

پالیسی ها و طرز العمل های سیستم صحتی YALE NEW HAVEN	محل خدمات: خدمات تجاری شرکتی
	عنوان: پالیسی برنامه های مساعدت مالی
تایید شده توسط: هیئت تمویل کننده YNHHS	تاریخ تایید: 09/20/2013
تاریخ بررسی/بازبینی: 01/21/2015, 09/30/2016, 12/16/2016, 6/1/2017, 7/15/2018, 6/15/2020, 10/27/2021, 01/03/2022	تاریخ انفاذ: 09/20/2013 1/1/2017 Lawrence + Memorial Hospital و Westerly Hospital
نوع پالیسی (I یا II): نوع I	توزیع: مدیر پالیسی MCN
<p><b>جایگزین برای:</b>          برنامه های مساعدت مالی شفاخانه Yale New Heaven برای خدمات شفاخانه (NC: F-4)          برنامه های مساعدت مالی شفاخانه Bridgeport برای خدمات شفاخانه (9-13)          مرور کلی شفاخانه Greenwich از برنامه های مساعدت مالی برای خدمات شفاخانه          مراقبت های خیریه شفاخانه (Lawrence + Memorial Hospital و Westerly Hospital Charity Care)، مساعدت مالی،          پالیسی وجوه بستر رایگان</p>	

#### هدف

- Yale New Haven Health ("Yale New Haven Health" یا "YNHHS") متعهد به ارائه مراقبت های طبی ضروری با ارائه مساعدت مالی برای افراد واجد شرایط دارای نیاز است. هدف از این پالیسی مساعدت مالی ("FAP") این است:
1. توضیح اینکه چه مساعدت مالی تحت FAP در دسترس است؛
  2. توضیح اینکه چه کسانی واجد شرایط مساعدت مالی هستند و چگونه درخواست کنند؛
  3. توضیح اینکه هزینه های مریض برای مراقبت های اضطراری یا سایر مراقبت های طبی لازم برای مریضان واجد شرایط FAP چگونه محاسبه میشود؛
  4. ارائه دهندگانی را که تحت پوشش FAP قرار دارند و قرار ندارند، شناسایی کند؛
  5. مراحل را توضیح کند که شفاخانه های YNHHS برای تعمیم گسترده این FAP در جوامع تحت خدمات YNHHS بر می دارند؛ و
  6. توضیح این که برای عدم پرداخت بل های صحتی Yale New Haven چه اقداماتی را می توان انجام داد.

#### قابلیت تطبیق

این پالیسی برای هر شفاخانه دارای مجوز وابسته به YNHHS بشمول شفاخانه ("BH") Bridgeport، شفاخانه گرینویچ ("GH") Greenwich، شفاخانه ("LMH") Lawrence + Memorial، شفاخانه ("YNHH") Yale New Haven و شفاخانه Westerly تطبیق می شود ("WH") (هر یک "شفاخانه"). علاوه بر این، پروگرام های مساعدت مالی توسط Northeast Visiting Nurse Association of Southeastern Medical Group، انجمن پرستار بازدید کننده از جنوب شرقی کانکتیکات (Connecticut) و Home Care Plus دنبال می شوند.

1. مامور مسئول. معاون ارشد YNHHS، مسؤل مالی یا سرپرست وی بر FAP YNHHS نظارت خواهد کرد.

2. محدوده و لیست ارائه دهنده

A. **مراقبت های اضطراری و سایر مراقبت های ضروری طبی.** این FAP در موارد اضطراری و سایر مراقبت های طبی ضروری به شمول خدمات بیماران بستری و بیماران غیر بستری تطبیق می شود که توسط شفاخانه صورت حساب 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.

B. **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. اگر ارائه دهنده تحت پوشش این FAP نباشد، مریضان باید با دفتر ارائه دهنده تماس بگیرند تا مشخص کنند که آیا ارائه دهنده خدمات مالی مساعدت می کند یا خیر و در این صورت، پالیسی های مساعدت مالی ارائه دهنده شامل چه مواردی است.

