

YALE NEW HAVEN HEALTH پالیسی و طرز العمل	وزارت مربوطه: خدمات تجاری شرکتی
عنوان: برنامه های کمک مالی (Financial Assistance Programs)	
تاریخ انفاذ: 11/30/2023	
تائید کننده: هیئت مدیره YNHHS	
نوع پالیسی سیستم (I یا II) نوع I	

هدف

Yale New Haven Health ("Yale New Haven Health" یا "YNHHS") از طریق ارائه کمک های مالی به افراد نیازمند واجد شرایط، متعهد به ارائه مراقبت های صحی ضروری است. هدف این پالیسی کمک مالی (Financial Assistance Policy، "FAP") عبارت است از:

- A. توضیح اینکه چه مساعدت مالی تحت FAP در دسترس است.
- B. توصیف افرادی که واجد شرایط مساعدت مالی هستند و نحوه درخواست اقدام کنید؛
- C. نحوه محاسبه هزینه های مریض برای مراقبت های اضطراری یا سایر مراقبت های طبی لازم برای مریضان واجد شرایط FAP را توصیف کنید.
- D. ارائه دهندگانی را که تحت پوشش FAP قرار دارند و شامل آنها نیستند، شناسایی می کند.
- E. مراحل را که شفاخانه های YNHHS برای تعمیم گسترده این FAP در جوامع تحت خدمات YNHHS برمی دارند، شرح می دهد؛ و
- F. توضیح می دهد که برای عدم پرداخت بل های صحی Yale New Haven چه اقداماتی را می توان انجام داد.

قابلیت تطبیق

این پالیسی برای تمامی شفاخانه های دارنده جواز وابسته به YNHHS به شمول شفاخانه (Bridgeport) Bridgeport (Hospital + Lawrence + Memorial)، شفاخانه (Greenwich Hospital) Greenwich، شفاخانه (Lawrence + Memorial Hospital) Yale New Haven Hospital) و شفاخانه (Westerly Hospital) (که هر کدام بنام «شفاخانه» یاد می شوند)، اعمال می گردد. علاوه بر این، پروگرام های مساعدت مالی توسط گروه طبی شمال شرق (Northeast Medical Group)، انجمن پرستار بازدید کننده از جنوب شرقی کانکتیکات (Visiting Nurse) Association of Southeastern Connecticut و Home Care Plus دنبال می شوند.

پالیسی

- A. مامور مسئول. معاون عالی رتبه YNHHS، هیئت مدیره چرخه درآمد یا نماینده آنها از YNHHS FAP نظارت می نمایند.

B. محدوده و لیست ارائه دهنده

1. **مراقبت های اضطراری و سایر مراقبت های ضروری طبی.** این FAP در موارد اضطراری و سایر مراقبت های طبی ضروری شامل خدمات سرپایی و سرپایی تطبیق می شود که توسط شفاخانه صورتحساب دریافت می شود. FAP شامل موارد زیر نمی باشد: (الف) اتاق خصوصی یا پرستاران خصوصی (ب) خدماتی که از نظر طبی ضروری نیستند، مانند جراحی زیبایی انتخابی (ج) سایر هزینه های رفاهی انتخابی، مانند هزینه های تلویزیون یا تلفون و (د) سایر تخفیف ها یا کاهش هزینه ها که به صراحت در این پالیسی شرح داده نشده است.
2. **فهرست ارائه دهنده.** لیستی از ارائه دهندگان خدمات مراقبت های طبی و ضروری در شفاخانه را می توان در اینجا یافت:

<https://www.ynhh.org/patients-visitors/billing-insurance/Financial-assistance>

این لیست نشان می دهد که آیا ارائه دهنده تحت پوشش FAP قرار دارد یا خیر. در صورتی که ارائه کننده تحت پوشش FAP نباشد، برای مشخص کردن ارائه یا عدم ارائه کمک های مالی توسط ارائه دهنده، مریضان باید به دفتر ارائه کننده به تماس شوند؛ در صورتی که کمک مالی ارائه می نماید، پالیسی کمک مالی ارائه کننده کدام خدمات را تحت پوشش قرار می دهد.

