

**MGA PATAKARAN AT PAMAMARAAN NG VERITY HEALTH SYSTEM SEKSYON 06:
INTEGRIDAD SA PANANALAPI AT HINDI PABAGU-BAGONG PAG-UULAT**

PATAKARAN/PAMAMARAAN #:	06.03.04
PAMAGAT:	PATAKARAN SA PINANSYAL NA TULONG
PETSA NG PAG-APRUBA NG LUPON:	Disyembre 5, 2017
PETSA NG PAGKAKAROON NG BISA:	Disyembre 5, 2017
(Mga) PETSA NG PAGBAGO:	Enero 15, 2015 Hunyo 6, 2017 Disyembre 5, 2017
INAPRUBAHAN:	<hr/> Patrick Soon-Shiong, MD Interim CEO, Verity Health System
Pagbanggit sa Patakaran ng System:	06.03.01 Patakaran sa Pagsingil at Pangongolekta 11.00.00 Pagsunod sa Mga Batas ng Pederal na Pamahalaan at ng Estado sa Privacy at Pagiging Kumpidensyal; Mga Pagpapakahulugan
Pagbanggit sa Patakaran ng VBS:	N/A

I. Layunin

Layunin ng Patakarang ito sa Pinansyal na Tulong (“Patakarang”) na tiyaking nagbibigay ang mga ospital ng Verity ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan at patas na access sa mga pang-emergency at iba pang medikal na kinakailangang diagnostic at therapeutic na paggamot, anuman ang pinansyal na katayuan ng pasyente, at sa paraang gumagalang sa dignidad ng mga pasyente at kanilang mga pamilya.

II. Patakaran

Magbibigay ang Verity Health System of California, Inc. (“Verity”), sa pamamagitan ng mga kaanib nitong ospital na binabanggit sa Kalakip A (“Ospital” o “Mga Ospital” kung marami) ng Libre o Pinamurang Pangangalaga o May Diskwentong Pagbabayad sa mga kwalipikadong pasyente na maliit lang ang kita, walang insurance, at hindi sapat ang insurance na nakakatugon sa ilang partikular na kinakailangan sa pagiging kwalipikado na nakasaad dito. Pinagtibay ang Patakarang ito alinsunod sa layunin ng mga ospital ng Verity, mga kinakailangang nakasaad sa California Health & Safety Code at Seksyon 501(r) ng Internal Revenue Code, kasama ng mga naaangkop na regulasyon na nagpapatupad sa mga nasabing kinakailangan. Hindi nalalapat ang patakarang ito sa mga doktor o iba pang medikal na provider, kasama ang mga doktor sa emergency room, anesthesiologist, radiologist, hospitalist, pathologist, atbp., kung saan hindi kasama ang kanilang mga serbisyo sa singilin ng Ospital. Tingnan ang Kalakip E para sa listahan ng mga departamento ng ospital na hindi sinasaklaw ng patakarang ito.

III. Mga Pagpapakahulugan

- A. Tumutukoy ang “**Halagang Pangkalahatang Sinisingil**” (**Amount Generally Billed, AGB**) sa pinakamalaking maaaring singilin sa isang pasyenteng kwalipikado para sa Pinansyal na Tulong sa ilalim ng Patakaran sa Pinansyal na Tulong na ito. Walang pasyenteng kwalipikado para sa Pinansyal na Tulong ang sisingilin nang higit sa AGB para sa (mga) kwalipikadong serbisyo (tulad ng tinutukoy sa ibaba) na ibinibigay sa pasyente. Kinakalkula ng Verity Health ang AGB batay sa bawat pasilidad gamit ang pamamaraang “look-back” sa pamamagitan ng pag-multiply ng “Kabuuang Singilin” (tulad ng tinutukoy sa ibaba) para sa anumang Kwalipikadong Serbisyon ibinibigay nito sa mga porsyento ng AGB, na nakabatay sa mga dating claim na pinahintulutan sa ilalim ng pribadong insurance. Makikita ang porsyento ng AGB ng Verity Health at ang paraan ng pagkalkula sa porsyento ng AGB sa pamamaraan ng Pagkalkula ng AGB, Kalakip B1.
- B. Tumutukoy ang “**Libre o Pinamurang Pangangalaga**” sa Mga Serbisyon Medikal na Kinakailangan na ibinibigay nang walang bayad sa isang Pinansyal na Kwalipikadong Pasyente na may kitang nasa o mas mababa sa 200 porsyento ng Federal Poverty Level.
- C. Tumutukoy ang “**May Diskwentong Pagbabayad**” sa paglimita ng Ospital sa inaasahang bayarin para sa Mga Serbisyon Medikal na Kinakailangan sa isang may diskwentong rate para sa Mga Pinansyal na Kwalipikadong Pasyente na may kitang nasa 201 hanggang 350 porsyento, kasama ang Federal Poverty Level.
- D. Tumutukoy ang “**Mga Gastusing Kinakailangan sa Pamumuhay**” sa mga gastusin para sa alinman sa sumusunod: upa o pagbabayad at pagmementina ng bahay; pagkain at mga supply para sa sambahayan; mga utility at telepono; damit; medikal na bayarin at bayarin para sa ngipin; insurance; paaralan o pangangalaga ng bata; sustento sa anak o asawa; mga gastusin sa transportasyon at sasakyan, kasama ang insurance, gas, at pagkukumpuni; bayarin para sa pagkakabit ng kagamitan; paglalaba at paglilinis; at iba pang hindi pangkaraniwang gastusin.

- E. Ang “**Federal Poverty Level**” (FPL) ay itinatakda ng mga alituntunin sa kahirapan na ina-update taun-taon ng U.S. Department of Health and Human Services sa Federal Register. Makikita ang mga kasalukuyang alituntunin sa FPL ng Verity sa Kalakip B2. Ia-update ng Revenue Cycle Management (“RCM”) Department ng Verity ang Mga alituntunin sa FPL taun-taon pagkatapos ilathala ang mga napapanahong alituntunin sa kahirapan sa Federal Register.
- F. Tumutukoy ang “**Pinansyal na Kwaliplikadong Pasyente**” sa pasyenteng:
1. Isang Self-Pay na Pasyente, ayon sa pagpapakahulugan sa Seksyon III.J, o isang Pasyenteng may Malalaking Medikal na Gastusin, ayon sa pagpapakahulugan sa Seksyon III.H; at
 2. Isang pasyenteng may kita ng pamilya na hindi lumalampas sa 350 porsyento ng Federal Poverty Level.
- G. Tumutukoy ang “**Kabuuang Singilin**” sa kabuuang singilin sa account ng pasyente para sa lahat ng ibinigay na serbisyo.
- H. Ang “**Kita**” ay kinabibilangan ng, ngunit hindi limitado sa sahod, sweldo, pagbabayad ng Social Security, pampublikong tulong, bayad-pinsala para sa kawalan ng trabaho at mga manggagawa, mga benepisyo ng beterano, sustento sa anak, alimony, pension, regular na pagbabayad ng insurance at annuity, kita mula sa mga estate at trust, asset na na-draw down bilang mga pag-withdraw sa isang bangko, pagbebenta ng ari-arian o mga liquid asset, at minsanang pagbabayad ng insurance o bayad-pinsala.
- I. Tumutukoy ang “**Serbisyong Medikal na Kinakailangan**” sa isang serbisyo o paggamot na ibinigay o sinisingil ng ospital, na isang serbisyong pang-emergency o kinakailangan sa paggamot o pag-diagnose ng pasyente na maaaring maging malaki ang epekto sa kundisyon, karamdaman, o pinsala ng pasyente kung hindi gagawin, at kung saan hindi itinuturing na opsyonal, o isang serbisyo o paggamot para sa cosmetic surgery ang naturang serbisyo o paggamot.
- J. Tumutukoy ang “**Pasyenteng may Malalaking Medikal na Gastusin**” sa isang pasyenteng nakakatugon sa *lahat* ng sumusunod na kinakailangan:
1. Isang pasyenteng may third party coverage (*ibig sabihin*, hindi isang Self-Pay na Pasyente);
 2. Isang pasyenteng may kita ng pamilya na hindi lumalampas sa 350 porsyento ng Federal Poverty Level; at
 3. Isang pasyenteng may mga taunang gastusin mula sa sariling bulsa na naipon ng indibidwal sa ospital na lampas sa 10 porsyento ng kita ng pamilya ng pasyente sa nakalipas na 12 buwan; o na may mga taunang medikal na gastusin mula sa sariling bulsa na lampas sa 10 porsyento ng kita ng pamilya ng pasyente, kung magbibigay ang pasyente ng dokumentasyon ng mga medikal na gastusin ng pasyente na binayaran niya o ng kanyang pamilya sa nakalipas na 12 buwan.

