số Tiền Thường Được Tính Hóa Đơn, trách nhiệm của bệnh nhân là số không.
>350% Mức Nghèo Khó Liên Bang	Không được đài thọ theo Chính Sách Trợ Giúp Tài Chính; bệnh nhân phải trả số tiền Trách Nhiệm Tự Trả của mình

D. Phương Pháp Bệnh Nhân Có Thể Nộp Đơn Xin Trợ Giúp Tài Chính

- Muốn hội đủ điều kiện được Trợ Giúp Tài Chính theo Chính Sách này, bệnh nhân hoặc người bảo đảm phải:
 - Hợp tác với AH để nhận định và quyết định những nguồn trả tiền hoặc đài thọ khác từ các chương trình trả tiền công và tự;
 - Nộp đơn xin Trợ Giúp Tài Chính giữ kín và khai đúng sự thật, chính xác và đầy đủ trong vòng 240 ngày kể từ khi lập hóa đơn đầu tiên sau khi xuất viện;
 - Nhân viên của AH gồm các nhân viên cố vấn tài chính và nhân viên Ban Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân có thể giúp những người muốn xin hoặc cần được trợ giúp điền đơn;
 - Cung cấp bản sao cuống phiếu lương mới nhất của bệnh nhân hoặc người bảo đảm (hoặc chứng nhận là hiện đang thất nghiệp);
 - Cung cấp bản sao Đơn Khai Thuế Lợi Tức Liên Bang mới đây nhất của bệnh nhân hoặc người bảo đảm (gồm luôn tất cả các bảng tính kèm); và
 - Cung cấp các văn kiện và chi tiết về tài sản bằng tiền của bệnh nhân hoặc người bảo đảm khi có yêu cầu hợp lý của AH.
- Nếu bệnh nhân có bảo hiểm của Thành Phần Thứ Ba mà lẽ ra đã đài thọ cho các dịch vụ hội đủ điều kiện này, bệnh nhân hoặc người bảo đảm phải tuân hành các điều kiện đài thọ của bảo hiểm sức khỏe của họ. Nếu không làm thế, khi mà bệnh nhân lẽ ra đã có thể tuân hành được, thì có thể đưa đến việc không cho hội đủ điều kiện theo chương trình Trợ Giúp Tài Chính.
- Bệnh nhân không hợp tác là bất cứ bệnh nhân hoặc người bảo đảm nào không muốn tiết lộ chi tiết tài chính cần thiết theo yêu cầu cho Medicaid và/hoặc chương trình Trợ Giúp Tài Chính trong tiến trình nộp đơn. Bệnh nhân hoặc người bảo đảm không hợp tác sẽ được gửi thông báo cho biết nếu họ không tuân hành và cung cấp chi tiết thì sẽ không được cứu xét thêm để lập thủ tục hành chương trình Trợ Giúp Tài Chính và sẽ bắt đầu tiếp tục A/R tiêu chuẩn.
- AH xem trọng nhân phẩm và cách điều hành sẽ được phản ảnh trong tiến trình làm đơn, quyết định nhu cầu tài chính, và cấp Trợ Giúp Tài Chính.

5. AH sẽ không sử dụng cho bất cứ hoạt động truy thu nợ nào của AH bất cứ dữ kiện nào do bệnh nhân nộp về tài sản bằng tiền của bệnh nhân khi làm đơn. Dữ kiện do bệnh nhân cung cấp về tài sản bằng tiền của bệnh nhân sẽ chỉ được dùng để quyết định xem bệnh nhân đó có hội đủ điều kiện được Trợ Giúp Tài Chính theo chính sách này hay không.

E. Hội Đủ Điều Kiện cho Các Chương Trình Khác của Chính Quyền

Cơ sở này sẽ có các nỗ lực hợp lý để thu thập dữ kiện từ bệnh nhân hoặc đại diện của họ về việc bảo hiểm sức khỏe tư hoặc công hoặc hãng bảo trợ có thể đài thọ trọn vẹn hoặc một phần các lệ phí chăm sóc cho một bệnh nhân hay không, gồm cả nhưng không phải chỉ giới hạn vào, bất cứ loại nào sau đây:

1. Bảo hiểm sức khỏe tư, gồm cả bảo hiểm cung cấp qua Thị Trường Quyền Lợi Sức Khỏe (Health Benefit Exchange);
2. Medicare; hoặc
3. Chương trình Medicaid, Chương Trình Healthy Families, Chương Trình Dịch Vụ Trẻ Em (Children's Services), hoặc các chương trình khác do tiểu bang tài trợ để bảo hiểm sức khỏe.