3. **مطابقت با EMTALA** شفاخانه ها باید مطابق با پالیسی های خود مطابق با قانون معالجه عاجل و کار فعال (EMTALA) عمل کنند و همچنین از انجام فعالیت هایی که باعث دلسرد شدن فرد برای جستجوی مراقبت های عاجل طبی می شود منع شده است. هیچ موردی در این FAP، تعهدات شفاخانه تحت EMTALA برای تداوی مریضان متبلاء به امراض صحتی عاجل را محدود نمی سازد.

C. برنامه مساعدت مالی

مساعدت مالی برای افرادی که در ایالات متحده زندگی می کنند و درخواست مساعدت مالی مورد نیاز را تکمیل می کنند و شرایط واجد شرایط اضافی شرح داده شده در زیر را دارند، در دسترس است. همه مریضان باید تشویق شوند که همه منابع مساعدت مالی موجود از جمله برنامه های کمک دولتی و خصوصی را بررسی کنند.

تصمیم گیری در مورد مساعدت مالی به صورت موردی و فقط براساس نیاز مالی انجام می شود. در تصمیم گیری ها هرگز سن، جنس، نژاد، رنگ، منشا ملی، حالت مدنی، وضعیت اجتماعی یا مهاجرت، گرایش جنسی، هویت یا بیان جنسیتی، وابستگی مذهبی، معلولیت، حالت نظامی متقاعد یا نظامی یا هر مبنای دیگری که قانون منع کرده باشد در نظر گرفته نمی شود. در برنامه مساعدت مالی اسناد مورد نیاز برای تأیید اندازه خانواده و عاید مشخص شده است. YNHHS یا یک شفاخانه ممکن است بنا به صلاحدید خود، مساعدت مالی خارج از محدوده این پالیسی را تأیید کند.

1. **مراقبت رایگان.** در صورتی که درآمد ناخالص سالانه فامیل معادل یا کمتر از 250% رهنمود های سطح فقر فدرال (Federal Poverty Level Guidelines) تائید شود، (به ضمیمه 1 مراجعه نمایند)، شما واجد شرایط مراقبت رایگان بوده می توانید (تخفیف 100% در برابر حساب موجودی مریض).

2. **مراقبت با تخفیف.** در صورتی که درآمد ناخالص سالانه فامیل بین 251% و 550% باشد، رهنمود های سطح فقر فدرال (Federal Poverty Level Guidelines)، شما ممکن بر اساس جدول قابل تطبیق با درآمد افراد طوریکه در ضمیمه 1 نشان داده شده است، واجد شرایط تخفیف می شوید. برای مریضان دارای بیمه، تخفیف در حساب موجودی مریض که پس از پرداخت توسط بیمه یا پرداخت کننده گان ثالث باقی می ماند، اعمال می شود.

3. **بودجه بستر شفاخانه.** شما ممکن است واجد شرایط دریافت مساعدت مالی برای وجوه بستر شفاخانه باشید، این وجوه است که برای ارائه خدمات طبی به مریضانی که ممکن است توانایی پرداخت هزینه های مراقبت در شفاخانه را نداشته باشند به شفاخانه اهدا شده اند. تثبیت نمودن واجد شرایط براساس هر قضیه با در نظر داشت مشکلات مالی توسط تعیین کننده وجوه معین میشود. تمامی مریضان که درخواست مساعدت مالی را خانه پُری میکند بطور خودکار برای وجوه بستری شدن در شفاخانه در نظر گرفته خواهند شد.

