

负责部门： 公司商业服务部 (Corporate Business Services)	<b>YALE NEW HAVEN HEALTH</b> 政策和程序
标题：财务援助计划 (Financial Assistance Programs)	
生效日期：2025 年 5 月 1 日	
批准人：YNHHS 受托管理委员会	
系统政策类型 (I 或 II)：I 类	

## 宗旨

Yale New Haven Health（下称“Yale New Haven Health”或“YNHHS”）致力于向符合条件的有需要个人提供财务援助，帮助其支付急诊或具医疗必要性的护理的费用。此财务援助政策 (Financial Assistance Policy, FAP) 旨在：

- A. 说明 FAP 提供什么财务援助；
- B. 说明谁有资格获得财务援助以及如何申请；
- C. 说明如何为符合 FAP 资格的患者计算急诊或其他具医疗必要性的护理的费用；
- D. 确定 FAP 涵盖和不涵盖的提供者；
- E. 说明 YNHHS 医院采取哪些措施在 YNHHS 服务的社区宣传此 FAP；以及
- F. 说明针对拖欠 Yale New Haven Health 账单的情况可能采取哪些催收措施。

## 适用性

本政策适用于 YNHHS 各持证附属医院，包括 Bridgeport Hospital、Greenwich Hospital、Lawrence + Memorial Hospital、Yale New Haven Hospital 和 Westerly Hospital（均称为“医院”）。此外，Northeast Medical Group、Yale New Haven Health Urgent Care、Visiting Nurse Association of Southeastern Connecticut 和 Home Care Plus（均称为“YNHHS 非医院提供者”）也遵循相关财务援助计划。

## 政策

- A. **负责人。** YNHHS 收入周期高级副总裁或其指定人员将负责监督 YNHHS FAP。
- B. **范围和提供者列表**
  - 1. **急诊及其他具医疗必要性的护理。** 本 FAP 适用于医院或 YNHHS 非医院提供者计费的急诊及其他具医疗必要性的护理，包括住院和门诊服务。FAP 不涵盖：(a) 私人病房或私人护士；(b) 不具医疗必要性的服务，例如选择性整容手术；(c) 其他选择性便利服务费，例如电视或电话费，以及 (d) 本政策未明确说明的其他费用折扣或减免。

## 财务援助计划政策

2. **提供者列表。**如需在医院提供急诊及其他具医疗必要性的护理的提供者名单，请访问：

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

名单中会指出服务提供者是否在 FAP 涵盖范围内。如果服务提供者不在此 FAP 的涵盖范围内，患者应与该服务提供者办公室联系，以确定其是否提供财务援助，如果提供，则应确认其财务援助政策涵盖哪些费用。

3. **遵守 EMTALA。**医院必须按照其政策遵守《急诊医疗救治和积极分娩法案》(Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA)，并且不得从事会阻止个人寻求急诊医疗护理的活动。此 FAP 中的任何内容都不限制医院在 EMTALA 下救治有急诊病情的患者的义务。

### C. 财务援助计划

1. **一般资格要求。**如果满足以下标准，患者将有资格获得针对其个人应承担的急诊和/或其他具医疗必要性的护理费用的财务援助调整（但该调整不适用于第三方付款人应承担的费用）：

- (i) 没有保险，且没有资格参加任何政府医疗保健福利计划或通过《平价医疗法案》(Affordable Care Act) 提供的合格健康计划，或 (ii) 保额不足；
- 住在美国；
- 符合下述收入标准；
- 提交完整的申请和所需文件，或符合下述推定资格既定标准；以及
- 配合申请 Medicaid 或任何其他可参加的第三方付款计划。

#### 2. 收入标准

- a. **免费医疗护理。**如果家庭年度总收入经核实达到或低于联邦贫困线准则（见附件 1）的 250%，患者可能有资格获得免费医疗护理（患者账户余额可享受 100% 折扣）。
- b. **折扣医疗护理。**如果家庭年度总收入经核实在联邦贫困线准则的 251% 与 550% 之间，患者可能有资格享受折扣，如附件 1 中所示。对于有保险的患者，折扣适用于保险赔付或第三方支付后的患者账户余额。
- c. **无力支付医疗费。**财务援助还会考虑不满足上述收入标准但医药费超过其家庭收入或资产一定比例的患者。

3. **医院病床基金。**患者可能有资格获得医院病床基金的无偿财务援助，这些基金捐款给医院，旨在向无力承担医院护理费用的患者提供医疗护理。这些基金只占财务援助全

