

**CÁC CHÍNH SÁCH VÀ THỦ TỤC CỦA VERITY HEALTH SYSTEM MỤC 06:
CHÍNH TRỰC TRONG TÀI CHÍNH VÀ THỐNG NHẤT TRONG BÁO CÁO**

SỐ CHÍNH SÁCH/THỦ TỤC:	06.03.04
TIÊU ĐỀ:	CHÍNH SÁCH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH
NGÀY ĐƯỢC HỘI ĐỒNG PHÊ CHUẨN:	Ngày 5 tháng 12 năm 2017
NGÀY CÓ HIỆU LỰC:	Ngày 5 tháng 12 năm 2017
(Các) NGÀY SỬA ĐỔI:	Ngày 15 tháng 1 năm 2015 Ngày 6 tháng 6 năm 2017 Ngày 5 tháng 12 năm 2017
ĐÃ PHÊ DUYỆT:	<hr/> Patrick Soon-Shiong, Bác sĩ Y khoa Quyền Giám đốc Điều hành, Verity Health System
Tham khảo Chính sách Hệ thống:	06.03.01 Chính sách về Xuất Hóa đơn và Thu hồi Nợ 11.00.00 Tuân thủ Luật pháp về Quyền Riêng tư và Bảo mật của Liên bang và Tiểu bang; Các Định nghĩa
Tham khảo Chính sách VBS:	Không Áp dụng

I. Mục đích

Mục đích của Chính sách Hỗ trợ Tài chính (“Chính sách”) này là để đảm bảo rằng các bệnh viện của Verity cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và khả năng tiếp cận công bằng đến các dịch vụ cấp cứu cũng như các thủ thuật chẩn đoán và trị liệu cần thiết về mặt y tế khác, bất kể tình trạng tài chính của bệnh nhân và theo cách tôn trọng phẩm giá của bệnh nhân và gia đình của họ.

II. Chính sách

Verity Health System of California, Inc. (“Verity”), thông qua các bệnh viện liên kết tham khảo trong Tài liệu Đính kèm A (“Bệnh viện” hay “các Bệnh viện”) sẽ cung cấp dịch vụ Chăm sóc Thiệt nguyện hoặc Thanh toán Giảm giá cho các bệnh nhân có thu nhập thấp, không có bảo hiểm và bảo hiểm không đủ đáp ứng được các yêu cầu về điều kiện hội đủ nhất định, như được nêu trong tài liệu này. Chính sách này được các bệnh viện của Verity, các yêu cầu được nêu trong California Health & Safety Code (Bộ Luật An Toàn Và Sức Khỏe California) cũng như

Mục 501(r) của Internal Revenue Code (Bộ luật Thuế vụ), cùng với các quy định hiện hành trong việc xúc tiến những yêu cầu đó. Chính sách này không áp dụng cho các bác sĩ hoặc các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác, bao gồm các bác sĩ phòng cấp cứu, bác sĩ gây mê, bác sĩ chẩn đoán hình ảnh, bác sĩ bệnh viện, nhà bệnh lý học, v.v mà các dịch vụ của họ không được bao gồm trong hóa đơn bệnh viện. Xem Tài liệu Đính kèm E để biết danh sách các bệnh viện không thuộc phạm vi điều chỉnh của chính sách này.

III. Các Định nghĩa

- A. **“Số tiền Được lập Hóa đơn Thông thường” (Amount Generally Billed, AGB)** nghĩa là khoản phí tối đa có thể được lập hóa đơn cho bệnh nhân đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính theo Chính sách Hỗ trợ Tài chính này. Không có bệnh nhân nào được Hỗ trợ Tài chính bị tính nhiều hơn AGB cho (các) dịch vụ hội đủ điều kiện (được định nghĩa dưới đây) cung cấp cho bệnh nhân. Verity Health tính toán AGB theo cơ sở vật chất bằng cách sử dụng phương pháp “nhìn lại” bằng cách nhân “Chi phí thu Thực tế” (như được định nghĩa dưới đây) cho bất kỳ Dịch vụ Hội đủ điều kiện nào mà được cung cấp theo tỷ lệ phần trăm AGB, được dựa trên các yêu cầu thanh toán trong quá khứ được cho phép theo bảo hiểm tư nhân. Tỷ lệ phần trăm AGB của Verity Health và cách tính tỷ lệ phần trăm AGB được trình bày trong Phương pháp Tính toán của AGB, Tài liệu Đính kèm B1.
- B. **“Chăm sóc Thiện nguyện”** nghĩa là các Dịch vụ Cần thiết về mặt Y tế được cung cấp miễn phí cho một Bệnh nhân Hội đủ Yêu cầu về Tài chính là người có thu nhập thấp hơn hoặc bằng 200 phần trăm Mức Chuẩn nghèo Liên bang.
- C. **“Thanh toán Giảm giá”** nghĩa là một Bệnh viện sẽ giới hạn mức thanh toán theo yêu cầu cho các Dịch vụ Cần thiết về mặt Y tế xuống một mức giá chiết khấu dành cho Bệnh nhân Hội đủ Điều kiện về Tài chính là người có thu nhập ở mức từ 201 đến 350 phần trăm Mức Chuẩn nghèo Liên bang.
- D. **“Các Chi phí Sinh hoạt Thiết yếu”** nghĩa là các chi phí cho bất kỳ điều nào sau đây: tiền thuê nhà hay tiền mua nhà trả góp và chi phí bảo trì; thực phẩm và đồ gia dụng; chi phí tiện ích sinh hoạt và điện thoại; quần áo; chi phí y tế và nha khoa; bảo hiểm; học phí và chi phí trông trẻ; tiền cấp dưỡng nuôi con hay chu cấp cho vợ/chồng; chi phí đi lại và xe hơi, bao gồm bảo hiểm, xăng và sửa chữa; các khoản mua trả góp; vật dụng giặt và lau rửa; và các chi phí bất thường khác.
- E. **“Mức Chuẩn nghèo Liên bang”** được xác định dựa vào hướng dẫn về chuẩn nghèo được cập nhật hàng năm trong Federal Register (Đăng ký Liên bang) bởi U.S. Department of Health and Human Services (Bộ Y tế và các Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ). Hướng dẫn FPL Verity hiện tại được trình bày trong Tài liệu Đính kèm B2. Verity Revenue Cycle Management (“RCM”) Department (Ban Quản lý Chu kỳ Doanh thu Verity) sẽ cập nhật Hướng dẫn FPL hàng năm sau khi Federal Register (Đăng ký Liên bang) công bố tài liệu hướng dẫn về chuẩn nghèo cập nhật.
- F. **“Bệnh nhân Hội đủ Yêu cầu về Tài chính”** nghĩa là một bệnh nhân đáp ứng cả hai yêu cầu sau:
1. Một bệnh nhân thuộc diện Bệnh nhân Tự Trả, theo định nghĩa ở Mục III.J, *hoặc* một Bệnh nhân với Chi phí Y tế Cao, theo định nghĩa trong Mục III.H; và
 2. Một bệnh nhân mà thu nhập gia đình của người đó không vượt quá 350 phần trăm của Mức Chuẩn nghèo Liên bang.

