

<p>YALE NEW HAVEN سامانه سلامت خطمشی‌ها و رویه‌ها</p>	<p>محدوده خدمات‌رسانی: خدمات تجاری شرکتی</p>
<p>عنوان: خطمشی برنامه‌های اعطای کمک مالی</p>	
<p>مرجع تأییدکننده: هیئت امنای سامانه سلامت Yale New Haven (YNHHS)</p>	<p>تاریخ تأیید: 09/20/2013</p>
<p>تاریخ بازبینی/بازنگری: 01/21/2015، 09/30/2016، 12/16/2016، 01/03/2022، 10/27/2021، 6/15/2020، 7/15/2018، 6/1/2017</p>	<p>تاریخ اجرا: 09/20/2013 Lawrence + Memorial Hospital 1/1/2017 and Westerly Hospital</p>
<p>نوع خطمشی (یک یا دو): نوع 1</p>	<p>توزیع: مدیر خطمشی MCN</p>
<p><b>جایگزین:</b> برنامه‌های کمک مالی Yale New Haven Hospital برای خدمات بیمارستانی (NC:F-4) برنامه‌های کمک مالی Bridgeport Hospital برای خدمات بیمارستانی (9-13) خلاصه برنامه‌های کمک مالی Greenwich Hospital برای خدمات بیمارستانی خدمات درمانی خیریه Lawrence + Memorial Hospital و Westerly Hospital، کمک مالی، خطمشی تأمین بودجه برای تخت رایگان</p>	

#### هدف

- سامانه Yale New Haven Health (که از این پس با نام «Yale New Haven Health» یا به اختصار «YNHHS» از آن یاد می‌شود) متعهد به ارائه خدمات درمانی دارای ضرورت پزشکی است و در این راستا اقدام به ارائه کمک مالی به افراد واجد شرایط و نیازمند می‌کند. هدف از این خطمشی کمک مالی (Financial Assistance Policy, FAP) به قرار زیر است:
1. شرح کمک‌های مالی موجود طبق FAP؛
  2. توصیف شرایط لازم برای برخورداری از کمک مالی و نحوه درخواست دادن برای آن؛
  3. توصیف نحوه محاسبه هزینه‌های اورژانس یا سایر خدمات درمانی دارای ضرورت پزشکی برای بیماران واجد شرایط FAP؛
  4. مشخص کردن ارائه‌دهندگانی که تحت پوشش FAP هستند یا نیستند؛
  5. توصیف گام‌هایی که بیمارستان‌های YNHHS در جهت عمومی‌سازی وسیع این FAP در جوامع بهره‌مند از خدمات YNHHS برمی‌دارند؛ و
  6. شرح اقدامات احتمالی که ممکن است در زمان عدم پرداخت صورت‌حساب‌های Yale New Haven Health صورت گیرد.

#### قابلیت اعمال

خطمشی جاری به تکتک بیمارستان‌های مجاز وابسته به YNHHS قابل اعمال است، از جمله Bridgeport Hospital («BH»)، Greenwich Hospital («GH»)، Lawrence + Memorial Hospital («LMH»)، Yale New Haven Hospital، Westerly Hospital («WH») (که هر کدام یک «بیمارستان» مجزا هستند). علاوه بر این، برنامه‌های کمک مالی از طرف Visiting Nurse Association of Southeastern Connecticut، Northeast Medical Group و Home Care Plus دنبال می‌شود.

1. مقام مسنول. معاون ارشد امور مالی YNHHS یا نماینده منتصب وی بر YNHHS FAP نظارت خواهد داشت.

## 2. حیطة و فهرست ارائه‌دهندگان

**A. خدمات اورژانس و سایر خدمات درمانی دارای ضرورت پزشکی.** این FAP برای خدمات اورژانس و سایر خدمات درمانی دارای ضرورت پزشکی اعمال‌پذیر است، از جمله خدمات بستری و سرپایی که یکی از بیمارستان‌ها صورت‌حساب آن را صادر کند. FAP موارد زیر را شامل نمی‌شود: (الف) اتاق خصوصی یا پرستاران شیفت خصوصی؛ (ب) خدمات فاقد ضرورت پزشکی، از جمله جراحی زیبایی غیرضروری؛ (پ) سایر نرخ‌های امکانات آسایشی، مثل هزینه‌های تلویزیون یا تلفن، و (ت) سایر تخفیفات یا کسورات از هزینه‌هایی که صریحاً در خطمشی جاری توصیف نشده باشد.

