सेवा क्षेत्र: कॉर्पोरेट व्यापार सेवाएँ (Corporate Business Services)	**येल न्यू हेवन हेल्थ सस्टम (YALE NEW HAVEN HEALTH SYSTEM)** **नीति एवं प्र क्रयाएं**
शीर्षक: वत्तीय सहायता कार्यक्रम नीति (Financial Assistance Programs Policy)	
डेटा अनुमोदित: 09/20/2013	**अनुमोदनकर्ता:** YNHHS बोर्ड ऑफ ट्रस्टी
ति थ को प्रभावी: 09/20/2013 1/1/2017 Lawrence + Memorial Hospital और Westerly Hospital	**समीक्षा करने/संशोधित करने का दिनांक:** 01/21/2015, 09/30/2016, 12/16/2016, 6/1/2017, 7/15/2018, 6/15/2020, 01/27/2021
वतरण: MCN पॉ लसी मैनेजर	**नीति प्रकार (I या II):** प्रकार I
अ धलंघित: Yale New Haven Hospital Financial Assistance Programs for Hospital Services (NC:F-4) Bridgeport Hospital Financial Assistance Programs for Hospital Services (9-13) Greenwich Hospital Overview of Financial Assistance Programs for Hospital Services Lawrence + Memorial Hospital and Westerly Hospital Charity Care, Financial Assistance, Free Bed Fund Policy	

उद्देश्य

येल न्यू हेवन हेल्थ ("Yale New Haven Health" or "YNHHS") योग्य व्यक्तियों को जरूरत में वत्तीय सहायता प्रदान करके च कत्सीय रूप से आवश्यक देखभाल प्रदान करने हेतु प्रतिबद्ध है। इस वत्तीय सहायता नीति (Financial Assistance Policy, "FAP") का उद्देश्य निम्न ल खत है:

1. व्याख्या करना क FAP के तहत कौन सी वत्तीय सहायता उपलब्ध है;
2. वर्णन करना क वत्तीय सहायता के लए कौन पात्र है और आवेदन कैसे करना है;
3. वर्णन करना क FAP-पात्र रो गयों के लए आपातकालीन या अन्य च कत्सीय रूप से आवश्यक देखभाल के लए रोगी शुल्क की गणना कैसे की जाती है;
4. उन प्रदाताओं को पहचान करना जो FAP द्वारा कवर कए गए और नहीं कए गए हैं;

5. YNHHS द्वारा सेवा प्रदान कए गए समुदायों के भीतर इस FAP को व्यापक रूप से प्रचारित करने के लए YNHHS अस्पतालों द्वारा उठाए गए कदमों का वर्णन करना; तथा
6. व्याख्या करना क Yale New Haven Health बिलों का भुगतान न करने के लए क्या संग्रहण कार्रवाई की जा सकती है।

प्रयोज्यता

यह नीति YNHHS से संबद्ध प्रत्येक लाइसेंसधारी अस्पताल पर लागू होती है, जिसमें ब्रिजपोर्ट अस्पताल (Bridgeport Hospital, "BH"), ग्रीन वच हॉस्पिटल (Greenwich Hospital, "GH"), लॉरेंस + मेमोरियल हॉस्पिटल (Lawrence + Memorial Hospital, "LMH"), येल न्यू हेवन हॉस्पिटल (Yale New Haven Hospital, "YNHH") और वेस्टरली हॉस्पिटल (Westerly Hospital, "WH") (प्रत्येक एक "अस्पताल" है) शा मल हैं। इसके अलावा, नॉर्थईस्ट मे डकल ग्रुप, वजिटिंग नर्स एसो सएशन ऑफ साउथईस्टर्न कनेक्टिकट, और होम केयर प्लस द्वारा वत्तीय सहायता कार्यक्रमों का पालन कया जाता है।

नीति

1. जिम्मेदार अ धकारी। YNHHS के वरिष्ठ उपाध्यक्ष, वत्त या उनके ना मती YNHHS FAP की देखरेख करेंगे।