- G. **“Chi phí thu Thực tế”** là tổng chi phí thu từ tài khoản bệnh nhân cho tất cả các dịch vụ được cung cấp.
- H. **“Thu nhập”** bao gồm, nhưng không chỉ hạn chế trong, tiền công, tiền lương, tiền An sinh Xã hội, hỗ trợ công cộng, trợ cấp thất nghiệp và đền bù cho người lao động, phúc lợi của cựu chiến binh, cấp dưỡng nuôi con, trợ cấp cho vợ/chồng cũ, lương hưu, thanh toán bảo hiểm thường xuyên và bảo hiểm niên kim, thu nhập từ bất động sản và quỹ ủy thác, tiền tài sản rút ra từ một ngân hàng, tiền bán bất động sản hay tài sản thanh khoản và các khoản thanh toán bảo hiểm hay đền bù một lần.
- I. **“Dịch vụ Cần thiết về mặt Y tế”** nghĩa là một dịch vụ hay trị liệu được cung cấp hay xuất hóa đơn bởi một bệnh viện là một dịch vụ cấp cứu hay cần thiết theo tiêu chí khác để điều trị hay chẩn đoán cho một bệnh nhân và nếu bị bỏ qua thì có thể ảnh hưởng tiêu cực đến tình trạng, bệnh hay thương tích của bệnh nhân, và dịch vụ hay trị liệu đó không được coi là dịch vụ hay trị liệu tự chọn hay phẫu thuật thẩm mỹ.
- J. **“Bệnh nhân với Chi phí Y tế Cao”** nghĩa là một bệnh nhân đáp ứng được *tất cả* những yêu cầu sau:
1. Một bệnh nhân với bảo hiểm của bên thứ ba (*thí dụ*, không phải Bệnh nhân Tự Trả);
 2. Một bệnh nhân mà thu nhập gia đình của người đó không vượt quá 350 phần trăm của Mức Chuẩn nghèo Liên bang; và
 3. Một bệnh nhân có chi phí tự trả hàng năm mà người đó phải chịu tại bệnh viện vượt quá 10 phần trăm thu nhập gia đình của bệnh nhân trong giai đoạn 12 tháng trước đó; *hoặc* chi phí y tế tự trả hàng năm của người đó vượt quá 10 phần trăm thu nhập của gia đình bệnh nhân, nếu bệnh nhân cung cấp tài liệu về chi phí y tế của bệnh nhân do bệnh nhân hay gia đình bệnh nhân trả trong vòng 12 tháng trước đó.
- K. **“Gia đình Bệnh nhân”** nghĩa là:
1. Đối với người từ 18 tuổi trở lên:
 - a. Vợ/Chồng;
 - b. Bạn tình ở chung, theo định nghĩa ở Mục 297 của California Family Code (Bộ luật Gia đình California); và
 - c. Trẻ em phụ thuộc dưới 21 tuổi, dù là sống tại nhà hay không.
 2. Đối với người dưới 18 tuổi:
 - a. Cha/mẹ;
 - b. Người chăm sóc là họ hàng; và
 - c. Các con khác dưới 21 tuổi của cha/mẹ hay người chăm sóc là họ hàng.
- L. **“Bệnh nhân Tự Trả”** nghĩa là một bệnh nhân không có bảo hiểm bên thứ ba từ một công ty bảo hiểm y tế, chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe, Medicare hay Medi-Cal, và thương tích của người đó không phải là một thương tích có thể được bồi thường theo diện bồi thường cho người lao động, bảo hiểm xe hơi và bảo hiểm khác, theo như bệnh viện xác định và ghi hồ sơ.

- M. **“Kế hoạch Thanh toán Hợp lý”** nghĩa là các khoản thanh toán hàng tháng không vượt quá 10 phần trăm thu nhập của gia đình bệnh nhân trong một tháng, trừ các khoản khấu trừ cho Các Chi phí Sinh hoạt Thiết yếu.

IV. **Điều kiện Hội đủ**

A. **Các Dịch vụ Hội Đủ điều kiện.**

1. Các Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện và Thanh toán Giảm giá áp dụng cho tất cả các loại dịch vụ bệnh viện được cung cấp hay xuất hóa đơn bởi Bệnh viện, bao gồm nhưng không chỉ các Dịch vụ Cần thiết về mặt Y tế, tùy theo các điều khoản của Mục này. Các dịch vụ không được cung cấp tại các Bệnh viện hay xuất hóa đơn bởi các Bệnh viện không thuộc phạm vi áp dụng của Chính sách này.
2. Các Dịch vụ Không Cần thiết về mặt Y tế không thuộc phạm vi áp dụng của Chính sách này trừ khi dịch vụ hay thủ thuật đó đã được một bác sĩ yêu cầu và bác sĩ đó là thành viên thuộc đội ngũ y tế của một Bệnh viện Verity.

Các bác sĩ cấp cứu cung cấp dịch vụ y tế cấp cứu trong một bệnh viện có cung cấp dịch vụ chăm sóc cấp cứu, theo luật, phải giảm giá cho Bệnh nhân Tự Trả và Bệnh nhân với Chi phí Y tế Cao có thu nhập bằng hoặc thấp hơn 350 phần trăm Mức Chuẩn nghèo Liên bang. Bệnh nhân phải liên hệ với văn phòng xuất hóa đơn của bác sĩ cấp cứu để biết thêm thông tin về các chương trình hỗ trợ tài chính cho dịch vụ cấp cứu.

B. **Điều kiện Hội đủ Tổng quát.**

1. Điều kiện hội đủ cho Chăm sóc Thiện nguyện hoặc Thanh toán Giảm giá theo Chính sách này sẽ được xác định tùy từng trường hợp và được đánh giá trong quá trình xem xét nhu cầu của bệnh nhân và/hoặc gia đình, các nguồn tài chính, và tất cả các bồn phận tài chính bao gồm các chi phí y tế.
2. Chăm sóc Thiện nguyện và Thanh toán Giảm giá sẽ được cung cấp cho Bệnh nhân Hội đủ Yêu cầu về Tài chính bất kể chủng tộc, tôn giáo, màu da, tín ngưỡng, tuổi tác, giới tính, định hướng tình dục, quốc gia xuất xứ hay tình trạng nhập cư.
3. Các tài sản bằng tiền được xem xét cho mục đích xác định điều kiện nhận Chăm sóc Thiện nguyện hoặc Thanh toán Giảm giá sẽ không bao gồm tiền hưu trí hay các chương trình bồi thường tạm hoãn đủ điều kiện theo Internal Revenue Code (Bộ luật Thuế vụ) hay các chương trình bồi thường tạm hoãn không đủ điều kiện. Ngoài ra, \$10,000 đầu tiên của tài sản bằng tiền của bệnh nhân sẽ không được tính đến khi xác định điều kiện hội đủ, và 50 phần trăm tài sản bằng tiền của gia đình vượt quá \$10,000 đầu tiên cũng sẽ không được tính đến khi xác định điều kiện hội đủ. Tuy nhiên, Bệnh viện có thể yêu cầu giấy miễn hoặc giấy cho phép từ bệnh nhân hay gia đình bệnh nhân ủy quyền cho Bệnh viện thu thập thông tin xác minh từ các tổ chức tài chính hoặc thương mại, hoặc các tổ chức khác nắm giữ hoặc duy trì các tài sản bằng tiền.