**B. فهرست ارائه‌دهندگان.** فهرستی از ارائه‌دهندگانی که در یکی از بیمارستان‌ها به ارائه خدمات اورژانس و سایر خدمات درمانی دارای ضرورت پزشکی می‌پردازند در لینک زیر قابل مشاهده است:

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

در این فهرست درج شده است که ارائه‌دهنده مشمول FAP می‌شود یا خیر. اگر ارائه‌دهنده تحت پوشش این FAP نباشد، بیمارارن باید با تماس با مطب ارائه‌دهنده، مطلع شوند که آن ارائه‌دهنده کمک مالی فراهم می‌کند یا خیر، و اگر فراهم می‌کند، خطمشی کمک مالی ارائه‌دهنده چه مواردی را پوشش می‌دهد.

**C. انطباق با EMTALA.** بیمارستان‌ها ملزم هستند مطابق با خطمشی‌های خودشان از قانون خدمات پزشکی اورژانسی و مرحله فعال زایمان (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) تبعیت کنند و از پرداختن به فعالیت‌هایی که فرد را از تقاضا کردن خدمات پزشکی اورژانسی بازدارد نیز منع شده‌اند. هیچ‌جایی در این FAP از تعهداتی که بیمارستان‌ها به موجب قانون EMTALA نسبت به درمان بیمارارن دچار شرایط پزشکی اورژانسی دارند نمی‌کاهد.

## 3. برنامه‌های کمک مالی

کمک مالی برای افراد ساکن ایالات متحده که تقاضانامه لازم برای کمک مالی را پر کرده باشند و از شرایط تکمیلی مشروح در زیر برخوردار باشند قابل دریافت است. همه بیمارارن باید تشویق شوند که درباره کلیه منابع اعطای کمک مالی اعم از برنامه‌های کمک‌هزینه دولتی و خصوصی تحقیق کنند.

تصمیمات مربوط به اعطای کمک مالی با توجه به شرایط هر مورد و صرفاً بر مبنای نیاز مالی اتخاذ می‌شود. در تصمیم‌گیری هرگز معیارهای سن، جنسیت، نژاد، رنگ پوست، ملیت اصلی، وضعیت تأهل، وضعیت اجتماعی یا مهاجرتی، گرایش جنسی، هویت جنسی یا ابراز جنسیت، گرایش مذهبی، معلولیت، وضعیت خدمت سربازی یا نظامی یا سایر مبانی غیرقانونی لحاظ نخواهد شد. در تقاضانامه کمک مالی اسنادی که برای اثبات تعداد نفرات خانواده و درآمد خانواده نیاز است عنوان گردیده است. YNHHS یا بیمارستان اجازه دارد به صلاحدید خود، خارج از حیطة این خطمشی اقدام به تأیید کمک مالی کند.

**A. خدمات درمانی رایگان.** اگر ثابت شود که درآمد سالانه خانواده از 250% ضوابط خط فقر فدرال پایین‌تر است (به پیوست 1 مراجعه شود)، ممکن است شرایط لازم برای برخورداری از خدمات درمانی رایگان را داشته باشید (یعنی تخفیف به‌میزان 100% روی مانده‌حساب بیمار).

**B. خدمات درمانی مشمول تخفیف.** اگر ثابت شود که درآمد سالانه خانواده بین 251% تا 550% ضوابط خط فقر فدرال است، ممکن است واجد شرایط برخورداری از تخفیف به تناسب درآمد قرار بگیرید، همانطور که در پیوست 1 مشاهده می‌شود. برای بیمارارن تحت پوشش بیمه، این تخفیف پس از کسر پرداخت‌های بیمه یا پرداخت‌کنندگان شخص ثالث، روی مانده‌حساب بیمار اعمال خواهد شد.

