

<b>Khu vực phục vụ:</b> Corporate Business Services	<b>QUY ĐỊNH VÀ THỦ TỤC CỦA YALE NEW HAVEN HEALTH SYSTEM</b>	
<b>Tựa đề:</b> Quy định của các chương trình trợ giúp tài chính		
<b>Ngày chấp thuận:</b> 20 tháng 9, 2013	<b>Chấp thuận bởi:</b> Hội đồng quản trị Phó tổng giám đốc cấp cao, Tài chính	
<b>Ngày hiệu lực:</b> 20 tháng 9, 2013 1 tháng 1, 2017 các bệnh viện Lawrence + Memorial Hospital và Westerly Hospital	<b>Ngày duyệt/hiệu đính:</b> 21 tháng 1, 2015; 30 tháng 9, 2016; 16 tháng 12, 2016; 1 tháng 6, 2017; 15 tháng 7, 2018; 1 tháng 1, 2020	
<b>Phân phối:</b> Giám đốc phụ trách về quy định MCN	<b>Hình thức quy định (I hoặc II):</b> Hình thức I	
<b>Thay thế cho:</b> Các chương trình trợ giúp tài chính cho các dịch vụ bệnh viện của bệnh viện Yale New Haven Hospital (NC:F-4) Các chương trình trợ giúp tài chính cho các dịch vụ bệnh viện của bệnh viện Bridgeport Hospital (9-13) Tổng quát về các chương trình trợ giúp tài chính cho các dịch vụ bệnh viện của bệnh viện Greenwich Hospital Trợ giúp tài chính, Quy định về quỹ nằm bệnh viện miễn phí của các bệnh viện Lawrence + Memorial Hospital và Westerly Hospital Charity Care		

## MỤC ĐÍCH

Yale New Haven Health System (“YNHHS”) nhận thấy và hiểu rằng bệnh nhân có thể không có khả năng thanh toán các chi phí chăm sóc sức khỏe cần thiết về mặt y tế mà không có sự giúp đỡ. Đi đúng với sứ mạng của tổ chức, YNHHS cam kết và bảo đảm là khả năng của bệnh nhân có thể trả tiền sẽ được xem xét kỹ khi đưa ra số tiền họ phải trả cho các dịch vụ chăm sóc cấp cứu và những dịch vụ chăm sóc khác tại bệnh viện cần thiết về mặt y tế.

Nhằm thúc đẩy sứ mệnh của tổ chức tiến xa hơn, YNHHS đã thành lập các Chương trình trợ giúp tài chính (Financial Assistance Program, “FAP”) để hỗ trợ cá nhân trong việc thanh toán chi phí các dịch vụ chăm sóc cấp cứu và những dịch vụ chăm sóc khác cần thiết về mặt y tế. Mục tiêu của FAP là:

- (i) Xác định tất cả các chương trình trợ giúp tài chính qua FAP;
- (ii) Cung cấp thông tin rõ ràng về các điều kiện để hội đủ tiêu chuẩn, những đòi hỏi để nộp đơn và cách thức nộp đơn xin trợ giúp tài chính;
- (iii) Mô tả căn bản để tính số tiền mà bệnh nhân hội đủ điều kiện được hưởng FAP phải trả khi cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu và những dịch vụ chăm sóc khác cần thiết về mặt y tế; và
- (iv) Mô tả những phương pháp các bệnh viện của YNHHS áp dụng để quảng bá sâu rộng chương trình FAP này trong các cộng đồng YNHHS phục vụ.

## ÁP DỤNG

Quy định này áp dụng cho tất cả các bệnh viện có giấy chứng nhận hành nghề và làm việc với YNHHS, gồm có bệnh viện Bridgeport Hospital, bệnh viện Greenwich Hospital, bệnh viện Lawrence + Memorial Hospital (“LMH”), bệnh viện Yale-New Haven Hospital và bệnh viện Westerly Hospital (“WH”) (mỗi một tổ chức này được gọi là “Bệnh viện”).