4. سایر برنامه های کمک مالی ویژه شفاخانه (Hospital-Specific Financial Assistance) کلینیک سرایا شفاخانه Greenwich (Greenwich Hospital Outpatient Clinic) به مریضانی خدمات ارائه می نماید که توسط Medicare، Medicaid یا بیمه های ارائه شده از طریق Access Health CT بیمه شده اند و درآمد فامیل آنها کمتر از 4 برابر رهنمودهای سطح فقر فدرال (Federal Poverty Level Guidelines) باشد علاوه بر این، این کلینیک با تخفیف به افرادی که واجد شرایط بیمه نیستند و در گرینویچ اقامت دارند و عاید خانواده آنها کمتر از 4 برابر سطح فقر فدرال است، با تخفیف ارائه می شود. برای معلومات بیشتر و یا برای به دست آوردن (فورمه) درخواست، لطفاً با شماره 203-863-3334 تماس بگیرید.

5. از نظر صحت ناتوان. ممکن به مریضانی که معیارهای لازم را ندارند اما صورت حساب های صحت آنها بیشتر از فیصدی معینی درآمد یا دارایی های فامیل باشد، نیز کمک مالی در نظر گرفته شود.

D. محدودیت در هزینه ها

زمانی که یک مریض طبق این پالیسی واجد شرایط مراقبت های صحت با تخفیف اما غیر رایگان شناخته شود، از مریض بیشتر از مبلغی که به طوری کلی برای به ("AGB") نسبت به افرادی که بیمه دارند محاسبه می شوند، پول گرفته نمی شوند.

1. چگونه محاسبه شده است. YNHHS سالانه AGB را برای هر شفاخانه با استفاده از «میتود نگاه به گذشته» تحت مقررات مالیاتی فدرال و بر اساس نرخ های هزینه خدمات Medicare به شمول مبالغ سهم بندی هزینه نفع برنده Medicare و همه بیمه کنندگان خصوصی صحت که مطالبات را به هر شفاخانه بر اساس سال مالی گذشته پرداخت می کنند، محاسبه می کند. YNHHS می تواند فیصدی تخفیف را توسط شفاخانه اعمال کند یا می تواند از فیصدی تخفیف مطلوب برای شفاخانه YNHHS استفاده نماید. تخفیف های AGB در ضمیمه 1 نشان داده شده است.

E. درخواست مساعدت مالی

1. نحوه درخواست برای درخواست کمک مالی، باید اپلیکیشن YNHHS برای کمک مالی («اپلیکیشن») را به جز موارد ذیل خانه پری نمایند. می توانید یک فورمه درخواست دریافت کنید:

a. بطور آنلاین قابل دسترس در www.ynhhs.org/financialassistance و در هر وبسایت شفاخانه YNHHS

b. به شکل حضوری در تمامی ساحات پذیرش یا ثبت نام مریض در شفاخانه های مربوط YNHHS وجود دارد. علایم و معلومات تحریری در مورد کمک های مالی در بخش های عاجل هر شفاخانه و ساحات ثبت نام مریض در قابل دسترس است.

c. از طریق ایمیل از طریق شماره 547-4584-855 (855) به تماس شوید و یک کاپی رایگان خدمات مالی مریضان (Patient Financial Services) را درخواست نمائید.

2. اپلیکیشن این درخواست (i) برنامه های مساعدت مالی و شرایط واجد شرایط بودن، (ii) شرایط اسناد برای تعیین واجدیت شرایط و (iii) اطلاعات تماس برای مساعدت FAP را توصیف می کند. این درخواست همچنین توضیح می دهد که (i) شفاخانه به هر درخواست به صورت کتبی پاسخ می دهد، (ii) مریضان ممکن است در هر زمان مجدداً درخواست مساعدت مالی تحت FAP کنند و (iii) وجوه بستری شدن اضافی هر ساله در دسترس قرار می گیرد. شفاخانه ها نمی توانند کمک مالی FAP را به دلیل عدم ارائه معلومات یا اسناد که FAP یا اپلیکیشن به عنوان بخشی از درخواست ضروری نمی داند، رد کنند.