**C . کمک هزینه‌های مختص تخت‌های بیمارستان.** ممکن است شرایط لازم را برای دریافت کمک مالی از کمک هزینه‌های مختص تخت‌های بیمارستان داشته باشید. این کمک هزینه‌ها به بیمارستان اختصاص یافته است تا برای بیمارانی که توان پرداخت هزینه‌های خدمات درمانی بیمارستان را ندارند، خدمات پزشکی ارائه گردد. تعیین صلاحیت با توجه به شرایط هر مورد انجام می‌گیرد، ضمن اینکه محدودیت‌های مربوط به اهداکنندگان و موارد تعیین شده توسط مسئولین تخصیص کمک هزینه (در صورت وجود) لحاظ می‌گردد. کلیه بیمارانی که تقاضانامه ضروری کمک مالی را پر کنند خودبه‌خود برای کمک هزینه‌های تخت‌های بیمارستان مدنظر قرار خواهند گرفت.

**D . سایر برنامه‌های کمک مالی مختص بیمارستان.**

(i) **برنامه «من و نوزادم» (Me & My Baby) از Yale New Haven Hospital.** این برنامه برای بیماران Yale New Haven Hospital در دسترس است. طی این برنامه، خدمات پیش از زایمان، زایمان و بعضی از خدمات پس از زایمان به‌صورت رایگان ارائه می‌گردد. چنانچه ساکن شهرستان New Haven باشید، هیچ‌نوعی از بیمه سلامت نداشته باشید و درآمد خانوادتان کمتر از 2 و  $1/2$  برابر خط فقر فدرال باشد، می‌توانید و اجد شرایط این برنامه قرار بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا درخواست تقاضانامه، به نمایندگان ما در مرکز زنان Yale New Haven Hospital مراجعه کنید یا با شماره **203-688-2481** تماس بگیرید.

(ii) **کلینیک سرپایی Greenwich Hospital.** به بیماران تحت پوشش Medicare، Medicaid یا بیمه‌هایی که از طریق Access Health CT ارائه می‌شود، و همچنین بیمارانی که درآمد خانواده آنها کمتر از 4 برابر ضوابط خط فقر فدرال است خدمات‌رسانی می‌کند. علاوه بر این، کلینیک برای افرادی که واجد شرایط بیمه نیستند و در Greenwich سکونت دارند و درآمد خانوادشان کمتر از 4 برابر خط فقر فدرال است خدمات درمانی را با تخفیف ارائه می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر یا دریافت تقاضانامه، لطفاً با **203-863-3334** تماس بگیرید.

**E . نیازمند به خدمات پزشکی.** ملاحظات مربوط به کمک مالی ممکن است مشمول بیماران فاقد معیارهای لازم نیز بشود، اما فقط آنهایی که صورت حساب‌های پزشکی‌شان از درصد مشخصی از درآمد یا دارایی‌های خانواده فراتر رود.

#### 4. محدودیت هزینه‌ها

وقتی بیماری طبق این خط‌مشی و اجد شرایط تخفیف در خدمات درمانی شود، اما نتواند از خدمات درمانی رایگان برخوردار گردد، اگر آن خدمات درمانی تحت پوشش بیمه نباشد، مبلغی بیش از مبلغ کلی صورت حساب (amount generally billed, AGB) به حساب بیمار گذاشته خواهد شد.

**A . نحوه محاسبه.** YNHHS مبلغ AGB را هر ساله برای هریک از بیمارستان‌ها با استفاده از «روش بررسی سوابق» مطابق با ضوابط مالیاتی فدرال و بر مبنای نرخ‌های کارانه Medicare محاسبه می‌کند؛ از جمله مواردی که لحاظ می‌شود مبالغ تعیین شده به‌عنوان سهم بیمار برای ذینفعان Medicare، و کلیه بیمه‌گران خصوصی سلامت که مطالبات بیمه را به هریک از مراکز بیمارستانی طی سال مالی قبل پرداخت کرده‌اند. YNHHS ممکن است درصد تخفیف بیمارستان را اعمال کند، یا شاید تصمیم بگیرد از بالاترین درصد تخفیفی که مشمول بیماران YNHHS است استفاده کند. تخفیفات مبالغ AGB در **پیوست 1** نمایش داده شده است.

