

**Tên Chính sách:** Chăm sóc Từ thiện và Trợ giúp Tài chính

**Phạm vi:** Chính sách này sẽ bao hàm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết về mặt y tế do Trung tâm Y tế Shore (SMC) cung cấp và không bao gồm các khoản phí dịch vụ chuyên môn liên quan đến các dịch vụ bác sĩ do các tổ chức Giải pháp X-quang Tiên tiến (ARS), Bác sĩ Cấp cứu Bayfront, các Hiệp hội Bệnh lý học Shore (SPA), các Hiệp hội Gây mê Tiên tiến, và các bác sĩ tư vấn và nhà cung cấp dịch vụ khác cung cấp. SMC cam kết sẽ điều trị cho các bệnh nhân trong tình trạng cấp cứu y tế bất kể họ có chi trả được hay không. Chính sách này không có ý định cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe miễn phí hoặc giảm viện phí cho những bệnh nhân có bảo hiểm sức khỏe được giảm trừ cao hoặc được đồng bảo hiểm trừ khi họ đủ điều kiện để được hưởng Trợ giúp Tài chính theo chính sách này. Bất kỳ người nào không có bảo hiểm hoặc không có khả năng chi trả cho SMC toàn bộ hoặc một phần nghĩa vụ tài chính đối với các dịch vụ do SMC cung cấp đều có thể xin chăm sóc từ thiện và trợ giúp tài chính. Những bệnh nhân đang phẫu thuật thẩm mỹ hoặc phẫu thuật chỉnh hình tự chọn không đủ tiêu chuẩn được hưởng chăm sóc từ thiện và trợ giúp tài chính.

**Chính sách:** Trung tâm Y tế Shore cam kết trợ giúp tài chính cho những người không có bảo hiểm, được bảo hiểm dưới mức chi trả, không đủ điều kiện được hưởng các chương trình của chính phủ, hoặc không thể trả tiền cho dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết dựa trên tình hình tài chính cá nhân của họ. SMC cam kết sẽ điều trị cho những bệnh nhân bị thiếu hụt về tài chính với thái độ tôn trọng và sự chu đáo mà trung tâm dành cho tất cả các bệnh nhân của mình. Với chính sách này, SMC dự định thiết lập các thủ tục trợ giúp tài chính phù hợp với luật hiện hành của liên bang, tiểu bang và địa phương.

#### **Định nghĩa:**

**Quy định về Chuẩn nghèo Liên bang (FPG)** - Các hướng dẫn tài chính do chính phủ liên bang ban hành vào đầu mỗi năm dương lịch được sử dụng để xác định các tiêu chí đủ điều kiện được hưởng các chương trình dành cho người nghèo. Có thể xem quy định FPG hiện hành trên trang web của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ tại [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov).

**Bệnh nhân Không có Bảo hiểm-** Một cá nhân không được trang trải bất kỳ dịch vụ chăm sóc sức khỏe bên thứ ba nào bởi (a) công ty bảo hiểm bên thứ ba, (b) chương trình bảo hiểm theo Đạo luật An sinh Thu nhập Hưu trí (ERISA), (c) Chương trình Chăm sóc Sức khỏe Liên bang (bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở Medicare, Medicaid, SCHIP và TRICARE), (d) Phúc lợi Người Lao động, Tài khoản Tiết kiệm Y tế hoặc sự trang trải khác cho toàn bộ hoặc từng phần hóa đơn viện phí, bao gồm cả những yêu cầu đòi bồi thường đối với (các) bên thứ ba được bảo hiểm bởi đơn bảo hiểm mà một pháp nhân của SMC được thay mặt đòi bồi thường, nhưng chỉ khi các khoản thanh toán thực sự được chi trả bởi công ty bảo hiểm đó.

**Gia đình-** Sử dụng định nghĩa của Cục Thống kê Dân số, một nhóm từ hai người trở lên cùng cư trú với nhau và có quan hệ bố con, mẹ con, kết hôn hoặc nhận con nuôi. Theo các quy định của Sở Thuế Vụ, nếu bệnh nhân xác nhận một người nào đó là người phụ thuộc trên tờ khai thuế thu nhập thì họ có thể được coi là người phụ thuộc khi xem xét trợ giúp tài chính.