3. مریضان واجد شرایط FAP شفاخانه های YNHHS تلاش های معقول و منطقی برای تعیین واجدیت شرایط و مستند کردن هرگونه واجدیت شرایط مساعدت مالی در حساب های مریض تطبیق می کنند. هنگامی که شفاخانه تشخیص می دهد مریض واجد شرایط FAP است، شفاخانه باید:

a. یک اظهارنامه بل ارائه دهد که نشان دهنده مبلغی است که فرد به عنوان یک مریض واجد شرایط، FAP مقروض است، از جمله چگونگی تعیین مقدار و بیان، یا توصیف، اینکه چگونه فرد می تواند اطلاعات مربوط به AGB برای مراقبت را بدست آورد.

پالیسی برنامه های مساعدت مالی

- b. هرگونه مبلغی اضافی را که فرد برای مراقبت ها به عنوان یک فرد واجد شرایط FAP پرداخت نموده، به فرد بازپرداخت نماید، مگر اینکه این مبلغ اضافی کمتر از 5 دالر باشد یا توسط سازمان امور مالیاتی مبلغ دیگری تعیین شده باشد؛ و
- c. تدابیر معقول را اتخاذ کند تا اقدامات جمع آوری فوق العاده را معکوس کند.

4. **واجد شرایط بودن احتمالی YNHHS** می تواند طبق پالیسی خود بر اساس معلومات مرتبط به شرایط زندگی مریض بدست آمده از منابع غیر از فردی درخواست کننده کمک مالی، از جمله منابع ذیل و یا مشابه آن، واجد شرایط بودن را به صورت رایگان یا به شکل تخفیف تعیین نماید:

a. YNHHS به نمایندگی از هر شفاخانه از یک ابزار معاینه جناح سوم در راستای کمک به شناسایی افراد دارای حساب های موجودی پرداخت خودی که درخواست کمک مالی نکرده اند اما درآمد شان کمتر یا برابر با 250% از سطح فقر فدرال (Federal Poverty Level) باشد (مثلاً، واجد شرایط مراقبت های صحی رایگان)، استفاده می نماید اگر یک مریض از طریق این پروسه شناسایی شود، هزینه های فراتر از بیلانس شفاخانه می تواند با مراقبت های خیریه (رایگان) تنظیم شود.

b. YNHHS شاخه پوهنتون Yale است و مرکز صحی اکادمیک پوهنخی طبی Yale است. مریضان بدون بیمه که توسط کلینیک های مراقبت های اولیه تحت معالجه محصلین Yale برای افراد کم درآمد، از جمله کلینیک رایگان Haven ارائه می شود، بدون دریافت نیاز به تکمیل درخواست مساعدت مالی، پس از دریافت تأییدی YNHHS، ممکن است واجد شرایط مراقبت رایگان یا تخفیفی باشند بعد از دریافت تأییدی معاون ارشد به نحوی که برای معاون ارشد، امور مالی اینکه شخص در چنین کلینیک مریض است قابل قبول باشد.

c. YNHHS ممکن است از واجد شرایط بودن قبلی برای تعیین فرضیه اینکه فرد مجدداً برای مراقبتهای خیریه تحت این پالیسی واجد شرایط است استفاده کند.

F. رابطه با شیوه های جمع آوری YNHHS

یک شفاخانه (و هر سازمان جمع آوری کننده یا شخص دیگری که به آن قرضه داده است)، پیش از 120 روز پس از صدور نخستین بل پس از رخصت شدن از شفاخانه برای مراقبت های صحی و قبل از انجام تلاش های منطقی برای تعیین دسترسی یا عدم دسترسی یک مریض یا سایر افراد مسئول حساب خودپرداخت (فرد (افراد) مسئول) که طبق این FAP واجد شرایط دریافت کمک های مالی باشد، به هیچ نوع عمل جمع آوری اضافی («ECA») مبادرت نمی ورزد. هر ECA باید توسط معاون محترم رئیس، هیئت مدیره چرخه درآمد یا نماینده (نمایندگان) آنها که قبل از تصویب برآورده شدن نیازهای تلاش منطقی را در این FAP تأیید می نمایند، مورد تأیید قرار گیرد.