2. स्कोप और प्रदाता सूची

A. आपातकालीन और अन्य च कत्सीय रूप से आवश्यक देखभाल। यह FAP आपातकालीन और अन्य च कत्सीय रूप से आवश्यक देखभाल पर लागू होती है, जिसमें अस्पताल द्वारा बिल का शुल्क लगाई गई इन-पेशेंट और आउट पेशेंट सेवाएं शा मल हैं। FAP में शा मल नहीं है: (ए) निजी कमरे या निजी ड्यूटी नर्स; (बी) सेवाएं जो च कत्सीय रूप से आवश्यक नहीं हैं, जैसे क ऐच्छिक कॉस्मेटिक सर्जरी; (ग) अन्य ऐच्छिक सु वधा शुल्क, जैसे क टेली वजन या टेलीफोन शुल्क, और (डी) अन्य छूट या शुल्कों में कटौती, जो इस नीति में स्पष्ट रूप से व र्णत नहीं हैं।

B. प्रदाता सूची। अस्पताल में आपातकालीन और अन्य च कत्सीय रूप से आवश्यक देखभाल प्रदान करने वाले प्रदाताओं की सूची यहां देख सकते हैं: https://www.ynhh.org/~/media/files/ynhhs/forms/financial/011117/ynhh_fap_policy_list_2017.pdf

सूची इं गत करती है यदि प्रदाता FAP के तहत कवर कया गया है। यदि प्रदाता इस FAP के तहत कवर नहीं कया जाता है, तो रो गयों को प्रदाता के कार्यालय से यह निर्धारित करने के लए संपर्क करना चाहिए क प्रदाता वत्तीय सहायता प्रदान करता है या नहीं और यदि करता है तो प्रदाता की वत्तीय सहायता नीति क्या कवर करती है।

C. **EMTALA** के साथ अनुपालन। अस्पतालों को अपनी नीतियों के अनुसार आपातकालीन च कत्सा उपचार और स क्रय श्रम अ धनियम (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) का अनुपालन करना आवश्यक है और ऐसी गति व धयों में संलग्नता को भी नि षद्ध करना चाहिए जो कसी व्यक्ति को आपातकालीन च कत्सा देखभाल प्राप्त करने से हतोत्साहित करती है। EMTALA के तहत इस FAP में शा मल कोई भी बात, आपातकालीन च कत्सा स्थितियों वाले रो गयों के इलाज के लए अस्पताल के दायित्वों को सी मत नहीं करती है।

3. वत्तीय सहायता कार्यक्रम

वत्तीय सहायता उन व्यक्तियों के लए उपलब्ध है जो संयुक्त राज्य में रहते हैं जो आवश्यक वत्तीय सहायता आवेदन को पूरा करते हैं और नीचे व र्णत अतिरिक्त पात्रता आवश्यकताओं को भी पूरा करते हैं। सभी रो गयों को सरकारी और निजी सहायता कार्यक्रमों सहित वत्तीय सहायता के सभी उपलब्ध स्रोतों की जांच करने के लए प्रोत्साहित कया जाना चाहिए।

वत्तीय सहायता के बारे में निर्णय मामला-दर-मामला आधार पर और केवल वत्तीय आवश्यकता के आधार पर कया जाता है। निर्णय कभी भी उम्र, लंग, जाति, रंग, राष्ट्रीय मूल, वैवाहिक स्थिति, सामाजिक या आप्रवासी स्थिति, यौन अ भ वन्यास, लंग पहचान या अ भव्यक्ति, धा र्मक संबद्धता, वकलांगता, सेवानिवृत्त सैनिक या सैन्य स्थिति या कानून द्वारा नि षद्ध कसी अन्य आधार पर नहीं कए जाते हैं। वत्तीय सहायता आवेदन, परिवार के आकार और आय को सत्या पत करने के लए आवश्यक दस्तावेजों की रूपरेखा प्रस्तुत करता है। YNHHS या कोई अस्पताल, अपने ववेक से, इस नीति के दायरे से बाहर वत्तीय सहायता को मंजूरी दे सकता है।

A. नि:शुल्क देखभाल। यदि सकल वा र्षक पारिवारिक आय का संघीय गरीबी स्तर दिशानिर्देशों के 250% या उससे कम पर सत्या पत हो जाता है (<u>अनुलग्नक 1</u> *देखें*), तो आप निःशुल्क देखभाल के लए अर्हता प्राप्त कर सकते हैं (रोगी के खाते की शेष रा श के सापेक्ष 100% रियायत)।