## QUY ĐỊNH

### I. Phạm vi và Danh sách các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe

- A. **Dịch vụ chăm sóc cấp cứu và những dịch vụ chăm sóc khác cần thiết về mặt y tế.** Chương trình FAP áp dụng cho các dịch vụ chăm sóc cấp cứu và những dịch vụ chăm sóc khác cần thiết về mặt y tế mà Bệnh viện tính tiền. Chương trình FAP không áp dụng cho: (a) phòng riêng hoặc y tá phục vụ riêng; (b) các dịch vụ không cần thiết về mặt y tế, như giải phẫu thẩm mỹ tự chọn; (c) những chi phí cho sự tiện nghi tự chọn khác, như truyền hình hoặc chi phí điện thoại, và (d) những khoản giảm giá hoặc giảm chi phí không được trình bày rõ ràng trong Quy định này.
- B. **Danh sách các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.** Danh sách các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có cung cấp các dịch vụ chăm sóc cấp cứu và những dịch vụ chăm sóc khác cần thiết về mặt y tế tại Bệnh viện được trình bày trên trang mạng này: [https://www.ynhh.org/~media/files/ynhhs/forms/financial/011117/ynhh\\_fap\\_policy\\_list\\_2017.pdf](https://www.ynhh.org/~media/files/ynhhs/forms/financial/011117/ynhh_fap_policy_list_2017.pdf)  
Danh sách này cho biết nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có chịu ảnh hưởng của FAP hay không. Nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không có chịu ảnh hưởng của FAP này, bệnh nhân nên liên lạc với văn phòng của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để biết xem nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có trợ giúp tài chính hay không, và nếu có, quy định về trợ giúp tài chính của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sẽ đài thọ những gì.
- C. **Tuân thủ Đạo luật EMTALA.** Tất cả các bệnh viện bắt buộc phải tuân theo Đạo luật Điều trị y khoa khẩn cấp và chăm sóc phụ nữ chuyển dạ (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) đúng theo nội quy của bệnh viện và bị nghiêm cấm không được có những hành động khiến cho một người nào đó e ngại không đến bệnh viện để được chăm sóc sức khỏe khẩn cấp.

### II. Các chương trình trợ giúp tài chính và tình trạng hội đủ tiêu chuẩn

Trợ giúp tài chính được cung cấp cho công dân Hoa Kỳ và những người cư trú tại Hoa Kỳ đã nộp đơn xin trợ giúp tài chính cần thiết và hội đủ các yêu cầu bổ túc về tình trạng hội đủ tiêu chuẩn trình bày dưới đây.

- A. **Chăm sóc miễn phí (Free Care).** Chương trình Chăm sóc miễn phí cung cấp dịch vụ chăm sóc miễn phí cho bệnh nhân của Bệnh viện có lợi tức gia đình hàng năm chưa trừ thuế thấp hơn hoặc bằng 250% của Quy định về mức nghèo theo tiêu chuẩn liên bang (xem [Phụ bản 1](#)). Bệnh nhân nào, theo quyết định của Bệnh viện, có đủ điều kiện được chính quyền tiểu bang trợ giúp về y tế sẽ bắt buộc phải được Tiểu bang xác định trong vòng sáu tháng qua.

## Financial Assistance Programs Policy

Ngoài ra, YNHHS, thay mặt cho BH, GH và YNHH, còn dùng một công cụ sàng lọc của một công ty thứ ba để giúp trong việc xác định những cá nhân đang còn thiếu tiền và phải tự trả những chi phí này, chưa nộp đơn xin trợ giúp tài chính, nhưng có lợi tức ít hơn hoặc bằng 250% của Quy định về mức nghèo theo tiêu chuẩn liên bang (có nghĩa là, đủ tiêu chuẩn được chăm sóc miễn phí). Đối với những bệnh nhân được xác định qua tiến trình này, phần tiền họ còn thiếu lại bệnh viện có thể được điều chỉnh để dịch vụ họ nhận được trở thành dịch vụ chăm sóc từ thiện (miễn phí).