C. **مطابقت با EMTALA.** شفاخانه ها باید طبق 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 چیز در این FAP مکلفیت های یک شفاخانه را تحت EMTALA برای معالجه مریضان با شرایط طبی عاجل محدود نمی کند.

3. 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 الزامات 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، تمایل جنسی، هویت یا بیان جنسیتی، وابستگی مذهبی، معلولیت، حالت نظامی متقاعد یا عسکری 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 اختیار خود، مساعدت مالی خارج از محدوده این پالیسی را تأیید کند.

A. **مراقبت رایگان.** اگر تأیید شود که عاید ناخالص سالانه خانواده، کمتر از 250% از دستورالعمل های سطح فقر فدرال است (به ضمیمه 1 مراجعه کنید)، ممکن است واجد شرایط مراقبت رایگان باشید (100% تخفیف در بیلانس حساب مریض).

B. **مراقبت با تخفیف.** اگر تأیید شود که عاید ناخالص سالانه خانواده بین 251 تا 550 درصد از دستورالعمل های سطح فقر فدرال است، شما می توانید براساس یک مقیاس، مانند ضمیمه 1، واجد شرایط تخفیف باشید. برای مریضانی که بیمه دارند، تخفیف به حساب باقیداری (بیلانس) مریض تطبیق می شود که پس از تطبیق پرداخت از بیمه یا پرداخت کنندگان شخص ثالث باقی می ماند.

**C. وجوه بستر شفاخانه.** شما ممکن است واجد شرایط دریافت مساعدت مالی برای وجوه بستر شفاخانه باشید، این وجوهی 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.

#### **D. سایر برنامه های مساعدت مالی مربوط شفاخانه ها.**

**(i) برنامه "من و طفل من" شفاخانه Yale New Haven** این برنامه برای مریضان شفاخانه Yale New Haven قابل تطبیق میباشد. این برنامه مراقبت های قبل از تولد، حاملگی و خدمات زایمان، و برخی از مراقبت های پس از تولد را به طور رایگان فراهم می کند. شما ممکن است واجد شرایط باشید اگر شما در New Haven County زندگی می کنید، هیچ نوع بیمه صحتی ندارید و خانواده شما از  $2\frac{1}{2}$  برابر کمتر از سطح فقر فدرال عاید بدست می آورد. برای معلومات بیشتر یا درخواست از برنامه من و طفل من در شفاخانه New Haven Hospital، لطفاً نماینده های ما را در Women's Centre ببینید یا به شماره 203-688-2481 تماس بگیرید.

**(ii) کلینیک سرپایی شفاخانه گرینویچ** به مریضان بیمه شده توسط Medicare، Medicaid یا بیمه های ارائه شده از طریق Access Health CT و خانواده هایی که عاید آنها کمتر از 4 برابر دستور العمل های سطح فقر فدرال است. 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.

**E. از نظر طبی بی بضاعت.** در نظر گرفتن مساعدت مالی نیز ممکن است به مریضانی داده شود که معیارها را برآورده نمی کنند اما قیمت بل های طبی آنها از عاید یا دارایی خانواده بیشتر است.

#### **4. محدودیت در هزینه ها**

وقتی مریض تحت این بیمه نامه واجد شرایط مراقبت با تخفیف باشد، اما نه مراقبت رایگان، بیش از مبلغی که به طور کلی صورتحساب ("AGB") از افرادی دریافت می کند که بیمه ای تحت پوشش این مراقبت ها هستند، از وی کسر نمی شود.