B. रियायती देखभाल। यदि सकल वा र्षक पारिवारिक आय का संघीय गरीबी स्तर दिशानिर्देशों के 251% और 550% के बीच सत्या पत हो जाता है, तो आप <u>अनुलग्नक 1</u> में दिखाए गए अनुसार, स्लाइ डंग पैमाने के आधार पर रियायत के लए अर्हता प्राप्त कर सकते हैं। जिन रो गयों के पास बीमा है, उन रोगी के खाते की उस शेष रा श पर रियायत लागू की जाएगी, जो बीमा या तीसरे पक्ष के भुगतानकर्ताओं से भुगतान के बाद बनी रहती है।

C. हॉस्पिटल बेड फंड्स। आप हॉस्पिटल बेड फंड्स से वत्तीय सहायता प्राप्त करने के लए पात्र हो सकते हैं, जो ऐसे फंड हैं जो अस्पताल में उन रो गयों को च कत्सा प्रदान करने के लए दान कए गए हैं जो अस्पताल संबंधी देखभाल के खर्च उठाने में असमर्थ हो सकते हैं। मामला-दर-मामला के आधार पर पात्रता

निर्धारित की जाती है और दानकर्ता-प्रतिबंधों को ध्यान में रखा जाता है और यदि लागू हो, तो फंड नामांकनकर्ताओं द्वारा नामांकन भी कया जाता है। सभी रोगी जो अपे क्षत वत्तीय सहायता आवेदन भरते हैं, उनपर स्वचा लत रूप से हॉस्पिटल बेड फंड्स हेतु वचार कया जाएगा।

D. अन्य अस्पताल- व शष्ट वत्तीय सहायता कार्यक्रम। **(Other Hospital-Specific Financial Assistance programs)**

(i) **Yale New Haven Hospital Me & My Baby Program.** यह कार्यक्रम Yale New Haven Hospital के रो गयों के लए उपलब्ध है। **यह प्रसव के पूर्व और कुछ प्रसव के बाद की देखभाल मुफ़्त प्रदान करती है।** यदि आप न्यू हेवन काउंटी में रहते हैं तो आप पात्र हो सकते हैं, यदि आपके पास कसी भी प्रकार का स्वास्थ्य बीमा नहीं है और आपका परिवार संघीय गरीबी स्तर से 2 ½ गुना कम कमाता है। अ धक जानकारी के लए या आवेदन का अनुरोध करने के लए Yale New Haven Hospital Women's Center में हमारे प्रतिनि धयों से मलें या **203-688-2481** पर कॉल करें।

(ii) **Greenwich Hospital Outpatient Clinic** उन रो गयों को सेवा देता है जो मे डकेयर, मे डकेड द्वारा बी मत हैं या एक्सेस हेल्थ CT के माध्यम से बीमा की पेशकश करते हैं और जिनकी पारिवारिक आय संघीय गरीबी स्तर के दिशानिर्देशों से 4 गुना से कम है। इसके अलावा, क्लिनिक उन व्यक्तियों को रियायती देखभाल प्रदान करता है जो बीमा के लए पात्र नहीं हैं और जो ग्रीन वच में रहते हैं और जिनकी पारिवारिक आय संघीय गरीबी स्तर से 4 गुना से कम है। अ धक जानकारी के लए या आवेदन प्राप्त करने के लए कृपया 203-863-3334 पर कॉल करें।

E. च कत्सीय रूप से गरीब। वत्तीय सहायता के लए महत्व उन रो गयों को भी दिया जा सकता है जो मानदंडों को पूरा नहीं करते हैं, ले कन जिनके च कत्सा बिल परिवार की आय या पूंजी के एक निश्चित प्रतिशत से अ धक हैं।

4. शुल्क पर सीमा

जब कोई रोगी इस पॉ लसी के तहत, निःशुल्क देखभाल की बजाए रियायती देखभाल के लए अर्हता प्राप्त करता है, तो उस रोगी से आमतौर पर बिल रा श (amount generally billed, "AGB") से अ धक शुल्क नहीं लया जाएगा, जो ऐसे व्यक्तियों से लया जाता है जिनके पास इस तरह की देखभाल का बीमा है।