4. Trước khi một bệnh nhân có thể đủ điều kiện tham gia Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện hay Chương trình Thanh toán Giảm giá, tất cả các nguồn lực sẵn có phải được áp dụng, bao gồm, nhưng không chỉ , bảo hiểm y tế tư nhân (bao gồm bảo hiểm thông qua California Health Benefit Exchange (Trao đổi Quyền lợi Y tế California)), Medicare, Medi-Cal, Healthy Families Program (Chương trình Gia đình Khỏe mạnh), California Children’s Services Program (Chương trình Dịch vụ Trẻ em California), hay các chương trình do tiểu bang hay quận tài trợ được thiết kế để cung cấp bảo hiểm y tế.
5. Các bệnh nhân hiện đủ điều kiện nhận Medicaid ở một tiểu bang khác ngoài California sẽ đủ điều kiện nhận chiết khấu 100 phần trăm theo Chính sách này.
6. Việc xác định điều kiện hội đủ để tham gia Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện và Chương trình Thanh toán Giảm giá yêu cầu sự hợp tác hoàn toàn của bệnh nhân và gia đình họ, và họ phải cung cấp và hoàn thành kịp thời các tài liệu và thông tin bắt buộc. Nếu một người yêu cầu xác định điều kiện hội đủ theo Chính sách này không cung cấp thông tin hợp lý và cần thiết để Bệnh viện xác định điều kiện hội đủ, Bệnh viện có thể sẽ cân nhắc việc không hợp tác đó khi đưa ra quyết định của mình.

C. **Điều kiện Hội đủ Cụ thể.** Bệnh nhân có thể xin hỗ trợ tài chính theo Mục C.1 hay Mục C.2, như được mô tả dưới đây.

1. Chương trình Thanh toán Giảm giá. Cả Bệnh nhân Tự Trả và Bệnh nhân với Chi phí Y tế Cao đều đủ điều kiện để xin tham gia Chương trình Thanh toán Giảm giá.
 - a. **Bệnh nhân Tự Trả:** Đối với Bệnh nhân Tự Trả mà thu nhập gia đình của họ ở mức từ 201% đến 350% Mức Chuẩn nghèo Liên bang, mỗi Bệnh viện sẽ giảm mức thanh toán yêu cầu cho các dịch vụ được Bệnh viện đó cung cấp xuống mức thấp hơn trong các số tiền thường được xuất hóa đơn cho những người có bảo hiểm thanh toán cho dịch vụ chăm sóc đó, theo tính toán của Bệnh viện sử dụng **“Phương pháp Nhìn lại”** như được xác định trong các quy định hiện hành để thực hiện Mục 501(r) của Internal Revenue Code (Bộ luật Thuế vụ). Xem Tài liệu Đính kèm B1 để biết về Số tiền được Lập hóa đơn Thông thường và Tài liệu Đính kèm B2 để biết về Hỗ trợ Tài chính.
 - b. **Bệnh nhân với Chi phí Y tế Cao:** Đối với Bệnh nhân với Chi phí Y tế Cao mà thu nhập được ghi nhận của họ ở mức từ 201 phần trăm đến 350 phần trăm Mức Chuẩn nghèo Liên bang, mỗi Bệnh viện sẽ giảm mức thanh toán yêu cầu cho các dịch vụ được Bệnh viện đó cung cấp xuống mức thấp hơn giữa (i) dư nợ sau khi áp dụng bất kỳ bảo hiểm nào (ii) mức giá được tính theo Mục C.1.a ở trên.

Sau khi xác định mức giá được áp dụng, Bệnh viện sẽ áp dụng được nêu trong Tài liệu Đính kèm B2.

Các bệnh nhân muốn được Thanh toán Giảm giá phải nỗ lực hợp lý để cung cấp cho Bệnh viện các tài liệu về thu nhập (chỉ bao gồm các phiếu lương hay bản khai hoàn thuế thu nhập gần đây) và thông tin về quyền lợi bảo hiểm y tế. Bệnh nhân với Chi phí Y tế Cao cũng phải cung cấp tài liệu về chi phí y tế do bệnh nhân hay gia đình bệnh nhân trả trong giai đoạn 12 tháng trước đó.

Sau khi quyết định rằng một cá nhân đủ điều kiện cho Chương trình Thanh toán Giảm giá, cá nhân không được tính nhiều hơn số tiền được lập hóa đơn thông thường cho những cá nhân có bảo hiểm trong trường hợp khẩn cấp hoặc chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác.

2. Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện. Các Bệnh viện sẽ cung cấp dịch vụ Chăm sóc Thiện nguyện (*thí dụ*, chăm sóc miễn phí) cho Bệnh nhân Hội đù Yêu cầu về Tài chính là người không đủ khả năng thanh toán, với điều kiện thu nhập của bệnh nhân bằng hoặc thấp hơn 200 phần trăm Mức Chuẩn nghèo Li ên bang.

Các bệnh nhân muốn nhận Chăm sóc Thiện nguyện phải nỗ lực hợp lý để cung cấp cho Bệnh viện các tài liệu về thu nhập, các tài sản bằng tiền (bao gồm tất cả các tài sản thanh khoản và phi thanh khoản mà họ sở hữu, trừ đi các khoản nợ và các yêu cầu thanh toán của người khác đối với những tài sản đó) và thông tin về quyền lợi bảo hiểm y tế.

V. Thủ tục Đăng ký

A. Các Yêu cầu Thông báo.

1. Thông báo được Đăng. Mỗi Bệnh viện sẽ đăng thông tin về sự sẵn có của Chăm sóc Thiện nguyện và Thanh toán Giảm giá theo Chính sách này, như được nêu trong Tài liệu Đính kèm C, tại tất cả các địa điểm có đông bệnh nhân qua lại, bao gồm khu vực tiếp nhận bệnh nhân và đăng ký, khoa cấp cứu, các khu chăm sóc bệnh nhân ngoại trú và văn phòng PFS.
2. Thông báo bằng Văn bản. Mỗi Bệnh viện sẽ cung cấp cho bệnh nhân thông báo bằng văn bản có thông tin về sự sẵn có của Các Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện và Thanh toán Giảm giá, bao gồm thông tin về điều kiện hội đủ, cũng như thông tin liên hệ của một nhân viên bệnh viện hay văn phòng mà từ đó bệnh nhân có thể thu thập thêm thông tin về Chính sách này. Thông báo bằng văn bản này cũng sẽ được cung cấp cho bệnh nhân đã nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu và/hoặc ngoại trú và là người có thể được nhận hóa đơn cho dịch vụ đó, nhưng không được tiếp nhận như bệnh nhân nội trú. Thông báo đó phải có sẵn bằng Tiếng Anh và các ngôn ngữ khác, tùy theo khu vực phục vụ chính của mỗi Bệnh viện và tuân theo luật pháp liên bang và tiểu bang hiện hành. Mỗi Bệnh viện phải giữ lại giấy xác nhận đã nhận được thông báo đó của bệnh nhân.

Chính sách này, Mẫu đơn Đăng ký và một bản Tóm tắt bằng Ngôn ngữ Đơn giản của Chính sách này sẽ được phổ biến rộng rãi trên các trang web và thông báo cho các thành viên của cộng đồng được phục vụ bởi mỗi Bệnh viện theo yêu cầu của các quy định Mục 501(r) của Bộ luật.