Nếu bệnh nhân nộp đơn xin, hoặc đang chờ cứu xét đơn, cho một chương trình bảo hiểm sức khỏe khác cùng lúc nộp đơn xin một chương trình Trợ Giúp Tài Chính của cơ sở, không có đơn nào làm bị mất tư cách hội đủ điều kiện cho chương trình kia.

F. Giả Định Hội Đủ Điều Kiện Được Trợ Giúp Tài Chính

Trên căn bản từng bệnh nhân, nhân viên hoặc ban quản trị Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân sẽ điền đơn Trợ Giúp Tài Chính nội bộ gồm cả phần giải thích đầy đủ về:

1. Lý do bệnh nhân hoặc người bảo đảm của bệnh nhân không thể nộp đơn cho chính mình, và tình trạng y tế hoặc kinh tế xã hội được chứng minh là vượt khỏi tầm kiểm soát của bệnh nhân khiến cho bệnh nhân hoặc người bảo đảm của họ không thể điền đơn được.
2. AH có thể chỉ định các trương mục vào giả định hội đủ điều kiện Chăm Sóc Từ Thiện, mà không cần bệnh nhân nộp đơn xin Trợ Giúp Tài Chính, dựa trên các tiêu chuẩn ấn định trước thu thập từ những nguồn được phê chuẩn. Các tiêu chuẩn này gồm:
 - a. Bệnh nhân được ghi trong hồ sơ y khoa của họ là vô gia cư hoặc được phối kiểm qua AH hoặc một người trong gia đình là bệnh nhân đã qua đời và không biết có để lại di sản nào không hoặc đang bị tù; **HOẶC**
 - b. Bệnh nhân hội đủ điều kiện cho chương trình quyền lợi công gồm An Sinh Xã Hội, Quyền Lợi Bảo Hiểm Thất Nghiệp, Medicaid, Sức Khỏe Người Nghèo trong Quận, AFDC, Phiếu Thực Phẩm, WIC, hoặc các chương trình khác tương tự liên quan đến tình trạng nghèo khó với các đòi hỏi về điều kiện tương đối hội đủ các tiêu chuẩn của chương trình Trợ Giúp Tài Chính AH; **HOẶC**
 - c. Sau khi các nỗ lực truy thu bình thường không đem lại được số tiền trả nào và bệnh nhân đã không thể điền đơn xin Trợ Giúp Tài Chính, hoặc tuân hành các yêu cầu cung cấp giấy tờ chứng minh, hoặc nếu không thì không đáp ứng được tiến trình làm đơn, trương mục đó sẽ được xét xem có thuộc loại giả định hội đủ điều kiện hay không bằng nhu liệu về nhân khẩu. Vì thế, các trương mục này có thể được xem xét để biết bệnh nhân đó có hội đủ điều kiện được Trợ Giúp Tài Chính mà không phải điền đơn xin trợ giúp chính thức hay không. Trong các trường hợp này, một cơ sở của AH sẽ sử dụng những nguồn thông tin khác để thẩm định nhu cầu tài chính của mỗi người. Dữ kiện này sẽ giúp AH hiểu rõ nhu cầu tài chính của bệnh nhân không đáp ứng để quyết định bằng cách áp dụng những mức ước tính chính xác nhất có được khi bệnh nhân không trực tiếp cung cấp chi tiết.

Các cơ sở của AH sẽ nhờ một thành phần thứ ba đánh giá dữ kiện về bệnh nhân bằng phương tiện điện tử để thẩm định nhu cầu tài chánh. Loại duyệt xét này sử dụng một mô hình được kỹ nghệ chăm sóc sức khỏe công nhận và dựa vào các bộ lưu dữ kiện công cộng. Mô hình tiên đoán này kết hợp dữ kiện hồ sơ công cộng để tính điểm về khả năng kinh tế xã hội và tài chánh gồm những mức ước tính về lợi tức, tài sản và tiền mặt. Kỹ thuật điện tử được thiết kế để thẩm định mỗi bệnh nhân theo cùng các tiêu chuẩn như tiến trình làm đơn thông lệ trước đây.

Kỹ thuật điện tử sẽ được áp dụng trước khi chuyển thành nợ xấu sau khi đã tìm hết tất cả các nguồn hội đủ điều kiện và trả tiền khác. Việc này giúp các cơ sở của AH xem xét tất cả bệnh nhân để trợ giúp tài chánh trước khi theo đuổi bất cứ biện pháp truy thu nợ đặc biệt nào. Các dữ kiện thu được từ kết quả xem xét điện tử về tư cách hội đủ điều kiện này sẽ được xem là tài liệu chứng minh đầy đủ về nhu cầu tài chánh để hội đủ điều kiện ở mức 200% FPL hoặc thấp hơn chỉ cho những khoảng thời gian ngược về trước.