A. कैसे परिक लत करें। YNHHS संघीय कर वनियमों के तहत "लुक बैक व ध" का उपयोग करके और मे डकेयर लाभार्थी लागत-शेयरिंग रा शयों और मे डकेयर सेवा-हेतु-शुल्क दरों के आधार पर प्रत्येक अस्पताल के लए वा र्षक रूप से AGB की गणना करता है जिसमें सभी निजी स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं शा मल हैं जो पूर्व वत्त वर्ष के लए प्रत्येक अस्पताल सु वधा का दावा करते हैं। YNHHS अस्पताल द्वारा प्रतिशत रियायत लागू कर सकता है, या YNHHS स रो गयों के लए सबसे अनुकूल प्रतिशत रियायत का उपयोग करने का चुनाव कर सकता है। AGB रियायतें अनुलग्नक 1 में दिखाई गई हैं।

5. वत्तीय सहायता आवेदन **(Financial Assistance Application)**

A. आवेदन कैसे करें। वत्तीय सहायता के लए आवेदन करने के लए, आपको वत्तीय सहायता ("आवेदन") के लए YNHHS आवेदन को पूरा करना होगा, नीचे दिए गए को छोड़कर। आप आवेदन प्राप्त कर सकते हैं:

(1) www.vnhhs.org/financialassistance पर ऑनलाइन और प्रत्येक YNHHS अस्पताल की वेबसाइट पर।

(2) कसी भी YNHHS अस्पताल में रोगी दा खला या पंजीकरण क्षेत्र में व्यक्ति रूप से। वत्तीय सहायता के बारे में संकेत और ल खत जानकारी प्रत्येक अस्पताल के आपातकालीन वभागों और रोगी पंजीकरण क्षेत्रों में उपलब्ध होगी।

(3) मेल करें, कॉल करें और (855) 547-4584 पर रोगी वत्तीय सेवाओं से नि:शुल्क प्रति ल प के लए अनुरोध करें।

B. आवेदन। आवेदन इसका वर्णन करता है - (i) वत्तीय सहायता कार्यक्रम और पात्रता आवश्यकताएं, (ii) पात्रता के निर्धारण के लए दस्तावेजी आवश्यकताओं और (iii) FAP सहायता के लए संपर्क जानकारी। आवेदन यह भी व्याख्या करता है क (i) अस्पताल ल खत रूप में प्रत्येक आवेदन का जवाब देगा, (ii) रोगी कसी भी समय FAP के तहत वत्तीय सहायता के लए फर से आवेदन कर सकते हैं, और (iii) अतिरिक्त निःशुल्क बेड फंड हर साल उपलब्ध होते हैं। जानकारी या दस्तावेज प्रदान करने में वफलता के आधार पर, FAP के तहत अस्पताल वत्तीय सहायता से इंकार नहीं कर सकते हैं क आवेदन के भाग के रूप में FAP या आवेदन की आवश्यकता नहीं है।

C. **FAP**-पात्र रोगी। YNHHS अस्पताल पात्रता निर्धारित करने के लए उ चत प्रयास करेंगे और प्रयोज्य रोगी खातों में वत्तीय सहायता पात्रता के कसी भी निर्धारण का दस्तावेज़ीकरण करेंगे। एक बार जब अस्पताल निर्धारित करता है क रोगी FAP-पात्र है, तो अस्पताल करेगा:

(i) एक बि लंग स्टेटमेंट प्रदान करेगा, जिसमें रा श कैसे निर्धारित और निर्दिष्ट की गई समेत FAP-पात्र रोगी, के रूप में व्यक्तिगत बकाया रा श को दर्शाया गया हो या यह वर्णन होगा क कोई व्यक्ति देखभाल के लए, AGB के बारे में जानकारी कैसे प्राप्त कर सकता है;

(ii) व्यक्ति को कसी भी रा श के रिफंड में वह रा श शा मल है जो उस रा श से अ धक की रा श है जो उसने देखभाल के लए भुगतान की है, जिसे वह FAP-पात्र व्यक्ति के रूप में भुगतान करने के लए व्यक्तिगत रूप से जिम्मेदार है, जब तक क ऐसी अतिरिक्त रा श $5 से कम न हो या IRS द्वारा निर्धारित ऐसी कोई अन्य रा श न हो; तथा

(iii) कसी भी असाधारण संग्रहण कार्यवाही को रोकने के लए उ चत उपाय करें।

D. संभा वत पात्रता। YNHHS इस नीति के तहत रोगी की जीवन परिस्थितियों के बारे में जानकारी के आधार पर निःशुल्क या रियायती देखभाल के लए पात्रता निर्धारित कर सकता है, जो निम्न या इसी तरह के स्रोतों सहित, वत्तीय सहायता की खोज करने वाले व्यक्ति के अलावा अन्य स्रोतों से प्राप्त की जाती है:

(i) प्रत्येक अस्पताल की ओर से YNHHS शेष का स्व-भुगतान करने वाले व्यक्तियों की पहचान करने में सहायता के लए एक तीसरे पक्ष के स्क्रीनिंग टूल का उपयोग करता है, जिन्होंने वत्तीय सहायता के लए आवेदन नहीं कया है, पर जिनकी आय संघीय गरीबी स्तर के 250% से कम या उसके बराबर है (*अर्थात्,* निःशुल्ख देखभाल हेतु पात्र)। यदि इस प्र क्रया के माध्यम से कसी रोगी की पहचान की जाती है तो अस्पताल की बकाया शेष रा श को चैरिटी (निःशुल्क) देखभाल में समायोजित कया जा सकता है।

(ii) YNHHS, येल यूनिव र्सटी से संबद्ध है और यूल स्कूल ऑफ मे ड सन का शैक्ष णक स्वास्थ्य केंद्र है। येल यूनिव र्सटी के छात्रों द्वारा निम्न-आय वाले व्यक्तियों के लए संचा लत प्राथ मक च कत्सा क्लीनिक के माध्यम से, हेवेन फ्री क्लिनिक सहित, अबी मत रो गयों को सेवा प्रदान की जाती है, और उन्हें कसी वत्तीय सहायता के आवेदन को पूरा करने की आवश्यकता के बिना निःशुल्क या रियायती देखभाल के लए पात्र माना जा सकता है, यदि YNHHS द्वारा वरिष्ठ उपाध्यक्ष, वत्त की स्वीकृति एक फॉर्म में पुष्टि प्राप्त करने पर दी गई हो क कोई व्यक्ति इस तरह के कसी भी क्लिनिक का रोगी है।

(iii) YNHHS संभवतः यह निर्धारित करने के लए पूर्व पात्रता निर्धारण का उपयोग कर सकता है क व्यक्ति इस नीति के तहत चैरिटी देखभाल हेतु दोबारा पात्र है।

6. YNHHS संग्रहण प्रथाओं से संबंध

कोई अस्पताल (और कोई भी संग्रहण एजेंसी या अन्य पार्टी जिसने इसे ऋण के रूप में संद र्भत कया है) देखभाल के लए प्रथम पोस्ट- डस्चार्ज बि लंग स्टेटमेंट जारी करने के बाद से 120 दिन पूर्व तथा यह निर्धारित करने के लए उ चत प्रयास करने से पहले क यदि कोई रोगी या कसी अन्य व्यक्ति के पास स्वयं-भुगतान खाते (जिम्मेदार व्यक्ति) के लए वत्तीय जिम्मेदारी है, तो इस FAP के तहत वत्तीय सहायता के लए पात्र है, कसी भी असाधारण संग्रह कार्रवाई (extraordinary collection action, "ECA") में संलग्न नहीं होगा। कसी भी ECA को वरिष्ठ उपाध्यक्ष, वत्त या उनके पदना मत द्वारा अनुमोदित कया जाना जरूरी है, जो इस अनुमोदन से पहले यह पुष्टि करेगा क इस FAP में उ चत प्रयास करने की आवश्यकताओं को पूरा कया गया है।

अस्पताल आंतरिक परिचालन प्र क्रयाओं और प्रथाओं के अनुसार अपने AIR बि लंग चक्र का अनुपालन करेगा। ऐसी प्र क्रयाओं और प्रथाओं के भाग के रूप में, अस्पताल, न्यूनतम रूप से, रो गयों को उसकी FAP के बारे में जिस ति थ से देखभाल प्रदान की जाती है और पूरे AIR बि लंग चक्र के दौरान (या कानून द्वारा अपे क्षत अव ध के दौरान, जो भी अ धक हो) सू चत करेगा, निम्न के द्वारा:

1. अस्पताल से छु ी या प्रवेश प्र क्रया के भाग के रूप में, FAP के तहत वत्तीय सहायता हेतु सभी रो गयों को एक सादा भाषा सारांश और एक आवेदन पत्र प्रदान कया जाएगा।