3. **Bảng kê Hóa đơn.** Các bảng kê hóa đơn của bệnh viện sẽ thông báo về sự sẵn có của các chương trình được chính phủ tài trợ và Các Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện và Thanh toán Giảm giá dành cho bệnh nhân đủ điều kiện và cho bất kỳ bệnh nhân nào vẫn chưa cung cấp bằng chứng bảo hiểm tại thời điểm xuất hóa đơn. Mỗi Bệnh viện phải cung cấp các thông tin sau đây cùng với hóa đơn của bệnh nhân:
 - a. Một bảng kê các khoản phí dịch vụ mà Bệnh viện cung cấp;
 - b. Một yêu cầu rằng bệnh nhân phải thông báo cho Bệnh viện nếu bệnh nhân có bảo hiểm y tế, bao gồm Medicare, Healthy Families (Gia đình Khỏe mạnh), Medi-Cal hay bảo hiểm khác;
 - c. Một tuyên bố cho biết cách mà bệnh nhân có thể lấy mẫu đơn xin bảo hiểm do chính phủ tài trợ và Bệnh viện sẽ cung cấp các đơn xin đó; và
 - d. Tên và số điện thoại của đại diện của Bệnh viện mà từ người đó, hay từ văn phòng đó, một bệnh nhân có thể lấy thông tin về các chính sách hỗ trợ tài chính của Bệnh viện, và cách xin hỗ trợ theo các chính sách đó, cùng với địa chỉ trang web trực tiếp của cơ sở có chứa các đường dẫn tới các bản sao của Chính sách này, một bản tóm tắt bằng ngôn ngữ dễ hiểu về Chính sách này và mẫu đơn xin hỗ trợ tài chính theo Chính sách này.

B. Xác định các Bệnh nhân Hội đủ Yêu cầu về Tài chính.

1. Các nhân viên cố vấn Tài chính hoặc nhân viên Trung tâm Tài nguyên Phúc lợi Y tế (HBRC, Health Benefits Resource Center) tại mỗi Bệnh viện sẽ có những nỗ lực hợp lý để thu thập từ bệnh nhân hay đại diện của bệnh nhân những thông tin về việc liệu bảo hiểm y tế hoặc tài trợ tư nhân hay công cộng có thể bao trả toàn bộ hay một phần các khoản phí dịch vụ chăm sóc mà Bệnh viện cung cấp cho bệnh nhân hay không.
2. Các cố vấn tài chính và nhân viên HBRC tại mỗi Bệnh viện sẽ hỗ trợ bệnh nhân hiểu và làm đơn xin tham gia các chương trình được chính phủ tài trợ và xin Chăm sóc Thiện nguyện hay Thanh toán Giảm giá.
3. Mỗi Bệnh viện sẽ cung cấp thông tin và các mẫu đơn xin tham gia Medi-Cal, Healthy Families Program (Chương trình Gia đình Khỏe mạnh), California Health Benefit Exchange (Trao đổi Quyền lợi Y tế California), và các bảo hiểm có tài trợ của tiểu bang hay quận khác cho bệnh nhân không có bảo hiểm ở khu vực đăng ký cũng như tại văn phòng Ban PFS. Nếu bệnh nhân không cho biết là có bảo hiểm của bên thứ ba hoặc yêu cầu giá có chiết khấu, thì mỗi Bệnh viện sẽ cung cấp cho bệnh nhân một mẫu đơn xin tham gia các chương trình của chính phủ phù hợp. Các đơn xin đó sẽ được cung cấp trước khi xuất viện (nếu bệnh nhân đã được nhập viện) hay cung cấp cho bệnh nhân được chăm sóc cấp cứu hay chăm sóc ngoại trú.

4. Nếu một bệnh nhân làm đơn xin, hoặc có một đơn xin đang chờ xét duyệt, đối với một chương trình bảo hiểm y tế khác ở cùng thời điểm mà người đó xin Chăm sóc Thiện nguyện hoặc Thanh toán Giảm giá theo Chính sách này, thì bất kỳ đơn xin nào trong số đó sẽ không ảnh hưởng đến điều kiện để tham gia chương trình còn lại.

C. Quy trình Làm đơn.

1. Một Đơn xin Hỗ trợ Tài chính, như trong Tài liệu Đính kèm D, được cung cấp cho các bệnh nhân để bắt đầu đánh giá điều kiện nhận Chăm sóc Thiện nguyện hay Thanh toán Giảm giá theo Chính sách này. Bệnh nhân có thể được bác sĩ của mình, thành viên gia đình, các nhóm cộng đồng hay tôn giáo, các dịch vụ xã hội, hay nhân viên bệnh viện giới thiệu đến các Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện hay Thanh toán Giảm giá.
2. Điều kiện để tham gia Các Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện và Thanh toán Giảm giá yêu cầu bệnh nhân, người bảo đảm của bệnh nhân hay đại diện hợp pháp của bệnh nhân phải cung cấp thông tin chính xác và có những nỗ lực hợp lý để cung cấp tất cả các tài liệu cần thiết. Nếu một người yêu cầu điều kiện hội đủ theo Chính sách này không cung cấp thông tin hợp lý và cần thiết cho Bệnh viện để xác định tình trạng hội đủ điều kiện, Bệnh viện có thể coi là không đủ điều kiện trong việc.
3. Các Đơn xin Hỗ trợ Tài chính Chưa hoàn thành sẽ không bị từ chối vì không có đủ thông tin cho đến khi bệnh nhân đã nhận được một bức thư yêu cầu xác định thông tin bổ sung và/hoặc còn thiếu cần thiết để hoàn thành đơn xin, và nêu rõ thời hạn mà sau đó đơn xin sẽ bị từ chối nếu không nhận được thông tin yêu cầu. Thời hạn đó phải bao gồm một khoảng thời gian hợp lý sau thông báo đó để cho bệnh nhân có thể cung cấp thông tin được đề cập trong thông báo.
4. Nếu bệnh nhân không hoàn thành một đơn xin hay đơn xin không có đủ thông tin và bệnh nhân không tuân thủ các yêu cầu như quy định trong các Mục V.C.2 và V.C.3, Bệnh viện sẽ sử dụng một phần mềm đánh giá rủi ro, PARO, để xác định điều kiện hội đủ giả định. Phần mềm này là một sản phẩm được áp dụng rộng rãi trong ngành và đã được cơ quan kiểm tra độc lập bên ngoài xác nhận.
5. Nhân viên HBRC của Bệnh viện có thể cung cấp điều kiện hội đủ giả định cho Medi-Cal đối với các ứng viên xin hỗ trợ tài chính. Nếu nhân viên HBRC của Bệnh viện xác định rằng không có liên hệ nào với Medi-Cal, họ có thể đưa ra quyết định đó thay cho quyết định từ chối đơn xin Medi-Cal.
6. Điều kiện nhận Chăm sóc Thiện nguyện hoặc Thanh toán Giảm giá chỉ hợp lệ theo từng lần nhập viện. Các bệnh nhân đủ điều kiện phải chứng thực là không có thay đổi về tình trạng tài chính cho các lần nhập viện sau đó hoặc phải cung cấp thông tin cập nhật phản ánh những thay đổi về tình trạng tài chính, nếu phù hợp.