- B. **Chăm sóc giảm giá (Discounted Care).** Nếu bệnh nhân của Bệnh viện không có bảo hiểm và lợi tức gia đình hàng năm chưa trừ thuế của bệnh nhân nằm trong khoảng 251% - 550% của Quy định về mức nghèo theo tiêu chuẩn liên bang sẽ được Bệnh viện giảm giá các dịch vụ chăm sóc xuống còn bằng AGB của Bệnh viện (viết tắt của Amounts Generally Billed, hay Số tiền thông thường được tính) của Bệnh viện (như được trình bày trong Phần III dưới đây và trong Phụ bản 1).
- C. **Quỹ tài trợ nằm bệnh viện (Hospital Bed Funds).** Quý vị có thể đủ tiêu chuẩn được trợ giúp tài chính qua quỹ tài trợ nằm bệnh viện; đây là ngân quỹ được hiến tặng cho Bệnh viện để chăm sóc y tế cho bệnh nhân tại một bệnh viện nào đó. Không có giới hạn về lợi tức cho các trường hợp xin được tài trợ từ quỹ tài trợ nằm bệnh viện. Khả năng hội đủ tiêu chuẩn sẽ được nhân viên quản lý ngân quỹ xác định theo từng trường hợp căn cứ theo tình trạng khó khăn về tài chính. Tất cả các bệnh nhân nộp đơn xin trợ giúp tài chính cần thiết đều được tự động cứu xét để được trợ giúp qua quỹ tài trợ nằm bệnh viện.
- D. **Những chương trình trợ giúp tài chính khác liên quan cụ thể đến Bệnh viện:**

(i) **Chương trình Tôi và con tôi của bệnh viện Yale New Haven Hospital (Yale New Haven Hospital Me & My Baby Program).** Chương trình này được cung cấp cho tất cả bệnh nhân của bệnh viện Yale New Haven Hospital. Chương trình này cung cấp miễn phí các dịch vụ chăm sóc tiền sản, chuyển dạ và sinh nở và một số dịch vụ chăm sóc hậu sản. Quý vị có thể hội đủ tiêu chuẩn nếu quý vị sống trong Quận New Haven, không có bảo hiểm sức khỏe nào cả và gia đình của quý vị có lợi tức thấp hơn 2½ lần Mức nghèo theo tiêu chuẩn của liên bang. Để biết thêm chi tiết hoặc xin mẫu đơn, vui lòng gặp nhân viên của chúng tôi tại trung tâm Women's Center (Trung tâm Phụ nữ) thuộc bệnh viện Yale New Haven Hospital hoặc gọi số 203-688-5470.

(ii) **Y viện ngoại chấn của bệnh viện Greenwich Hospital** phục vụ bệnh nhân được bảo hiểm qua các chương trình Medicare, Medicaid hoặc các chương trình bảo hiểm cung cấp qua Access Health CT, là những bệnh nhân có lợi tức gia đình thấp hơn 4 lần Mức nghèo theo tiêu chuẩn của liên bang. Ngoài ra, y viện cũng chăm sóc giảm giá cho những người không hội đủ tiêu chuẩn để có bảo hiểm, đang sống tại Greenwich và có lợi tức gia đình thấp hơn 4 lần Mức nghèo theo tiêu chuẩn của liên bang. Để biết thêm chi tiết hoặc xin mẫu đơn, vui lòng gọi số 203-863-3334.

### III. Giới hạn đối với chi phí - Số tiền tính cho bệnh nhân hội đủ điều kiện được hưởng FAP

Trong trường hợp bệnh nhân được trợ giúp tài chính nhưng số tiền trợ giúp không trả đủ 100% các chi phí mà YNHHS tính cho dịch vụ được cung cấp, số tiền tính cho bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được trợ giúp tài chính theo Quy định này sẽ không cao hơn số tiền mà thông thường Bệnh viện tính cho bệnh nhân có bảo hiểm đài thọ cho dịch vụ chăm sóc này (Amounts Generally Billed, AGB, hay Số tiền thông thường được tính). YNHHS tính số tiền AGB hàng năm cho từng Bệnh viện bằng cách dùng "phương pháp xét lại thời gian trước đây" và căn cứ theo mức giá trả lệ phí

## Financial Assistance Programs Policy

theo dịch vụ của Medicare, gồm cả các chi phí cùng trả mà người hưởng Medicare phải trả và theo tất cả các công ty bảo hiểm sức khỏe tư nhân đã trả tiền cho các yêu cầu thanh toán cho mỗi Bệnh viện trong năm tài chính trước đó. YNHHS có thể áp dụng mức giảm giá theo tỉ lệ phần trăm của Bệnh viện, hoặc chọn mức giảm giá theo tỉ lệ phần trăm tốt nhất cho bệnh nhân của YNHHS. AGB được trình bày trong Phụ bản I kèm theo đây.