2. स्व-भुगतान खातों के संग्रहण के लए कम से कम तीन अलग-अलग स्टेटमेंट, रोगी और कसी अन्य जिम्मेदार व्यक्ति(ओं) के अंतिम ज्ञात पते पर मेल या ईमेल की जाएगी; हालां क जिम्मेदार व्यक्ति(यों) को FAP के तहत वत्तीय सहायता के लए पूर्ण आवेदन प्रस्तुत करने या पूर्ण-भुगतान कए जाने के बाद कोई अतिरिक्त स्टेट्मेंट भेजने की आवश्यकता नहीं है। अपे क्षत तीन मे लंग के पहले और अंतिम के बीच कम से कम 60 दिन गुजर चुके होंगे। सेवा के समय या उसके दौरान, सही मे लंग पता प्रदान करने का दायित्व जिम्मेदार व्यक्ति(ओं) का है। यदि कसी खाते का पता वैध नहीं है, तो "उ चत प्रयास" का निर्धारण कया जाएगा। स्व-भुगतान खातों के सभी एकल रोगी खाते ववरणों में निम्न शा मल होंगे, परंतु यह केवल इन तक सी मत नहीं हैं:

    a. स्टेटमेंट में अस्पताल सेवाओं का सटीक सारांश;

    b. ऐसी सेवाओं के लए शुल्क;

    c. जिम्मेदार व्यक्ति(ओं) द्वारा भुगतान की जाने वाली अपे क्षत रा श (अथवा, यदि ऐसी रा श ज्ञात नहीं है, तो प्रारं भक स्टेटमेंट की ति थ के अनुसार ऐसी रा श का अच्छी नीयत से अनुमान लगाएं);

और

d. एक व शष्ट ल खत सूचना जो जिम्मेदार व्यक्ति(ओं) को FAP के तहत वत्तीय सहायता की उपलब्धता के बारे में सू चत करती है और जानकारी देती है जिसमें वभाग के टेलीफोन नंबर और प्रत्यक्ष वेबसाइट पते शा मल हैं जहां से दस्तावेजों की प्रतियां प्राप्त की जा सकती हैं।

3. मेल या ईमेल की गई कम से कम एक स्टटेमेंट में ल खत सूचना शा मल होगी जो क ECA के बारे में जिम्मेदार व्यक्ति(ओं) को सू चत करती है, जो क लेने हेतु अ भप्रेत हैं यदि जिम्मेदार व्यक्ति(यों) FAP के तहत वत्तीय सहायता के लए आवेदन नहीं करता है या बि लंग समय सीमा में देय रा श का भुगतान करता है। इस तरह की स्टेटमेंट जिम्मेदार व्यक्ति(यों) को स्टटेमेंट में निर्दिष्ट समय सीमा से कम से कम 30 दिन पहले प्रदान की जानी जरूरी है। इस स्टेटमेंट के साथ एक सादा भाषा सारांश होगा। सेवा के समय या उसके दौरान, सही मे लंग पता प्रदान करने का दायित्व जिम्मेदार व्यक्ति(ओं) का है। यदि कसी खाते का पता वैध नहीं है, तो "उ चत प्रयास" का निर्धारण कया जाएगा।

4. कसी भी ECA को प्रारंभ करने से पूर्व, अंतिम ज्ञात टेलीफोन नंबर पर, यदि कोई हो, टेलीफोन द्वारा जिम्मेदार व्यक्ति(ओं) से संपर्क करने का मौ खक प्रयास कया जाएगा, कम से कम एक बार, मेल या ईमेल कए गए स्टेटमेंट की श्रृंखला के दौरान, यदि खाता अप्रदत्त रहता है। सभी वार्तालापों के दौरान, रोगी या जिम्मेदार व्यक्ति को वत्तीय सहायता के बारे में सू चत कया जाएगा जो FAP के तहत उपलब्ध हो सकती हैं।

5. इस नीति के प्रावधानों के अनुपालन के अधीन, कोई YNHHS अस्पताल प्रदत्त च कत्सा सेवाओं के लए भुगतान प्राप्त करने हेतु इस नीति के <u>अनुलग्नक 2</u> में सूचीबद्ध ECA की सूची ले सकता है।

7. नीति की उपलब्धता

FAP, FAP के सादा भाषा सारांश और FAP आवेदन की प्रतियां इस पर उपलब्ध हैं www.ynhhs.org/financialassistance.