Các trương mục bệnh nhân được giả định hội đủ điều kiện sẽ được tái phân loại theo chính sách Trợ Giúp Tài Chánh. Các trương mục này sẽ không bị giao cho cơ quan truy thu nợ, sẽ không bị tiếp tục truy thu thêm nữa, sẽ không được thông báo là hội đủ điều kiện và sẽ không gồm vào chi phí nợ xấu của cơ sở này.

G. Thời Hạn Hội Đủ Điều Kiện

Nếu bệnh nhân hội đủ điều kiện được Chăm Sóc Từ Thiện hoặc Chăm Sóc Bớt Giá cho một dịch vụ hoặc thời gian lưu lại cơ sở cụ thể hội đủ điều kiện, phần bớt giá tính ngược về trước theo chương trình Trợ Giúp Tài Chánh sẽ được áp dụng cho tất cả các số tiền bệnh nhân còn nợ về các dịch vụ hội đủ điều kiện trước ngày chấp thuận đơn. Ngoài ra, bất cứ dịch vụ nào hội đủ điều kiện trong khoảng thời gian thêm 180 ngày nữa sau ngày chấp thuận đơn cũng sẽ hội đủ điều kiện được bớt giá theo chương trình Trợ Giúp Tài Chánh. Đối với các dịch vụ được cung cấp 180 ngày sau ngày chấp thuận đơn, bệnh nhân phải nộp đơn lại để được cứu xét Trợ Giúp Tài Chánh cho lần chăm sóc đó.

H. Hoàn Lại Tiền Đã Trả Trước Đây

Nếu bệnh nhân trả tất cả hoặc một phần hóa đơn của họ cho các dịch vụ đã cung cấp, và sau đó được quyết định là hội đủ điều kiện được Chăm Sóc Từ Thiện hoặc Chăm Sóc Bớt Giá theo chính sách này, AH sẽ hoàn lại tiền cho bệnh nhân số tiền đã trả dư đó cho AH.

I. Kháng Cáo Về Việc Áp Dụng Chính Sách này

Nếu có bất cứ bệnh nhân nào tin rằng đơn xin Trợ Giúp Tài Chánh của mình không được cứu xét đúng đắn theo chính sách này, hoặc nếu không thì không đồng ý với việc áp dụng chính sách này trong trường hợp của mình, bệnh nhân đó có thể nộp đơn cho Tổng Giám Đốc Tài Chánh (Chief Financial Officer, CFO) của cơ sở AH nơi cung cấp các dịch vụ hội đủ điều kiện để xin xét lại và đây sẽ là cấp kháng cáo cuối cùng.

J. Tính Hóa Đơn và Truy Thu Nợ

Các cơ sở của AH sẽ áp dụng thủ tục tiêu chuẩn để giao cho các cơ quan truy thu nợ kể cả những cấp độ ủy quyền. Hợp đồng với cơ quan truy thu nợ sẽ quy định phạm vi hành nghề của các cơ quan này gồm những cách truy thu trong phạm vi chính sách này cũng như điều kiện phải thông báo cho cơ sở của AH khi có bệnh nhân nào nói là họ không có khả năng tài chánh trả tiền hóa đơn của họ.

Trước khi bắt đầu bất cứ hoạt động truy thu nợ nào đối với bệnh nhân, cơ sở này phải cung cấp một bản tóm lược các quyền của bệnh nhân bằng ngôn ngữ đơn giản dễ hiểu. Ngôn ngữ tóm lược sẽ được xem là đúng mức nếu phần lớn theo dạng sau đây:

“Luật tiểu bang và liên bang đòi hỏi các cơ quan truy thu nợ phải đối xử công bằng với quý vị và cấm các cơ quan truy thu nợ nói sai sự thật hoặc đe dọa bạo động, sử dụng ngôn ngữ thô tục hoặc xúc phạm, và liên lạc không chính đáng với các thành phần thứ ba, kể cả sở làm của quý vị. Trừ các trường hợp bất thường, các cơ quan truy thu nợ không được liên lạc với quý vị trước 08:00 sáng hoặc sau 09:00 tối. Nói chung, cơ quan truy thu nợ có thể liên lạc với một người khác để xác định địa điểm của quý vị hoặc để thi hành một phán quyết bồi thường. Muốn biết thêm chi tiết về các hoạt động truy thu nợ, quý vị có thể liên lạc với Hội Đồng Mậu Dịch Liên Bang (Federal Trade Commission) bằng điện thoại tại số 1-877-FTC-HELP (382-4357) hoặc trên mạng tại www.ftc.gov.”

