

<p>سیاست‌ها و رویه‌های اجرایی سیستم YALE NEW HAVEN HEALTH</p>	<p>منطقه خدماتی: Corporate Business Services</p>
<p>عنوان: سیاست برنامه‌های کمک مالی</p>	
<p>تأیید توسط: هیئت امنای معاون ارشد، امور مالی</p>	<p>تاریخ تأیید: 09/20/2013</p>
<p>تاریخ بررسی/بازنگری: 01/21/2015، 09/30/2016، 12/16/2016، 6/1/2017، 7/15/2018، 1/1/2020</p>	<p>تاریخ تنفیذ: 09/20/2013 Westerly و 1/1/2017 Lawrence + Memorial Hospital Hospital</p>
<p>نوع سیاست (یک یا دو): نوع یک</p>	<p>توزیع: مدیر سیاست MCN</p>
<p>موارد جایگزین شده: برنامه‌های کمک مالی Yale New Haven Hospital برای خدمات بیمارستانی (NC:F-4) برنامه‌های کمک مالی Bridgeport Hospital برای خدمات بیمارستانی (9-13) بررسی برنامه‌های کمک مالی Greenwich Hospital برای خدمات بیمارستانی سیاست مراقبت‌های خیریه، کمک مالی و بودجه بستری شدن رایگان Lawrence + Memorial Hospital و Westerly Hospital Charity</p>	

هدف

سیستم Yale New Haven Health (موسوم به "YNHHS") آگاه است که ممکن است بیماران بدون کمک مالی قادر به پرداخت هزینه مراقبت‌های بهداشتی پزشکی ضروری نباشند. YNHHS همگام با مأموریت خود، متعهد است اطمینان پیدا کند که در هنگام تعیین مبالغ بدهکاری برای خدمات اورژانسی و سایر خدمات ضروری پزشکی در بیمارستان پزشکی توانایی پرداخت به دقت در نظر گرفته شود.

YNHHS به منظور پیشبرد مأموریت خود، برنامه‌های کمک مالی ("FAP") را برای کمک به افراد جهت پرداخت هزینه مراقبت‌های اورژانسی و سایر مراقبت‌های دارای ضرورت پزشکی ایجاد کرده است. اهداف FAP عبارتند از:

- (i) مشخص کردن تمام کمک‌های مالی که تحت FAP در دسترس هستند.
- (ii) ارائه اطلاعات روشن در مورد معیارهای واجد شرایط بودن، الزامات درخواست و روش ارائه درخواست برای کمک مالی؛
- (iii) توضیح مبنای محاسبه مقدار هزینه اخذ شده از بیماران واجد شرایط FAP به ازای مراقبت‌های اورژانسی و سایر مراقبت‌های دارای ضرورت پزشکی؛ و
- (iv) توضیح اقدامات بیمارستان‌های YNHHS برای انتشار گسترده این FAP در جوامعی که YNHHS به آنها خدمات ارائه می‌دهد.

این سیاست در مورد هر بیمارستان دارای مجوز وابسته به YNHHS، از جمله ("BH") Bridgeport Hospital، Greenwich، ("GH") Hospital، ("LMH") Lawrence + Memorial Hospital، ("YNHH") Yale New Haven Hospital و ("WH") Westerly Hospital (که هر یک "بیمارستان" نامیده می‌شوند) کاربرد دارد.

سیاست

I. دامنه و فهرست ارائه‌دهندگان

A. **مراقبت‌های اورژانسی و سایر مراقبت‌های دارای ضرورت پزشکی.** FAP در مورد مراقبت‌های اورژانسی و سایر مراقبت‌های دارای ضرورت پزشکی از جمله خدمات سرپایی و بستری صورت‌حساب شده توسط بیمارستان اعمال می‌شود. FAP شامل موارد زیر نیست: (a) اتاق خصوصی یا پرستار شخصی؛ (b) خدماتی که ضرورت پزشکی ندارند، مانند جراحی‌های زیبایی انتخابی؛ (c) سایر هزینه‌های رفاهی انتخابی، مانند هزینه تلویزیون یا شارژ تلفن، و (d) سایر تخفیفات یا کاهش‌های هزینه که به صراحت در این سیاست اعلام نشده است.