- K. Tumutukoy ang “**Pamilya ng Pasyente**” sa sumusunod:
1. Para sa mga taong may edad na 18 taon pataas:
 - a. Asawa;
 - b. Domestic partner (kinakasama), ayon sa pagpapakahulugan sa Seksyon 297 ng California Family Code; at
 - c. Mga dependent na anak na wala pang 21 taong gulang, kasama man sa bahay o hindi.
 2. Para sa mga taong wala pang 18 taong gulang:
 - a. Magulang;
 - b. Nangangalagang kamag-anak; at
 - c. Iba pang anak na wala pang 21 taong gulang ng magulang o nangangalagang kamag-anak.
- L. Tumutukoy ang “**Self-Pay na Pasyente**” sa isang pasyenteng walang third-party na saklaw mula sa isang insurer ng kalusugan, plano ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, o Medicare o Medi-Cal na may pinsalang hindi mababayaran para sa mga layunin ng bayad-pinsala sa mga manggagawa, insurance sa sasakyan, o iba pang insurance ayon sa pagpapasya at dokumentasyon ng ospital.
- M. Tumutukoy ang “**Makatuwirang Plano sa Pagbabayad**” sa mga buwanang pagbabayad na hindi lumalampas sa 10 porsyento ng kita ng pamilya ng pasyente sa isang buwan, hindi kasama ang mga kaltas sa Mga Gastusing Kinakailangan sa Pamumuhay.

IV. Pagiging Kwalipikado

A. Mga Kwalipikadong Serbisyo.

1. Nalalapat ang Mga Programa sa Libre o Pinamurang Pangangalaga at May Diskwentong Pagbabayad sa lahat ng uri ng serbisyo sa ospital na ibinibigay o sinisingil ng Ospital, kasama ang, ngunit hindi limitado sa Mga Serbisyong Medikal na Kinakailangan, na napapailalim sa mga tuntunin ng Seksyong ito. Ang mga serbisyong hindi ibinibigay o sinisingil ng Mga Ospital ay hindi sinasaklaw ng Patakarang ito.
2. Hindi sinasaklaw ng Patakarang ito ang Mga Serbisyong Hindi Medikal na Kinakailangan maliban na lang kung ang serbisyo o pamamaraan ay ipinag-utos ng doktor na isang miyembro ng mga medikal na kawani ng Ospital ng Verity.

Ang mga doktor na pang-emergency na nagbibigay ng mga medikal na serbisyong pang-emergency sa isang ospital na nagbibigay ng pangangalagang pang-emergency ay inaatasan ng batas na magbigay ng mga diskwento sa Mga Self-Pay na Pasyente at Pasyenteng may Malalaking Medikal na Gastusin na nasa o mas mababa sa 350 porsyento ng Federal Poverty Level. Dapat makipag-ugnayan ang mga pasyente sa tanggapan sa pagsingil ng doktor na pang-emergency para sa higit pang impormasyon kaugnay ng mga programa sa pinansyal na tulong para sa mga serbisyong pang-emergency.

B. Pangkalahatang Pagiging Kwalipikado.

1. Tutukuyin ang pagiging kwalipikado para sa Libre o Pinamurang Pangangalaga o May Diskwentong Pagbabayad sa ilalim ng Patakaran nang paisa-isa, at susuriin ito ayon sa pagtatasa sa pangangailangan, mga pinansyal na mapagkukunan, at lahat ng pinansyal na obligasyon ng pasyente at/o kanyang pamilya, kasama ang mga medikal na gastusin.
2. Bibigyan ng Libre o Pinamurang Pangangalaga at May Diskwentong Pagbabayad ang Mga Pinansyal na Kwalipikadong Pasyente anuman ang kanilang lahi, relihiyon, kulay, paniniwala, edad, kasarian, sekswal na oryentasyon, pinagmulang bansa, o immigration status.
3. Hindi dapat kasama sa mga monetary asset na susuriin para sa layunin ng pagtukoy sa pagiging kwalipikado sa Libre o Pinamurang Pangangalaga o May Diskwentong Pagbabayad ang mga plano sa pagreretiro o deferred compensation (ipinagpalibang kita) na kwalipikado sa ilalim ng Internal Revenue Code, o mga hindi kwalipikadong plano sa deferred compensation. Bukod pa rito, hindi dapat isaalang-alang ang unang \$10,000 ng mga monetary asset ng pasyente sa pagtukoy ng pagiging kwalipikado, maging ang 50 porsyento ng mga monetary asset ng pasyente sa unang \$10,000. Maaaring humingi ang Ospital ng mga waiver o release mula sa pasyente o pamilya ng pasyente na nagbibigay ng pahintulot sa Ospital na kumuha ng impormasyon para sa pagbeberipika mula sa mga pinansyal o komersyal na institusyon, o iba pang entity na humahawak o nagpapanatili sa mga monetary asset.
4. Bago maging kwalipikado ang isang pasyente para sa Programa sa Libre o Pinamurang Pangangalaga o Programa sa May Diskwentong Pagbabayad, dapat munang ilapat ang lahat ng available na mapagkukunan kasama ang, ngunit hindi limitado sa pribadong insurance sa kalusugan (kasama ang coverage na iniaalok sa pamamagitan ng California Health Benefit Exchange), Medicare, Medi-Cal Healthy Families Program, California Children's Services Program, o iba pang programang pinopondohan ng estado o county na idinisenyo upang magbigay ng health coverage.
5. Ang mga pasyenteng kwalipikado para sa Medicaid sa isang estado bukod pa sa California sa kasalukuyan ay magiging kwalipikado para sa 100 porsyentong pinansyal na diskwento sa ilalim ng Patakarang ito.
6. Sa pagtukoy sa pagiging kwalipikado para sa Programa sa Libre o Pinamurang Pangangalaga at Programa sa May Diskwentong Pagbabayad, kailangan ay ganap na makipagtulungan ang mga pasyente at ang kanilang mga pamilya, at magbigay at sumagot ng mga kinakailangang dokumento at impormasyon ayon sa iskedyul. Kung hindi maibibigay ng taong humihiling ng pasya sa pagiging kwalipikado sa ilalim ng Patakarang ito ang makatuwiran at kinakailangang impormasyon ng Ospital upang matukoy kung siya ay kwalipikado, maaaring isaalang-alang ng Ospital ang hindi pagbibigay na iyon sa pagpapasya nito.