## 财务援助计划政策

部资金的一小部分，其申请资格取决于捐助者限定的条件以及基金提名者的提名（如适用）。所有填写必要财务援助申请的患者将自动纳入医院病床基金的考虑范围。

4. **其他医院特定的财务援助计划。** Greenwich Hospital 为此前曾在 Greenwich Hospital 初级保健诊所就诊且当前在 Greenwich Hospital 接受住院和门诊服务的特定人群提供财务援助。

根据 Yale New Haven Health 的政策，在做出有关财务援助的决定时不得有任何歧视行为。做出此类决定时不会考虑年龄、性别、种族、肤色、原籍国、婚姻状况、社会或移民身份、性取向、性别认同或表达、宗教背景、残疾状况、退伍或现役军人身份或者法律禁止的任何其他因素。YNHHS 可自行审批本政策范围外的财务援助申请。

### D. 医院服务收费限制

如果患者有资格享受本政策下的折扣医疗护理，但没有资格享受免费医疗护理，则对于患者有资格获得的医院服务，其支付的费用不超过投保该医疗护理的患者的一般计费金额(amount generally billed, AGB)。

1. **如何计算 AGB。** YNHHS 每年根据联邦税法和 Medicare 付费服务费率并采用“回溯法”来计算每家医院的 AGB，包括 Medicare 受益人费用分担金额，以及所有私人医疗保险公司在上一个财年赔付给每家医院的金额。YNHHS 可能按医院实施折扣比例，或选择使用对 YNHHS 患者最有利的折扣比例。AGB 折扣如附件 1 中所示。

### E. 财务援助申请

1. **如何申请。** 如需申请财务援助，患者必须填写 YNHHS 财务援助申请表（“申请表”），下述情况除外。您可以通过以下方式获取申请表：
  - a. 在 [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance) 和每家 YNHHS 医院的网站在线获取。
  - b. 亲临任何 YNHHS 医院的患者入院或登记区域获取。
  - c. 拨打患者财务服务部(Patient Financial Services)电话 (855) 547-4584 申请免费邮寄一份副本。
2. **申请表。** 申请表会说明：(i) 财务援助计划和资格要求；(ii) 确定资格所需的文件；以及 (iii) FAP 援助的联系信息。申请表还会说明：(i) YNHHS 将会书面回复每份申请；(ii) 患者可随时再申请 FAP 下的援助；以及 (iii) 每年会有其他的免费医院病床基金可供申请。YNHHS 不得以未能提供 FAP 或申请表中并未要求提供的信息或文件为由拒绝提供 FAP 下的财务援助。
3. **符合 FAP 资格的患者。** YNHHS 医院将采取合理的努力来确定资格，并在适用的患者账户中记录财务援助资格的任何确定情况。在 YNHHS 确定患者符合 FAP 资格后，YNHHS 将：

## 财务援助计划政策

- a. 提供该患者作为符合 FAP 资格者应付金额的账单，包括该金额是如何确定的，还会说明或描述该患者可如何获取有关医疗护理 AGB 的信息（如适用）；
  - b. 向个人退还其作为符合 FAP 资格者已支付且超出其应付金额的医疗护理费用，除非超过的金额小于 \$5 或美国国税局 (Internal Revenue Service, IRS) 规定的其他金额；以及
  - c. 采取合理的措施来撤销任何特别催收行动。
4. **推定资格。** YNHHS 还会根据从患者以外的其他来源获取的患者生活情况相关信息确定免费或折扣医疗护理的资格，其中包括以下或类似来源：
- a. YNHHS 代表各医院使用第三方筛查工具来协助识别未申请财务援助但其收入低于或等于联邦贫困线 250%（即有资格获得免费医疗护理）的自费余额患者。如果通过此程序发现某患者符合资格的患者，其未付清的医院账单余额可能被调整为慈善（免费）医疗护理。
  - b. YNHHS 隶属于 Yale University，是 Yale School of Medicine 的学术健康中心。接受 Yale University 学生运营的初级保健诊所（包括 Haven Free Clinic）服务的无保险、低收入患者可被推定有资格获得免费或折扣医疗护理，无需完成财务援助申请，只要 YNHHS 以收入周期高级副总裁认可的形式确认该患者是任何该等诊所的患者即可。
  - c. YNHHS 可使用上述资格确认来推定该患者再次有资格享受本 FAP 下的慈善医疗护理。