B. **فهرست ارائه‌دهندگان.** فهرست ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اورژانسی و سایر مراقبت‌های دارای ضرورت پزشکی در بیمارستان را می‌توان در نشانی زیر یافت:

https://www.ynhh.org/~media/files/ynhhs/forms/financial/011117/ynhh_fap_policy_list_2017.pdf
این فهرست نشان می‌دهد آیا ارائه‌دهنده تحت پوشش FAP قرار دارد یا خیر. اگر ارائه‌دهنده تحت پوشش این FAP نباشد، بیماران باید با دفتر ارائه‌دهنده تماس بگیرند تا مشخص شود آیا ارائه‌دهنده کمک مالی را ارائه می‌دهد یا خیر و اگر چنین است، سیاست کمک مالی ارائه‌دهنده چه مواردی را پوشش می‌دهد.

C. **رعایت EMTALA.** بیمارستان‌ها موظف هستند قانون درمان پزشکی اضطراری و نیروی کار فعال (EMTALA) را مطابق با سیاست‌های خود رعایت کنند و همچنین اجازه ندارند دست به فعالیت‌هایی بزنند که باعث شود افراد در خصوص دریافت مراقبت‌های پزشکی اضطراری دچار تردید شوند.

II. برنامه‌های کمک مالی و واجد شرایط بودن

کمک مالی در اختیار شهروندان یا افراد مقیم ایالات متحده است که درخواست کمک مالی مورد نیاز را تکمیل کرده و الزامات واجد شرایط بودن اضافی توضیح داده شده در زیر را برآورده می‌نمایند.

A. **مراقبت رایگان (Free Care).** برنامه مراقبت رایگان مراقبت را بدون هیچ هزینه‌ای به آن دسته از بیماران بیمارستان ارائه می‌کند که درآمد ناخالص سالانه خانوار آنها کمتر یا برابر با 250% دستورالعمل‌های خط فقر فدرال باشد (نگاه کنید به ضمیمه 1). هر بیماری که ممکن است به صلاحدید بیمارستان واجد شرایط کمک پزشکی ایالتی باشد ملزم است تصمیم ایالت را در شش ماه گذشته دریافت کرده باشد.

علاوه بر این، YNHHS از طرف BH، GH و YNHH از یک ابزار غربالگری شخص ثالث برای کمک به شناسایی افرادی بهره می‌گیرد که صورت‌حساب‌های خود را پرداخته‌اند و برای کمک مالی درخواست نداده‌اند، اما درآمد آنها کمتر یا برابر با 250% خط فقر فدرال است (یعنی واجد شرایط مراقبت رایگان هستند). اگر بیمار از طریق این فرآیند شناسایی شود، ممکن است مانده صورت‌حساب بیمارستان به مراقبت خیریه (رایگان) تعدیل شود.

B. **مراقبت مشمول تخفیف (Discounted Care).** اگر بیمار بیمارستان بیمه نباشد و درآمد ناخالص سالانه خانواده وی بین 251% تا 550% خط فقر فدرال باشد، بیمارستان مراقبت را بر اساس مبالغ معمول صورت‌حساب (AGB) بیمارستان مشمول تخفیف می‌کند (که در بخش سه زیر و در ضمیمه 1 تعریف شده است).

Financial Assistance Programs Policy سیاست برنامه‌های کمک مالی - فارسی

C. **بودجه بستری شدن در بیمارستان (Hospital Bed Funds).** ممکن است واجد شرایط دریافت کمک مالی از محل بودجه بستری شدن در بیمارستان باشید، بودجه‌ای که به بیمارستان اهدا شده تا مراقبت‌های پزشکی را به بیماران بیمارستان ارائه نماید. هیچ محدودیت درآمد خاصی برای دریافت بودجه بستری شدن در بیمارستان وجود ندارد. واجد شرایط بودن به‌طور موردی توسط اعطاکنندگان و بر اساس مشکلات مالی تعیین می‌شود. تمام بیمارانی که درخواست کمک مالی را تکمیل می‌کنند به‌طور خودکار جهت بودجه بستری شدن در بیمارستان نیز در نظر گرفته می‌شوند.

D. سایر برنامه کمک مالی مختص بیمارستان.

(i) **برنامه من و نوزادم در Yale New Haven Hospital.** این برنامه برای بیماران Yale New Haven Hospital در دسترس است. این برنامه خدمات قبل از تولد، زایمان و برخی از مراقبت‌های پس از زایمان را به‌طور رایگان ارائه می‌دهد. در صورتی ممکن است واجد شرایط باشید که در بخش نیوهیون زندگی کنید؛ هیچ نوع بیمه درمانی نداشته باشید و درآمد خانوار شما کمتر از دو نیم برابر خط فقر فدرال باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر یا ارائه درخواست با نمایندگان ما در Yale New Haven Hospital Women's Center ملاقات کرده یا با شماره 203-688-5470 تماس بگیرید.

