Yale NewHaven Health

د خدمتونو ساحه: د شرکتونو تجارتي خدمتونه	د Yale New Haven Health System پالیسی او پروسیجرونه
عنوان: د مالي مرستو د برنامو پالیسي	
د منظورۍ نیټه: 09/20/2013	**منظوروونکي:** د معتمدین پلاوی لوړپوړو مرستیال رییس، مالي
د اجراء نیټه: 09/20/2013 1/1/2017 Lawrence + Memorial Hospital او Westerly Hospital	**د بیا کتنې/تعدیل نیټه:** 09/30/2016، 01/21//2015، 6/1/2017، 7/15/2018، 2/12/2019
توزیع: د MCN د پالیسی مدیر	**د پالیسی ډول (I یا II):** I ډول
ځای ناستي: د روغتونو خدمتونو لپاره د Yale New Haven Hospital د مالي مرستي پروګرامونه (NC:F-4) د روغتونو خدمتونو لپاره د Bridgeport Hospital د مالي مرستي پروګرامونه (9-13) د روغتونو خدمتونو لپاره د Greenwich Hospital د مالي مرستي پروګرامونه عمومي کتنه د Lawrence + Memorial Hospital او Westerly Hospital خیریه پاملرنه، مالي مرسته، د وړیا تخت د تمویل پالیسي	

موخه

د *Yale New Haven* روغتیايي سیستم *(Yale New Haven Health System) ("YNHHS")* دا مني چې ناروغان ښايي ونه شي کولای چې د مالي مرستي پرته د اړینو طبي روغتیایي خدمتونو پیسي ورکړي. له خپل ماموریت سره سم، *YNHHS* ژمن دی تر څو یقیني کړي کله چې د بیړنیو او د روغتون نورو اړینو طبي خدمتونو لپاره مقدار ټاکل کیږي باید د پیسو د ورکړې توان په دقت سره وسنجول شي.

د خپل ماموریت په لړ کې، ، *YNHHS* د بیړنیو او نورو اړینو طبي پاملرنو په برخه کې تادیه کونکي افرادو لپاره د مالي مرستو پروګرامونه *(Financial Assistance Programs) ("FAP")* رامنځته کړي دي. د *FAP* موخې په لاندې ډول دي:

(i) د *FAP* لاندې د ټولو موجودو مالي مرستو مشخصول؛
(ii) په شرایطو د برابرښت معیارونو، د غوښتنلیک شرایطو او د مالي مرستو لپاره د غوښتنلیک د سپارنې میتود په اړه واضح معلومات برابرول؛
(iii) په *FAP* پسې د محاسبه شوي مقدار د حسابولو اساس توضیح کول- د بیړنیو یا نورو اړینو طبي ضرورتونو لپاره په شرایطو برابر ناروغان؛ او
(iv) YNHHS د خدمت لاندې ټولنو کې ددغه *FAP* په اړه تبلیغاتو لپاره د د YNHHS روغتونونو لخوا اخیستل کیدونکي ګامونه توضیح کوي.

د تطبیق وړتیا

دغه پالیسي په ټولو هغو جواز لرونکو روغتونونو تطبیق کیږي چې له YNHHS سره تړلي وي لکه Bridgeport Hospital، Greenwich Hospital، Lawrence + Memorial Hospital ("LMH")، Yale-New Haven Hospital او Westerly Hospital ("WH") (هر یو "روغتون").

پالیسی

I. حدود او د وړاندي کوونکي لست

A. **بیړنی یا نورې اړینې طبي درملنې:** *FAP* د بستر شوو او غیر بستر ناروغانو خدمتونو په شمول چې د روغتون لخوا یې بل ورکول کیږي، په بیړنیو او نورو اړینو طبي خدمتونو عملي کیږي. *FAP* له لاندې خدمتونو څخه مستثنی دی: (a) شخصي

خونه یا شخصي نرسان؛ (b) هغه خدمتونه چې له طبي پلوه لازم ندي، لکه د ښکلا انتخابي جراحي؛ (c) د آسانتیاوو نور انتخابي فیس، لکه د تلویزیون یا د ټیلیفون لګښت، او (d) د لګښت نور تخفیفونه یا کمښت چې په پالیسۍ کې په څرګند ډول بیان شوي نه دي.