Cơ sở này cũng phải cho biết là có thể có các dịch vụ cố vấn tín dụng bất vụ lợi trong khu vực này. Những câu trên sẽ được kết hợp vào một tập dữ kiện đính kèm gửi thư và kèm theo thư dữ kiện lần đầu cho tất cả những trường hợp nợ nần của bệnh nhân.

Các cơ sở của AH sẽ ngưng mọi nỗ lực truy thu nợ từ bệnh nhân hoặc người bảo đảm trong khi họ đang nộp đơn xin các chương trình trợ giúp của chính quyền, chẳng hạn như Medicaid, gồm cả bất cứ thời gian nào cần thiết để kháng cáo quyết định về tư cách hội đủ điều kiện. Khi cơ sở này quyết định người đó không hội đủ điều kiện cho loại đài thọ họ đã xin hoặc không hợp tác, thì các nỗ lực truy thu nợ có thể tiếp tục. Bất cứ trường hợp không hội đủ điều kiện hoặc không hợp tác nào cũng phải được ghi lại kỹ lưỡng.

Sau khi nộp đơn xin Trợ Giúp Tài Chính cho một bệnh nhân hoặc người bảo đảm, tất cả các hoạt động truy thu nợ sẽ chấm dứt cho đến khi có quyết định và bệnh nhân được thông báo về quyết định đó. Quyết định đó phải được thông báo cho bệnh nhân bằng cách gửi thư trong Phụ Lục B (bằng tiếng Anh hoặc bằng một ngôn ngữ cho người Có Khả Năng Thông Thạo Anh Ngữ Giới Hạn đúng theo định nghĩa).

Trong những trường hợp bệnh nhân hoặc người bảo đảm của bệnh nhân được chấp thuận cho Chăm Sóc Từ Thiện theo chương trình Trợ Giúp Tài Chính, thì tất cả các nỗ lực truy thu nợ sẽ chấm dứt và phải có các nỗ lực hợp lý để đảo ngược bất cứ hành động truy thu nợ đặc biệt nào đối với bệnh nhân hoặc người bảo đảm của bệnh nhân.

Trong những trường hợp bệnh nhân hoặc người bảo đảm của bệnh nhân được chấp thuận cho Chăm Sóc Bớt Giá và có nợ theo chương trình Trợ Giúp Tài Chính, cơ sở này có thể thương lượng một Chương Trình Trả Góp hàng tháng hợp lý với bệnh nhân hoặc người bảo đảm theo yêu cầu của bệnh nhân hoặc người bảo đảm đó và sẽ không giao các hóa đơn chưa trả tiền cho các cơ quan truy thu nợ bên ngoài, và sẽ chấm dứt mọi hành động truy thu nợ đặc biệt. Bất cứ Chương Trình Trả Góp dài hạn nào đã được cơ sở thỏa thuận để giúp bệnh nhân hội đủ điều kiện theo chính sách Trợ Giúp Tài Chính của cơ sở này đều sẽ không tính tiền lãi. Các Chương Trình Trả Góp dài hạn có thể được tuyên bố ngưng áp dụng khi bệnh nhân hoặc người bảo đảm không trả tất cả những phần đến hạn phải trả tiền liên tiếp nhau trong khoảng thời gian 90 ngày. Trước khi tuyên bố ngưng áp dụng thỏa thuận, cơ sở này hoặc cơ quan truy thu nợ sẽ phải có nỗ lực hợp lý để liên lạc với bệnh nhân bằng điện thoại và, để gửi thông báo cho biết, là Chương Trình Trả Góp dài hạn có thể bị ngưng áp dụng, và cho cơ hội thương lượng lại Chương Trình Trả Góp dài hạn. Trước khi cơ sở này có thể tuyên bố ngưng áp dụng Chương Trình Trả Góp dài hạn, họ phải tìm cách thương lượng lại các điều khoản của Chương Trình Trả Góp dài hạn đã ngưng, nếu có yêu cầu của bệnh nhân hoặc người bảo đảm của họ. Cả cơ sở này lẫn cơ quan truy thu nợ đều không được trình báo dữ kiện bất lợi cho một văn phòng phúc trình tín dụng trước khi tuyên bố ngưng áp dụng Chương Trình Trả Góp dài hạn.

Các cơ sở của AH và các cơ quan truy thu nợ sẽ không có bất cứ **hành động truy thu đặc biệt** nào như sai áp lương, bán nợ, phúc trình nợ cho (các) văn phòng tín dụng, đòi hỏi trả tiền trước khi chăm sóc, áp đặt chủ quyền liên đới trên nhà ở chính, hoặc có các hành động pháp lý nào khác đối với bất cứ bệnh nhân nào, trong vòng 241 ngày kể từ ngày lập hóa đơn tính tiền bệnh nhân lần đầu sau khi xuất viện.