#### 5. تقاضانامه کمک مالی

**A . نحوه ارائه درخواست.** برای ارائه درخواست کمک مالی به‌استثنای موارد توصیف شده در زیر، لازم است تقاضانامه کمک مالی YNHHS («تقاضانامه») را تکمیل کنید. نحوه دریافت تقاضانامه بدین قرار است:

(1) بصورت آنلاین با مراجعه به <https://www.ynhh.org/patients-visitors/billing-insurance/Financial-assistance> و در هریک از وبسایت‌های بیمارستان‌های YNHHS.

(2) به صورت حضوری در بخش پذیرش یا ثبت بیماران در هر یک از بیمارستان‌های YNHHS. تابلوها و اطلاعات کتبی پیرامون کمک مالی در بخش اورژانس و واحدهای پذیرش بیماران در هر یک از بیمارستان‌ها قابل دسترسی خواهد بود.

(3) از طریق پست با تماس با واحد خدمات مالی بیماران به شماره 4584-547 (855) و درخواست نسخه رایگان.

**B. تقاضانامه.** در تقاضانامه موارد ذیل توصیف شده است: (i) برنامه‌های کمک مالی و شرایط لازم، (ii) مدارک لازم برای تعیین صلاحیت، و (iii) اطلاعات تماس برای کسب راهنمایی در خصوص FAP. در تقاضانامه موارد زیر نیز توضیح داده شده است (i) بیمارستان کتباً به هر یک از تقاضانامه‌ها پاسخ خواهد داد، (ii) بیماران می‌توانند هر زمان که بخواهند طبق FAP برای کمک مالی دوباره درخواست دهند، و (iii) هر سال کمک‌هزینه‌های جدیدی برای ارائه تخت‌های رایگان فراهم می‌شود. بیمارستان‌ها مجاز نیستند به خاطر عدم ارائه اطلاعات یا مدارکی که مطابق با FAP یا تقاضانامه، جزء موارد ضروری درخواست نیستند بیمار را از دریافت کمک مالی محروم کنند.

**C. بیماران واجد شرایط FAP.** بیمارستان‌های YNHHS با انجام تلاش‌های معقول، به تعیین صلاحیت خواهند پرداخت و کلیه تصمیمات مربوط به موارد واجد شرایط کمک مالی را در حساب‌های بیماران زیربسط مستندسازی خواهند کرد. پس از اینکه بیمارستان تشخیص دهد بیمار واجد شرایط FAP است، بیمارستان اقدامات زیر را انجام خواهد داد:

(i) ارائه صورت‌حسابی که در آن مبلغ بدهی شخص به‌عنوان بیمار واجد شرایط FAP درج شده است، و همچنین نحوه تعیین آن مبلغ، و بیان یا توصیف چگونگی دریافت اطلاعات در خصوص مبلغ AGB در قبال خدمات درمانی؛

(ii) بازپرداخت هرگونه مبلغ پرداختی در قبال خدمات درمانی مربوطه که از مبلغی که آن شخص به‌عنوان بیمار واجد شرایط FAP شخصاً مسئول پرداخت آن است فراتر رفته باشد، مگر اینکه آن مبلغ مازاد از 5 دلار یا دیگر مبالغ تعیین‌شده توسط سازمان درآمد داخلی (IRS) کمتر باشد؛ و

(iii) انجام اقداماتی در حد معقول برای دست کشیدن از عملیات وصول فوق‌العاده.