B. **د وړاندې کوونکو لست:** د هغو وړاندې کوونکو لیست چې په روغتون کې بیړني او نور اړین طبي خدمتونه وړاندې کوي دلته موندلی شی:
https://www.ynhh.org/~/media/files/ynhhs/forms/financial/011117/ynhh_fap_policy_list_2017.pdf.
لدغه لیست څخه معلومولی شی چې آیا وړاندې کوونکی د *FAP* تر پوښښ لاندې دی او که نه. که چیرې وړاندې کوونکی د *FAP* تر پوښښ لاندې نه وي، ناروغان باید وړاندې کوونکي له دفتر سره اړیکه ونیسي چې که چېرې وړاندې کوونکی د مالي مرستې وړاندیز ولري او که چیرې یې لري، د برابرونکي د مالي مرستو پالیسي کومې مرستې تر پوښښ لاندې نیسي.

C. د EMTALA سره مطابقت. روغتونونه باید د خپلو پالیسیو مطابق د عاجل طبي درملنې او فعال کار قانون (EMTALA) سره مطابقت ولري او همدارنګه پداسې فعالیتونو کې ښکیل کیدو څخه منع دي چې د عاجل طبي پاملرنې لټون یا غوښتنې څخه کوم څوک زړه توری کوي.

II. د مالي مرستو پروګرام او وړتیا

مالي مرستې د امریکا متحده آیالتونو هغه اتباع او اوسیدونکولپاره دي چې د مالي مرستې غوښتنلیک یې ډک کړی وي او لاندې تشریح شوي اضافي شرایط پوره کړي.

A. وړیا درملنه (Free Care): د وړیا پاملرنې پروګرام د روغتون هغو ناروغانو ته وړیا درملنه وړاندې کوي چې د کورنۍ کلني ناخالص عاید یې د فډرال د فقر لاربنود له 250% څخه لږ یا برابر وي (<u>ضمیمه 1</u> وګورئ). هر ناروغ چې د روغتون له نظره یې د آیالت طبي مرستې شرایط پوره کړي هغه به اړ وي چې د وروستیو شپږو میاشتو په موده کې د آیالت لخوا مستحق وپیژندل شي.

ددې سربیره، *YNHHS* د *BH*، *GH* او *YNHH* په استازیتوب د هغو کسانو پیژندنې لپاره چې پخپله د ورکړې په بیلانس کې دي او د مالي مرستې غوښتنه یې نه ده کړې د دریم لوري د چاڼ آله کوي، خو چې عوایدو یې د فډرال د فقر د کچې لاربنود له 250% څخه لږ یا له هغې سره برابر وي (د بیلګې په ډول، د وړیا درملنې مستحق). که چیرې ددغې پروسې له لارې یو ناروغ وپیژندل شي، د خیریه (وړیا) درملنې لپاره ښایي د وتلو روغتون بیلانس عیار شي.

B. تخفیف لرونکې پاملرنه (Discounted Care): که چیرې د روغتون ناروغ بیمه ونلري او د هغې ناخالص کلني کورنۍ عاید د فدرالي فقر کچې 251٪ - 550٪ ترمینځ وي، روغتون به د روغتون *AGB* (لکه څنګه چې په لاندې III برخه او دلته په <u>ضمیمه 1</u> کې تعریف شوې) ته په درملنه کې تخفیف ورکوي.

C. د بستر مالي روغتون (Hospital Bed Funds): ښایي تاسو د بستر محدوده مالي مرستې مستحق وی، چې دغه مالي مرسته روغتون تهیه رغتون کې د ناروغانو د طبي پاملرنې لپاره ورکول کیږي. د بستر محدودې مالي مرستې ترلاسه کول د عوایدو کوم ځانګړي حدود نه لري. په شرایطو برابر کس د مالي ستونزې پر بنسټ د مرستې ټاکونکو لخوا په هره قضیه کې په متفاوت ډول ټاکل کیږي. ټول هغه ناروغان چې د مالي مرستې غوښتنلیک ډک کړي به په اتومات ډول د بستر محدودې مرستې کې هم په پام کې ونیول شي.