प्रत्येक अस्पताल FAP, FAP के सादा भाषा सारांश और FAP आवेदन की प्रतियां, अनुरोध पर, नि:शुल्क, मेल द्वारा या अस्पताल के आपातकालीन वभाग में और पंजीकरण के सभी बिंदुओं पर पेपर प्रारूप पर अंग्रेजी में और सी मत अंग्रेजी प्रवीणता के साथ 1,000 व्यक्तियों से कम या उस आबादी का 5% अथवा उससे अ धक की कसी भी आबादी की प्राथ मक भाषा में उपलब्ध कराता है, जिनको अस्पताल सेवाएं प्रदान करता है। भाषाओं की सूची के लए <u>अनुलग्नक 3</u> देखें।

पात्रता या कार्यक्रमों के बारे में जानकारी के लए जो आपके लए उपलब्ध हो सकते हैं, आपको मेल की जाने वाली FAP, FAP आवेदन फॉर्म, या बि लंग और संग्रह नीति के नीति की एक प्रति के अनुरोध करने के लए, अथवा यदि आपको अंग्रेजी के अलावा कसी अन्य भाषा में अनुवादित FAP, FAP की सादी भाषा सारांश या FAP आवेदन फॉर्म की एक प्रति की आवश्यकता है तो कॉर्पोरेट बिजनेस स र्वसेज टोल फ्री (855) 547-4584 पर संपर्क करें। इसके अलावा, रोगी एफएपी आवेदन प्र क्रया शुरू करने के बारे में रोगी पंजीकरण, रोगी वत्तीय सेवा और सामाजिक कार्य/मामले प्रबंधन से पूछ सकते हैं।

FAP को व्यापक रूप से प्रचारित करने के अन्य प्रयासों में सामान्य सर्कुलेशन वाले समाचार पत्रों में प्रकाशन नोटिस देना; बि लंग स्टेटमेंट में FAP की ल खत सूचना प्रदान करना; देय रा श के बारे में रो गयों को मौ खक संचार में FAP की सूचना प्रदान करना; और खुले में और अन्य सूचनात्मक सत्र आयोजित करना, शा मल है।

8. राज्य कानून का अनुपालन

प्रत्येक अस्पताल प्रासं गक राज्य कानूनों का पालन करेगा जिसमें बिना कसी सीमा के, अबी मत रोगी से अस्पतालों द्वारा कनेक्टिकट सामान्य कानून शासन संग्रहण और रोड्स आइलैंड डपार्टमेंट ऑफ़ हेल्थ रूल्स एंड रेगुलेशंस की धारा 11.3 में निर्धारित *अस्पताल के वार्तालाप से संबं धत चैरिटी केयर के प्रावधान के लए रोड्स आइलैंड राज्यव्यापी मानक* ("RI वनियम") और RI वनियमों की धारा 11.4 में निर्धारित *असम्बद्ध देखभाल के प्रावधान के लए राज्यव्यापी मानक* शा मल हैं।

संदर्भ
आंतरिक राजस्व कोड 501(c)(3)
आंतरिक राजस्व कोड 501 (r)
कॉन. Gen. Stat. § 19a-673 et seq.
RI वनियम 11.3 और 11.4

संबं धत नीतियां
YNHHS बि लंग और संग्रह नीति
YNHHS EMTALA नीति: मे डकल स्क्रीनिंग/स्थिरीकरण, ऑन-कॉल और ट्रांसफर
Yale New Haven Hospital पॉ लसी - फ्री केयर फंड्स NC:F-2 का वतरण
Greenwich Hospital आउट पेशेंट सेंटर नीतियां और प्र क्रयाएं

अनुलग्नक 1

वत्तीय सहायता के लए संघीय गरीबी दिशानिर्देश **(Federal Poverty Guidelines, FPG)** और स्लाइ डंग पैमाना

संयुक्त राज्य अमेरिका के स्वास्थ्य और मानव सेवा (United States Department of Health and Human Services) वभाग द्वारा संघीय रजिस्टर में FPG एमाउंट को समय-समय पर अद्यतन कया जाता है। वर्तमान FPG एमाउंट इस पर उपलब्ध है http://aspeAhs.gov/poverty-guidelines.