### F. 与 YNHHS 相关的催收行为

在患者出院后第一份医疗账单发出后 120 天内，YNHHS 医院（以及收到转债的任何催收机构或者其他方）不得采取任何特别催收行动 (extraordinary collection action, ECA)。在 YNHHS 采取合理的努力确定患者或任何其他对自费账户负有财务责任的个人（责任人）是否有资格获得本 FAP 下的财务援助之前，不会采取任何 ECA，且任何 ECA 都必须获得收入周期高级副总裁或其指定人员的确认和批准。

医院将根据内部运营流程和做法执行其应收账款周期。作为该等流程和做法的一部分，YNHHS 将自提供医疗护理之日起，在整个账单周期（或者法律规定的期间，取时间较长者）通过以下方式向患者告知其 FAP：

1. 作为医院出院或入院流程的一部分，向所有患者提供本 FAP 的简明语言摘要和 FAP 下的财务援助申请表。
2. 在至少六十 (60) 天的时间内，以邮寄或电子邮件向最新获知的患者及任何其他责任人地址发送至少三次收款账单；但在责任人提交 FAP 下财务援助的完整申请或者全额付款之后无需再发送账单。患者或责任人必须在接受服务时或搬家时提供正确的邮寄地

## 财务援助计划政策

址。如果患者没有提供有效地址，则可视为 YNHHS 已做出“合理努力”来确定该患者是否符合本 FAP 的资格。所有单一患者账单都将包括：

- a. 账单涵盖的医院服务的摘要；
  - b. 该等服务的费用；
  - c. 责任人需支付的金额（或者，如果金额未知，则为基于初始账单日期的善意估算金额）；以及
  - d. 显眼的书面通知，以告知可以申请 FAP 下的财务援助，包括部门的电话号码和可获取文件副本的直接网址。
3. 在邮寄或以电子邮件发送的账单中，至少有一份应向责任人告知如果他们在账单截止日期之前不申请 FAP 下的财务援助或未支付应付金额，YNHHS 将采取何种 ECA。该等账单必须在账单中指定的截止日期之前至少 30 天提供给责任人。此账单应随附一份 FAP 简明语言摘要。
  4. YNHHS 将尝试使用最新得知的电话号码（如有）联系责任人，并且在邮寄或以电子邮件发送一系列账单期间至少联系一次。在所有对话期间，向患者或责任人告知可申请 FAP 下的财务援助。
  5. 根据本 FAP 的规定，YNHHS 可能会采取附件 2 所列的任何 ECA 来获取医疗服务费。

### G. 提供政策副本

如需本 FAP 的副本、本 FAP 的简明语言摘要和 FAP 申请表，请访问 [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance)。

YNHHS 可应要求免费提供本 FAP 的纸质副本、本 FAP 的简明语言摘要和 FAP 申请表，患者可通过邮寄方式或在各 YNHHS 医院急诊科(Emergency Department)及所有登记点领取。YNHHS 提供英语版纸质材料，并且如果英语水平有限人群超过 1,000 人或者占医院服务人群的 5% 或以上（以较少者为准），还会提供此人群所用主要语言的对应版本。有关语言列表，请参阅附件 3。

患者可拨打免费电话 (855) 547-4584 联系公司商业服务部，以了解资格要求或可参加的计划，还可请求邮寄本 FAP 的副本、本 FAP 的简明语言摘要和 FAP 申请表或者计费 and 催收政策，或者要求将本 FAP 的副本、简明语言摘要和 FAP 申请表翻译成英语以外的其他语言。此外，患者还可向患者登记处(Patient Registration)、患者财务服务部和社工/个案管理部咨询如何发起 FAP 申请流程。

广泛宣传 FAP 的其他措施包括在公开发行的报纸上登载通告；在账单中提供 FAP 书面通知；在与患者口头沟通应付金额时告知 FAP；以及举行开放参观日和其他信息交流会。

## 财务援助计划政策

### H. 遵守州法律

YNHHS 将遵守相关的州法律，包括但不限于管辖医院向无保险患者收款的《康涅狄格州一般法规》(Connecticut General Statutes)、罗德岛卫生署 (Rhode Island Department of Health) 《关于医院转变的规则和条例》(Rules and Regulations Pertaining to Hospital Conversions) (“罗德岛条例”) 第 11.3 条规定的全州慈善医疗护理标准 (Statewide Standard for the Provision of Charity Care) 及罗德岛条例第 11.4 条规定的全州免费医疗标准 (Statewide Standard for the Provision of Uncompensated Care)，以及禁止纽约州医疗保健提供者因催收医疗债务而对个人主要住宅设置财产留置权的《纽约州民事诉讼法》(New York Civil Practice Law)。