C. **Partikular na Pagiging Kwalipikado.** Maaaring mag-apply ang mga pasyente para sa pinansyal na tulong sa ilalim ng Seksyon C.1 o Seksyon C.2, gaya ng inilalarawan sa ibaba.

1. Programa sa May Diskwentong Pagbabayad. Kwalipikado ang Mga Self-Pay na Pasyente at Pasyenteng may Malalaking Medikal na Gastusin na mag-apply para sa Programa sa May Diskwentong Pagbabayad.
 - a. **Mga Self-Pay na Pasyente:** Para sa Mga Self-Pay na Pasyenteng may kita ng pamilya mula 201 porsyento hanggang 350 porsyento, kasama ang Federal Poverty Level, dapat limitahan ng bawat Ospital ang inaasahang bayarin para sa mga serbisyong ibinibigay ng Ospital sa mas maliit na halagang karaniwang sinisingil sa mga indibidwal na may insurance na sumasaklaw ng ganoong pangangalaga, ayon sa pagkakalkula ng Ospital gamit ang “**Look-back Method**” na inilalarawan sa mga naaangkop na regulasyong nagpapatupad sa Seksyon 501(r) ng Internal Revenue Code. Tingnan ang Kalakip B1 para sa Halagang Pangkalahatang Sinisingil at Kalakip B2 para sa Sliding Scale para sa Pinansyal na Tulong.
 - b. **Mga Pasyenteng may Malalaking Medikal na Gastusin:** Para sa Mga Pasyenteng may Malalaking Medikal na Gastusin na may nakadokumentong kita mula 201 porsyento hanggang 350 porsyento, kasama ang Federal Poverty Level, dapat limitahan ng bawat Ospital ang inaasahang bayarin para sa mga serbisyong ibinibigay ng Ospital sa halagang mas maliit sa (i) balanse pagkalapat ng anumang bayarin sa insurance o (ii) nakalkulang rate ayon sa Seksyon C.1.a sa itaas.

Pagkatapos matukoy ang naaangkop na rate, ilalapat ng Ospital ang sliding scale na nakasaad sa Kalakip B2.

Dapat gawin ng mga pasyenteng humihiling ng May Diskwentong Pagbabayad ang lahat ng kanilang makakaya upang mabigyan ang Ospital ng dokumentasyon ng kita (limitado sa mga pinakabagong pay slip o income tax return) at health benefits coverage. Ang Mga Pasyenteng may Malalaking Medikal na Gastusin ay dapat ding magbigay ng dokumentasyon ng mga medikal na gastusing binayaran nila o ng kanilang mga pamilya sa nakalipas na 12 buwan.

Pagkatapos na matukoy na kwalipikado ang isang indibidwal para sa Programa sa May Diskwentong Pagbabayad, hindi maaaring singilin ang isang indibidwal nang mas malaki sa halagang pangkalahatang sinisingil sa mga indibidwal na may insurance na sumasaklaw sa pang-emergency o iba pang medikal na kinakailangang pangangalaga.
2. Programa sa Libre o Pinamurang Pangangalaga. Magbibigay ang Mga Ospital ng Libre o Pinamurang Pangangalaga (*ibig sabihin*, pangangalagang walang bayad) sa Mga Pinansyal na Kwalipikadong Pasyente na walang kakayahang magbayad, kung nasa o mas mababa ang kita ng pasyente sa 200 porsyento ng Federal Poverty Level.

Dapat gawin ng mga pasyenteng humihiling ng Libre o Pinamurang Pangangalaga ang lahat ng kanilang makakaya upang mabigyan ang Ospital ng dokumentasyon ng kita, mga monetary asset (kasama ang lahat ng pag-aaring liquid at non-liquid asset, bawas ang mga liability at claim sa mga naturang asset) at health benefits coverage.

V. Mga Pamamaraan sa Aplikasyon

A. Mga Kinakailangan sa Abiso.

1. Nakapaskil na Abiso. Magpapaskil ang bawat Ospital ng impormasyon tungkol sa pagiging available ng Libre o Pinamurang Pangangalaga o May Diskwentong Pagbabayad sa ilalim ng Patakarang ito, gaya ng nakasaad sa Kalakip C, sa lahat ng lokasyong maraming pasyente, kasama ang mga lugar para sa admission at pagpaparehistro, emergency department, lugar para sa outpatient, at tanggapan ng PFS.
2. Nakasulat na Abiso. Bibigyan ng bawat Ospital ang mga pasyente ng nakasulat na abisong may impormasyon tungkol sa pagiging available ng Programa sa Libre o Pinamurang Pangangalaga o May Diskwentong Pagbabayad, kasama ang impormasyon sa pagiging kwalipikado, gayundin ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan ng empleyado ng ospital o tanggapan kung saan maaaring kumuha ang indibidwal ng karagdagang impormasyon tungkol sa Patakarang ito. Ibibigay din ang nakasulat na abisong ito sa mga pasyenteng tumatanggap ng pangangalagang pang-emergency at/o pang-outpatient, na maaaring singilin para sa pangangalagang iyon, ngunit hindi na-admit bilang inpatient. Dapat ay maging available ang abiso sa Ingles at iba pang wika, ayon sa mapagpapasyahan ng pangunahing pinagseserbisyuhang lugar ng Ospital at alinsunod sa naaangkop na batas ng pederal na pamahalaan at ng estado. Dapat ay magtabi ang bawat Ospital ng nakasulat na pagkilala ng pagtanggap ng pasyente sa naturang abiso.

Dapat ay gawing available ang patakarang ito, ang Form ng Aplikasyon at isang Buod ng Patakarang ito na Madaling Maunawaan sa mga website at sa pamamagitan ng pagbibigay-alam sa mga miyembro ng komunidad na pinaglilingkuran ng bawat Ospital ayon sa iniaatas ng mga regulasyon sa ilalim ng Seksyon 501(r) ng Kodigo.

3. Mga Billing Statement. Makikita sa mga billing statement ng ospital ang pagiging available ng mga programang itinataguyod ng pamahalaan, at Programa sa Libre o Pinamurang Pangangalaga at May Diskwentong Pagbabayad para sa mga kwalipikadong pasyente at sinumang pasyente na hindi nagbigay ng katibayan ng coverage sa panahon ng pagsingil. Ibibigay ng bawat Ospital ang sumusunod na impormasyon kasama ng bill ng pasyente:
 - a. Isang pahayag ng mga singilin para sa mga serbisyong ibinigay ng Ospital;
 - b. Isang kahilingan sa pasyente na ipaalam sa Ospital kung mayroon siyang health insurance coverage, kasama ang Medicare, Healthy Families, Medi-Cal, o iba pang coverage;

- c. Isang pahayag na isinasaad kung paano makakakuha ang mga pasyente ng mga aplikasyon para sa coverage na itinataguyod ng pamahalaan, at na ibibigay ng Ospital ang mga aplikasyong ito; at
- d. Ang pangalan at numero ng telepono ng kinatawan ng Ospital, o ang tanggapan kung saan maaaring kumuha ang pasyente ng impormasyon tungkol sa mga patakaran ng Ospital sa pinansyal na tulong, at kung paano mag-apply para sa tulong sa ilalim ng mga patakarang iyon, kasama ang direktang website address para sa webpage ng pasilidad kung saan makikita ang mga link sa mga kopya ng patakarang ito, isang buod ng patakarang ito na madaling maunawaan, at form ng aplikasyon para sa pinansyal na tulong sa ilalim ng patakarang ito.