27 जनवरी, 2021 तक, FPG एमाउंट निम्नानुसार थे। *ये एमाउंट परिवर्तन के अधीन हैं।* इस नीति के तहत वत्तीय सहायता के लए पात्र रो गयों को निम्नानुसार सभी Yale New Haven Health Hospitals में सहायता प्राप्त होगी:

	FAP का नाम	निःशुल्क देखभाल	रियायती देखभाल	स्लाइ डंग पैमाना ए	स्लाइ डंग पैमाना बी	स्लाइ डंग पैमाना सी
	कवरेज पात्रता	बी मत या अबी मत रोगी	अबी मत रोगी	बी मत रोगी	बी मत रोगी	बी मत रोगी
	FAP रियायत	**100%**	**69%**	**35%**	**25%**	**15%**
	सकल आय पात्रता	**0% - 250% FPL**	**251% - 550% FPL**	**251% - 350% FPL**	**351% - 450% FPL**	**451% - 550% FPL**
परिवार का आकार	1	$0 - $32,200	$32,201 - $70,840	$32,201 - $45,080	$45,081 - $57,960	$57,961 - $70,840
परिवार का आकार	2	$0 - $43,550	$43,551 - $95,810	$43,551 - $60,970	$60,971 - $78,390	$78,391 - $95,810
परिवार का आकार	3	$0 - $54,900	$54,901 - $120,780	$54,901 - $76,860	$76,861 - $98,820	$98,821 - $120,780
परिवार का आकार	4	$0 - $62,250	$66,251 - $145,750	$65,251 - $92,750	$92,751 - $119,250	$119,251 - $145,750
परिवार का आकार	5	$0 - $77,600	$77,601 - $170,720	$77,601 - $108,640	$108,641 - $139,680	$139,681 - $170,720
परिवार का आकार	6	$0 - $88,950	$88,951 - $195,690	$88,951 - $124,530	$124,531 - $160,110	$160,111 - $195,690

AGB की गणना

AGB प्रतिशत की गणना वा र्षक रूप से की जाती है। प्रति अस्पताल में कैलेंडर वर्ष 2021 AGB (शुल्क का %) है: BH 32.6%, GH 34.8%, LMH 37.7%, YNHH 34.6% और WH 30.1%. तदनुसार, 2021 के लए इस नीति के तहत रियायती देखभाल के लए पात्र YNHHS रो गयों के लए सबसे अनुकूल प्रतिशत रियायत सकल शुल्कों के 30% से अ धक का भुगतान नहीं करना होगा।

<u>अनुलग्नक **2**</u>

असाधारण संग्रहण कार्यवाहियां

संपत्ति ग्रहणा धकार

निजी आवासों पर ग्रहणा धकार की अनुमति केवल तभी दी जाती है यदि:

a) रोगी को नि:शुल्क बेड फंड के लए आवेदन करने का अवसर मला है और वह इस तरह के फंड्स के लए जवाब देने, इनकार करने में वफल रहा है या अयोग्य पाया गया है;

b) रोगी ने अस्पताल की वत्तीय सहायता नीति के तहत, अन्य वत्तीय सहायता के लए आवेदन नहीं कया या अर्हता प्राप्त नहीं की है, या अपने ऋण के भुगतान में सहायता करने के लए अथवा हिस्से हेतु अर्हता प्राप्त की है, ले कन अपने जिम्मेदार हिस्से का भुगतान नहीं कया है;

c) रोगी ने भुगतान की व्यवस्था करने या सहमति देने का प्रयास नहीं कया है अथवा अस्पताल और रोगी द्वारा सहमति प्राप्त भुगतान व्यवस्था का रोगी अनुपालन नहीं कर रहा है;

d) खाते की शेष रा श का योगफल $10,000 से अ धक है और ग्रहणा धकार के अधीन कए जाने वाली संपत्ति का मूल्यांकन मूल्य कम से कम $300,000 है; तथा

e) ग्रहणा धकार का परिणाम व्यक्तिगत निवास पर प्रतिबंधात्मक नहीं होगा।

<u>अनुलग्नक 3</u>

सी मत अंग्रेजी प्रवीणता भाषाएं

अल्बानियन
अरबी
बंगाली
सरलीकृत चीनी
फ्रेंच
फ्रेंच क्रयोल (हैतियाई क्रेओल)
जर्मन
यूनानी
हिंदी
इतालवी
जापानी
कोरियाई
पश्तो
प र्शयन – दारी
प र्शयन – फारसी
पो लश
पुर्तगाली
पुर्तगाली क्रयोल (केप वर्ड)
रूसी
स्पेनिश
स्वाहिली
तागालोग
तिग्रीन्या
तुर्की

वयतनामी