Như được dùng nơi đây, thuật ngữ “số tiền thông thường được tính” và “phương pháp xét lại thời gian trước đây” đã được định nghĩa rõ ràng trong Bộ luật Thuế vụ §501(r)(5) và 1.501(r)-5.

### IV. Cách thức nộp đơn xin trợ giúp tài chính

Để đủ tiêu chuẩn được trợ giúp tài chính, bệnh nhân bắt buộc phải điền đơn xin trợ giúp tài chính (“Đơn”). Trong Đơn có trình bày rõ (i) các chương trình FAP được cung cấp và các điều kiện để hội đủ tiêu chuẩn, (ii) giấy tờ, tài liệu dùng để xác định tình trạng hội đủ tiêu chuẩn và (iii) thông tin liên lạc để được giúp đỡ về chương trình FAP. Nội dung của Đơn cũng nêu rõ là (i) Bệnh viện sẽ trả lời mỗi lá đơn bằng văn bản, (ii) bệnh nhân có thể nộp đơn xin trợ giúp tài chính lại qua FAP bất cứ lúc nào và (iii) mỗi năm có thêm quỹ tài trợ giường bệnh miễn phí. Bệnh viện sẽ không được phép từ chối trợ giúp tài chính cho bệnh nhân qua chương trình FAP vì bệnh nhân đã không cung cấp thông tin hoặc cung cấp những giấy tờ mà chương trình FAP hoặc Đơn không đòi hỏi phải nộp theo đơn.

Các Bệnh viện của YNHHS sẽ nỗ lực một cách hữu lý trong việc xác định tình trạng hội đủ tiêu chuẩn và ghi rõ quyết định về tình trạng hội đủ tiêu chuẩn được trợ giúp tài chính trong hồ sơ phù hợp của bệnh nhân. Một khi Bệnh viện đã xác định là cá nhân có đủ tiêu chuẩn hưởng FAP, Bệnh viện sẽ:

- (i) Cung cấp cho cá nhân một báo cáo hóa đơn, trong đó có ghi số tiền mà cá nhân còn thiếu với tư cách là bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn hưởng FAP, gồm cả phương pháp xác định số tiền này và cho biết, hay mô tả, cách mà cá nhân có thể thực hiện để biết thông tin về số tiền AGB cho sự chăm sóc này;
- (ii) Hoàn lại cho cá nhân khoản sai biệt giữa số tiền mà cá nhân đã tự trả cho dịch vụ chăm sóc và số tiền mà cá nhân được xác định là phải chịu trách nhiệm với tư cách là bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn hưởng FAP, trừ khi số tiền sai biệt đó ít hơn \$5, hoặc ít hơn một con số nào đó do Sở IRS đưa ra; và
- (iii) Áp dụng mọi biện pháp hợp lý để điều chỉnh ngược lại các thủ tục thu nợ đặc biệt.

## V. Không thanh toán – Thủ tục pháp lý

Bệnh viện (và bất cứ cơ quan thu nợ hoặc thành phần nào được bệnh viện chuyển nợ sang cho họ) sẽ không thực hiện bất cứ thủ tục thu nợ đặc biệt (extraordinary collection action, "ECA") nào trước 120 ngày sau khi báo cáo hóa đơn đầu tiên cho các dịch vụ chăm sóc được gửi đi và trước khi nỗ lực một cách hợp lý để xác định xem bệnh nhân, hay một cá nhân nào khác có trách nhiệm trả tiền cho một tài khoản tự trả (Người có trách nhiệm), có đủ tiêu chuẩn để được trợ giúp tài chính qua chương trình FAP hay không. Bất cứ thủ tục ECA nào cũng phải được Phó tổng giám đốc Dịch vụ kinh doanh công ty, hoặc đại diện được chỉ định, chấp thuận và người này phải xác nhận trước khi chấp thuận là mọi nỗ lực hữu lý mà quy định của chương trình trợ giúp tài chính FAP này đòi hỏi đã được đáp ứng.