**D. صلاحیت مفروض.** YNHHS می‌تواند طبق این خط‌مشی و بر مبنای اطلاعاتی در خصوص شرایط زندگی بیمار که برگرفته از منابعی غیر از خود شخص متقاضی کمک مالی است اقدام به تعیین صلاحیت برای خدمات درمانی رایگان یا تخفیف‌دار نماید، از جمله منابع زیر یا موارد مشابه آن:

(i) YNHHS به نیابت از هر یک از بیمارستان‌ها نوعی ابزار غربالگری شخص ثالث را بکار می‌گیرد تا به کمک آن افرادی را شناسایی کند که اولاً مانده حساب مشمول پرداخت آزاد دارند، ثانیاً برای کمک مالی درخواست ندادند، و ثالثاً درآمد آنها کمتر یا برابر با 250% خط فقر فدرال است (یعنی واجد شرایط خدمات درمانی رایگان هستند). اگر بیماری طبق روند مذکور شناسایی گردد، مانده حساب‌های بیمارستان ممکن است برای تخصیص خدمات درمانی خیریه (رایگان) تعدیل گردد.

(ii) YNHHS وابسته به دانشگاه Yale بوده و مرکز سلامت آکادمیک دانشکده پزشکی Yale می‌باشد. بیماران بیمه‌نشده‌ای که از خدمات کلینیک‌های دانشجویی مراقبت‌های اولیه و ویژه افراد کم‌درآمد وابسته به دانشگاه Yale، از جمله Haven Free Clinic، استفاده می‌کنند ممکن است بدون نیاز به تکمیل تقاضانامه کمک مالی، واجد شرایط برخوردار از خدمات درمانی رایگان یا تخفیف‌دار تلقی شوند، البته زمانی که تأییدیه‌ای قابل قبول به‌دست معاون ارشد امور مالی YNHHS برسد مبنی بر اینکه آن فرد بیمار یکی از آن کلینیک‌ها است.

(iii) YNHHS ممکن است با استفاده از تصمیمات قبلی در خصوص وجود صلاحیت، با تکیه بر فرض مشخص کند که فرد مربوطه، طبق خط‌مشی جاری، مجدداً صلاحیت برخوردار از خدمات درمانی خیریه را دارد.

## 6. نسبت با اقدامات وصول YNHHS

قبل از گذشت 120 روز از صدور اولین صورت حساب پس از ترخیص در قبال خدمات درمانی، و قبل از انجام تلاش‌هایی در حد معقول برای تعیین صلاحیت بیمار یا سایر اشخاص دارای مسئولیت مالی نسبت به پرداخت هزینه‌ها به صورت آزاد (فرد یا افراد مسئول) جهت برخورداری از کمک مالی طبق این FAP، بیمارستان (و هرگونه نهاد وصول بدهی یا دیگر نهادهایی که بدهی به آن ارجاع داده شده است) دست به عملیات وصول فوق‌العاده (extraordinary collection action, ECA) نخواهد زد. هرگونه ECA الزاماً باید به تأیید معاون ارشد امور مالی یا نماینده (نمایندگان) منتصب وی برسد و ایشان پیش از تأییدیه اطمینان خواهند یافت که به شروط نامبرده در این FAP در خصوص انجام اقدامات معقول عمل شده باشد.

بیمارستان مطابقه با دارایی‌ها و رویه‌های عملیات داخلی خود، چرخه صدور صورتحساب A/R را پیگیری خواهد کرد. حداقل کاری که بیمارستان به عنوان بخشی از رویه‌ها و اقدامات مذکور انجام می‌دهد این است از تاریخ ارائه خدمات درمانی و در طول چرخه صدور صورتحساب A/R (یا طی دوره‌ای که قانون ایجاب می‌کند، هرکدام طولانی‌تر باشد) FAP خود را بدینوسیله به اطلاع بیماران می‌رساند:

1. کلیه بیماران طی فرآیند ترخیص از بیمارستان یا پذیرش در آن، خلاصه‌ای به زبان ساده و نیز تقاضانامه کمک مالی را مطابق با FAP دریافت خواهند کرد.