**A. چگونه محاسبه شده است.** YNHHS سالانه AGB را برای هر شفاخانه با استفاده از "روش بازگشت" تحت مقررات مالیاتی فدرال و بر اساس نرخ هزینه خدمات مدیکر، از جمله مبالغ تقسیم هزینه ذینفع Medicare و کلیه بیمه های بهداشت خصوصی که برای هر مرکز شفاخانه هزینه ادعا می کنند، محاسبه می کند. سال مالی قبل YNHHS ممکن است فیصدی تخفیف را توسط شفاخانه تطبیق کند، یا ممکن است انتخاب کند که از فیصدی تخفیف مناسب ترین مریضان YNHHS استفاده کند. تخفیف های AGB در ضمیمه 1 نشان داده شده است.

#### **5. درخواست مساعدت مالی**

**A. نحوه درخواست.** برای درخواست مساعدت مالی، باید درخواست مساعدت مالی YNHHS ("درخواست") را تکمیل کنید، غیر از مواردی که در زیر آورده شده است. می توانید یک فورمه درخواست را از طریق ذیل دریافت کنید:

(1) بصورت آنلاین در <https://www.ynhh.org/patients-visitors/billing-insurance/Financial-assistance> و در هر وب سایت شفاخانه YNHHS.

(2) بطور حضوری در هر محل پذیرش یا ثبت نام مریض در شفاخانه YNHHS. علائم و معلومات کتبی در مورد مساعدت مالی در هر بخش عاجل شفاخانه و مناطق ثبت نام مریض در دسترس خواهد بود.

(3) از طریق پست الکترونیکی با تماس و درخواست یک نسخه رایگان از خدمات مالی مریض به تماس گرفتن به این شماره 5474584 (855).

**B. درخواست.** این درخواست (i) برنامه های مساعدت مالی و الزامات واجد شرایط بودن، (ii) شرایط اسناد برای تعیین واجدیت شرایط و (iii) معلومات تماس برای مساعدت FAP را توضیح 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 ممکن است مساعدت مالی تحت FAP را بر اساس عدم ارائه معلومات یا اسنادی که FAP یا درخواست به عنوان بخشی از درخواست نیازی ندارند، انکار نکنند.

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

- (i) 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 توضیح دهد که چگونه فرد می تواند معلومات مربوط به AGB برای مراقبت را بدست آورد؛
- (ii) هرگونه مبلغ اضافی را که فرد برای مراقبت ها به عنوان یک فرد واجد شرایط FAP پرداخت نموده، به فرد بازپرداخت شود، مگر اینکه این مبلغ اضافی کمتر از 5 دالر باشد یا توسط سازمان امور مالیاتی مبلغ دیگری تعیین شده باشد؛ و
- (iii) تدابیر معقول را اتخاذ کند تا اقدامات جمع آوری فوق العاده را معکوس کند.

**c. واجد شرایط بودن احتمالی.** YNHHS بر اساس معلومات مربوط به شرایط زندگی مریض از منابع دیگری غیر از فرد متقاضی مساعدت مالی، از جمله منابع زیر یا منابع مشابه، ممکن است واجد شرایط بودن برای مراقبت های رایگان یا با تخفیف را تعیین کند:

- (i) YNHHS به نمایندگی هر شفاخانه از ابزار معایناتی شخص ثالث برای شناسایی افراد که خودپرداخت کرده اند آنها را برای مساعدت مالی درخواست نکرده اند، اما عاید آنها کمتر یا برابر با 250% سطح فقر فدرال است، استفاده می کند. (یعنی واجد شرایط مراقبت رایگان). اگر یک مریض از طریق این پروسه شناسایی شود، هزینه های فراتر از باقیداری شفاخانه می تواند با مراقبت های خیریه (رایگان) تنظیم شود.
- (ii) YNHHS وابسته به پوهنتون Yale است و مرکز صحتی فاکولته طبی Yale است. مریضان بدون بیمه که توسط کلینیک های مراقبت های اولیه تحت معالجه دانشجویان Yale برای افراد کم درآمد، بشمول 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، امور مالی اینکه شخص مریض مربوط به چنین کلینیک است، قابل قبول باشد.
- (iii) YNHHS ممکن است از تعیین صلاحیت قبلی استفاده کند تا به طور فرضی تعیین کند که فرد دوباره واجد شرایط مراقبت های خیریه تحت این پالیسی است.