Bệnh viện sẽ làm việc theo chu kỳ gửi hóa đơn của Khoản phải thu (Account Receivable, A/R) đúng theo các thủ tục hoạt động và thực hành nội bộ. Theo các thủ tục hoạt động và thực hành này, Bệnh viện sẽ, ở mức tối thiểu, sẽ thông báo cho bệnh nhân biết về FAP của bệnh viện tính từ ngày bệnh nhân được chăm sóc và trong suốt chu kỳ gửi hóa đơn của A/R (hoặc trong giai đoạn theo yêu cầu của pháp luật, tùy theo giai đoạn nào lâu hơn) bằng:

1. Tất cả các bệnh nhân sẽ được cấp bản tóm tắt bằng ngôn ngữ giản dị và một mẫu đơn xin trợ giúp tài chính qua FAP lúc được xuất viện hoặc lúc lấy thông tin để nhập viện.
2. Bệnh viện sẽ gửi ít nhất ba thông báo riêng để thu nợ của các tài khoản tự trả, qua bưu điện hoặc qua email, đến địa chỉ được biết sau cùng của bệnh nhân và của bất cứ Người có trách nhiệm nào; nhưng với điều kiện là, bệnh viện sẽ không gửi thêm thông báo thu nợ sau khi Người có trách nhiệm nộp đơn xin trợ giúp tài chính theo FAP hoặc đã trả hết số tiền còn thiếu. Phải có một giai đoạn ít nhất là 60 ngày giữa lần gửi thư đầu tiên và lần gửi cuối cùng của ba lần gửi thư bắt buộc này. Người có trách nhiệm bắt buộc phải cung cấp địa chỉ gửi thư chính xác ngay lúc được cấp dịch vụ hay khi dọn nhà nơi khác. Nếu tài khoản không có địa chỉ hợp lệ, bệnh viện phải tiến hành việc xác định "nỗ lực một cách hợp lý". Tất cả các báo cáo tài khoản của chỉ một bệnh nhân về các tài khoản tự trả sẽ bao gồm nhưng không giới hạn bởi:
  - a. Tóm lược chính xác tất cả các dịch vụ bệnh viện được bao gồm trong báo cáo;
  - b. Chi phí của tất cả các dịch vụ này;
  - c. Số tiền mà Người có trách nhiệm phải trả (hoặc, nếu không biết số tiền này, thì ghi ước tính xác tín của con số này tính theo ngày của báo cáo đầu tiên); và
  - d. Một thông báo dễ thấy dễ đọc cho Người có trách nhiệm biết về các chương trình trợ giúp tài chính qua FAP, gồm cả số điện thoại của ban phụ trách và địa chỉ trang mạng nơi cá nhân có thể trực tiếp lấy các bản sao các tài liệu.
3. Ít nhất là trong một trong ba thông báo gửi qua bưu điện hay qua điện thư phải có thông báo bằng văn bản cho Người có trách nhiệm biết về các thủ tục ECA sẽ được thi hành nếu Người có trách nhiệm không nộp đơn xin trợ giúp tài chính theo FAP hoặc nếu không trả số tiền còn thiếu đúng hạn trong hóa đơn. Người có trách nhiệm phải nhận được thông báo này ít nhất là 30 ngày trước ngày hết hạn ghi trong thông báo. Trong thông báo này sẽ có một bản tóm tắt bằng ngôn ngữ giản dị. Người có trách nhiệm bắt buộc phải cung cấp địa chỉ gửi thư chính xác ngay lúc được cấp dịch vụ hay khi dọn nhà nơi khác. Nếu tài khoản không có địa chỉ hợp lệ, bệnh viện phải tiến hành việc xác định "nỗ lực một cách hợp lý".

## Financial Assistance Programs Policy

4. Trước khi bắt đầu thi hành bất cứ thủ tục ECA nào, bệnh viện sẽ liên lạc với Người có trách nhiệm bằng điện thoại qua số điện thoại được biết sau cùng, nếu có, ít nhất là một lần trong suốt thời gian gửi thông báo qua bưu điện hoặc qua điện thư, nếu tài khoản vẫn chưa được thanh toán. Trong mọi câu chuyện, bệnh nhân hoặc Người có trách nhiệm sẽ được cho biết về sự trợ giúp tài chính mà họ có thể nộp đơn xin qua FAP.
5. Để tuân thủ các điều khoản trong quy định này, Bệnh viện của YNHHS có thể thi hành thủ tục ECA như được trình bày trong Phụ bản 2 của quy định này để thu lại tiền cho những dịch vụ y tế đã cung cấp.