(ii) **Greenwich Hospital Outpatient Clinic** به بیماران تحت پوشش مدیگر، مدیکید یا بیمه‌های ارائه شده از طریق Access Health CT و کسانی که درآمد خانوار آنها کمتر از 4 برابر خط فقر فدرال باشد خدمات ارائه می‌کند. به‌علاوه، این کلینیک مراقبت با تخفیف را برای افرادی که واجد شرایط بیمه نیستند، ساکن گرینویچ بوده و درآمد خانوار آنها کمتر از 4 برابر خط فقر فدرال باشد ارائه می‌نماید. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر یا تهیه فرم درخواست با شماره 203-863-3334 تماس بگیرید.

III. محدودیت هزینه‌ها - مقدار صورتحساب شده برای بیماران واجد شرایط FAP

در صورتی که کمک مالی 100% هزینه‌های YNHHS برای خدمات را پوشش ندهد، مبلغ اخذ شده از بیماران واجد شرایط برای دریافت کمک مالی براساس این سیاست نباید از مبلغی که بیمارستان به‌طور معمول از بیماران تحت پوشش بیمه برای مراقبت مذکور اخذ می‌کند بیشتر باشد ("AGB"). YNHHS محاسبه AGB را به‌طور سالانه براساس بیمارستان و با استفاده از "روش گذشته‌نگر" و بر اساس نرخ خدمات به ازای پرداخت مدیگر، از جمله مقادیر سهم بیمه شده ذینفع در مدیگر و همه شرکت‌های بیمه خصوصی بهداشتی انجام می‌دهد که پرداخت‌هایی را به بیمارستان برای سال مالی قبل داشته‌اند. YNHHS ممکن است درصد تخفیف را برحسب بیمارستان اعمال کند، یا ممکن است بخواهد از مطلوب‌ترین درصد تخفیف برای بیماران YNHHS استفاده نماید. AGB در ضمیمه 1 تعیین شده است.

معانی "مبالغ معمول صورتحساب" و "روش گذشته‌نگر" که در اینجا تعریف شده‌اند مطابق با معانی مندرج در کد درآمد داخلی §(501(r)5 و §(r)1.501 است.

IV. روش درخواست کمک

برای اینکه بیمار واجد شرایط دریافت کمک مالی باشد، باید درخواستی را برای کمک مالی ("درخواست") تکمیل کند. درخواست موارد زیر را مقرر می‌کند (1) برنامه‌های در دسترس FAP و الزامات واجد شرایط بودن، (2) الزامات مستندسازی برای تعیین واجد شرایط بودن، و (3) اطلاعات تماس برای کمک FAP. درخواست همچنین موارد زیر را مشخص می‌کند (1) بیمارستان به هر درخواست به‌طور کتبی پاسخ خواهد داد، (2) بیماران می‌توانند در هر زمان برای کمک مالی تحت FAP دوباره درخواست بدهند، و (3) هر سال بودجه‌های اضافی بستری شدن رایگان در دسترس است. بیمارستان نمی‌تواند کمک مالی در ذیل FAP را به دلیل عدم ارائه اطلاعات یا اسنادی نپذیرد که FAP یا درخواست ارائه آنها را به‌عنوان بخشی از درخواست الزامی نکرده است.

بیمارستان‌های YNHHS تلاش‌های معقول را برای تعیین واجد شرایط بودن و مستندات هر تصمیم واجد شرایط بودن جهت کمک مالی در حساب‌های مربوط به بیمار انجام خواهند داد. هنگامی که بیمارستان یک بیمار را واجد شرایط FAP شناخت، بیمارستان باید:

Financial Assistance Programs Policy

سیاست برنامه‌های کمک مالی - فارسی

- (i) صورت‌حسابی ارائه کند که مبلغ بدهکاری فرد به‌عنوان یک بیمار واجد شرایط FAP را نشان می‌دهد، از جمله اینکه این مبلغ چگونه مشخص شده است یا توضیح می‌دهد که فرد چگونه می‌تواند اطلاعات مربوط به AGB را جهت مراقبت به‌دست بیاورد؛
- (ii) هر مبلغی که فرد جهت مراقبت پرداخت کرده و بیش از مقداری است که وی به‌عنوان یک فرد واجد شرایط FAP شخصاً مسئول پرداخت آن است را به فرد بازپرداخت نماید، مگر در صورتی که این مقدار اضافی کمتر از 5 دلار، یا هر مقدار مشابه دیگری باشد که خدمات درآمد داخلی (IRS) تعیین نموده است؛ و
- (iii) اقدامات معقول را برای معکوس کردن هرگونه اقدامات وصول فوق‌العاده انجام دهد.