2. حداقل سه صورت حساب جداگانه برای وصول حساب‌های آزاد از طریق پست یا ایمیل به آخرین آدرس بیمار و کلیه افراد مسئول ارسال خواهد شد؛ اما اگر فرد یا افراد مسئول اقدام به ارسال تقاضانامه تکمیل شده کمک مالی مطابق با FAP نمایند یا مبلغ بدهی را کامل پرداخت کرده باشند، صورت حساب دیگری لازم به ارسال نخواهد بود. لازم است حداقل 60 روز بین اولین و آخرین مراسلات سه‌گانه ضروری فاصله بیفتد. فرد یا افراد مسئول وظیفه دارند آدرس پستی صحیحی موقع دریافت خدمات یا نقل مکان ارائه دهند. اگر حسابی فاقد آدرس معتبر باشد، به منزله این خواهد بود که «تلاش معقول» صورت گرفته است. کلیه صورت حساب‌های تکی بیمار از حساب‌های پرداخت آزاد شامل موارد زیر خواهد شد اما محدود به آنها نخواهد بود:

a. خلاصه دقیقی از خدمات بیمارستان که در صورت حساب لحاظ شده است؛

b. هزینه‌های آن خدمات؛

c. مبلغ قابل پرداخت توسط فرد یا افراد مسئول (یا اگر چنین مبلغی مشخص نشده است، تخمینی شایسته از آن مبلغ از تاریخ صورت حساب اولیه)؛

و

d. اخطار کتبی واضح برای اطلاع‌رسانی به فرد یا افراد مسئول در خصوص وجود کمک مالی طبق FAP، همراه با شماره تلفن اداره ذیربط و آدرس وبسایت مستقیم که از آنجا کپی مدارک قابل دریافت باشد.

3. حداقل یکی از صورت حساب‌های ارسالی با پست یا ایمیل حاوی اطلاعیه کتبی است برای آگاه کردن فرد یا افراد مسئول از ECAهایی که در صورت عدم تقاضای کمک مالی طبق FAP توسط افراد مسئول یا عدم پرداخت مبلغ مقرر تا مهلت صورت حساب صورت خواهد گرفت. صورت حساب مذکور الزاماً باید حداقل 30 روز قبل از مهلت تعیین شده در صورت حساب به فرد یا افراد مسئول ارائه گردد. خلاصه‌ای به زبان ساده همراه با این صورت حساب ارائه خواهد شد. فرد یا افراد مسئول وظیفه دارند آدرس پستی صحیحی موقع دریافت خدمات یا نقل مکان ارائه دهند. اگر حسابی فاقد آدرس معتبر باشد، به منزله این خواهد بود که «تلاش معقول» صورت گرفته است.

4. پیش از هرگونه ECA، اگر حساب فرد یا افراد مسئول تسویه نشده باشد، حداقل یکبار طی مجموعه صورت حساب‌های ارسالی با پست یا ایمیل تلاشی شفاهی برای تماس تلفنی با آنها به آخرین شماره‌ای که موجود است (البته اگر وجود داشته باشد) صورت خواهد گرفت. طی کلیه مکالمات، امکان دریافت هرگونه کمک مالی طبق FAP به بیمار یا افراد مسئول اطلاع داده خواهد شد.

5. هریک از بیمارستان‌های YNHHS، به شرط رعایت مفاد مندرج در این خطمشی، می‌توانند برای دریافت هزینه خدمات پزشکی ارائه‌شده، اقدام به ECA مندرج در پیوست 2 این خطمشی نمایند.

### 7. دسترسی‌پذیری خطمشی

کپی FAP، خلاصه‌ای به زبان ساده از FAP و تقاضانامه FAP در آدرس <https://www.ynhh.org/patients-visitors/billing-insurance/Financial-assistance> قابل دریافت است.

هریک از بیمارستان‌ها کپی FAP، خلاصه‌ای از FAP به زبان ساده و تقاضانامه FAP را به درخواست بیمار به صورت رایگان با پست یا در بخش اورژانس بیمارستان و در تمامی قسمت‌های پذیرش در دسترس قرار می‌دهند. اسناد فوق در قالب چاپی به انگلیسی و زبان اصلی هر جمعیتی با دانش انگلیسی محدود که کمتر از 1,000 نفر یا حداقل 5% جمعیت استفاده‌کننده از خدمات بیمارستان را تشکیل دهد ارائه می‌گردد. برای مشاهده فهرست زبان‌ها، به پیوست 3 مراجعه کنید.