### VI. Cung cấp bản quy định

Quy định FAP, bản tóm tắt của FAP bằng ngôn ngữ giản dị và mẫu đơn FAP cũng được cung cấp trên trang <https://www.ynhhs.org/billing-insurance.aspx>.

Bệnh viện nào cũng cung cấp bản quy định FAP, bản tóm tắt bằng ngôn ngữ giản dị của FAP và mẫu đơn FAP miễn phí, khi được yêu cầu, gửi qua bưu điện, hoặc tại Phòng Cấp cứu của Bệnh viện và tại tất cả các địa điểm ghi danh, in trên giấy bằng tiếng Anh và bằng ngôn ngữ chính của bất cứ nhóm dân số nào có khả năng Anh ngữ hạn chế mà số người dưới 1000 người hoặc chiếm tỉ lệ 5% hoặc cao hơn tổng số người mà Bệnh viện phục vụ. Vui lòng xem danh sách các ngôn ngữ ở Phụ bản 3.

Vui lòng gọi số điện thoại miễn phí của Ban Dịch vụ kinh doanh công ty tại (855) 547-4584 để biết thông tin về tình trạng hội đủ tiêu chuẩn, hoặc về các chương trình trợ giúp mà quý vị có thể nộp đơn xin, để yêu cầu văn phòng gửi cho quý vị bản quy định FAP, bản tóm tắt của FAP bằng ngôn ngữ giản dị, mẫu đơn FAP, Quy định về gửi hóa đơn và thu nợ, hoặc nếu quý vị cần bản FAP, bản tóm tắt bằng ngôn ngữ giản dị, hoặc mẫu đơn FAP phiên dịch sang một thứ tiếng nào khác ngoài tiếng Anh. Thêm vào đó, bệnh nhân cũng có thể yêu cầu Văn phòng ghi danh bệnh nhân, Dịch vụ tài chính bệnh nhân và Nhân viên xã hội/Quản lý hồ sơ về việc lập thủ tục nộp đơn FAP.

Ngoài ra còn có nhiều nỗ lực công bố sâu rộng về chương trình FAP, gồm có đăng thông báo trên các nhật báo có nhiều độc giả tại địa phương; cung cấp bản in về FAP trong tất cả các báo cáo hóa đơn; thông báo về FAP trong những dịp nói chuyện với bệnh nhân về số tiền còn thiếu; và tổ chức những buổi hội và những chương trình phổ biến thông tin khác.

### VII. Ủy ban Giám sát quản trị

Chương trình FAP sẽ được giám sát bởi một ủy ban giám sát quản trị do một Phó tổng giám đốc cấp cao của YNHHS lãnh đạo, và gồm có đại diện của Ban Dịch vụ kinh doanh công ty, dịch vụ tài chính bệnh nhân, quan hệ bệnh nhân, tài chính và ban nhân viên y tế khi cần. Ủy ban này họp ít nhất là mỗi tam cá nguyệt.

### VIII. Tuân thủ pháp luật tiểu bang

Tất cả các Bệnh viện sẽ phải tuân theo mọi điều khoản của luật pháp Tiểu bang, gồm có, và không giới hạn bởi, Pháp chế tổng quát của tiểu bang Connecticut áp dụng trên quy chế Bệnh viện thu nợ từ những bệnh nhân không có bảo hiểm và *Tiêu chuẩn của tiểu bang dành cho điều khoản về chăm sóc từ thiện* của Rhode Island được quy định trong Phần 11.3 của Quy định và điều khoản của Bộ Y tế Rhode Island liên quan đến sự chuyển

## Financial Assistance Programs Policy

đổi bệnh viện (Quy định RI) và *Tiêu chuẩn của tiểu bang dành cho điều khoản về sự chăm sóc không được thanh toán* được quy định trong Phần 11.4 của Quy định RI.

### **THAM KHẢO**

Bộ luật Thuế vụ 501(c)(3)

Bộ luật Thuế vụ 501(r)

Pháp chế tổng quát của tiểu bang Connecticut § 19a-673 et seq.