۷. عدم پرداخت - اقدام قانونی

یک بیمارستان (و هر سازمان وصول‌کننده یا طرف دیگری که بدهی به وی ارجاع داده شده است) قبل از 120 روز پس از صدور اولین صورت‌حساب پس از ترخیص جهت مراقبت دست به هیچ‌گونه اقدام وصول فوق‌العاده ("ECA") نخواهد زد، مگر اینکه ابتدا کوشش کافی را برای تعیین این مسئله انجام داده باشد که آیا بیمار یا هر فرد دیگری که مسئولیت مالی پرداخت حساب شخصی خود را برعهده دارد (فرد(افراد) مسئول) واجد شرایط کمک مالی براساس این FAP هست یا خیر. هر ECA باید توسط معاون رئیس Corporate Business Services یا نماینده(های) وی مورد تأیید قرار بگیرد و قبل از تأیید این افراد باید اعلام نمایند که الزامات کوشش کافی در این FAP برآورده شده است.

بیمارستان چرخه صدور صورت‌حساب بستانکاری خود را مطابق با فرآیندها و شیوه‌های عملیاتی داخلی انجام می‌دهد. بیمارستان به‌عنوان بخشی از این فرآیندها و شیوه‌ها، حداقل، FAP خود را از تاریخ ارائه مراقبت تا چرخه صدور صورت‌حساب بستانکاری (یا در طول مدت زمان مورد الزام قانونی، هر کدام که طولانی‌تر باشد) با روش‌های زیر به بیماران اطلاع خواهد داد:

1. به همه بیماران خلاصه‌ای به زبان ساده و یک فرم درخواست برای کمک مالی براساس FAP به‌عنوان بخشی از روند ترخیص از بیمارستان یا بررسی ارائه می‌شود.
2. حداقل سه اعلامیه جداگانه برای وصول حساب‌هایی که باید شخصاً پرداخت شود از طریق پست یا ایمیل به آخرین آدرس شناخته شده بیمار و هر فرد مسئول دیگر فرستاده خواهد شد؛ با این حال، مشروط به اینکه پس از آنکه فرد (افراد) مسئول درخواست تکمیل شده‌ای را برای کمک مالی براساس FAP ارائه کرد یا پرداخت را به‌طور کامل انجام داد دیگر هیچ اعلامیه‌ای فرستاده نشود. باید حداقل 60 روز بین اولین و آخرین مورد پست شده الزامی سپری شده باشد. ارائه آدرس پستی صحیح در زمان دریافت خدمات یا در صورت نقل مکان برعهده فرد (افراد) مسئول است. اگر حساب، آدرس معتبری ندارد، به این معنا است که "تلاش منطقی" صورت گرفته است. هر یک از اعلامیه‌های حساب بیمار درخصوص حساب‌های پرداخت شخصی شامل موارد زیر خواهد بود اما به آنها محدود نمی‌شود:

a. خلاصه‌ای دقیق از خدمات بیمارستانی تحت پوشش اعلامیه؛

b. هزینه‌های مربوط به این خدمات؛

c. مبلغی که لازم است توسط فرد (افراد) مسئول پرداخت شود (یا اگر چنین مبلغی مشخص نباشد، برآورد این مبلغ براساس حسن نیت در تاریخ اعلامیه اولیه)؛ و

d. اخطار کتبی که به فرد (افراد) مسئول در دسترس بودن کمک مالی براساس FAP از جمله شماره تلفن بخش و آدرس مستقیم وبسایتی را اطلاع می‌دهد که امکان تهیه کپی اسناد از آن وجود دارد.