D. د روغتون د مالي مرستې نور ځانګړي پروګرامونه:

(i) **د Yale New Haven Hospital د زه او زما ماشوم پروګرام (Me & My Baby Program)**
(Yale New Haven Hospital Me & My Baby Program): دغه پروګرام یوازې د Yale New Haven روغتون ناروغانو لپاره دی. په دغه پروګرام کې د امیندوارۍ، د ماشوم د زیږون، او له زیږون څخه وروسته ځینې خدمتونه په وړیا توګه وړاندې کیږي. که چیرې تاسو په New Haven County کې اوسیږۍ او هیڅ ډول روغتیایي بیمه نه لرۍ او کورنۍ مو هم د فډرال د فقر کچې څخه ½ 2 ځلې کم عاید لري، تاسو ددغه پروګرام مستحق یاست. د لا ډیرو معلوماتو او یا د غوښتنلیک د وړاندیز لپاره، د Yale New Haven روغتون د Women’s Center کې زمونږ استازي سره وګورئ او یا 203-688-5470 شمیرې ته زنګ ووهئ.

(ii) **د Greenwich Hospital غیربستریز ناروغانو کلنیک (Outpatient Clinic)**
(**Greenwich Hospital Outpatient Clinic**) هغو کسانو ته خدمت کوي چې د Medicare، Medicaid یا د

Access Health CT له لارې وړاندیز شوي بیمو لخوا بیمه شوي وي او کورنی عاید یې د فدرال د فقر سطحې څخه 4 چنده کم وي. علاوه لدې، کلینیک هغه افرادو ته تخفیفي پاملرنه وړاندې کوي چې د بیمې مستحق نه اوسي، د ګرینویچ اوسیدونکی اوسي او کورني عواید یې د فدرال د فقر کچې څخه 4 برابره کم وي. د لا زیاتو معلوماتو یا د غوښتنلیک د ترلاسه کولو لپاره مهرباني وکړئ 203-863-3334 شمیرې ته زنګ ووهئ.

III. د FAP په شرایطو برابرو ناروغانو لپاره د لګښتونو په مقدار کې محدودیت

کله چې مالي مرسته ورکول کیږي په هغې کې د خدمت لپاره د *YNHHS* د لګښتونو 100% نه ورکول کیږي، ددغې پالیسۍ له مخې د مالي مرستې لپاره په شرایطو د برابر ناروغ د لګښت مقدار به د هغو عمومي ناروغانو له مقدار څخه زیات نه وي چې روغتون ورڅخه پیسې اخلي او ددغه ډول درملنې ("*AGB*") لپاره بیمه ولري. د روغتون لخوا *YNHHS* د "بېرته کتلو میتود" او د طبي درملنې د خدمتونو فیس د بیې پر بنسټ او همدارنګه د طبي ګټه اخیستونکي د لګښت شریکولو مقدار او د ټولو شخصي روغتیایي بیمه اخیستونکو، چې د تیر مالي کال لپاره هر روغتون ته پیسې ورکوي څخه په ګټې اخیستنې سره هر کال *AGB* محاسبه کوي. *YNHHS* ممکن د روغتون له مخې د سلنې تخفیف پلي کړي، یا د سلنې تخفیف د *YNHHS* ناروغانو ته د ترټولو غوره په توګه وکاروي. *AGB* <u>ضمیمه 1</u> کې بیان شوی دی.

لکه څنګه چې دلته کارول شوي، د "عموماً بیل شوي مقدار" او "بیرته کتلو میتود" د داخلي عاید کوډ §501(r)(5) او 1.501(r)-5 کې بیان شوي مفاهیم لري.