7. Các tài liệu được sử dụng để xác minh các nguồn lực tài chính của bệnh nhân và thu nhập hộ gia đình trong Đơn xin Hỗ trợ Tài chính có thể bao gồm, nhưng không chỉ gồm:
 - a. Một bản sao bản khai hoàn thuế thu nhập liên bang của năm trước, bao gồm các phụ lục, nếu phù hợp;
 - b. Các bản sao phiếu lương hiện tại, chi phiếu tiền An sinh Xã hội, trợ cấp tàn tật hay trợ cấp thất nghiệp hoặc thư xác nhận điều kiện nhận các khoản đó;
 - c. Một bản sao của bất kỳ Thông báo Quyết định/Thông báo Từ chối Medi-Cal nào;
 - d. Thu nhập hộ gia đình của bệnh nhân và, nếu bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, vợ/chồng hay bạn tình sống chung của bệnh nhân, và bất kỳ trẻ em phụ thuộc nào dưới 21 tuổi, dù có sống tại nhà hay không; nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi, cân nhắc thu nhập của bệnh nhân, cha/mẹ bệnh nhân, người giám hộ hay người chăm sóc là họ hàng, và các trẻ em khác dưới 21 tuổi, dù có sống tại nhà hay không.
8. Các hoạt động thu nợ sẽ bị đình chỉ sau khi nhận được đơn xin (kể cả đơn xin chưa được hoàn thành) và tiếp tục bị đình chỉ trong quá trình xác định điều kiện hội đủ.
9. Các bệnh viện sẽ giữ kín tất cả các đơn xin và tài liệu hỗ trợ theo Chính sách/Thủ tục 11.0 của VHS, Tuân thủ Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (Đạo luật về Trách nhiệm Giải trình và Cung cấp Thông tin Bảo hiểm Y tế năm 1996).
10. Bệnh viện có thể xác định Điều kiện để nhận Chăm sóc Thiện nguyện hay Thanh toán Giảm giá tại bất kỳ thời điểm nào khi thông tin về điều kiện hội đủ của bệnh nhân có sẵn. Các đơn xin nhận được sau 240 ngày kể từ thời điểm xuất hóa đơn đầu tiên của bệnh nhân phải được Phó Chủ tịch phụ trách Chu kỳ Doanh thu phê duyệt.

D. Thông báo Quyết định về Chăm sóc Thiện nguyện hoặc Thanh toán Giảm giá.

1. Ban HBRC của Bệnh viện sẽ thông báo quyết định về điều kiện hội đủ cho bệnh nhân hay đại diện của bệnh nhân trong vòng ba mươi (30) ngày sau khi nhận được một Đơn xin Hỗ trợ Tài chính đã được điền đầy đủ, bao gồm tất cả các tài liệu bắt buộc.
2. Một thông báo quyết định về Chăm sóc Thiện nguyện hoặc Thanh toán Giảm giá sẽ được gửi thư tới bệnh nhân hoặc đại diện của bệnh nhân. Thông báo này sẽ xác định số tiền phải trả từ bệnh nhân và số tiền chiết khấu, nếu có, được áp dụng với tài khoản của bệnh nhân.

3. Một bệnh nhân hoặc (các) người đại diện của mình có thể kháng nghị quyết định bằng cách cung cấp thêm thông tin, như xác minh thu nhập hoặc một bản giải trình về tình trạng khó khăn, cho Giám đốc Ban HBRC trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ khi có thông báo về quyết định của Bệnh viện. Giám đốc Ban HBRC của Bệnh viện sẽ xem xét và có quyết định đối với tất cả những kháng cáo. Bệnh nhân hay đại diện của bệnh nhân sẽ được thông báo về kết quả.

E. Số tiền Chăm sóc Thiện nguyện hoặc Thanh toán Giảm giá.

1. Một bệnh nhân đủ điều kiện được Thanh toán Giảm giá phải hợp tác với Bệnh viện để thiết lập kế hoạch thanh toán kéo dài. Nếu Bệnh viện và bệnh nhân không thể đồng ý về một kế hoạch thanh toán kéo dài, thì khi đó Bệnh viện sẽ lập một Kế hoạch Thanh toán Hợp lý. Kế hoạch thanh toán đó phải không tính lãi và có thể đàm phán.

Số Dư Tài khoản	Số Tháng
Dưới \$250	4 tháng
\$250.01-\$500	6 tháng
\$500.01-\$1,000	10 tháng
\$1,000.01-\$2,500	12 tháng
\$2,500.01-\$5,000	24 tháng
Cao hơn \$5,000.01	36 tháng

2. Một bệnh nhân đủ điều kiện được Thanh toán Giảm giá phải có nỗ lực thiện chí để tuân thủ kế hoạch thanh toán. Bệnh nhân có trách nhiệm liên lạc trao đổi với Ban PFS bất kỳ khi nào mà kế hoạch thanh toán theo thỏa thuận có thể không giữ được.
3. Một Bệnh viện có thể tuyên bố rằng một kế hoạch thanh toán kéo dài (bao gồm cả Kế hoạch Thanh toán Hợp lý) không khả thi nếu bệnh nhân không trả các khoản thanh toán kế tiếp nhau trong một giai đoạn 90 ngày. Trước khi tuyên bố một kế hoạch thanh toán kéo dài không khả thi, Bệnh viện, cơ quan thu hồi nợ hay bên được chỉ định phải có nỗ lực hợp lý để liên hệ với bệnh nhân qua điện thoại, đưa thông báo bằng văn bản rằng kế hoạch thanh toán kéo dài có thể trở nên bất khả thi, và thông báo cho bệnh nhân rằng bệnh nhân có thể tái đàm phán các điều khoản của kế hoạch thanh toán.
4. Bất kỳ thay đổi hay sai khác nào so với kế hoạch thanh toán theo thỏa thuận phải được Phó Chủ tịch VHS phụ trách Chu kỳ Doanh thu chấp thuận.

VI. Thực tiễn Thu hồi nợ đối với Bệnh nhân Đủ điều kiện về Tài chính

- A. Mỗi Bệnh viện sẽ duy trì một chính sách bằng văn bản về xuất hóa đơn và thu hồi nợ cho biết khi nào và theo quyền hạn của ai thì có thể đưa nợ của bệnh nhân vào diện phải thu hồi, và liệu hoạt động thu hồi nợ được thực hiện bởi Bệnh viện, một cơ sở liên kết hay chi nhánh của Bệnh viện, hay bởi một cơ quan thu hồi nợ ở bên ngoài. Mỗi Bệnh viện sẽ sao chụp chính sách về xuất hóa đơn và thu hồi nợ đó và cung cấp cho công chúng miễn phí bằng cách gọi điện cho Customer Service Department (Ban Dịch vụ Khách hàng) của Bệnh viện.
- B. “Các biện pháp truy thu đặc biệt” là bất kỳ biện pháp nào sau đây nhằm thu hồi số tiền phải trả cho dịch vụ chăm sóc: (i) hoãn hoặc từ chối chăm sóc tiếp, (ii) báo nợ cho một cơ quan báo cáo tín dụng, (iii) bán nợ xấu cho một bên thứ ba trừ khi các yêu cầu nhất định được đáp ứng, hoặc (iv) bất kỳ hoạt động nào bao gồm quy trình pháp lý và tư pháp (như khởi kiện, yêu cầu quyền giữ thế chấp, khấu trừ lương, v.v).
- C. Bất kỳ thỏa thuận bằng văn bản nào giữa một Bệnh viện và một cơ quan thu hồi các khoản nợ Bệnh viện như vậy cần yêu cầu cơ sở liên kết, chi nhánh hay cơ quan thu hồi nợ bên ngoài của Bệnh viện làm nhiệm vụ thu hồi nợ phải tuân thủ định nghĩa và việc áp dụng Kế hoạch Thanh toán Hợp lý của Bệnh viện, như được quy định trong Chính sách này. Ngoài ra, các cơ quan thu hồi nợ mà các Bệnh viện sử dụng phải tuân theo các biện pháp thu hồi nợ hợp lý theo quy định của Chính sách này, và ngoài ra phải hành động theo cách đề cao phẩm giá, tôn trọng, và cảm thông với mọi người.
- D. Trước khi bắt đầu các hoạt động thu hồi nợ, mỗi Bệnh viện hay bên được chỉ định của bệnh viện phải đưa cho bệnh nhân thông báo bằng văn bản có (1) một tuyên bố rằng có thể có dịch vụ cố vấn tín dụng phi lợi nhuận trong khu vực, và (2) một bản tóm tắt bằng ngôn ngữ dễ hiểu về các quyền của bệnh nhân theo California Health and Safety Code (Bộ Luật An Toàn Và Sức Khỏe California) Mục 127430(a), với phần tóm tắt sau được coi là đủ nếu nó chủ yếu có dạng sau:

Luật tiểu bang và liên bang yêu cầu các cơ quan thu hồi nợ phải đối xử công bằng với quý vị và nghiêm cấm các cơ quan thu hồi nợ đưa ra những tuyên bố sai hay đe dọa sử dụng bạo lực, dùng ngôn ngữ xúc phạm hay tục tĩu, và liên lạc trao đổi không phù hợp với các bên thứ ba, bao gồm cả chủ lao động của quý vị. Ngoại trừ trong các tình huống bất thường, các cơ quan thu hồi nợ không được liên hệ với quý vị trước 8 giờ sáng hay sau 9 giờ tối. Nói chung, một cơ quan thu hồi nợ không được đưa thông tin về nợ của quý vị cho một người khác, ngoài luật sư hay vợ/chồng của quý vị. Một cơ quan thu hồi nợ có thể liên hệ với một người khác để xác nhận nơi ở của quý vị hay để đảm bảo thực thi một phán quyết. Để biết thêm thông tin về các hoạt động thu nợ, quý vị có thể liên lạc với Federal Trade Commission (Ủy ban Thương mại Liên bang) bằng cách gọi điện thoại tới 1-877-FTC-HELP (382-4357) hoặc liên lạc trực tuyến tại www.ftc.gov.

- Mỗi Bệnh viện cũng sẽ đưa thông báo này cho các bệnh nhân cùng với bất kỳ tài liệu nào cho thấy rằng việc bắt đầu các hoạt động thu hồi nợ có thể xảy ra.
- E. Sẽ không Bệnh viện nào sử dụng các thủ tục pháp lý vì không thanh toán hóa đơn đối với bất kỳ hộ gia đình nào mà trong đó (những) người lao động chính bị thất nghiệp hoặc khi không có các nguồn thu nhập đáng kể.
 - F. Các Bệnh nhân Hội đủ Yêu cầu về Tài chính đáp ứng được kế hoạch thanh toán hàng tháng theo thỏa thuận sẽ không bị giao cho một cơ quan thu hồi nợ hay bị báo cho các cơ quan báo cáo tín dụng.
 - G. Mỗi Bệnh viện đều yêu cầu các cơ quan thu hồi nợ ở bên ngoài phải được Phó Chủ tịch VHS phụ trách Chu kỳ Doanh thu chấp thuận trước khi thực hiện biện pháp pháp lý nào chống lại một người đáp ứng được các yêu cầu đối với Bệnh nhân Hội đủ Yêu cầu về Tài chính theo Chính sách này.
 - H. Mỗi Bệnh viện hay bên được chỉ định của bệnh viện là một cơ sở liên kết hay chi nhánh của Bệnh viện, khi làm việc với các bệnh nhân đủ điều kiện theo bất kỳ phần nào của Chính sách này, sẽ không sử dụng biện pháp khấu trừ lương hay yêu cầu quyền giữ thế chấp đối với nhà ở chính như một biện pháp để thu hồi các hóa đơn bệnh viện chưa được thanh toán của Bệnh nhân Hội đủ Yêu cầu về Tài chính.
 - I. Khi làm việc với các bệnh nhân đủ điều kiện theo bất kỳ phần nào của Chính sách này, một cơ quan thu hồi nợ hay bên được chỉ định khác không phải là chi nhánh hay cơ sở liên kết của một Bệnh viện không được sử dụng biện pháp khấu trừ lương (trừ khi có lệnh của tòa án) hay thông báo hoặc thực hiện bán nơi ở chính của bệnh nhân như một biện pháp thu hồi các hóa đơn bệnh viện chưa được thanh toán.
 - J. Cả Mục VI.G và Mục VI.H của Chính sách này đều không ngăn một Bệnh viện, một cơ quan thu hồi nợ hay bên được chỉ định khác tìm cách thu các khoản bồi hoàn hay thực hiện bất kỳ yêu cầu đền bù nào từ các dàn xếp trách nhiệm của bên thứ ba, bên đền bù thiệt hại hay các bên chịu trách nhiệm pháp lý khác.
 - K. Nếu một bệnh nhân muốn hội đủ điều kiện theo Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện hoặc Chương trình Thanh toán Giám giá và người này đang có nỗ lực thiện chí để dàn xếp thanh toán một hóa đơn quá hạn với một Bệnh viện bằng cách đàm phán một kế hoạch thanh toán kéo dài hoặc bằng cách thực hiện các khoản thanh toán một phần thường xuyên với một số tiền hợp lý, thì Bệnh viện không được gửi hóa đơn chưa thanh toán cho bất kỳ cơ quan thu hồi nợ hay bên được chỉ định nào, trừ khi tổ chức đó đã đồng ý tuân thủ Chính sách này.
 - L. Cả các Bệnh viện và bất kỳ bên được chỉ định hay cơ quan thu hồi nợ nào của Bệnh viện đều sẽ không báo các thông tin bất lợi cho một cơ quan báo cáo tín dụng người tiêu dùng hay tiến hành kiện dân sự chống lại một Bệnh nhân Hội đủ Yêu cầu về Tài chính theo Chương trình Thanh toán Giám giá vì không thanh toán bất kỳ khoản nợ nào của bệnh nhân tại bất kỳ thời điểm nào trước 150 ngày kể từ thời điểm xuất hóa đơn lần đầu. Giai đoạn này phải được gia hạn nếu bệnh nhân có một kháng nghị đang chờ giải quyết đối với bảo hiểm cho các dịch vụ này cho đến khi có quyết định cuối cùng về kháng nghị đó.

M. Không một thông tin nào mà bất kỳ Bệnh viện nào thu thập cho mục đích xác định điều kiện hội đủ để nhận Chăm sóc Thiện nguyện hay Thanh toán Giảm giá sẽ được sử dụng cho các hoạt động thu hồi nợ. Tuy nhiên, Bệnh viện, cơ quan thu hồi nợ hay bên được chỉ định có thể sử dụng thông tin được thu thập độc lập với quy trình xác định điều kiện hội đủ để tham gia Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện hay Chương trình Thanh toán Giảm giá.

VII. Tham khảo

1. California Health & Safety Code (Bộ Luật An Toàn Và Sức Khỏe California) §§ 127400–127446 (Hospital Fair Pricing Policies (Chính sách Định giá Công bằng của Bệnh viện)) và §§ 127450–127462 (Emergency Physician Fair Pricing Policies (Chính sách Định giá Công bằng của Bác sĩ Cấp cứu))
2. California Family Code (Bộ luật Gia đình California) § 297 (Định nghĩa: Bạn tình Ở Cùng)
3. U.S. Department of Health and Human Services (Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ), Hướng dẫn Chuẩn nghèo, có sẵn tại <http://aspe.hhs.gov/poverty/>
4. Internal Revenue Code (Bộ luật Thuế vụ) § 501(c)(3) (Tax-Exempt Organizations (Các Tổ chức Miễn thuế))

VIII. Thực hiện và Đánh giá

Chính sách này phải được thực hiện bởi Chủ tịch và CEO của VHS, Các Chủ tịch và CEO Bệnh viện và Phó Chủ tịch VHS phụ trách Chu kỳ Doanh thu.