3. حداقل یکی از اعلامیه‌های فرستاده شده از طریق پست یا ایمیل شامل اخطاری کتبی است که به فرد (افراد) مسئول اطلاع می‌دهد چنانچه فرد (افراد) مسئول برای کمک مالی براساس FAP درخواست ندهند یا مبلغ بدهکاری را تا مهلت صورت‌حساب

Financial Assistance Programs Policy

سیاست برنامه‌های کمک مالی - فارسی

پرداخت ننمایند، چه اقدام ECA انجام خواهد شد. چنین ابلاغیه‌ای باید حداقل 30 روز قبل از مهلت مشخص شده در ابلاغیه به فرد (افراد) مسئول ارائه شود. خلاصه به زبان ساده همراه این ابلاغیه خواهد بود. ارائه آدرس پستی صحیح در زمان دریافت خدمات یا در صورت نقل مکان بر عهده فرد (افراد) مسئول است. اگر حساب، آدرس معتبری ندارد، به این معنا است که "تلاش منطقی" صورت گرفته است.

4. قبل از آغاز هر اقدام ECA، تلاش خواهد شد تا حداقل یک بار در حین ارسال پستی ابلاغیه‌ها و چنانچه حساب پرداخت نشده باقی مانده باشد، به صورت شفاهی و از طریق تلفن زدن با آخرین شماره تلفن در دسترس (در صورت وجود) با فرد (افراد) مسئول تماس گرفته شود. در طول تمام مکالمات، در دسترس بودن احتمالی کمک مالی بر اساس FAP به بیمار یا فرد (افراد) مسئول اطلاع داده خواهد شد.

5. بیمارستان YNHHS - مشروط به رعایت مفاد این سیاست - می‌تواند اقدامات وصول فوق‌العاده را چنانکه در ضمیمه 2 این سیاست آمده است انجام دهد تا هزینه خدمات پزشکی ارائه شده را وصول نماید.

VI. در دسترس بودن سیاست

نسخه‌هایی از FAP، خلاصه FAP به زبان ساده و درخواست FAP در <https://www.ynhhs.org/billing-insurance.aspx> در دسترس است.

هر بیمارستان نسخه‌های FAP، خلاصه FAP به زبان ساده و درخواست FAP را بنا به درخواست، به صورت رایگان، از طریق پست یا در Hospital Emergency Department و در تمام نقاط ثبت‌نام به شکل کاغذی و به زبان انگلیسی و زبان اصلی افرادی ارائه می‌کند که تسلط آنها به زبان انگلیسی اندک است و کمتر از 1,000 نفر یا میزان 5% یا بیشتر از جمعیت تحت پوشش خدمات بیمارستان را تشکیل می‌دهند. جهت مشاهده فهرست زبان‌ها به ضمیمه 3 مراجعه نمایید.

برای کسب اطلاعات در مورد واجد شرایط بودن یا برنامه‌هایی که ممکن است در دسترس شما باشد، درخواست اینکه یک کپی از FAP، خلاصه FAP به زبان ساده، فرم درخواست FAP، یا سیاست صدور صورت حساب و وصول بدهی برایتان پست شود، یا اگر به یک کپی از FAP، خلاصه به زبان ساده، یا فرم درخواست FAP ترجمه شده به زبانی غیر از انگلیسی نیاز دارید، با Corporate Business Services به شماره تلفن رایگان 547-4584 (855) تماس بگیرید. علاوه بر این، بیماران می‌توانند از Patient Registration، Patient Financial Services و Social Work/Case Management در مورد نحوه شروع روند درخواست FAP سؤال بپرسند.

سایر تلاش‌ها برای انتشار گسترده FAP عبارتند از انتشار اعلامیه در روزنامه‌های پرتیراژ؛ ارائه ابلاغ کتبی FAP در اعلامیه‌های صورت حساب؛ ارائه ابلاغیه FAP در ارتباطات شفاهی با بیماران در مورد میزان بدهی؛ و برگزاری جلسات عمومی و سایر جلسات اطلاع‌رسانی.

VII. کمیته نظارت مدیریت

نظارت بر FAP توسط یک کمیته نظارت مدیریت صورت خواهد گرفت که ریاست آن را معاون ارشد، YNHHS بر عهده دارد و متشکل از نمایندگان Corporate Business Services، patient financial services، روابط بیمار، امور مالی، و کارکنان پزشکی در صورت لزوم است. این کمیته حداقل هر سه ماه یکبار جلسه برگزار می‌کند.

VIII. پیروی از قانون ایالتی

هر بیمارستان باید از قوانین ایالتی مربوطه پیروی کند، از جمله اما نه محدود به مقررات عمومی کانتیکت حاکم بر وصول درآمد توسط بیمارستان‌ها از بیماران فاقد بیمه و استانداردهای ایالتی ارائه خدمات خیریه مندرج در بخش 11.3 قوانین و مقررات سازمان بهداشت رود آیلند در خصوص تبدیل بیمارستان‌ها ("مقررات RI") و استانداردهای ایالتی برای ارائه مراقبت‌های بدون پرداخت که در بخش 11.4 مقررات RI آمده است.