Quy định RI 11.3 và 11.4

### **CÁC QUÝ ĐỊNH LIÊN QUAN**

Quy định về gửi hóa đơn và thu nợ của YNHHS

Quy định EMTALA của YNHHS: Sàng lọc/ổn định y khoa, trực và chuyển đi

Quy định của Bệnh viện Yale-New Haven Hospital – Phân phối quỹ chăm sóc miễn phí NC:F-2

Quy định và thủ tục của Trung tâm ngoại khoa Bệnh viện Greenwich

Financial Assistance Programs Policy

**Phụ bản I**

**250% và 550% của Quy định về mức nghèo theo tiêu chuẩn liên bang (FPG):**

\*

	<b>Số người trong gia đình</b>	<b>100%</b>	<b>250%</b>	<b>550%</b>	
	1	\$ 12,760	\$ 31,900	\$ 70,180	
	2	\$ 17,240	\$ 43,100	\$ 94,820	
	3	\$ 21,720	\$ 54,300	\$ 119,460	
	4	\$ 26,200	\$ 65,500	\$ 144,100	
	5	\$ 30,680	\$ 76,700	\$ 168,740	
	6	\$ 35,160	\$ 87,900	\$ 193,380	
	Chăm sóc miễn phí: Cộng thêm \$11,200 cho mỗi một người thêm vào trong gia đình				
	Chăm sóc giảm giá: Cộng thêm \$24,640 cho mỗi một người thêm vào trong gia đình				

**Số tiền thông thường được tính (AGB):**

Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được trợ giúp tài chính theo quy định này sẽ được trợ giúp như sau:

**Tất cả các bệnh viện thuộc YNHHS:**

<b>Lợi tức gia đình hàng năm:</b>	<b>Số tiền được giảm bớt % của chi phí</b>	<b>Bệnh nhân trả % của chi phí</b>
< hoặc = 250% FPG	100%	0
> 250% - 550% FPG	69%	31%*

\*Cho năm dương lịch 2018, AGB (% của chi phí): BH 32.4%, GH 31.9%, LMH 39.9%, YNHHS 33.3% và WH 32.6%.

Hiệu đính ngày 01 tháng 01, 2020



**Phụ bản II**

**THỦ TỤC THU NỢ ĐẶC BIỆT:**

**Thế chấp tài sản**

Thế chấp trên nhà ở của tư nhân được cho phép chỉ khi:

- a) Bệnh nhân đã được cơ hội nộp đơn xin trợ cấp qua quỹ tài trợ giường bệnh miễn phí mà đã không trả lời, từ chối, hoặc đã bị xét là không đủ tiêu chuẩn cho sự trợ cấp từ quỹ này;
- b) Bệnh nhân đã không nộp đơn xin hoặc không đủ điều kiện để xin trợ giúp tài chính nào khác thể theo Quy định về trợ giúp tài chính của Bệnh viện, để giúp vào việc thanh toán nợ của mình, hoặc đã đủ điều kiện, một phần, nhưng đã không chịu trả phần tiền mà đương sự có trách nhiệm phải trả;
- c) Bệnh nhân đã không cố gắng tự đưa ra một phương pháp thanh toán cũng như không đồng ý thỏa thuận với một phương pháp thanh toán, hoặc không tuân theo các điều kiện trong phương pháp thanh toán đã thỏa thuận giữa bệnh viện và bệnh nhân;
- d) Tổng số tiền còn thiếu cao hơn \$10,000 và tài sản, hay các tài sản, bị dùng để thế chấp được đánh giá là có trị giá ít nhất là \$300,000; và
- e) Việc thế chấp sẽ không khiến cho nhà riêng của cá nhân bị tịch biên.

**Phụ bản III**

**Khả năng Anh ngữ giới hạn Ngôn ngữ**

tiếng Albania
tiếng Ả Rập
tiếng Trung hoa giản thể
tiếng Pháp
tiếng Pháp Creole (tiếng Haiti Creole)
tiếng Đức
tiếng Hy Lạp
tiếng Hindi
tiếng Ý
tiếng Nhật
tiếng Đại Hàn
tiếng Pashto
tiếng Ba Tư - Dari
tiếng Ba Tư - Farsi
tiếng Ba Lan
tiếng Bồ Đào Nha
tiếng Bồ Đào Nha Creole (tiếng Cape Verde)
tiếng Nga
tiếng Tây Ban Nha
tiếng Swahili
tiếng Tagalog
tiếng Tigrinya
tiếng Thổ Nhĩ Kỳ
tiếng Việt