B. Pagtukoy ng Mga Pinansyal na Kwaliplikadong Pasyente.

1. Gagawin ng mga pinansyal na tagapayo o kawani ng Health Benefits Resource Center (HBRC) sa bawat Ospital ang lahat ng kanilang makakaya upang makakuha sa pasyente o sa kanyang kinatawan ng impormasyon at malaman kung maaaring ganap o bahagyang saklawin ng pribado o pampublikong insurance o sponsorship sa kalusugan ang mga singilin para sa pangangalagang ibinigay ng Ospital sa pasyente.
2. Tutulungan ng mga pinansyal na tagapayo at kawani ng HBRC sa bawat Ospital ang mga pasyente na maunawaan ang mga programang itinataguyod ng pamahalaan at ang Libre o Pinamurang Pangangalaga o May Diskwentong Pagbabayad, at mag-apply para sa mga ito.
3. Magbibigay ang bawat Ospital ng impormasyon at mga aplikasyon tungkol sa Medi-Cal, Healthy Families Program, California Health Benefit Exchange, at iba pang health coverage na pinopondohan ng estado o county para sa mga pasyenteng hindi sapat ang insurance sa mga lugar para sa pagpaparehistro, maging sa tanggapan ng PFS Department. Kung hindi magsasaad ang pasyente ng coverage ng third-party na tagapagbayad o hihiling ng may diskwentong presyo, bibigyan ng bawat Ospital ang pasyente ng aplikasyon para sa mga naaangkop na programa ng pamahalaan. Gagawing available ang mga naturang aplikasyon bago palabasin ang pasyente sa ospital (kung na-admit ang pasyente), o sa mga pasyenteng tumatanggap ng pangangalagang pang-emergency o pang-outpatient.
4. Kung mag-a-apply o may nakabinbing aplikasyon ang pasyente para sa iba pang programa para sa health coverage sa oras na mag-apply siya para sa Libre o Pinamurang Pangangalaga o May Diskwentong Pagbabayad sa ilalim ng Patakarang ito, hindi pipigilan ng alinman sa nabanggit na aplikasyon ang pagiging kwalipikado para sa isang programa.

C. Proseso ng Pag-apply.

1. Bibigyan ang mga pasyente ng Aplikasyon para sa Pinansyal na Tulong, na nakasaad sa Kalakip D upang masimulan ang pagtatasa sa mga kwalipikasyon ng pasyente para sa Libre o Pinamurang Pangangalaga o May Diskwentong Pagbabayad sa ilalim ng Patakarang ito. Maaaring i-refer ng doktor ng pasyente, mga kapamilya, pangkat na nauugnay sa komunidad o relihiyon, serbisyong panlipunan, o tauhan ng ospital ang mga pasyente sa Libre o Pinamurang Pangangalaga o May Diskwentong Pagbabayad.
2. Upang maging kwalipikado para sa Libre o Pinamurang Pangangalaga o May Diskwentong Pagbabayad, kailangan ng pasyente, guarantor ng pasyente, o legal na kinatawan ng pasyente na magbigay ng tumpak na impormasyon at gawin ang lahat ng kanilang makakaya upang maibigay ang lahat ng kinakailangang dokumentasyon. Kung hindi maibibigay ng taong humihiling ng pasya sa pagiging kwalipikado sa ilalim ng Patakarang ito ang makatuwiran at kinakailangang impormasyon ng Ospital upang matukoy kung siya ay kwalipikado, maaaring isaalang-alang ng Ospital ang hindi pagbibigay na iyon sa pagpapasya nito.
3. Hindi tatanggihan ang mga hindi kumpletong Pinansyal na Aplikasyon dahil sa kakulangan ng aplikasyon hangga't hindi pinapadalan ang pasyente ng liham kung saan nakasaad ang hinihiling na karagdagan at/o kulang na impormasyon na kinakailangan upang makumpleto ang aplikasyon, at ang deadline kung kailan tatanggihan ang aplikasyon kapag hindi natanggap ang hinihiling na impormasyon. Ang deadline ay isang makatuwirang tagal ng panahon matapos ipadala ang abiso kung saan nakasaad ang petsa kung kailan dapat ipadala ang binanggit na impormasyon.
4. Kung hindi makukumpleto ng pasyente ang aplikasyon o kung kulang ang impormasyon sa aplikasyon at hindi nakakasunod ang pasyente sa mga kahilingang nakasaad sa Seksyon V.C.2 at V.C.3, gagamit ang Ospital ng software algorithm para sa pagmamarka ng pagtatasa ng panganib, ang PARO, upang matukoy ang presumptive eligibility ng pasyente. Ang software ay isang produktong tinatanggap sa industriya na nasuri na ng isang panlabas na auditor.
5. Maaaring magbigay ang mga kawani ng HBRC ng Ospital ng presumptive eligibility ng Medi-Cal sa mga aplikante para sa pinansyal na tulong. Kung mapagpasyahan ng mga kawani ng HBRC ng Ospital na wala itong kaugnayan sa Medi-Cal, maaari nilang ibigay ang pasyang iyon sa halip na magbigay ng pagtangga sa aplikasyon sa Medi-Cal.
6. May bisa ang pagiging kwalipikado para sa Libre o Pinamurang Pangangalaga o May Diskwentong Pagbabayad ayon sa indibidwal na admission. Hihilingin sa mga kwalipikadong pasyente na patunayang walang pagbabago sa kanilang pinansyal na katayuan para sa mga susunod na admission, o magbigay ng napapanahong impormasyon na nagpapakita sa mga pagbabago sa kanilang pinansyal na katayuan, kung naaangkop.

7. Ang mga dokumentong gagamitin sa pagberipika sa mga pinansyal na mapagkukunan at sambahayang kita ng pasyente sa Aplikasyon para sa Pinansyal na Tulong ay maaaring kabilangan ng, ngunit hindi limitado sa:
 - a. Isang kopya ng mga federal tax return mula sa nakaraang taon, kasama ang mga iskedyul kung naaangkop;
 - b. Mga kopya ng pay slip, tseke, o award letter para sa Social Security, kapansanan, o kawalan ng trabaho sa kasalukuyan;
 - c. Isang kopya ng anumang Abiso ng Pasya/Pagtanggi ng Medi-Cal;
 - d. Sambahayang kita ng pasyente, at kung may edad na 18 taon pataas ang pasyente, ang asawa o domestic partner ng pasyente, at sinumang dependent na anak na wala pang 21 taong gulang, kasama man sa bahay o hindi; kung wala pang 18 taong gulang ang pasyente, isaalang-alang ang kita ng pasyente, mga magulang, tagapangalaga, o nangangalagang kamag-anak ng pasyente, at iba pang anak na wala pang 21 taong gulang, kasama man sa bahay o hindi.
8. Sususpindihin ang mga aktibidad sa pagsingil kapag nakatanggap ng aplikasyon (kasama ang isang hindi kumpletong aplikasyon), at mananatiling suspindido ang mga ito sa proseso ng pagtukoy ng pagiging kwalipikado.
9. Pananatilihing kumpidensyal ng Mga Ospital ang lahat ng aplikasyon at sumusuportang dokumentasyon alinsunod sa Patakaran/Pamamaraan ng VHS 11.0, ang Pagsunod sa Health Insurance Portability and Accountability Act ng 1996.
10. Maaaring tukuyin ng Ospital ang pagiging kwalipikado para sa Libre o Pinamurang Pangangalaga o May Diskwentong Pagbabayad anumang oras kapag naging available na ang impormasyon sa pagiging kwalipikado ng pasyente. Ang mga aplikasyong matatanggap 240 araw pagkabigay sa unang bill ng pasyente ay dapat aprubahan ng Vice President para sa Revenue Cycle.