شفاخانه دوره صورت حساب A/R یعنی حساب دریافتی خود را مطابق با پروسه ها و شیوه های عملیاتی داخلی دنبال می کند. به عنوان بخشی از این پروسه ها و روش ها، شفاخانه حداقل از زمان ارائه مراقبت و در طول دوره صورت حساب A/R یعنی حساب دریافتی (یا در دوره زمانی که طبق قانون لازم است، هر کدام که طولانی تر باشد) به مریضان خود اطلاع میدهد:

1. به عنوان بخشی از پروسه رخصت شدن یا داخله در شفاخانه، به همه مریضان خلاصه ای از زبان ساده و فورمه درخواست مساعدت مالی تحت FAP ارائه می شود.

2. حداقل سه اظهارنامه جداگانه برای جمع آوری حسابهای خودپرداختی از طریق پست یا پست الکترونیکی به آخرین آدرس شناخته شده مریض و هر فرد (افراد) مسئول دیگری ارسال می شود. با این حال، پس از اینکه یک فرد (افراد) مسئولیت کامل درخواست مساعدت مالی را در چارچوب FAP یا پرداخت کامل پرداخت نکرده اند، نیازی به ارسال اظهارنامه هایی اضافی نیست. حداقل 60 روز باید بین اولین و آخرین سه نامه پستی مورد نیاز سپری شود. ارائه یک آدرس پستی صحیح در زمان ارائه خدمات یا هنگام جابجایی، مکلفیت هر شخص یا اشخاص مسئول است. اگر یک حساب آدرس معتبری نداشته باشد، تعیین "تلاش منطقی" انجام خواهد شد. تمامی اظهارنامه های حساب مریض برای حسابهای خود پرداخت شامل موارد زیر است اما نه محدود به:

پالیسی برنامه های مساعدت مالی

- a. خلاصه ای دقیق از خدمات شفاخانه که تحت پوشش اظهارنامه است؛
- b. هزینه های چنین خدمات؛
- c. مبلغ مورد نیاز برای پرداخت توسط فرد یا افراد مسئول (یا اگر چنین مبلغی مشخص نیست، برآورد این مبلغ با حسن نیت از تاریخ اظهارنامه اولیه)؛ و
- d. یک اعلامیه کتبی آشکار که فرد (های) مسئول را در مورد در دسترس بودن کمک های مالی تحت FAP از جمله شماره تلفون این بخش و آدرس وب سایت مستقیم که ممکن است از آن کاپی اسناد دریافت شود، مطلع میسازد.
3. حداقل یکی از اظهارنامه ها از طریق پست یا ایمیل شامل اعلامیه کتبی خواهد بود که به فرد (افراد) مسئول در مورد ECA هایی که در نظر گرفته می شود در صورت عدم درخواست فرد (افراد) مسئول برای کمک مالی تحت FAP یا پرداخت مبلغ در موعد تعیین شده بل درخواست ننماید، اطلاع داده می شود. این اظهارنامه باید حداقل 30 روز قبل از مهلت تعیین شده در اظهارنامه در اختیار فرد (ها) مسئول قرار گیرد. خلاصه ای با زبان ساده با این اظهارنامه همراه خواهد بود. ارائه یک آدرس پستی صحیح در زمان ارائه خدمات یا هنگام جابجایی، مکلفیت هر شخص یا اشخاص مسئول است. اگر یک حساب آدرس معتبری نداشته باشد، تعیین "تلاش منطقی" انجام خواهد شد.
4. قبل از شروع هر ECA، تلاش شفاهی صورت خواهد گرفت که در صورت پرداخت نشدن حساب، حداقل یک بار در طول ارسال اظهارنامه های پستی یا ایمیل شده، با فرد (افراد) مسئول از طریق تلفون تماس گرفته میشود. در جریان تمام صحبت و گفتگوها، به مریض یا فرد (افراد) مسئول، در مورد کمک مالی که ممکن طبق FAP قابل دسترس باشد، معلومات داده می شود.
5. با رعایت احکام این پالیسی، یک شفاخانه YNHHS ممکن است ECA ذکر شده در ضمیمه 2 این پالیسی را برای دریافت هزینه خدمات طبی ارائه شده دریافت کند.