IV. د مرستې لپاره د غوښتنې کولو میتود

د مالي مرستې شرایطو پوره کولو لپاره، ناروغ باید د مالي مرستې د غوښتنې لپاره یو غوښتنلیک ("غوښتنلیک") ډک کړي. په غوښتنلیک کې دا موارد شامل دي: (i) د *FAP* موجود برنامې او د استحقاق شرایط، (ii) د شرایطو مشخص کولو لپاره د اسنادو اړتیاوې، او (iii) د FAP د مرستې لپاره د اړیکې معلومات. غوښتنلیک دا موارد هم مشخص کوي: (i) روغتون به هرغوښتنلیک ته په لیکلې بڼه ځواب ورکړي، (ii) ناروغ کولی شي هروخت د *FAP* لاندې د مالي مرستې لپاره له سره غوښتنه وکړي، او (iii) هرکال د بیډ وړیا اضافي فنډونه شتون لري. روغتونونه ممکن د معلوماتو یا اسنادو ورکولو کې پاتې راتلو پربنسټ د *FAP* لاندې مالي مرستې څخه انکار ونکړي، البته هغه معلومات او اسناد چې *FAP* یا غوښتنلیک ورته د غوښتنلیک د برخې په توګه اړتیا نلري.

د YNHHS روغتونونه به د شرایطو وړتیا درلودنې مشخص کولو لپاره مناسب هڅې کوي او د ناروغ د پلي کولو وړ حسابونو کې د مالي مرستې شرایطو پوره کولو هرډول مشخصات مستند کوي. کله چې روغتون مشخص کړي چې ناروغ د *FAP* مستحق دی، روغتون به:

(i) د بیل اظهارنامه وړاندې کړي چې هغه مقدار په ګوته کړي چې شخص یې د *FAP* د مستحق ناروغ په حیث پور وړی دی، پشمول د دې چې څنګه دغه مقدار مشخص شوی او دا وښیې یا شرح کړي چې شخص څنګه کولی شي د پاملرنې لپاره د *AGB* په اړه معلومات ترلاسه کړي؛

(ii) هرهغه مقدار بیرته فرد ته ورکړي چې هغه یا هغې د پاملرنې لپاره تادیه کړی چې د هغه مقدار څخه ډیر وي چې د هغه یا هغې لپاره د FAP د مستحق فرد په توګه شخصاً د تادیه کولو لپاره مشخص شوی وي، غیرلدې چې دغه ډیر مقدار د $5 څخه کم وي، یا کوم ورته مقدار د IRS لخوا ترتیب شوی وي؛ او

(iii) د هرډول فوق العاده راټولولو اقداماتو ساتلو لپاره مناسب ګامونه پورته کړي.

V. نه تادیه کول ـ قانوني اقدام

یو روغتون (یو د راټولولو کومه اداره یا بله ډله چې دې روغتون ورته پور راجع کړی دی) به د فوق العاده راټولولو عمل ("*ECA*") کې دخیل نشي د پاملرنې لپاره د لومړي پوسټ د اخراج رسید اظهارلیک صادر کولو وروسته 120 ورځې مخکې او مخکې لدې چې د دې مشخص کولو لپاره مناسب هڅې وکړي چې آیا یو ناروغ یا کوم بل شخص د پخپله تادیه حساب (مسؤل شخص (اشخاص) لپاره چې مالي مسؤلیت لري د *FAP* لاندې د مالي مرستې مستحق دی که نه. هر *ECA* باید د Corporate Business Services د معاون یا د هغه ځای ناستي لخوا تصویب شي کوم چې باید د تصویب څخه مخکې تایید کړي چې پدې FAP کې د مناسب هڅو شرایط پوره شوي دي.

روغتون به د داخلي فعالیت پروسو او کړنلارو مطابق خپله د *A/R* د بیلونو سایکل یا دوره تعقیب کړي. د دا ډول پروسو او کړنلارو د برخې په توګه، روغتون به لږترلږه ناروغان د خپل *FAP* په اړه د پاملرنې د ورکولو نیټې څخه او د *A/R* د بیل دورې په اوږدو کې خبر کړي (یا هغه ډول دورو په جریان کې چې د قانون له مخې یې غوښتنه شوې وي)، اوږدوالی یې که هرڅومره وي)، البته په لاندې ذکر شوي طریقو:

1. ټولو ناروغانو ته به د روغتون څخه وتلو یا انتیک پروسې د برخې په توګه د *FAP* لاندې د مالي مرستې لپاره د غوښتنلیک یو فارم او د څو ژبو لنډیز ورکړل شي.