Chính sách này phải được xem xét hàng năm để đảm bảo tuân thủ và xem xét mức độ liên quan bởi Chủ tịch và CEO của VHS, Các Chủ tịch và CEO Bệnh viện và Phó Chủ tịch VHS phụ trách Chu kỳ Doanh thu.

IX. Các Tài liệu Đính kèm

- A. Các Bệnh viện Liên kết của Verity
- B1. Số tiền Được lập Hóa đơn Thông thường
- B2. Khung Biến đổi Hỗ trợ Tài chính
- C. Thông báo cho Bệnh nhân
- D. Đơn xin Hỗ trợ Tài chính
- E. Danh sách Phòng của các Bệnh viện Liên kết với Verity



TÀI LIỆU ĐÍNH KÈM A
CÁC BỆNH VIỆN LIÊN KẾT CỦA VERITY

VERITY HEALTH SYSTEM – CÁC ĐỊA ĐIỂM CỦA BỆNH VIỆN:

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



CÁC CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC THIÊN NGUYÊN VÀ THANH TOÁN GIẢM GIÁ

TẤT CẢ ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH CẦN ĐƯỢC GỬI QUA THƯ TỚI:

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

TẤT CẢ CÁC CÂU HỎI VỀ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH CẦN ĐƯỢC GỌI TỚI:

- (888) 874-2585

TÀI LIỆU ĐÍNH KÈM B1

CÁCH TÍNH SỐ TIỀN ĐƯỢC LẬP HÓA ĐƠN THÔNG THƯỜNG

Verity Health System cung cấp hỗ trợ tài chính và chăm sóc thiện nguyện cho bệnh nhân hội đủ các tiêu chuẩn về điều kiện được nêu trong Chính sách Hỗ trợ Tài chính (FAP, Financial Assistance Policy). Sau khi (các) tài khoản của bệnh nhân được giảm bớt theo điều chỉnh hỗ trợ tài chính dựa trên chính sách, bệnh nhân/người bảo lãnh chịu trách nhiệm về phần dư nợ còn lại của mình, không vượt quá số tiền được lập hóa đơn thông thường (AGB) cho những cá nhân có bảo hiểm để chăm sóc khẩn cấp hoặc chăm sóc cần thiết về mặt y khoa. Verity Health System xác định AGB bằng cách sử dụng phương pháp “nhìn lại”. Tỷ lệ phần trăm AGB được tính toán bằng cách sử dụng những yêu cầu thanh toán được Medicare cho phép đối với các dịch vụ với một ngày thanh toán từ năm tài chính trước (tháng 7 - tháng 6). Đối với những yêu cầu thanh toán này, tổng các khoản hoàn lại cho phép được chia cho tổng phí thực tế có liên quan. Tỷ lệ AGB được áp dụng từ ngày 1 tháng 7 hàng năm.

Số tiền được Lập hóa đơn Thông thường cho Năm 2017			
Có hiệu lực ngày 30 tháng 6 năm 2017			
Tên Cơ sở	Điều trị nội trú	Điều trị ngoại trú	
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%	
Những tỷ lệ phần trăm này chỉ áp dụng cho các tài khoản điều trị nội trú cấp tính. SNF và các tài khoản dưới cấp tính không nằm trong phân tích này.			
Nguồn: Phòng Bồi hoàn			

TÀI LIỆU ĐÍNH KÈM B2

KHUNG BIẾN ĐỔI HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

MỨC GIẢM GIÁ LÀ TỶ LỆ PHẦN TRĂM MỨC GIÁ ÁP DỤNG (VÍ DỤ MEDICARE)

MỨC CHUẨN NGHÈO LIÊN BANG VÀ MỨC GIẢM GIÁ LIÊN QUAN												
SỐ NGƯỜI TRONG GIA ĐÌNH HOẶC HỘ GIA ĐÌNH	MỨC CHUẨN NGHÈO LIÊN BANG (FPL) *	200% FPL = 100% Chiết khấu	215% FPL = 90% Chiết khấu	230% FPL = 80% Chiết khấu	245% FPL = 70% Chiết khấu	260% FPL = 60% Chiết khấu	275% FPL = 50% Chiết khấu	290% FPL = 40% Chiết khấu	305% FPL = 30% Chiết khấu	320% FPL = 20% Chiết khấu	335% FPL = 10% Chiết khấu	351% FPL = 0% Chiết khấu
1	\$12,060	\$24,120	\$25,929	\$27,738	\$29,547	\$31,356	\$33,165	\$34,974	\$36,783	\$38,592	\$40,401	\$42,331
2	\$16,240	\$32,480	\$34,916	\$37,352	\$39,788	\$42,224	\$44,660	\$47,096	\$49,532	\$51,968	\$54,404	\$57,002
3	\$20,420	\$40,840	\$43,903	\$46,966	\$50,029	\$53,092	\$56,155	\$59,218	\$62,281	\$65,344	\$68,407	\$71,674
4	\$24,600	\$49,200	\$52,890	\$56,580	\$60,270	\$63,960	\$67,650	\$71,340	\$75,030	\$78,720	\$82,410	\$86,346
5	\$28,780	\$57,560	\$61,877	\$66,194	\$70,511	\$74,828	\$79,145	\$83,462	\$87,779	\$92,096	\$96,413	\$101,018
6	\$32,960	\$65,920	\$70,864	\$75,808	\$80,752	\$85,696	\$90,640	\$95,584	\$100,528	\$105,472	\$110,416	\$115,690
7	\$37,140	\$74,280	\$79,851	\$85,422	\$90,993	\$95,964	\$102,135	\$107,706	\$113,277	\$118,848	\$124,419	\$130,361
8	\$41,320	\$82,640	\$88,838	\$95,036	\$101,234	\$107,432	\$113,630	\$119,828	\$126,026	\$132,224	\$138,422	\$145,033
Đối với mỗi người bổ sung, cộng vào:	\$4,180	\$8,360	\$8,729	\$9,338	\$10,241	\$10,868	\$11,495	\$12,122	\$12,749	\$13,376	\$14,003	\$14,672

* Dựa vào Hướng dẫn về Chuẩn nghèo (Poverty Guidelines) của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh (HHS, Department of Health and Human Services) cho 48 Tiểu bang Trong Nội địa và Quận Columbia, 82 Fed. Reg. 8831-8832 (31 Tháng Một, 2017), có tại <https://aspe.hhs.gov/poverty-guideline>



TÀI LIỆU ĐÍNH KÈM C
THÔNG BÁO CHO BỆNH NHÂN

Các Chương trình Chăm sóc Thiện nguyện và Thanh toán Giảm giá

Để phù hợp với sứ mệnh của mình, các bệnh viện của Verity Health System cung cấp các dịch vụ y tế miễn phí hoặc chi phí thấp cho những người không có khả năng chi trả cho dịch vụ chăm sóc của mình và những người đáp ứng tiêu chuẩn của các chương trình này.

Xin quý vị vui lòng trao đổi về nhu cầu cá nhân của mình với một Cố vấn Tài chính thuộc ban Patient Access (Tiếp cận Bệnh nhân). Sau khi hoàn thành một Đơn xin Hỗ trợ Tài chính, và nộp tất cả các tài liệu bắt buộc, quý vị có thể đủ điều kiện được chiết khấu tài chính như được xác định trong Chính sách Hỗ trợ Tài chính của Verity Health System.