D. Abiso ng Pagpapasya sa Libre o Pinamurang Pangangalaga o May Diskwentong Pagbabayad.

1. Bibigyan ng HBRC Department ng Ospital ang pasyente o ang kanyang kinatawan ng pasya sa pagiging kwalipikado sa loob ng tatlong (30) araw pagkatanggap ng nasagutang Aplikasyon para sa Pinansyal na Tulong, kasama ang lahat ng kinakailangang dokumentasyon.
2. Papadalhan ang pasyente o ang kanyang kinatawan ng abiso kaugnay ng pasya sa Libre o Pinamurang Pangangalaga o May Diskwentong Pagbabayad. Makikita sa abisong ito ang halagang dapat bayaran ng pasyente at ang halaga ng diskwento sa pagbabayad, kung mayroon, na inilapat sa utang ng pasyente.

3. Maaaring iapela ng pasyente o ng kanyang kinatawan ang isang pasya sa pamamagitan ng pagbibigay sa Director ng HBRC ng karagdagang impormasyon, gaya ng beripikasyon ng kita o paliwanag ng mga makatuwirang salik sa loob ng tatlung (30) araw matapos ipadala ang pasya ng Ospital. Susuriin at pagpapasyahan ng Director ng HBRC ng Ospital ang lahat ng apela. Aabisuhan ang pasyente at ang kanyang kinatawan sa magiging resulta.

E. Halaga ng Libre o Pinamurang Pangangalaga o May Diskwentong Pagbabayad.

1. Dapat makipagtulungan ang pasyenteng kwalipikado para sa May Diskwentong Pagbabayad sa Ospital sa paggawa ng pinalawig na plano sa pagbabayad. Kung hindi magkakasundo ang Ospital at ang pasyente sa isang pinalawig na plano sa pagbabayad, gagawa ang Ospital ng Makatuwirang Plano sa Pagbabayad. Walang magiging interes at maaaring pag-usapan ang naturang plano sa pagbabayad.

Balanse sa Account	Bilang ng Buwan
Wala pang \$250	4 na buwan
\$250.01-\$500	6 na buwan
\$500.01-\$1,000	10 na buwan
\$1,000.01-\$2,500	12 na buwan
\$2,500.01-\$5000	24 na buwan
Mas malaki sa \$5,000.01	36 na buwan

2. Dapat gawin ng pasyenteng kwalipikado para sa isang May Diskwentong Pagbabayad ang lahat ng kanyang makakaya upang masunod ang plano sa pagbabayad. Responsibilidad ng mga pasyenteng makipag-ugnayan sa PFS Department kung hindi nila masusunod ang plano sa pagbabayad anumang oras.
3. Maaaring ipawalang-bisa ng Ospital ang isang pinalawig na plano sa pagbabayad (kasama ang isang Makatuwirang Plano sa Pagbabayad) kung sunud-sunod na hindi makakapagbayad ang pasyente sa loob ng 90 araw. Bago ipawalang-bisa ang isang pinalawig na plano sa pagbabayad, susubukan ng Ospital, ahensya sa pagsingil, o itinalaga na makaugnayan ang pasyente sa pamamagitan ng pagtawag, pagbibigay ng nakasulat na abisong nagsasabing maaaring ipawalang-bisa ang pinalawig na plano sa pagbabayad, at pagpapatid sa pasyenteng maaari siyang muling makipagkasundo para sa mga tuntunin ng plano ng pagbabayad.
4. Ang anumang pagbabago o pagkakaiba mula sa napagkasunduang plano sa pagbabayad ay dapat aprubahan ng Vice President ng VHS para sa Revenue Cycle.

VI. Mga Kasanayan sa Pagsingil para sa Mga Pinansyal na Kwaliplikadong Pasyente

- A. Magtatabi ang bawat Ospital ng nakasulat na patakaran sa pagsingil at pangongolekta na nagsasaad kung kailan siningil ang utang ng pasyente at kung sinong awtoridad ang naningil nito, at kung ang Ospital ba, isang kaanib o sangay ng Ospital, o isang panlabas na ahensya sa pagsingil ang nagsagawa sa aktibidad sa pagsingil. Gagawing available ng bawat Ospital ang mga kopya ng nasabing patakaran sa pagsingil at pangongolekta sa publiko nang walang bayad sa pamamagitan ng pagtawag sa Customer Service Department ng Ospital.
- B. Ang “mga hindi pangkaraniwang aktibidad sa pagsingil” ay tumutukoy sa alinman sa mga sumusunod na pagkilos sa pagsingil ng hindi pa nababayaran halaga para sa pangangalaga: (i) pagpapaliban o pagtanggap ng higit pang pangangalaga, (ii) pag-uulat ng utang sa isang credit bureau, (iii) pagbebenta ng bad debt sa isang third party maliban na lang kung matutugunan ang ilang partikular na kinakailangan, o (iv) anumang aktibidad kasama ang legal o panghukumang proseso (gaya ng pagsasampa ng kaso, paghahain ng mga lien sa ari-arian, garnishment, atbp.).
- C. Kailangang atasan ng anumang nakasulat na kasunduan sa pagitan ng Ospital at ng ahensyang nangongolekta sa mga singilin ng Ospital ang kaanib, sangay, o panlabas na ahensya sa pagsingil ng Ospital na naniningil sa utang na sumunod sa pagpapakahulugan at paglalapat ng Ospital sa isang Makatuwirang Plano sa Pagbabayad, na nakasaad sa Patakarang ito. Bukod pa rito, dapat sumunod ang mga ahensya sa pagsingil na ginagamit ng Ospital sa mga patas na kasanayan sa pagsingil at pangongolekta ng utang alinsunod sa Patakarang ito, at dapat nilang pakitunguhan ang mga indibidwal nang may dignidad, paggalang, at pag-unawa.
- D. Bago gawin ang mga aktibidad sa pagsingil, dapat bigyan ng Ospital o ng itinalaga nito ang pasyente ng nakasulat na abisong may (1) pahayag na nagsasabing maaaring may mga available na nonprofit na serbisyo sa pagpapayo para sa utang sa lugar, at (2) isang buod ng mga karapatan ng pasyente na madaling maunawaan alinsunod sa California Health and Safety Code Seksyon 127430(a), kung saan sapat at nasa ganitong anyo ang laman ng buod:

Inaatasan ng batas ng estado at pederal ang mga tagasingil ng utang na pakitunguhan ka nang patas, pinipigilan nito ang mga tagasingil ng utang na gumawa ng mga maling pahayag o pagbabanta, gumamit ng mga bastos na salita, at gumawa ng hindi naaangkop na pakikipag-ugnayan sa mga third party, kasama ang iyong employer. Maliban sa mga hindi pangkaraniwang sitwasyon, hindi maaaring makipag-ugnayan sa iyo ang mga tagasingil ng utang bago ang 8:00 a.m. o pagkalipas ng 9:00 p.m. Sa pangkalahatan, hindi maaaring magbigay ang isang tagasingil ng utang ng impormasyon tungkol sa iyong utang sa ibang tao, maliban sa iyong abugado o asawa. Maaaring makipag-ugnayan ang tagasingil ng utang sa isa pang tao upang kumpirmahin ang iyong lokasyon o pairalin ang isang hatol. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga aktibidad ng pangongolekta ng utang, maaari kang makipag-ugnayan sa Federal Trade Commission sa pamamagitan ng telepono sa 1-877-FTC-HELP (382-4357) o online sa www.ftc.gov.