2. د پخپله تادیه حسابونو راټولولو لپاره لږترلږه درې جلا اظهارنامې باید د ناروغ یا کوم بل مسؤل شخص (اشخاصو) وروستي پیژندلي آدرس ته ولیږل شي یا د بریښنالیک له لارې واستول شي؛ په هرصورت، د *FAP* لاندې مالي مرستې لپاره د مسؤل شخص (اشخاصو) لخوا د بشپړ غوښتنلیک سپارلو یا د لګښت مکمل تادیه کولو وروسته نور نو اضافي اظهارنامو لیږلو ته اړتیا نشته. د لومړۍ استوونې او اخرنۍ استوونې ترمینځ باید لږترلږه 60 ورځې تیرې شوې وي. دا د مسؤل شخص (اشخاصو) مکلفیت دی چې د خدمت په وخت کې یا د تللو په وخت کې د استولو صحیح او سم آدرس ورکړي. که چیرې کوم حساب کوم معتبر آدرس ونلري، نو د "مناسب هڅې" لټون به وشي. د پخپله تادیه حسابونو د ناروغ حساب هریوې اظهارنامې کې به دا موارد شامل وي مګر دې پورې محدود ندي:

    a. د روغتون د خدماتو یو درست لنډیز چې د اظهارنامې لخوا پوښل شوی وي؛

    b. د دا ډول خدماتو لپاره لګښتونه؛

    c. د مسؤل شخص (اشخاصو) لخوا هغه مقدار چې باید تادیه شي (یا که دا مقدار معلوم نه وي، نو د لومړنۍ اظهارنامې د نیټې پورې د دا ډول مقدار یو مناسب او ښه تخمین)؛ او

    d. یو اوڅار لیکلې خبرتیا چې مسؤل شخص (اشخاص) د *FAP* لاندې مالي مرستې موجودیت په اړه خبروي او پدې کې د څانګې د تلیفون شمیره او د مستقیم ویب پاڼې آدرس شامل وي له چیرې چې د اسنادو کاپي ترلاسه کیدی شي.

3. د لیږل شوي یا د بریښنالیک له لارې لیږل شوي اظهارنامو کې لږترلږه یو کې به لیکلې خبرتیا شتون ولري چې د *ECAs* په اړه مسؤل شخص (اشخاص) خبروي چې د اخیستل کیدو هوډ یې شوی که چیرې مسؤل شخص (اشخاص) د *FAP* لاندې مالي مرستې لپاره غوښتنه ونکړي یا د نیټې سره سم خپل د تادیه وړ مقدار تادیه نکړي. دا ډول اظهارنامه باید مسؤل شخص (اشخاصو) ته لږترلږه په اظهارنامه کې ځانګړې شوې نیټې څخه 30 ورځې مخکې ورکړل شي. د څو ژبو یو لنډیز به د دې اظهارنامې سره مل وي. دا د مسؤل شخص (اشخاصو) مکلفیت دی چې د خدمت په وخت کې یا د تللو په وخت کې د استولو صحیح او سم آدرس ورکړي. که چیرې کوم حساب کوم معتبر آدرس ونلري، نو د "مناسب هڅې" لټون به وشي.

4. د هرډول *ECA* پیل کیدو څخه مخکې، به هڅه وشي چې د وروستۍ پیژندل شوې شمیرې له لارې د تلیفون په واسطه د مسؤل شخص (اشخاصو) سره اړیکه ونیول شي، لږترلږه یوځل د لیک له لارې لیږل شوي یا بریښنالیک له لارې لیږل شوي اظهارنامو د لړیو په جریان کې که چیرې حساب نا تادیه شوی پاتې شي. د ټولو خبرو په جریان کې، به ناروغ یا مسؤل شخص (اشخاص) د مالي مرستې په اړه خبرکړل شي چې د *FAP* لاندې شتون لري.