Quý vị có thể liên hệ với Đội ngũ Phụ trách Hỗ trợ Tài chính theo số 888- 874-2585 nếu có bất kỳ thắc mắc nào.



TÀI LIỆU ĐÍNH KÈM D
ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Các tài liệu được sử dụng để xác minh các nguồn lực tài chính của bệnh nhân và thu nhập hộ gia đình trong Đơn xin Hỗ trợ Tài chính có thể bao gồm, nhưng không chỉ:

- Một bản sao bản khai hoàn thuế thu nhập liên bang của năm trước, bao gồm các phụ lục, nếu phù hợp;
- Các bản sao phiếu lương hiện tại, chi phiếu tiền An sinh Xã hội, trợ cấp tàn tật hay trợ cấp thất nghiệp và thư xác nhận điều kiện nhận các khoản đó;
- Một bản sao của bất kỳ Thông báo Quyết định/Thông báo Từ chối Medi-Cal nào;
- Thu nhập hộ gia đình của bệnh nhân và, nếu bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, vợ/chồng hay bạn tình sống chung của bệnh nhân, và bất kỳ trẻ em phụ thuộc nào dưới 21 tuổi, dù có sống tại nhà hay không; nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi, cân nhắc thu nhập của bệnh nhân, cha/mẹ bệnh nhân, người giám hộ hay người chăm sóc là họ hàng, và các trẻ em khác dưới 21 tuổi, dù có sống tại nhà hay không.

Vui lòng nộp đơn đã hoàn tất của quý vị, cùng với tất cả các biểu mẫu yêu cầu, đến địa chỉ sau đây hoặc nộp tại Văn phòng HBRC của Verity tại địa phương của quý vị.

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

Vui lòng lưu ý rằng điều này không đảm bảo rằng hỗ trợ tài chính sẽ được duyệt; và các khoản thanh toán cần được tiếp tục thường xuyên cho đến khi có quyết định chính thức. Đơn của quý vị và thông tin đã cung cấp sẽ được xem xét. Quyết định bằng văn bản sẽ được gửi đến quý vị.

Cảm ơn quý vị đã hợp tác. Chúng tôi mong được sự hỗ trợ của quý vị trong suốt quá trình này. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về đơn đăng ký của mình, vui lòng liên hệ với Đội ngũ Hỗ trợ Tài chính của chúng tôi tại Trung tâm Tài nguyên Phúc lợi Y tế (Health Benefit Resource Center, HBRC) theo số 888-874-2585.



ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH VÀ CHĂM SÓC THIỆN NGUYỆN

HỌ (BỆNH NHÂN)	TÊN	TÊN ĐỆM	SỐ AN SINH XÃ HỘI	NGÀY SINH
ĐỊA CHỈ CƯ TRÚ (ĐỊA CHỈ CỦA CƠ SỞ NẾU LÀ NGƯỜI VÔ GIA CƯ)			TRONG BAO LÂU	ĐIỆN THOẠI
THÀNH PHỐ	TỈNH BANG	ZIP	TÌNH TRẠNG HÔN NHÂN	

HỌ (NGƯỜI BẢO LÃNH NẾU KHÁC Ở TRÊN)	SỐ AN SINH XÃ HỘI	NGÀY SINH
CHỦ LAO ĐỘNG CỦA NGƯỜI BẢO LÃNH (TÊN VÀ ĐỊA CHỈ ĐẦY ĐỦ)		
ĐIỆN THOẠI	TIỀN LƯƠNG HÀNG THÁNG TRƯỚC THUẾ \$	
CHỦ LAO ĐỘNG KHÁC (TÊN VÀ ĐỊA CHỈ ĐẦY ĐỦ)		
ĐIỆN THOẠI	TIỀN LƯƠNG HÀNG THÁNG TRƯỚC THUẾ \$	
NẾU THẤT NGHIỆP, TÊN CỦA CHỦ LAO ĐỘNG CUỐI CÙNG VÀ ĐỊA CHỈ ĐẦY ĐỦ		
NGÀY ĐI LÀM CUỐI CÙNG		

THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH LÀ NGƯỜI PHỤ THUỘC (NẾU CẦN THÊM CHỖ TRỐNG, VUI LÒNG ĐÍNH KÈM THÊM MỘT TRANG GIẤY)	NGÀY SINH	QUAN HỆ	CHỦ LAO ĐỘNG	THU NHẬP HÀNG NĂM
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				



<input type="checkbox"/> THUÊ NHÀ <input type="checkbox"/> SỞ HỮU NHÀ			THU NHẬP HÀNG THÁNG KHÁC \$ <i>GHI RÕ NGUỒN</i>			
NỢ NGƯỜI KHÁC	<small>NỢ AI</small>	<small>DƯ NỢ HIỆN TẠI</small>	<small>THANH TOÁN HÀNG THÁNG</small>	TÀI SẢN	<small>TÊN NGÂN HÀNG & SỐ TÀI KHOẢN</small>	<small>SỐ DƯ TÀI KHOẢN</small>
TIỀN THUÊ/TIỀN MUA TRẢ GÓP				THÀİ KHOẢN VIẾT CHI PHIẾU		
TIỆN ÍCH				TÀI KHOẢN TIẾ KIỂM HOẶC CHỨNG THƯ		
THỰC PHẨM				403(B) HAY 401(K)		
VAY MUA XE				CỔ PHIẾU & TRÁI PHIẾU		
CÁC THẺ TÍN DỤNG (VUI LÒNG LIỆT KÊ DƯỚI ĐÂY)				IRA	<small>TÊN & TÀI KHOẢN CỦA NGƯỜI ĐƯỢC ỦY THÁC. SỐ</small>	
				XE HƠI (NĂM & HÃNG)		
				XE HƠI (NĂM & HÃNG)		
CÁC BÓN PHẬN KHÁC (CẤP DƯỠNG NUÔI CON, CHU CẤP VỢ/CHỒNG CŨ, THANH TOÁN BẢO HIỂM)				CÁC TÀI SẢN KHÁC (KHÔNG BAO GỒM CÁC TÀI SẢN BỔ SUNG)		
THÔNG TIN BỔ SUNG				GIÁ THỊ TRƯỜNG CỦA NHÀ Ở		
CÁC HÓA ĐƠN CÒN NỢ NHỮNG NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ KHÁC				GIÁ TRỊ TIỀN MẶT CỦA BẢO HIỂM		
CHI PHÍ (CÁC) THUỐC KÊ TOA				CÁC TÀI SẢN KHÁC (MÔ TẢ; VÍ DỤ NHƯ NHÀ THỨ HAI)		
TỔNG NỢ				TỔNG TÀI SẢN		

TÔI XÁC NHẬN RẰNG TẤT CẢ CÁC LỜI KHAI TRONG ĐƠN NÀY LÀ ĐÚNG SỰ THẬT VÀ ĐẦY ĐỦ. BẰNG VĂN BẢN NÀY, QUÝ VỊ ĐƯỢC ỦY QUYỀN KIỂM TRA LỊCH SỬ TÍN DỤNG CỦA TÔI ĐỂ ĐÁNH GIÁ VÀ XÉT DUYỆT ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH NÀY.

CHỮ KÝ

NGÀY

TÀI LIỆU ĐÍNH KÈM E

DANH SÁCH KHOA/PHÒNG CỦA CÁC BỆNH VIỆN LIÊN KẾT VỚI VERITY KHÔNG ĐƯỢC BAO TRẢ BỞI CHÍNH SÁCH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH CỦA 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