- Ibibigay rin ng bawat Ospital ang abisong ito sa mga pasyente kasama ng anumang dokumentong nagsasaad na maaaring magkaroon ng mga aktibidad sa pagsingil.
- E. Hindi magsasagawa ng legal na pagkilos ang anumang Ospital laban sa anumang sambahayan para sa hindi pagbabayad ng mga singilin kung walang trabaho o napagkakakitaan ang (mga) pangunahing wage earner.
 - F. Ang Mga Pinansyal na Kwalipikadong Pasyente na nakakatugon sa isang napagkasunduang plano sa buwanang pagbabayad ay hindi itatalaga sa isang ahensya sa pagsingil o iuulat sa mga credit bureau.
 - G. Umaasa ang bawat Ospital na makakatanggap ang mga panlabas na ahensya nito sa pagsingil ng pag-apruba mula sa Vice President ng VHS para sa Revenue Cycle bago magsagawa ng anumang legal na pagkilos laban sa isang indibidwal na nakakatugon sa mga pangangailangan para sa isang Pinansyal na Kwalipikadong Pasyente alinsunod sa Patakarang ito.
 - H. Hindi gagamit ang bawat Ospital o ang itinalaga nito na isang kaanib o sangay ng Ospital, sa pangangasiwa ng mga pasyenteng kwalipikado sa anumang bahagi ng Patakarang ito ng mga wage garnishment o lien sa mga pangunahing tirahan upang masingil ang mga hindi pa nababayaranang singilin sa ospital ng Mga Pinansyal na Kwalipikadong Pasyente.
 - I. Sa pangangasiwa ng mga pasyenteng kwalipikado sa anumang bahagi ng Patakarang ito, hindi gagamit ang ahensya sa pagsingil o iba pang itinalaga na hindi isang sangay o kaanib ng Ospital ng wage garnishment (maliban na lang kung ipag-uutos ng hukuman) o abiso, o hindi nito ibebenta ang pangunahing tirahan ng pasyente upang masingil ang mga hindi pa nababayaranang singilin sa ospital.
 - J. Hindi pipigilan ng Seksyon VI.G o Seksyon VI.H ng Patakarang ito ang isang Ospital, ahensya sa pagsingil, o iba pang itinalaga na humiling ng reimbursement o anumang remedyo o mga remedyo sa pagpapairal ng batas mula sa mga kasunduan sa pananagutan ng third-party, tortfeasor, o iba pang legal na responsableng partido.
 - K. Kung sinusubukan ng isang pasyenteng maging kwalipikado sa ilalim ng Programa sa Libre o Pinamurang Pangangalaga o Programa sa May Diskwentong Pagbabayad at pinagsisikapan niyang bayaran ang isang hindi pa nababayaranang singilin sa Ospital sa pamamagitan ng paghiling na palawigin ang isang plano sa pagbabayad o regular na pagbabayad nang paunti-unti, hindi ipapadala ng Ospital ang hindi pa nababayaranang singilin sa anumang ahensya sa pagsingil o iba pang itinalaga, maliban na lang kung sumang-ayon ang entity na sumunod sa Patakarang ito.
 - L. Hindi mag-uulat ang Mga Ospital o sinumang itinalaga ng Ospital o ahensya sa pagsingil ng hindi magandang impormasyon sa isang ahensya sa pag-uulat ng utang ng consumer o kaya ay magsasagawa ng sibil na pagkilos laban sa isang Pinansyal na Kwalipikadong Pasyente sa ilalim ng Programa sa May Diskwentong Pagbabayad para sa hindi pagbabayad ng anumang utang ng pasyente anumang oras sa loob ng hanggang 150 araw pagkatapos ng unang pagsingil. Papalawigin ang panahong ito kung may nakabinbing apela ang pasyente para sa saklaw ng mga serbisyo hanggang sa makagawa ng pinal na pasya para sa apela.

M. Hindi gagamitin ang anumang impormasyong nakolekta ng anumang Ospital para sa pagtukoy ng pagiging kwalipikado sa Libre o Pinamurang Pangangalaga o May Diskwentong Pagbabayad para sa mga aktibidad sa pagsingil. Gayunpaman, maaaring gamitin ng Ospital, ahensya sa pagsingil, o itinalaga ang impormasyong nakuha nang hiwalay sa proseso ng pagiging kwalipikado para sa Programa sa Libre o Pinamurang Pangangalaga o Programa sa May Diskwentong Pagbabayad.

VII. Mga Sanggunian

1. California Health & Safety Code §§ 127400–127446 (Mga Patakaran sa Patas na Pagpepresyo ng Ospital) at §§ 127450–127462 (Mga Patakaran sa Patas na Pagpepresyo ng Doktor na Pang-emergency)
2. California Family Code § 297 (Kahulugan: Domestic Partner)
3. U.S. Department of Health and Human Services, Mga Alituntunin sa Kahirapan, *available sa* <http://aspe.hhs.gov/poverty/>
4. Internal Revenue Code § 501(c)(3) (Mga Organisasyong Hindi Pinagbabayad ng Buwis)

VIII. Pagpapatupad at Pagsusuri

Ang Patakarang ito ay ipapatupad ng President at CEO ng VHS, Mga President at CEO ng Ospital, at Vice President ng VHS para sa Revenue Cycle.

Ang Patakarang ito ay taun-taong susuriin ng President at CEO ng VHS, Mga President at CEO ng Ospital, at Vice President ng VHS para sa Revenue Cycle upang malaman kung sumusunod at nauugnay pa rin ito.