**Thu nhập Hộ gia đình-** Thu nhập gia đình được xác định theo định nghĩa của Cục Thống kê Dân số, trong đó sử dụng các thu nhập sau đây khi tính toán chuẩn nghèo liên bang:

- Bao gồm các khoản tiền kiếm được, bồi thường thất nghiệp, phúc lợi người lao động, An sinh Xã hội, Trợ cấp An sinh, trợ cấp công cộng, trợ cấp cựu chiến binh, tử tuất, lương hưu hoặc thu nhập hưu trí, lợi tức, cổ tức, tiền cho thuê, tiền bản quyền, thu nhập từ tài sản, tín thác, trợ giúp giáo dục, cấp dưỡng cho vợ sau li dị, trợ giúp nuôi con, trợ cấp từ bên ngoài hộ gia đình và từ các nguồn nhỏ lẻ khác.
- Lợi ích phi tiền mặt (như tem phiếu thực phẩm và trợ cấp nhà ở) không được tính;
- Được xác định trên cơ sở trước thuế
- Không bao gồm lãi hoặc lỗ vốn; và
- Không bao gồm thu nhập của những người không phải họ hàng, ví dụ như người dung ở cùng nhà, là người sống trong cùng một nơi cư trú

**Tài sản** – Được định nghĩa là tiền mặt có trong tay hoặc bất kỳ vật dụng hữu hình nào có thể đổi thành tiền mặt, thông thường trong vòng 30 ngày. Tiền mặt và tài khoản vãng lai, Tài khoản Hưu trí Cá nhân IRA, Tài khoản tiết kiệm 401K, chứng khoán, trái phiếu ngắn hạn sẽ được coi là tài sản dễ thanh khoản. Chứng nhận tiền gửi, quỹ thị trường tiền tệ, trái phiếu, quỹ tương hỗ, và giá trị tiền mặt của hợp đồng bảo hiểm nhân thọ là các ví dụ về các khoản đầu tư có thể đem lại tiền mặt nhanh chóng khi cần thiết. Tài sản hữu hình cũng có thể bao gồm tài sản cố định, như máy móc, nhà cửa, đất đai và hàng tồn kho. Những tài sản sở hữu chung có thể được coi là dễ thanh khoản tùy theo loại tài sản và loại sở hữu. Với mục đích xin trợ giúp tài chính, nhà ở chính của người nộp đơn sẽ không được coi là tài sản để đổi thành tiền.

**Thu nhập Tự doanh-** Được định nghĩa là khoản tiền còn lại sau khi trừ chi phí hoạt động kinh doanh. Cần có mẫu thu nhập và chi tiêu cá nhân hàng tháng và báo cáo thu nhập hàng quý của quý trước để giúp xác định có đủ điều kiện hưởng trợ giúp tài chính hay không.

**Tình trạng Cấp cứu Y tế** - Được định nghĩa là tình trạng tự biểu hiện bằng các triệu chứng cấp tính về mức độ đủ nghiêm trọng (bao gồm cả đau dữ dội) đến nỗi nếu không được chăm sóc y tế ngay lập tức có thể dẫn đến tình trạng nguy hiểm nghiêm trọng cho sức khỏe cá nhân (hoặc sức khỏe thai nhi), suy giảm nghiêm trọng các chức năng cơ thể hoặc rối loạn chức năng nghiêm trọng của bất kỳ cơ quan nào trong cơ thể.

**Cần thiết về mặt Y tế-** Được định nghĩa bởi Medicare là các dịch vụ hoặc các hạng mục hợp lý và cần thiết để chẩn đoán hoặc điều trị bệnh tật hoặc thương tích.

**Chăm sóc Từ thiện Ước định-** Một quyết định rằng một bệnh nhân được suy đoán là đủ điều kiện được hưởng Chăm sóc Từ thiện dựa trên những đánh giá tài chính và lịch sử.

**Chăm sóc Từ thiện** – Chăm sóc Từ thiện có nghĩa là khả năng được nhận “chăm sóc miễn phí”. Những bệnh nhân được bảo hiểm dưới mức dịch vụ y tế cần thiết có liên quan, những người không đủ điều kiện được hưởng trợ cấp chi trả của chính phủ hoặc các bảo hiểm khác, và những người có thu nhập gia đình không vượt quá 200% của Mức Nghèo Liên bang sẽ đủ điều kiện được nhận “chăm sóc miễn phí”.