5. د دې پالیسي د شرایطو سره اجابت ولري، د YNHHS Hospital روغتون ممکن فوق العاده د راټولولو اقدامات وکړي لکه څنګه چې د دې پالیسي په ضمیمه 2 کې لیکل شوي، ترڅو د ورکړل شوي طبي خدماتو تادیات لاسته راوړي.

VI. د پالیسي موجودیت

د *FAP*، د *FAP* د څو ژبو لنډیز او د *FAP* غوښتنلیک په https://www.ynhhs.org/billing-insurance.aspx کې موجود دی.

هر روغتون د لیک استولو یا پهHospital Emergency Department کې د لګښت پرته د غوښتنې له مخې د *FAP*، د *FAP* د څو ژبو لنډیز او د *FAP* غوښتنلیک چمتو کوي او په ورته وخت کې د راجستریشن هرځای کې په ورقو کې په انګلسي او د هغه خلکو په ژبه چې په محدود انګلسي پوهه شي او د روغتون تر خدمت لاندې خلکو نږدې 1000 افراد وي یا %5 یا لدې ډیره برخه جوړوي

چمتو کوي. د ژبو لست لپاره ضمیمه 3 وګورئ.

د شرایطو پوره کولو یا برنامو په اړه چې ستاسې لپاره ممکن موجود وي معلوماتو لپاره په 4584-547 -855 وړیا د Corporate Business Services سره اړیکه ونیسئ، ترڅو ورځخه د *FAP* یوه کاپي، د *FAP* د څو ژبو لنډیز، د *FAP* د غوښتنلیک فارم، یا د بېلونو او راټولولو پالیسي وغواړئ چې تاسي ته یې ولیږي، یا که تاسي د *FAP*، د څو ژبو لنډیز، یا د انګلسي پرته کومې ژبې ته د *FAP* ژباړل شوی غوښتنلیک فارم کاپي ته اړتیا ولرئ. علاوه لدې، ناروغان کولی شي د *FAP* د غوښتنلیک پروسې پیل کولو په اړه د Patient Registration، Patient Financial Services او Social Work/Case Management څخه پوښتنه وکړي.

په پراخه کچه د *FAP* مشهورتیا کې دا موارد شامل دي: عمومي ورځپاڼو کې د خبرتیاو خپرول؛ د بیل ټولو اظهاراتو کې د *FAP* لیکلي خبرتیا وړاندې کول؛ د تادیه مقدار په اړه د ناروغانو سره خبرې کولو پرمهال ټولو شفاهي ارتباطاتو کې د *FAP* خبرتیا ورکول؛ او د خلاصو کورونو او نورو معلوماتي غونډو په لاره اچول.

VII. د مدیریت د څار کمیټه

د *FAP* څارنه به د مدیریت د څار کمیټې لخوا کیږي چې مشري یې د لوړرتبه معاون، *YNHHS* لخوا ترسره کیږي او د Corporate Business Services، patient financial services، د ناروغ اړیکو، مالي او طبي کارمندانو استازو د لازمیت په صورت کې درلودونکي ده. دا کمیټه لږترلږه درې میاشتو کې ملاقات کوي.

VIII. د آیالت د قوانینو سره مطابقت درلودل

هر روغتون باید د آیالت اړوند قوانینو سره مطابقت ولري، پشمول محدودیتونو پرته، د کونیکټیکټ عمومي مقررات د غیر بیمه شوي ناروغانو څخه د روغتون لخوا د تادیاتو راټولو اداره کولو لپاره او د روډ آیلینډ د روډ آیلینډ د روغتیا څانګې مقرراتو او قوانینو په برخه 11.3 کې ذکر شوي د *خیریه پاملرنې شرایطو لپاره په ټول آیالت کې معیار* د روغتون د تبادلو (د "*RI* مقررات") په اړه او د *RI* مقرراتو برخه 11.4 کې ذکر شوي د *جبران پرته درملنې شرایطو لپاره په ټول آیالت کې معیار*.