IX. Mga Kalakip

- A. Mga Kaanib na Ospital ng Verity
- B1. Halagang Pangkalahatang Sinisingil
- B2. Sliding Scale para sa Pinansyal na Tulong
- C. Abiso sa Pasyente
- D. Aplikasyon para sa Pinansyal na Tulong
- E. Listahan ng Departamento ng Mga Kaanib na Ospital ng Verity



KALAKIP A
MGA KAAANIB NA OSPITAL NG VERITY

VERITY HEALTH SYSTEM – MGA LOKASYON NG OSPITAL:

O'CONNOR HOSPITAL
2105 FOREST AVENUE
SAN JOSE, CA 95128

ST. FRANCIS MEDICAL CENTER
3630 EAST IMPERIAL HIGHWAY
LYNWOOD, CA 90262

ST. LOUISE REGIONAL HOSPITAL
9400 NO NAME UNO
GILROY, CA 95020

ST. VINCENT MEDICAL CENTER
2131 WEST THIRD STREET
LOS ANGELES, CA 90057

SETON MEDICAL CENTER
1900 SULLIVAN AVENUE
DALY CITY, CA 94015

SETON MEDICAL CENTER *COASTSIDE*
600 MARINE BOULEVARD
MOSS BEACH, CA 94038



MGA PROGRAMA SA LIBRE O PINAMURANG PANGANGALAGA AT MAY DISKWENTONG PAGBABAYAD

DAPAT IPADALA ANG LAHAT NG APLIKASYON PARA SA PINANSYAL NA TULONG SA:

- VERITY HEALTH SYSTEM
ATTN: HEALTH BENEFIT RESOURCE CENTER (HBRC)
1900 SULLIVAN AVENUE
DALY CITY, CA 94015

DAPAT IDIREKTA ANG LAHAT NG TAONG TUNGKOL SA PINANSYAL NA TULONG SA:

- (888) 874-2585

KALAKIP B1

PAGKALKULA NG HALAGANG PANGKALAHATANG SINISINGIL

Ang Verity Health System ay nagbibigay ng pinansyal na tulong at libre o pinamurang pangangalaga sa mga pasyenteng nakakatugon sa mga pamantayan sa pagiging kwalipikado na nakabalangkas sa Patakaran sa Pinansyal na Tulong (Financial Assistance Policy, FAP). Pagkatapos bawasan ang (mga) account ng pasyente ng pagsasaayos para sa pinansyal na tulong batay sa patakaran, responsibilidad ng pasyente/guarantor ang matitira sa kanilang hindi pa nababayarang pananagutan na hindi dapat lumampas sa halagang karaniwang sinisingil (amount generally billed, AGB) sa mga indibidwal na may insurance para sa pang-emergency o medikal na kinakailangang pangangalaga. Tinutukoy ng Verity Health System ang AGB sa pamamagitan ng paggamit sa pamamaraang “look-back.” Kinakalkula ang porsyento ng AGB sa pamamagitan ng paggamit sa mga claim na pinapahitulan ng Medicare para sa mga serbisyong may petsa ng pag-discharge mula sa nakaraang taon ng pananalapi (Hulyo – Hunyo). Para sa mga claim na ito, ang kabuuan ng lahat ng pinapahintulatang halaga ng reimbursement ay hahatiin sa mga nauugnay na kabuuang singilin. Nalalapat ang porsyento ng AGB hanggang ika-1 ng Hulyo bawat taon.

Halagang Pangkalahatang Sinisingil para sa Taong 2017			
Magkakaroon ng Bisa sa Hunyo 30, 2017			
Pangalan ng Pasilidad	Inpatient	Outpatient	
O'Connor	18.00%	31.00%	
Seton	16.00%	36.00%	
Coastside	n/a	65.00%	
St Louise	25.00%	35.00%	
DePaul	n/a	n/a	
St. Francis	21.00%	40.00%	
St. Vincent	19.00%	35.00%	
Ang mga porsyentong ito ay nalalapat lang sa mga acute na inpatient account. Hindi bahagi ng pagsusuring ito ang mga SNF at sub-acute account.			
Pinagmulan: Reimbursement Department			

KALAKIP B2

SLIDING SCALE PARA SA PINANSYAL NA TULONG

**DISKWENTO BILANG PORSYENTO NG NAAANGKOP NA RATE (HAL.,
MEDICARE)**

PEDERAL NA ANTAS NG KAHIRAPAN AT NAUGNAY NA DISKWENTO												
BILANG NG MIYEMBRO NG PAMILYA O SAMBAHAYAN	PEDERAL NA ANTAS NG KAHIRAPAN (FEDERAL POVERTY LEVEL, FPL)*	200% ng FPL = 100% Diskwento	215% ng FPL = 90% Diskwento	230% ng FPL = 80% Diskwento	245% ng FPL = 70% Diskwento	260% ng FPL = 60% Diskwento	275% ng FPL = 50% Diskwento	290% ng FPL = 40% Diskwento	305% ng FPL = 30% Diskwento	320% ng FPL = 20% Diskwento	335% ng FPL = 10% Diskwento	351% ng FPL = 0% Diskwento
1	\$12,140	\$24,280	\$26,101	\$27,922	\$29,743	\$31,564	\$33,385	\$35,206	\$37,027	\$38,848	\$40,669	\$42,611
2	\$16,460	\$32,920	\$35,389	\$37,858	\$40,327	\$42,796	\$45,265	\$47,734	\$50,203	\$52,672	\$55,141	\$57,774
3	\$20,780	\$41,560	\$44,677	\$47,794	\$50,911	\$54,028	\$57,145	\$60,262	\$63,379	\$66,496	\$69,613	\$72,937
4	\$25,100	\$50,200	\$53,965	\$57,730	\$61,495	\$65,260	\$69,025	\$72,790	\$76,555	\$80,320	\$84,085	\$88,101
5	\$29,420	\$58,840	\$63,253	\$67,666	\$72,079	\$76,492	\$80,905	\$85,318	\$89,731	\$94,144	\$98,557	\$103,264
6	\$33,740	\$67,480	\$72,541	\$77,602	\$82,663	\$87,724	\$92,785	\$97,846	\$102,907	\$107,968	\$113,029	\$118,427
7	\$38,060	\$76,120	\$81,829	\$87,538	\$93,247	\$98,956	\$104,665	\$110,374	\$116,083	\$121,792	\$127,501	\$133,590
8	\$42,380	\$84,760	\$91,117	\$97,474	\$103,831	\$110,188	\$116,545	\$122,902	\$129,259	\$135,616	\$141,973	\$148,753
Para sa bawat isa pang tao, magdagdag ng:	\$4,320	\$8,640	\$9,288	\$9,936	\$10,584	\$11,232	\$11,880	\$12,528	\$13,176	\$13,824	\$14,472	\$15,163

* Batay sa Mga Alituntunin sa Kahirapan ng Department of Health and Human Services (HHS) para sa 48 Magkakatabing Estado at ang Distrito ng Columbia, Fed. Reg. 2642-2644 (Ene. 13, 2018), na makikita sa <https://aspe.hhs.gov/poverty-guideline>

KALAKIP C
ABISO SA PASYENTE

Mga Programa sa Libre o Pinamurang Pangangalaga at May Diskwentong Pagbabayad

Alinsunod sa layunin nito, nagbibigay ang mga ospital ng Verity Health System ng mga libre o pinamurang medikal na serbisyo sa mga taong walang kakayahang bayaran ang kanilang pangangalaga at nakakatugon sa kwalipikasyon ng mga programang ito.

Pakitalakay ang iyong mga indibidwal na pangangailangan sa isang Pinansyal na Tagapayo sa Patient Access department. Pagkatapos sagutan ang Aplikasyon para sa Pinansyal na Tulong, at isumite ang lahat ng kinakailangang dokumento, maaari kang maging kwalipikado para sa mga pinansyal na diskwento ayon sa pagpapakahulugan ng Patakaran sa Pinansyal na Tulong ng Verity Health System.

Maaari kang makipag-ugnayan sa aming Pangkat ng Pinansyal na Tulong sa 888-874-2585 para sa mga tanong.