Financial Assistance Programs Policy

سیاست برنامه‌های کمک مالی - فارسی

منابع و مأخذ

کد درآمد داخلی (3)(c)501

کد درآمد داخلی (r)501

Conn. Gen. Stat. § 19a-673 et seq.

مقررات RI بخش‌های 11.3 و 11.4

سیاست‌های مربوط

سیاست YNHHS جهت صدور صورت‌حساب و وصول بدهی

سیاست YNHHS EMTALA: غربالگری/تثبیت، کشیک و انتقال

سیاست Yale-New Haven Hospital – توزیع بودجه مراقبت رایگان NC:F-2

سیاست‌ها و رویه‌های Greenwich Hospital Outpatient Center

Financial Assistance Programs Policy

سیاست برنامه‌های کمک مالی - فارسی

ضمیمه 1

250% و 550% دستورالعمل‌های خط فقر فدرال (FPG)

اندازه خانوار	100%	250%	550%
1	دولار 12,760	دولار 31,900	دولار 70,180
2	دولار 17,240	دولار 43,100	دولار 94,820
3	دولار 21,720	دولار 54,300	دولار 119,460
4	دولار 26,200	دولار 65,500	دولار 144,100
5	دولار 30,680	دولار 76,700	دولار 168,740
6	دولار 35,160	دولار 87,900	دولار 193,380
مراقبت رایگان: 11,200 دلار به ازای هر یک از اعضای مزاد خانواده اضافه شود			
مراقبت با تخفیف: 24,640 دلار به ازای هر یک از اعضای مزاد خانواده اضافه شود			

مبالغ معمول صورت حساب (AGB)

بیماران واجد شرایط برای دریافت کمک مالی براساس این سیاست، با توجه به موارد زیر کمک دریافت خواهند کرد:

تمام بیمارستان‌های YNHHS:

درآمد سالانه خانوار	میزان تخفیف % هزینه‌ها	آنچه بیمار می‌پردازد % هزینه‌ها
> یا = 250% FPG	100%	0
> 250% - 550% FPG	69%	31%

*در مورد سال تقویمی 2020، AGB (% هزینه‌ها): BH 3024%، GH 31.9%، LMH 39.9%، YNHH 33.3% و WH 32.6%

2020

ضمیمه 2

اقدامات وصول فوق‌العاده

تصرف اموال

تصرف کردن اقامتگاه‌های شخصی تنها در صورتی مجاز است که:

- (a) بیمار فرصتی برای ارائه درخواست بودجه بستری شدن رایگان داشته است اما پاسخ نداده، خودداری کرده یا فاقد شرایط لازم برای این بودجه بوده است؛
- (b) بیمار برای سایر کمک‌های مالی سیاست کمک مالی بیمارستان درخواست نداده یا واجد شرایط نبوده است تا به پرداخت بدهی وی کمک شود، یا تاحدی واجد شرایط بوده است اما بخشی از هزینه‌ها که خود مسئول آن بوده را پرداخت نکرده است؛
- (c) بیمار اقدامی برای پرداخت نکرده یا با ترتیبات پرداخت موافقت ننموده است، یا ترتیبات پرداخت مورد توافق بیمارستان و بیمار را رعایت نکرده است؛
- (d) مجموع مانده حساب بیش از 10,000 دلار بوده و اموالی که قرار است به تصرف درآید دارای ارزش ارزیابی شده حداقل 300,000 دلار باشد؛ و
- (e) تصرف منجر به ضبط اقامتگاه شخصی نشود.

Financial Assistance Programs Policy

سیاست برنامه‌های کمک مالی - فارسی

ضمیمه 3

زبان‌های دارای تسلط اندک به انگلیسی

آلبانیایی
عربی
چینی ساده شده
فرانسوی
کریول فرانسوی (کریول هائیتی)
آلمانی
یونانی
هندی
ایتالیایی
ژاپنی
کره‌ای
پشتو
فارسی دری
فارسی فارسی
لهستانی
پرتغالی
کریول پرتغالی (کیپ وردی)
روسی
اسپانیایی
سواحیلی
تاگالوگ
تیگرینیا
ترکی
ویتنامی