مآخذونه

- د داخلي عاید کوډ 501(c)(3)
- د داخلي عاید کوډ 501(r)
- Conn. Gen. Stat. § 19a-673 et seq.
- د *RI* مقررات 11.3 او 11.4

اړوند پالیسیانې

- د *YNHHS* د بیل او راټولولو پالیسي
- د YNHHS EMTALA پالیسي: طبي معاینه/رغیدل، د غوښتنې له مخې او انتقال
- د Yale-New Haven Hospital پالیسي – د وړیا پاملرنې فنډونو توزیع کول NC:F-2
- د Greenwich Hospital د غیر بستري ناروغانو مرکز پالیسیانې او طرزالعملونه

ضمیمه I

د فدرال د فقر لارښووونو (Federal Poverty Guidelines) (FPG) 250% او 550%:

	550%	250%	100%	**د کورنۍ اندازه**	
	68,695 دلار	31,225 دلار	12,490 دلار	1	
	93,005 دلار	42,275 دلار	16,910 دلار	2	
	117,315 دلار	53,325 دلار	21,330 دلار	3	
	141,625 دلار	64,375 دلار	25,750 دلار	4	
	165,935 دلار	75,425 دلار	30,170 دلار	5	
	190,245 دلار	86,475 دلار	34,590 دلار	6	
وړيا درملنه: د کورنۍ هر غړي لپاره اضافي 11050 ډالر اضافه کړئ					
تخفيف لرونکي پاملرنه: د کورنۍهر اضافی غړی لپاره 24310 ډالر اضافه کړئ					

هغه مقدار چې عموماً بیل کیږي (AGB)

د دې پالیسي لاندې د مالي مرستې لپاره مستحق ناروغان به د لاندې مواردو مطابق مرسته ترلاسه کوي:

د YNHHS ټول روغتونونه:

ناروغ تادیه کوي د لګښتونو %	**د تخفیف مقدار د لګښتونو %**	**د کورنۍ کلنۍ عاید**
0	100%	< یا = 250% FPG
31%	69%	> 250% - 550% FPG

**د تقویمي کال 2019 لپاره، AGB (د لګښتونو ٪): BH 34%، GH 31.2%، LMH 39.9%، YNHH 32.4% او WH 33%*

بیاکتنه د 2019 فبروري 12

ضمیمه II

د راټولولو فوق العاده اعمال (Extraordinary Collection Actions):

د ملکیت تصرف (قباله).

د شخصي هستوګنځیو تصرف منل کیږي که چیرې:

a) ناروغ فرصت درلود چې د وړیا بستر فنډ لپاره غوښتنه وکړي او ځواب ورکولو کې پاتې راغلی وي، رد شوی یا د دا ډول فنډونو لپاره مستحق پیژندل شوی نه وي؛

b) ناروغ غوښتنه نه وي کړې یا د روغتون د مالي مرستې پالیسي Hospital's Financial Assistance Policy لاندې د نورو مالي مرستو مستحق وي، ترڅو د هغه/هغې پور کې مرسته وشي، یا تریوحد پورې یې شرایط پوره کړي وي، مګر خپله د مسؤلیت برخه یې تادیه کړې نه وي؛

c) ناروغ د تادیه برابرولو هڅه یا موافقه نه وي کړي، یا د تادیه ترتیباتو سره موافق نه وي چې د روغتون او ناروغ ترمینځ ورباندې موافقه شوې وي؛

d) د حساب بیلانسونو ټولیز مقدار یې د $10,000 څخه پورته وي او هغه ملکیت یا ملکیتونه چې د تصرف سره مخ کیږي ارزښت یې لږترلږه $300,000 ارزول شوی وي؛ او

e) تصرف به د شخصي هستوګنې د منع کولو پایله ونلري.

ضمیمه III
په انګلسي ژبه د محدود پوهي ژبې

البانیایی
عربي
ساده چینایی
فرانسوي
کریول فرانسوي (د هایټي کریول)
الماني
یوناني
هندي
ایټالوي
جاپاني
کوریایی
پښتو
دري
فارسي
پولینډي
پرتګالي
پرتګالي کریول (کیپ ویرډیان)
روسي
هسپانوي
سواحلي
تګلوګ
ټیګرینیا
ترکي
ویتنامي