KALAKIP D

APLIKASYON PARA SA PINANSYAL NA TULONG

Ang mga dokumentong gagamitin sa pagberipika sa mga pinansyal na mapagkukunan at kita ng sambahayan ng pasyente sa Aplikasyon para sa Pinansyal na Tulong ay maaaring kinabibilangan ng, ngunit hindi limitado sa:

- Isang kopya ng mga federal tax return mula sa nakaraang taon, kasama ang mga iskedyul kung naaangkop;
- Mga kopya ng mga kasalukuyang pay slip, tseke, o award letter para sa Social Security, kapansanan, o kawalan ng trabaho.
- Isang kopya ng anumang Abiso ng Pasya/Pagtanggi ng Medi-Cal;
- Kita ng sambahayan ng pasyente, at kung may edad na 18 taon pataas ang pasyente, ang asawa o domestic partner ng pasyente, at sinumang dependent na anak na wala pang 21 taong gulang, kasama man sa bahay o hindi; kung wala pang 18 taong gulang ang pasyente, isaalang-alang ang kita ng pasyente, mga magulang, tagapangalaga, o nangangalagang kamag-anak ng pasyente, at iba pang anak na wala pang 21 taong gulang, kasama man sa bahay o hindi.

Pakipadala ang nasagutan mo nang aplikasyon, kasama ang lahat ng hinihiling na form, sa sumusunod na address o ihulog sa iyong lokal na Tanggapan ng HBRC ng Verity Health.

Verity Health System
Attention: HBRC
1900 Sullivan Avenue
Daly City, CA 94015

Pakitandaang hindi nito ginagarantiya na makakatanggap ka ng pinansyal na tulong; at dapat ay regular pa rin ang pagbabayad hanggang sa makagawa ng pasya. Susuriin ang iyong aplikasyon at ang ibinigay na impormasyon. Bibigyan ka ng pasya sa pamamagitan ng pagsulat.

Salamat sa iyong pakikipagtulungan. Inaasahan naming matulungan ka sa kabuuan ng prosesong ito. Kung mayroon kang anumang tanong tungkol sa iyong aplikasyon, mangyaring makipag-ugnayan sa aming Pangkat ng Pinansyal na Tulong sa Health Benefit Resource Center (HBRC) sa 888-874-2585.



**APLIKASYON PARA SA LIBRE O PINAMURANG PANGANGALAGA
AT PINANSYAL NA TULONG**

APELYIDO (PASYENTE)	PANGALAN	GITNANG PANGALAN	SOCIAL SECURITY #	PETSA NG KAPANGANAKAN
ADDRESS NG TIRAHAN (ADDRESS NG PASILIDAD KUNG WALANG TIRAHAN)			GAANO KATAGAL	TELEPONO
LUNGSOD	ESTADO	ZIP	MARITAL STATUS	

APELYIDO (GUARANTOR KUNG IBA SA NASA ITAAS)	SOCIAL SECURITY #	PETSA NG KAPANGANAKAN
EMPLOYER NG GUARANTOR (PANGALAN AT KUMPLETONG ADDRESS)		
TELEPONO	BUWANANG KABUUNAN SWELDO \$	
IBA PANG EMPLOYER (PANGALAN AT KUMPLETONG ADDRESS)		
TELEPONO	BUWANANG KABUUNAN SWELDO \$	
KUNG WALANG TRABAHO, PANGALAN AT KUMPLETONG ADDRESS NG HULING EMPLOYER		
HULING ARAW SA TRABAHO		

MGA DEPENDENT NA MIYEMBRO NG PAMILYA (KUNG KAILANGAN NG HIGIT PANG ESPASYO, MANGYARING MAGLAKIP NG ISA PANG PAPEL)	PETSA NG KAPANGANAKAN	KAUGNAYAN	EMPLOYER	TAUNANG KITA
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				



<input type="checkbox"/> UMUUPA NG BAHAY <input type="checkbox"/> MAY SARILING BAHAY				<i>IBA PANG BUWANANG KITA</i> \$ <i>TUKUYIN ANG PINAGMULAN</i>		
UTANG SA IBA	PINAGKAKAUTANGAN	KASALUKUYANG BALANSE	BUWANANG PAGBABAYAD	MGA ASSET	PANGALAN NG BANGKO AT ACCOUNT NUMBER	BALANSE SA ACCOUNT
UPA/MORTGAGE				CHECKING		
MGA UTILITY				SAVINGS O CERTIFICATE		
PAGKAIN				403(B) O 401(K)		
LOAN SA SASAKYAN				MGA STOCK AT BOND		
MGA CREDIT CARD (PAKILISTA SA IBABA)				IRA	PANGALAN NG TRUSTEE AT ACCT. NUMBER	
				SASAKYAN (TAON AT MODELO)		
				SASAKYAN (TAON AT MODELO)		
IBA PANG OBLIGASYON (SUSTENTO SA ANAK, ALIMONY, MGA BAYAD SA INSURANCE)				IBA PANG ASSET (HINDI KASAMA ANG MGA KARAGDAGANG ASSET)		
KARAGDAGANG IMPORMASYON				MARKET VALUE NG TIRAHAN		
MGA UTANG SA IBA PANG MEDIKAL NA PROVIDER				CASH VALUE NG INSURANCE		
HALAGA NG (MGA) INIRERESETANG GAMOT				IBA PANG ASSET (ILARAWAN; HAL. PANGALAWANG BAHAY)		
KABUUNANG UTANG				KABUUNANG ASSET		

PINAPATUNAYAN KONG TOTOO AT KUMPLETO ANG LAHAT NG PAHAYAG SA APLIKASYONG ITO.
 PINAPAHINTULUTAN KITA, SA PAMAMAGITAN NITO, NA TINGNAN ANG AKING TALA NG MGA UTANG
 UPANG MASURI ANG APLIKASYONG ITO PARA SA PAGSASAALANG-ALANG SA PINANSYAL NA TULONG.

LAGDA	PETA
-------	------

KALAKIP E

LISTAHAN NG DEPARTAMENTO NG MGA KANIB NA OSPITAL NG VERITY NA HINDI SAKLAW NG PATAKARAN SA PINANSYAL NA TULONG NG VERITY

Anesthesiology
Asian Pacific Liver Center
Audiology Services
Cancer Treatment Center
Cardiac Care Institute
Cardiac Catheterization Services
Cardiac Rehabilitation
Cardiology
Cardiac Catheterization Laboratory
Clinical Laboratory Services
Diabetic Clinic
Dialysis
Echocardiology
Electrocardiology
Electroencephalography
Electromyography
Emergency Services
Endoscopy
Gastro-Intestinal Services
High Risk Infant Clinic
Hyperbaric Chamber Clinic
Infusion Service
Interventional Radiology
Joint Replacement Institute
Laboratory
Labor and Delivery Services
Magnetic Resonance Imaging
Neonatal Intensive Care
Nuclear Medicine
Occupational Therapy
Oncology
Ortho Clinic
Ortho Spine Radiology
Pathological Laboratory Services
Pediatrics
Perinatal Testing Center
Peripheral Vascular Laboratory
Physical Therapy
Psychiatry

Pulmonary Function Services
Radiology
Rehabilitation Services
Renal Dialysis
Respiratory Therapy
San Francisco Heart Institute
Speech Therapy
Spine Clinic
Surgery
Surgical Clinic
Ultra Sonography
Vascular Lab
Women Imaging Center
Wound Care