## 6. ارتباط با شیوه های جمع آوری YNHHS

یک شفاخانه (و هر سازمان جمع آوری یا طرف دیگری که قرض خود را به آن راجع کرده است) قبل از 120 روز پس از صدور اولین اظهارنامه بل پس از رخصت شدن برای مراقبت و قبل از آن برای تعیین اینکه آیا مریض یا هر شخص دیگری که مسئولیت مالی برای حساب خودپرداختی دارد، فرد (افراد مسئول) تحت این FAP واجد شرایط مساعدت مالی است هیچ اقدام فوق العاده ای برای جمع آوری ("ECA") انجام نخواهد داد. هر ECA باید توسط معاون ارشد، امور مالی یا جانشین (های) وی تأیید شود که قبل از تأیید قبول کند اینکه شرایط تلاش منطقی در این FAP برآورده شده است.

شفاخانه دوره صورت حساب 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 دریافتی (یا در دوره زمانی که طبق قانون لازم است، هر کدام که طولانی تر باشد) در مورد FAP 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 (ها) 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:

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 (ها) مسئول (یا اگر چنین مبلغی مشخص نیست، برآورد 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 تلفن 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 (های) مسئول در مورد ECA هایی که در نظر گرفته می شود در صورت عدم درخواست فرد (های) 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 (ها) مسئول از طریق تلفن تماس گرفته میشود. در هنگام تمام مکالمات، مریض یا فرد (افراد) مسئول در مورد مساعدت مالی که ممکن است تحت FAP مهیا شود، خبر داده خواهند شد.

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.

## 7. در دسترس بودن پالیسی

نسخه های FAP، خلاصه ای با زبان ساده برنامه FAP و فورمه درخواست FAP در <https://www.ynhh.org/patients-visitors/billing-insurance/Financial-assistance> موجود است.

هر شفاخانه نسخه های FAP، خلاصه ای با زبان ساده FAP و فورمه 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، فورمه درخواست FAP یا صورتحساب و جمع آوری، برای کسب معلومات در مورد و اجد 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 855) 547-4584 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 جریان 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 معلوماتی.

## 8. مطابقت با قوانین ایالتی

هر شفاخانه باید از قوانین مربوطه ایالتی، از جمله، بدون محدودیت، اساسنامه عمومی کنکیتکات حاکم بر جمع آوری شفاخانه ها از مریضان بیمه نشده و استاندارد ایالتی رود آیلند (Rhode Island Statewide Standard for the Provision of Charity Care) برای ارائه مراقبت های خیریه که در بخش 11.3 از قوانین و مقررات صحتی رود آیلند ارائه شده است، پیروی کند. مربوط به تبدیلات شفاخانه ("مقررات RI") و استاندارد ایالتی برای ارائه مراقبت های بدون جبران، مندرج در بخش 11.4 از مقررات RI است.

### مآخذ

کد عاید داخلی 501(c)(3)

کد عاید داخلی 501(r)

کنیتکیت. آمار عمومی § 19a-673 و به ترتیب.

مقررات RI 11.3 و 11.4

### پالیسی های مرتبط

پالیسی بل و جمع آوری YNHHS

پالیسی YNHHS EMTALA: معاینات طبی / تثبیت، تماس و انتقال

پالیسی شفاخانه ی Yale New Heaven - توزیع وجوه مراقبت رایگان NC: F-2

پالیسی ها و طرز العمل های مرکز سرپایی شفاخانه گرینویچ

## ضمیمه 1

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

اندازه های FPG به طور دوره ای توسط وزارت صحت و خدمات بشری ایالات متحده در راجستر فدرال به روز می شود. مقادیر فعلی FPG موجود است در: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