G. قابل دسترس بودن پالیسی

کاپی های FAP، خلاصه درخواست برای FAP و FAP به زبان ساده در وبسایت www.ynhhs.org/financialassistance قابل دسترس هستند

هر شفاخانه نسخه های FAP، خلاصه ای با زبان ساده FAP و فرم درخواست FAP را در صورت درخواست، طور رایگان، از طریق پست یا در بخش عاجل شفاخانه و در تمام نقاط ثبت نام به صورت کاغذی به انگلیسی و یا زبان اصلی هر جمعیت با مهارت انگلیسی محدود که کمتر از 1000 نفر یا 5% یا بیشتر از جمعیت شفاخانه را تشکیل می دهد در دسترس قرار می دهد. برای لیستی از زبانها به ضمیمه 3 مراجعه کنید.

برای درخواست نسخه ای از FAP، خلاصه ای با زبان ساده FAP، فرم درخواست FAP یا صورتحساب و جمع آوری، برای کسب اطلاعات در مورد واجد شرایط بودن یا برنامه هایی که ممکن است در دسترس شما باشد یا اگر به نسخه ای از FAP، خلاصه زبان ساده یا فرم درخواست FAP به زبان دیگری غیر از انگلیسی ترجمه شده نیاز دارید، با شماره تلفون رایگان 547-4584 (855) با خدمات تجاری شرکتی تماس بگیرید. بعلاوه، مریضان ممکن است از ثبت نام مریض، خدمات مالی مریض و مددکاری اجتماعی / مدیریت قضیه در مورد شروع پروس درخواست FAP سوال کنند.

تلاش های بیشتر برای تبلیغ گسترده FAP شامل نشر اطلاعیه ها در روزنامه های عامه است؛ ارائه اعلامیه کتبی FAP در اظهارنامه های بل ها؛ اطلاع از FAP در ارتباطات شفاهی با مریضان در مورد میزان قروض و برگزاری جلسات در خانه های باز و سایر جلسات اطلاعاتی.

H. مطابقت با قوانین ایالتی

تمامی شفاخانه ها مکلف اند تمامی قوانین ایالتی از جمله اما نه محدود به قوانین عمومی کننیکوت (Connecticut General

پالیسی برنامه های مساعدت مالی

Statutes) حاکم بر جمع آوری توسط شفاخانه ها از مریضان که بیمه ندارند، معیارهای Rhode Island برای ارائه مراقبت های خیریه (Rhode Island Statewide Standard for the Provision of Charity Care) مندرج قسمت 11.3 قوانین و مقررات وزارت صحت Rhode Island در مورد تغییر شفاخانه («مقررات RI») و معیار ایالتی مراقبت های غیر مستند (Statewide Standard for the Provision of Uncompensated Care) مندرج قسمت 11.4 مقررات RI (RI Regulations)، و قانون محاکمات مدنی نیویارک (New York Civil Practice) که ارائه کنندگان خدمات صحتی NY را از تطبیق حق حبس ملکیت بر محل اقامت اصلی فرد به هدف جمع آوری قروض صحتی منع می کند، رعایت نمایند.