برای کسب اطلاعات در خصوص شرایط لازم یا برنامه‌های موجود برای شما، یا درخواست پست یک کپی از FAP و خلاصه‌ای از FAP به زبان ساده و تقاضانامه FAP یا «خطمشی صورت حساب و وصول بدهی‌ها»، یا در صورت نیاز به مدارک نامبرده به زبان‌هایی غیر از انگلیسی، با واحد خدمات تجاری شرکتی به شماره 547-4584 (855) تماس بگیرید. علاوه بر این، بیماران می‌توانند روند درخواست FAP را از بخش پذیرش بیماران، خدمات مالی بیماران یا واحد مددکاری/مدیریت پرونده‌ها جویا شوند.

سایر اقدامات در جهت اطلاع‌رسانی گسترده FAP به عموم مردم عبارتند از انتشار اطلاعیه در روزنامه‌های کثیرالانتشار؛ ارائه اطلاعیه کتبی در خصوص FAP در صورت حساب‌ها؛ اطلاع‌رسانی شفاهی در خصوص FAP به بیماران در مورد مبالغ قابل پرداخت؛ و برگزاری نشست‌های آزاد و سایر جلسات اطلاع‌رسانی.

### 8. پیروی از قانون ایالتی

هریک از بیمارستان‌ها موظف به پیروی از قوانین ایالتی ذیربط هستند، که بعضی از آنها عبارتند از «قوانین عمومی Connecticut» که ناظر بر وصول بدهی‌های بیمارستان از بیماران بیمه‌نشده است، و «استاندارد ایالتی Rhode Island در خصوص ارائه خدمات درمانی خیریه طبق مندرجات بخش 11.3 از اداره قوانین و مقررات سلامت در رابطه با تغییرات بیمارستانی Rhode Island (به اختصار «مقررات RI») و «استاندارد ایالتی برای ارائه خدمات درمانی بازپرداخت‌نشده طبق مندرجات بخش 11.4 از مقررات RI».

### منابع

آیین‌نامه درآمد داخلی (3)(c) 501

آیین‌نامه درآمد داخلی (r) 501

استاندارد عمومی Connecticut بخش 19a-673 و مابعد آن

مقررات RI بخش 11.3 و 11.4

### خطمشی‌های مرتبط

خطمشی صورت حساب و وصول بدهی‌های YNHHS

خطمشی YNHHS EMTALA: غربالگری پزشکی/پایدارسازی، پرسنل شیفت و انتقال بیمار

خطمشی Yale New Haven Hospital — توزیع بودجه‌های خدمات درمانی رایگان NC:F-2

خطمشی‌ها و رویه‌های مرکز سرپایی Greenwich Hospital

## پیوست 1

### ضوابط خط فقر فدرال (FPG) & معیار متغیر کمک مالی

مبالغ FPG به صورت دوره‌ای در دفتر ثبت فدرال و توسط وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده به روزرسانی می‌شود. مبالغ FPG جاری در <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines> قابل مشاهده است.

از تاریخ 27 ژانویه 2021، مبالغ FPG به قرار زیر بوده است. این مبالغ ممکن است تغییر کنند. بیماران واجد شرایط کمک مالی طبق خطمشی جاری کمک هزینه مربوطه را در کلیه بیمارستان‌های Yale New Haven Health طبق شرح زیر دریافت خواهند کرد:

معیار متغیر C	معیار متغیر B	معیار متغیر A	خدمات درمانی مشمول تخفیف	خدمات درمانی رایگان	نام FAP	
بیماران بیمه‌شده	بیماران بیمه‌شده	بیماران بیمه‌شده	بیماران بیمه‌نشده	بیماران بیمه‌شده و بیمه‌نشده	صلاحیت برخوردار از پوشش بیمه	
15%	25%	35%	69%	100%	تخفیف FAP	
550% - 451% خط فقر فدرال	450% - 351% خط فقر فدرال	350% - 251% خط فقر فدرال	550% - 251% خط فقر فدرال	250% - 0% خط فقر فدرال	صلاحیت براساس درآمد ناخالص	
- \$57,961 \$70,840	- \$45,081 \$57,960	- \$32,201 \$45,080	- \$32,201 \$70,840	\$32,200 - \$0	1	تعداد نفرات خانواده
- \$78,391 \$95,810	- \$60,971 \$78,390	- \$43,551 \$60,970	- \$43,551 \$95,810	\$43,550 - \$0	2	تعداد نفرات خانواده
- \$98,821 \$120,780	- \$76,861 \$98,820	- \$54,901 \$76,860	- \$54,901 \$120,780	\$54,900 - \$0	3	تعداد نفرات خانواده
- \$119,251 \$145,750	- \$92,751 \$119,250	- \$65,251 \$92,750	- \$66,251 \$145,750	\$66,250 - \$0	4	تعداد نفرات خانواده
- \$139,681 \$170,720	- \$108,641 \$139,680	- \$77,601 \$108,640	- \$77,601 \$170,720	\$77,600 - \$0	5	تعداد نفرات خانواده
- \$160,111 \$195,690	- \$124,531 \$160,110	- \$88,951 \$124,530	- \$88,951 \$195,690	\$88,950 - \$0	6	تعداد نفرات خانواده

### محاسبات AGB

درصدهای AGB هر ساله محاسبه می‌شوند. مبالغ AGB (درصد هزینه‌ها) در سال تقویمی 2021 برای هر بیمارستان به قرار زیر است: BH 32.6%، GH 34.8%، LMH 37.7%، YNH 34.6% و WH 30.1%. بدین ترتیب، بالاترین درصد تخفیف مشمول آن دسته از بیماران YNHHS که طبق همین خطمشی 2021 واجد شرایط خدمات درمانی تخفیف‌دار هستند بیش از 30% از هزینه‌های ناخالص را پرداخت خواهند کرد.

## بیوست 2

### عملیات وصول فوق العاده

#### حق گرویی اموال

حق گرویی روی املاک مسکونی شخصی فقط در شرایط زیر مجاز است:

- (a) بیمار فرصت درخواست کمک هزینه تخت رایگان را داشته و در پاسخ دادن قصور کرده است، از آن کمک هزینه محروم گردیده یا واجد شرایط چنین کمک هزینه‌هایی شناخته نشده است؛
- (b) بیمار برای سایر کمک‌های مالی موجود طبق خطمشی کمک مالی بیمارستان درخواست نداده یا شرایط لازم را نداشته باشد که به پرداخت بدهی‌هایش کمک شود، یا برای بخشی از بدهی واجد شرایط بوده اما سهم خود را از بدهی پرداخت نکرده باشد؛
- (c) بیمار برای صورت دادن ترتیبات پرداخت تلاشی نکرده باشد یا نسبت به آن موافقت نکرده باشد، یا مطابق با ترتیبات پرداخت که مورد توافق بیمارستان و بیمار قرار گرفته است عمل نکند؛
- (d) مجموع مانده حساب بیمار بالاتر از 10,000 دلار باشد و ارزش ملک یا املاکی که قرار است گرو گذاشته شود حداقل 300,000 دلار برآورد شده باشد؛ و
- (e) حق گرویی منجر به سلب حق فک رهن روی ملک مسکونی شخصی نگردد.



### بیوست 3

زبان‌های موجود برای افراد دارای دانش انگلیسی محدود

آلبانیایی
عربی
بنگالی
چینی ساده‌شده
فرانسوی
کریول فرانسوی (کریول هائیتی)
آلمانی
یونانی
هندی
ایتالیایی
ژاپنی
کره‌ای
پشتو
فارسی دری
فارسی ایرانی
لهستانی
پرتغالی
کریول پرتغالی (کیپ وردین)
روسی
اسپانیایی
سواحلی
تاگالوگ
تیگرینیا
ترکی
ویتنامی