Cơ sở này và các cơ quan truy thu nợ sẽ có các nỗ lực hợp lý để thông báo cho bệnh nhân trước khi có bất cứ hành động truy thu nợ đặc biệt nào. Các hành động hợp lý gồm gửi thông báo về chính sách Trợ Giúp Tài Chính, cung cấp một Bản Tóm Lược bằng Ngôn Ngữ Đơn Giản, nhân định và thông báo bằng văn bản hành động truy thu nợ đặc biệt cụ thể sẽ được thực hiện, và có các nỗ lực hợp lý để thông báo bằng lời cho bệnh nhân hoặc người bảo đảm. Tất cả những hành động này đều phải được thực hiện ít nhất là 30 ngày trước khi có bất cứ hành động truy thu nợ nào đặc biệt hầu dành thời gian hợp lý để đáp ứng thông báo này.

Trong những trường hợp cơ quan truy thu nợ thấy có dấu hiệu là bệnh nhân hoặc người bảo đảm có khả năng trả tiền các dịch vụ y tế đã tiếp nhận nhưng không chịu trả, cơ quan này có thể được phép khởi kiện để thu số tiền còn nợ chưa trả miễn là không phải trong vòng 240 ngày kể từ ngày lập hóa đơn tính tiền lần đầu sau khi xuất viện. Khi cơ quan này quyết định rằng có thể khởi kiện và đã đáp ứng các tiêu chuẩn về hành động truy thu nợ đặc biệt, cơ quan này phải gửi văn thư yêu cầu riêng cho CFO của cơ sở này phê chuẩn trước khi khởi kiện. Thư yêu cầu này phải có tất cả chi tiết nội vụ kể cả bản sao giấy tờ chứng minh của cơ quan đó đã khiến họ tin rằng bệnh nhân hoặc người bảo đảm có khả năng trả tiền các dịch vụ đó. CFO của cơ sở phải chấp thuận mỗi vụ kiện bằng văn bản. CFO không được ủy quyền này cho người khác. Các cơ sở phải duy trì thường trực một bản sao giấy phép có chữ ký cho khởi kiện và phải có một ghi chú bằng phương tiện điện tử trong trường mục bệnh nhân PFS. Cơ quan này không bao giờ được khởi kiện để làm động lực thúc đẩy bệnh nhân trả tiền khi không có dữ kiện nào về khả năng tài chính của bệnh nhân hoặc người bảo đảm.

K. Giáo Dục Bệnh Nhân/Gia Đình

Được cung cấp bằng cách đăng chính sách này trên website của AH, giáo dục trực tiếp từ các nhân viên cố vấn tài chính, và tin tức đăng tải như được nêu trong chính sách này (Đoạn III.B.).

L. Giấy Tờ Chứng Minh

Đơn xin Trợ Giúp Tài Chính được giữ kín (Xem Phụ Lục A của chính sách này.)

M. Danh Sách Các Bác Sĩ Được Áp Dụng

Danh sách các bác sĩ Được Áp Dụng và Không Áp Dụng, trong Phụ Đính C của chính sách này, là những người Chăm Sóc Y Tế Cấp Cứu và chăm sóc khác Cần Thiết Về Y Khoa trong cơ sở này sẽ được liệt kê ít nhất là ba tháng một, và công bố qua các phương pháp nêu trong đoạn III.B. của chính sách này.

N. Thủ Tục Tiêu Chuẩn về Trợ Giúp Tài Chính

Cơ sở này sẽ áp dụng các thủ tục tiêu chuẩn nội bộ để điều hành chính sách Trợ Giúp Tài Chính được ghi trong một văn kiện riêng rẽ về thủ tục Trợ Giúp Tài Chính do AH phát hành.

O. Cơ Quan Được Phép

Hội Đồng Quản Trị Hợp Pháp của Adventist Health là cơ quan được phép phê chuẩn chính sách này và bất cứ thay đổi nào sau đó về chính sách này.

TÁC GIẢ: Ban Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân

PHÊ CHUẨN: Hệ Thống Quản Trị Chu Kỳ Thu Nhập 9/18/2015; Hội Đồng Điều Hành 12/1/2014; Hội Đồng Quản Trị Phê Chuẩn 12/15/2015

NGÀY HIỆU LỰC: 12/29/2015

DUYỆT XÉT: 11/12/14; HIỆU ĐÍNH: 12/21/09, 1/25/11, 6/3/2011, 1/27/11, 5/13/13, 2/3/14, Tháng Mười Một 2014 (SB1276), 1/22/15 (hiệu đính FPL); 12/17/2015 (501(r)); 4/19/17 (hiệu đính PFS); 3/1/18 (giá biểu FPL & AGB hiệu đính)