مآخذ

- A. کود درآمد داخلی (Internal Revenue Code) 501(c)(3)
- B. کود درآمد داخلی (Internal Revenue Code) 501(r)
- C. کننتیکوت. آمار عمومی 19a-673 § و به ترتیب.
- D. مقررات RI 11.3 و 11.4
- E. قسمت 5.201 (ب) قانون محاکمات (NY Civil Practice Law)

پالیسی های مرتبط

صدور صورت حساب و جمع آوری (Billing and Collections) EMTALA: معاینات صحتی/ثبات، در تماس و نیازمندی های انتقال

ضمایم

- A. ضمیمه 1: دستورالعمل های سطح فقر فدرال و جدول قابل تطبیق با درآمد افراد برای کمک مالی (Federal Poverty Guidelines (FPG) & Sliding Scale for Financial Assistance)
- B. ضمیمه 2: اقدامات اضافی جمع آوری (Extraordinary Collection Actions)
- C. ضمیمه 3: سطح تسلط محدود بر زبان انگلیسی (Limited English Proficiency Languages)

تاریخچه پالیسی (POLICY HISTORY)

09/20/2013; 01/01/2017 (LMH & WH)	A. تاریخ اصلی پالیسی (Policy Origin Date)
<p>برنامه های کمک مالی شفاخانه نیویارک برای خدمات شفاخانه (NC:F-4) (Yale New Haven Hospital Financial Assistance) (Programs for Hospital Services (NC:F-4) (Yale New Haven) Yale New Haven) پالیسی شفاخانه</p> <p>(Hospital Policy) - توزیع بودجه های رایگان مراقبت های صحتی (Distribution of Free Care Funds NC:F-2) NC:F-2</p> <p>برنامه های کمک مالی شفاخانه Bridgeport برای خدمات شفاخانه (9-13) (Bridgeport Hospital Financial Assistance Programs) (for Hospital Services (9-13))</p> <p>مرور کلی برنامه های کمک مالی شفاخانه Greenwich برای خدمات شفاخانه (Greenwich Hospital Overview of Financial Assistance) (Programs for Hospital Services)</p> <p>شفاخانه Lawrence + Memorial و مراقبت های صحتی خیریه شفاخانه (Westerly Hospital Charity Care, Financial) Westerly</p> <p>پالیسی ها و طرز العمل های مرکز سرپایی شفاخانه گرینویچ (Assistance)؛ پالیسی بودجه بستر رایگان (Free Bed Fund Policy)؛</p>	B. جایگزین کردن
06/01/2017؛ 12/16/2016؛ 09/30/2016؛ 01/21/2015؛ 11/30/2023؛ 6/15/2020؛ 07/15/2018	C. با تجدید نظر مورد تأیید قرار گرفت
01/19/2023 (ایدیت ضمیمه 1)؛ 01/24/2024 (ایدیت ضمیمه 1)	D. بدون تجدید نظر مورد تأیید قرار گرفت

ضمیمه 1

دستورالعمل های سطح فقر فدرال (FPG) و مقیاس سلاید برای مساعدت مالی

دستورالعمل های سطح فقر فدرال (FPG) به طور دوره ای توسط وزارت صحت و خدمات بشری ایالات متحده در راجستر فدرال اپدیت می شود. مبلغ فعلی FPG در <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> قابل دسترس است

الی تاریخ 12 جنوری سال 2024، مبلغ FPG قرار ذیل بود. **این مبالغ قابل تغییر اند** مریضانی که تحت این پالیسی مشمول مساعدت مالی می شوند، به شرح زیر در تمامی شفاخانه های صحتی Yale New Haven Health مساعدت دریافت خواهند کرد:

نام FAP	مراقبت های رایگان	جدول قابل تطبیق با در امد افراد الف	جدول قابل تطبیق با در امد افراد ب	جدول قابل تطبیق با در امد افراد ج	مراقبت های تخفیف داده شده	
واجد شرایط بودن پوشش	مریضان بیمه شده یا بیمه نشده	مریضان بیمه شده	مریضان بیمه شده	مریضان بیمه شده	مریضان بدون بیمه	
تخفیف FAP	100%	35%	25%	15%	72%	
واجد شرایط بودن عاید ناخالص	0% - 250% FPL	251% - 350% FPL	351% - 450% FPL	451% - 550% FPL	251% - 550% FPL	
سایز خانواده	1	0 دالر - 37,650 دالر	37,651 دالر - 52,710 دالر	52,711 دالر - 67,770 دالر	67,771 دالر - 82,830 دالر	37,651 دالر - 82,830 دالر
	2	0 دالر - 51,100 دالر	51,101 دالر - 71,540 دالر	71,541 دالر - 91,980 دالر	91,981 دالر - 112,420 دالر	51,101 دالر - 112,420 دالر
	3	0 دالر - 64,550 دالر	64,551 دالر - 90,370 دالر	90,371 دالر - 116,190 دالر	116,191 دالر - 142,010 دالر	64,551 دالر - 142,010 دالر
	4	0 دالر - 78,000 دالر	78,001 دالر - 109,200 دالر	109,201 دالر - 140,400 دالر	140,401 دالر - 171,600 دالر	78,001 دالر - 171,600 دالر
	5	0 دالر - 91,450 دالر	91,451 دالر - 128,030 دالر	128,031 دالر - 164,610 دالر	164,611 دالر - 201,190 دالر	91,451 دالر - 201,190 دالر

فیصدی هایی AGB سالانه محاسبه می شود. سال تقویمی 2024 AGB (% هزینه) برای هر شفاخانه قرار ذیل است: BH 31.25%، 32.48%، LMH 36.15%، YNH 34.36% و WH 27.63%، فلها، فیصدی تخفیف مناسب تر برای مریضان YNHHS واجد شرایط برای مراقبت های تخفیف داده شده طبق پالیسی سال 2024 بیشتر از 28% کل مجموع هزینه نمی باشد.

ضمیمه 2

اقدامات فوق العاده جمع آوری

حق دارایی

حق اجاره برای اقامت شخصی تنها در صورتی مجاز است که:

- (a) مریض فرصتی برای درخواست وجوه بستر شدن رایگان داشته است و یا نتوانسته است پاسخ دهد، رد کرده است یا برای چنین وجوهی واجد شرایط نبوده است؛
- (b) در صورتی که مریض برای کمک های مالی طبق پالیسی کمک های مالی شفاخانه (Hospital's Financial Assistance Policy) درخواست ننموده باشد یا واجد شرایط آن نباشد تا در پرداخت قرض خود کمک نماید یا به شکل جزئی واجد شرایط است اما بخشی را که مسئولیت آنرا دارد، پرداخت نکرده باشد؛
- (c) در صورتی که برای ساخت موافقت نامه پرداخت تلاش نکرده یا به آن موافقت ننموده باشد یا توافقتنامه پرداخت که شفاخانه و مریض به آن موافقت کرده اند را رعایت ننموده باشد؛
- (d) مجموع صورت حساب های بیشتر از 10,000 دلار باشد و ملکیت (ملکیت ها) که باید تحت تضمین قرار گیرند از لحاظ ارزش حداقل 300,000 دلار ارزیابی شوند؛ و
- (e) حق رهن منجر به سلب مالکیت در محل سکونت شخصی نخواهد شد.
- (f) برای ارائه کنندگان مراقبت های صحی نیویارک (New York)، حق حبس اقامتگاه های شخصی در بدل عدم پرداخت قرضه های مجاز نیست.

ضمیمه 3

زبانهای اشخاص با مهارت محدود انگلیسی

آلبانیایی
عربی
بنگالی
چینی ساده شده
چینیایی عرفی
دری فارسی
فارسی ایرانی
فرانسوی
یونانی
گجراتی
کریول هائیتی
هندی
ایتالیایی
کوربیایی
پشتو
پولندی
پرتگالی برازیلی
پرتگالی اروپایی
روسی
اسپانیایی
تاگالوگ
ترکی
اکراینی
زبان اردو پاکستان
ویتنامی