#### 参考资料

- A. Internal Revenue Code 501(c)(3)
- B. Internal Revenue Code 501(r)
- C. Conn. Gen. Stat. § 19a-673 et seq.
- D. RI Regulations 11.3 and 11.4
- E. NY Civil Practice Law Section 5.201(b)

#### 相关政策

计费和催收

EMTALA: 医学筛查/稳定、随叫随到和转介要求

#### 附件

- A. 附件 1: Federal Poverty Guidelines (FPG) & Financial Assistance
- B. 附件 2: Extraordinary Collection Actions
- C. 附件 3: Limited English Proficiency Languages

#### 政策历史

A. 政策初始日期	2013 年 9 月 20 日；2017 年 1 月 1 日 (LMH 与 WH)
B. 取代	Yale New Haven Hospital 医院服务财务援助计划 (NC:F-4)； Yale New Haven Hospital 政策 - 免费医疗护理基金的分配 NC:F-2； Bridgeport Hospital 医院服务财务援助计划 (9-13)； Greenwich Hospital 医院服务财务援助计划概述； Lawrence + Memorial Hospital 和 Westerly Hospital 慈善医疗、财务援助和免费病床基金政策； Greenwich Hospital Outpatient Center 政策和程序
C. 经修订批准	2015 年 1 月 21 日；2016 年 9 月 30 日；2016 年 12 月 16 日；2017 年 6 月 1 日；2018 年 7 月 15 日；2020 年 6 月 15 日；2023 年 11 月 30 日；2025 年 2 月 28 日
D. 未经修订即获批准	2023 年 1 月 19 日 (附件 1 更新)；2024 年 1 月 24 日 (附件 1 更新)；2024 年 7 月 6 日 (附件 1 更新)；2025 年 1 月 30 日 (附件 1 更新)

文档号：2296

## 财务援助计划政策

### 附件 1

#### 联邦贫困准则 (FPG) 和财务援助

FPG 金额由美国卫生与公众服务部 (United States Department of Health and Human Services) 定期在《联邦公报》(Federal Register) 中更新。如需了解当前的 FPG 金额, 请访问 <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

截至 2026 年 1 月 29 日, FPG 金额如下。这些金额可能会随时变动。根据本政策, 符合财务援助资格的患者将获得如下援助:

	FAP 名称	免费医疗护理	折扣医疗护理
	保险资格	有保险或无保险患者	有保险或无保险患者
	折扣	100%	Bridgeport Hospital – 69% Greenwich Hospital – 68% Lawrence + Memorial Hospital – 72% Yale New Haven Hospital – 67% Westerly Hospital – 76% YNHHS 非医院提供者 - 65%
	总收入资格	0% - 250% FPL	251% - 550% FPL
家庭人数	1	\$0 - \$39,900	\$39,901 - \$87,780
	2	\$0 - \$54,100	\$54,101- \$119,020
	3	\$0 - \$68,300	\$68,301 - \$150,260
	4	\$0 - \$82,500	\$82,501- \$181,500
	5	\$0 - \$96,700	\$96,701- \$212,740

AGB 比例每年重新计算。2026 日历年每家医院的 AGB (费用百分比) 为: Bridgeport Hospital 31.47%, Greenwich Hospital 32.57%, Lawrence + Memorial Hospital 28.52%, Yale New Haven Hospital 33.89%, 以及 Westerly Hospital 24.08%。

附件 2

特别催收行动

财产留置

仅在以下情况下才允许留置个人住宅：

- a) 患者有机会申请免费病床基金，但没有回应、遭拒绝申请或被发现没有资格申请该等基金；
- b) 患者未申请或没有资格获得本系统财务援助政策下的其他财务援助以协助支付其债务，或者有资格获得部分援助，但未支付其应承担的部分；
- c) 患者未尝试达成或不同意付款协议，或者不遵守本系统与患者已经达成的付款协议；
- d) 账户余额总计超过 \$10,000，并且要处以留置的财产评估价值至少达 \$300,000；以及
- e) 财产留置不会导致个人住宅丧失抵押品赎回权；
- f) 不允许纽约州医疗保健提供者留置个人住宅。

附件 3

患者英文水平有限时提供的其他语言

阿尔巴尼亚语
阿拉伯语
孟加拉语
简体中文
繁体中文
达里语
法语
希腊语
古吉拉特语
海地克里奥尔语
印地语
意大利语
韩语
老挝
普什图语
波兰语
葡萄牙语（巴西）
葡萄牙语（欧洲）
俄语
西班牙语（美国）
塔加拉族语
土耳其语
乌克兰语
乌尔都语
越南语