PHÂN PHỐI: Hội Đồng Quản Trị PFS, CFOs

PHỤ LỤC A

Tên Bệnh Nhân _____	Cơ Sở: _____ DOS: _____
Số Bệnh Nhân _____	Bản Kết Toán Tài Chính Giữ Kín (Đơn)

BÊN CÓ TRÁCH NHIỆM

Tên	Tình Trạng Hôn Nhân	Số An Sinh Xã Hội
Địa Chỉ, Thành Phố, Tiểu Bang, Số Zip	Ở địa chỉ này bao lâu	Số Điện Thoại Nhà
Tên và Địa Chỉ Sở Làm (Nếu Thất Nghiệp – Bao Lâu)		Điện Thoại Sở
Chức Vụ / Danh Xưng	Lợi tức hằng tháng – Gộp	Lợi tức hằng tháng - Ròng
		Thời gian đã làm công việc hiện nay

NGƯỜI PHỐI NGẦU

Tên	Số An Sinh Xã Hội
Tên và Địa Chỉ Sở Làm	Điện Thoại Sở
Chức Vụ / Danh Xưng	Lợi tức hằng tháng – Gộp
	Lợi tức hằng tháng - Ròng
Thời gian đã làm công việc hiện nay	

NGƯỜI NUƠNG TỰA

Tên & Năm Sinh của tất cả những người nương tựa trong nhà	Tổng Số người nương tựa trong nhà _____	Có Bất Cứ Người nào Khác Đóng Góp Hay Không? Nếu Có, Số Tiền: Có/Không _____ Số Tiền _____
---	---	--

LỢI TỨC MỖI THÁNG & TÀI SẢN

Tiền chia lợi nhuận, Tiền lời	\$	Cấp Dưỡng cho Con / Chu Cấp cho Người Phối Ngẫu	\$
Trợ Cấp Công / Phiếu Thực Phẩm	\$	Lợi Tức Cho Thuê	\$
An Sinh Xã Hội	\$	Cấp Khoản	\$
Bồi Thường Thất Nghiệp	\$	IRA	\$
Bồi Thường Lao Động	\$	Loại Khác	\$
Tiết Kiệm	\$		

CHI PHÍ MỖI THÁNG

Tiền Trả Góp Nợ Mua Nhà / Tiền Thuê Nhà	\$	Số Còn Nợ: \$	Y Tế / Nha Khoa	\$
Đã Mua Nhà? (Có/Không)			Bác Sĩ – Tên	\$
Thực Phẩm	\$		Bác Sĩ – Tên	\$
Tiện Ích:	\$		Bác Sĩ – Tên	\$
Điện	\$		Thẻ Tín Dụng:	\$
Khí Đốt	\$		Visa	Mức Tối Đa \$
Nước / Cống	\$		Mastercard	Mức Tối Đa \$
Rác	\$		Discover	Mức Tối Đa \$
Điện Thoại	\$		Loại Khác	Mức Tối Đa \$
Cáp TV	\$		Tiền Vay Trả Góp	\$
Tiền Trả Góp Nợ Mua Xe	\$		Cấp Dưỡng cho Con	\$
Chi Phí Sử Dụng Xe	\$		Các Chi Phí Linh Tinh	\$
Bảo Hiểm:				
Bảo Phí Xe	\$			
Bảo Hiểm Nhân Thọ	\$			
Bảo Hiểm Sức Khỏe	\$			

DÀNH RIÊNG CHO VĂN PHÒNG
 Lợi tức gộp _____
 Lợi tức ròng _____
 Tổng Số Chi Phí _____
 Tổng Số lợi tức Ròng (thiếu hụt) _____

Theo tôi biết thì các chi tiết cung cấp ở trên là đúng sự thật.

CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN /NGƯỜI BẢO ĐẢM _____ NGÀY _____

PHỤ LỤC B

Tên Cơ Sở
Địa Chỉ Cơ Sở
Điện Thoại của Cơ Sở

Ngày

Tên Người Bảo Đảm
Địa Chỉ Người Bảo Đảm

V/V: Số Trương Mục:
Tên Bệnh Nhân:
Ngày Dịch Vụ:
Số Nợ Trong Trương Mục:

- Trương mục của quý vị đã được duyệt xét để xem có thể trợ giúp từ thiện hay không. Sau khi duyệt xét tất cả giấy tờ tài chính quý vị đã nộp, chúng tôi đã quyết định là quý vị hội đủ các nguyên tắc hướng dẫn về điều kiện được trợ giúp từ thiện toàn bộ cho trương mục này.
- Trương mục của quý vị đã được duyệt xét để xem có thể trợ giúp từ thiện hay không. Sau khi duyệt xét tất cả giấy tờ tài chính quý vị đã nộp, chúng tôi đã quyết định là quý vị không hội đủ các nguyên tắc hướng dẫn về điều kiện được trợ giúp từ thiện toàn bộ cho trương mục này.
- Trương mục của quý vị đã được duyệt xét để xem có thể trợ giúp từ thiện hay không. Sau khi duyệt xét tất cả giấy tờ tài chính quý vị đã nộp, chúng tôi đã quyết định là quý vị hội đủ các nguyên tắc hướng dẫn về điều kiện được trợ giúp từ thiện một phần cho trương mục này. (Số nợ trong trương mục) là phần còn lại, và quý vị có trách nhiệm trả số này.

Nếu quý vị tin rằng quyết định này là sai, quý vị có quyền kháng cáo. Quý vị phải làm đơn kháng cáo, gửi cho Giám Đốc Ban Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân và gửi đến địa chỉ ghi trong thư này.

Nếu quý vị có bất cứ thắc mắc gì, xin cứ tự nhiên liên lạc với chúng tôi tại (số điện thoại cơ sở) trong giờ làm việc bình thường.

Ban Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân
Tên Cơ Sở
Số Điện Thoại Cơ Sở

PHỤ LỤC C
NHỮNG MỨC NGHÈO KHÓ LIÊN BANG 2018 (FPL)

Số người trong gia đình	48 Tiểu Bang Liên Lạc và District of Columbia	Alaska	Hawaii
1	\$12,140	\$15,180	\$13,960
2	16,460	20,580	18,930
3	20,780	25,980	23,900
4	25,100	31,380	28,870
5	29,420	36,780	33,840
6	33,740	42,180	38,810
7	38,060	47,580	43,780
8	42,380	52,980	48,750
Tăng thêm mỗi người thì cộng thêm	4,320	5,400	4,970

<http://www.aspe.hhs.gov/poverty/>

PHỤ ĐÍNH A

DANH SÁCH CƠ SỞ ĐƯỢC ÁP DỤNG

Danh sách các cơ sở của Adventist Health được áp dụng chính sách này:

Tên Thương Mại (Doing Business As, DBA)
Adventist Health Hanford
Adventist Medical Center - Portland
Adventist Health Reedley
Adventist Health Tehachapi Valley
Adventist Health Selma
Adventist Health Castle
Adventist Health Feather River
Adventist Health Glendale
Adventist Health Howard Memorial
Adventist Health Lodi Memorial
Adventist Health Clear Lake
Adventist Health St. Helena
Adventist Health Vallejo
Adventist Health Bakersfield
Adventist Health Simi Valley
Adventist Health Sonora
Tillamook Regional Medical Center
Adventist Health Ukiah Valley
Adventist Health White Memorial
Adventist Health Physicians Network
Western Health Resources

PHỤ ĐÍNH B

Số Tiền Thường Được Tính Hóa Đơn (Amount Generally Billed, AGB) cho các cơ sở tại California:

Bảng AGB #1

Phương pháp được dùng để tính AGB là phương pháp dựa vào giá trước đây thực sự đã trả cho đơn xin bồi hoàn lệ phí cho từng dịch vụ của Medicare, gồm cả những phần do người có bảo hiểm tự trả. Một tỷ lệ bách phân trung bình của các lệ phí gộp, hoặc nhiều tỷ lệ bách phân cho các loại chăm sóc riêng rẽ hoặc những món hoặc dịch vụ riêng rẽ. Mức tỷ lệ AGB sẽ được cập nhật hằng năm vào ngày 1 Tháng Giêng mỗi năm và được thực thi trong vòng 120 ngày sau bất cứ ngày thay đổi tỷ lệ AGB nào.

Cơ Sở	Dịch Vụ	Có Hiệu Lực	Tỷ Lệ AGB
Adventist Health Hanford	Tất Cả Các Dịch Vụ	3/1/2018	25%
Adventist Health Selma	Tất Cả Các Dịch Vụ	3/1/2018	25%
Adventist Health Reedley	Tất Cả Các Dịch Vụ	3/1/2018	11%
Adventist Health Tehachapi Valley	Tất Cả Các Dịch Vụ	3/1/2018	38%
Adventist Health Feather River	Tất Cả Các Dịch Vụ	3/1/2018	13%
Adventist Health Glendale	Tất Cả Các Dịch Vụ	3/1/2018	18%
Adventist Health Howard Memorial	Tất Cả Các Dịch Vụ	3/1/2018	35%
Adventist Health Lodi Memorial	Tất Cả Các Dịch Vụ	3/1/2018	12%
Adventist Health Clear Lake	Tất Cả Các Dịch Vụ	3/1/2018	30%
Adventist Health St. Helena	Tất Cả Các Dịch Vụ	3/1/2018	15%