از 27 جنوری سال 2021، مقادیر FPG به شرح ذیل بود. این مبالغ قابل تغییر است. مریضانی که تحت این پالیسی مشمول مساعدت مالی می شوند، به شرح زیر در تمامی شفاخانه های صحتی Yale New Heaven مساعدت دریافت می کنند:

نام FAP	مراقبت رایگان	مراقبت با تخفیف	مقیاس سلاید A	مقیاس سلاید B	مقیاس سلاید C
واجد شرایط بودن پوشش	مریضان بیمه شده یا بیمه نشده	مریضان بدون بیمه	مریضان بیمه شده	مریضان بیمه شده	مریضان بیمه شده
تخفیف FAP	100%	69%	35%	25%	15%
واجد شرایط بودن عاید ناخالص	0%-250% FPL	251%-550% FPL	251%-350% FPL	351%-450% FPL	451%-550% FPL
1	\$0 - \$32,200	\$32,201 - \$70,840	\$32,201 - \$45,080	\$45,081 - \$57,960	\$57,961 - \$70,840
2	\$0 - \$43,550	\$43,551 - \$95,810	\$43,551 - \$60,970	\$60,971 - \$78,390	\$78,391 - \$95,810
3	\$0 - \$54,900	\$54,901 - \$120,780	\$54,901 - \$76,860	\$76,861 - \$98,820	\$98,821 - \$120,780
4	\$0 - \$66,250	\$66,251 - \$145,750	\$66,251 - \$92,750	\$92,751 - \$119,250	\$119,251 - \$145,750
5	\$0 - \$77,600	\$77,601 - \$170,720	\$77,601 - \$108,640	\$108,641 - \$139,680	\$139,681 - \$170,720
6	\$0 - \$88,950	\$88,951 - \$195,690	\$88,951 - \$124,530	\$124,531 - \$160,110	\$160,111 - \$195,690

### محاسبات AGB

فیصدی هایی AGB سالانه محاسبه می شود. تقویم سال 2021 AGB (% هزینه ها) برای هر شفاءخانه: BH %32.6، 34.8% GH، 37.7% LMH، 34.6% YNH و 30.1% WH. بر این اساس، فیصدی تخفیف مناسب برای مریضان YNHHS واجد شرایط مراقبت های تخفیف داده شده تحت این پالیسی برای سال 2021، بیش از 30 فیصد هزینه های ناخالص پرداخت نخواهد.

## 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) مریض برای کمک در پرداخت قروض خود یا مساعدت مالی دیگری تحت پالیسی مساعدت مالی شفاخانه درخواست نکرده است یا واجد شرایط نیست، یا به نحوی واجد شرایط بوده، اما مسئولیت خود را ادا نکرده است؛
- (c) مریض تلاش نکرده است که ترتیبات تادیه را بدهد یا با آن موافقت کرده باشد، یا ترتیبات تادیه که توسط شفاخانه و مریض روی آن توافق شده را رعایت نمی کند؛
- (d) مجموعه حساب باقیداری بیش از 10,000 دالر است و دارایی (جایداد) که تابع حق رهن است دارای ارزش ارزیابی شده 300,000 دالر است؛ و
- (e) حق رهن منجر به سلب مالکیت در محل سکونت شخصی نخواهد شد.



### ضمیمه 3

زبانهای اشخاص با مهارت محدود انگلیسی

آلبانیایی
عربی
بنگالی
چینی ساده شده
فرانسوی
کریول فرانسوی (کریول هائیتی)
آلمانی
یونانی
هندی
ایتالیایی
جاپانی
کوریایی
پشتو
فارسی دری
فارسی ایرانی
پولندی
پرتغالی
کریول پرتغالی (کیپ وردین)
روسی
اسپانیایی
سواحیلی
تاگالوگ
تیگرینیا
ترکی
ویتنامی