Adventist Health Vallejo	Tất Cả Các Dịch Vụ	3/1/2018	15%
Adventist Health Bakersfield	Tất Cả Các Dịch Vụ	3/1/2018	17%
Adventist Health Simi Valley	Tất Cả Các Dịch Vụ	3/1/2018	15%
Adventist Health Sonora	Tất Cả Các Dịch Vụ	3/1/2018	22%
Adventist Health Ukiah Valley	Tất Cả Các Dịch Vụ	3/1/2018	18%
Adventist Health White Memorial	Tất Cả Các Dịch Vụ	3/1/2018	20%

Số Tiền Thường Được Tính Hóa Đơn (AGB) cho các cơ sở tại Oregon, Washington và Hawaii:

Bảng AGB #2

Phương pháp được dùng để tính AGB là phương pháp dựa vào giá trước đây thực sự đã trả cho đơn xin bồi hoàn lệ phí cho từng dịch vụ của Medicare cùng với tất cả các hãng bảo hiểm sức khỏe tự, gồm cả những phần do người có bảo hiểm tự trả. Một tỷ lệ bách phân trung bình của các lệ phí gộp, hoặc nhiều tỷ lệ bách phân cho các loại chăm sóc riêng rẽ hoặc những món hoặc dịch vụ riêng rẽ. Tỷ lệ AGB sẽ được cập nhật hằng năm vào ngày 1 Tháng Giêng mỗi năm và được thực thi trong vòng 120 ngày sau bất cứ ngày thay đổi tỷ lệ AGB nào.

Cơ Sở	Dịch Vụ	Có Hiệu Lực	Tỷ Lệ AGB
Adventist Medical Center - Portland	Tất Cả Các Dịch Vụ	3/1/2018	29%
Adventist Health Castle	Tất Cả Các Dịch Vụ	3/1/2018	38%
Tillamook Regional Medical Center	Tất Cả Các Dịch Vụ	3/1/2018	46%

Bảng AGB #3

Phương pháp được dùng để tính AGB là phương pháp dựa vào giá trước đây thực sự đã trả cho đơn xin bồi hoàn lệ phí cho từng dịch vụ của Medicare, gồm cả những phần do người có bảo hiểm tự trả. Một tỷ lệ bách phân trung bình của các lệ phí gộp, hoặc nhiều tỷ lệ bách phân cho các loại chăm sóc riêng rẽ hoặc những món hoặc dịch vụ riêng rẽ. Tỷ lệ AGB sẽ được cập nhật hằng năm vào ngày 1 Tháng Giêng mỗi năm và được thực thi trong vòng 120 ngày sau bất cứ ngày thay đổi tỷ lệ AGB nào.

Cơ Sở	Dịch Vụ	Có Hiệu Lực	Tỷ Lệ AGB
Adventist Health Physician Network	Tất Cả Các Dịch Vụ	3/1/2018	30%
Western Health Resources	Tất Cả Các Dịch Vụ	3/1/2018	74%

PHỤ ĐÍNH C

Danh Sách Các Bác Sĩ Được Áp Dụng và Không Áp Dụng

Danh Sách Các Bác Sĩ Được Áp Dụng và Không Áp Dụng chính sách này trong cơ sở này, là những người Chăm Sóc Y Tế Cấp Cứu hoặc chăm sóc khác Cần Thiết Về Y Khoa trong cơ sở này, được liệt kê trong một văn kiện bổ túc có tên gọi là “PFS-112 Danh Sách Các Bác Sĩ Được Áp Dụng và Không Áp Dụng Trợ Giúp Tài Chính (PFS-112 Financial Assistance Covered and Noncovered Physicians List)”. Danh sách này được cập nhật ba tháng một lần và được đăng trên website và cung cấp bằng văn bản với chính sách này.

Dưới đây là danh sách các cơ sở có tên trong văn kiện bổ túc:

Tên Thương Mại (DBA)
Adventist Health Hanford
Adventist Health Selma
Adventist Medical Center - Portland
Adventist Health Reedley
Adventist Health Tehachapi Valley
Adventist Health Castle
Adventist Health Feather River
Adventist Health Glendale
Adventist Health Howard Memorial
Adventist Health Lodi Memorial
Adventist Health Clear Lake
Adventist Health St. Helena
Adventist Health Vallejo
Adventist Health Bakersfield
Adventist Health Simi Valley
Adventist Health Sonora
Tillamook Regional Medical Center
Adventist Health Ukiah Valley
Adventist Health White Memorial
Adventist Health Physicians Network
Western Health Resources