**Trợ giúp Tài chính** – Trợ giúp Tài chính có nghĩa là những bệnh nhân không có bảo hiểm cho dịch vụ có liên quan và những người không đủ điều kiện để được hưởng trợ cấp chi trả của chính phủ hoặc các bảo hiểm khác, và có thu nhập gia đình trên 200% nhưng không vượt quá 300% Mức Nghèo Liên Bang sẽ đủ điều kiện để nhận Trợ giúp Tài chính dưới dạng một khoản tiền bồi hoàn Medicare theo Số tiền Thường được Ghi Hóa đơn.

**Tiêu chí đủ Điều kiện** - Bất kỳ người nào không có bảo hiểm hoặc không có khả năng chi trả cho SMC toàn bộ hoặc từng phần nghĩa vụ tài chính cho các dịch vụ do SMC cung cấp đều đủ điều kiện xin chăm sóc từ thiện và trợ giúp tài chính. Những bệnh nhân đang phẫu thuật thẩm mỹ hoặc phẫu thuật chỉnh hình tự chọn không đủ điều kiện được hưởng chăm sóc từ thiện và trợ giúp tài chính. Chúng tôi nhận thấy rằng có tỉ lệ nhỏ những người bệnh nhân không được bảo hiểm vẫn có tài sản đáng giá và nhờ thế có khả năng chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Các cá nhân này có thể có thu nhập được miễn thuế hoặc các tài sản khác không được phản ánh trên tờ khai thuế. Chính sách này không có ý định cung cấp dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc mức Biểu phí Medicare cho nhóm những bệnh nhân không được bảo hiểm này. Họ đủ điều kiện để xin giảm viện phí cho trường hợp Bệnh nhân Tự Thanh toán sẽ được đề cập cụ thể trong phần Tham gia của chính sách này.

**Số tiền Thường được Ghi Hóa đơn** - (AGB): Theo Luật Sở Thuế Vụ Số 501 (R) (5), trong trường hợp khẩn cấp hoặc chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác, bệnh nhân đủ điều kiện FAP sẽ không bị tính viện phí cao hơn một cá nhân có bảo hiểm trang trải cho dịch vụ chăm sóc đó.

### **AGB**

Theo Luật Sở Thuế Vụ IRC §501 (r) (5) SMC sử dụng Phương pháp Nhìn-Lại để tính toán AGB. %AGB được tính thường niên và dựa trên tất cả các đơn yêu cầu được phép bởi Phí-Medicare-cho-Dịch-vụ + tất cả các khoản chi trả Bảo hiểm Sức khỏe Cá nhân trong khoảng thời gian 12 tháng, chia cho tổng số phí liên quan đến những đơn yêu cầu đó. %AGB hiện hành sẽ được áp dụng trên tổng viện phí để xác định AGB.

Phần trăm AGB sau khi tính toán cùng với những mô tả cho phần tính toán đi kèm sẽ được cung cấp miễn phí khi được yêu cầu bằng cách gọi điện đến Văn phòng Tư vấn Tài chính số (609)653-3717, nhấn phím 1.

Bất kỳ cá nhân nào được xác định là đủ điều kiện được hưởng trợ giúp tài chính theo FAP này sẽ không bị tính viện phí cao hơn AGB cho bất kỳ dịch vụ khẩn cấp hoặc chăm sóc sức khỏe cần thiết về mặt y tế nào.

Bất kỳ cá nhân nào đủ điều kiện FAP sẽ luôn được tính viện phí ở mức AGB hoặc ở bất kỳ mức giảm giá hiện có nào theo chính sách này tùy theo mức nào thấp hơn.

## Thủ tục:

### ĐÁP ỨNG ĐIỀU KIỆN ĐỂ ĐƯỢC XEM XÉT TRỢ GIÚP TÀI CHÍNH

- Để bắt đầu quy trình xin trợ giúp tài chính, bệnh nhân hoặc người chịu trách nhiệm phải hoàn thành một “Đơn xin Trợ giúp Tài chính ” và cung cấp các chứng từ cần thiết để chứng minh tình hình tài chính của họ.
- Việc cấp trợ giúp tài chính sẽ dựa trên việc xác định nhu cầu tài chính, và sẽ không tính đến tuổi tác, giới tính, chủng tộc, hoặc tình trạng nhập cư, khuynh hướng tình dục, hay tôn giáo.
- Người nộp đơn phải hoàn toàn hợp tác và tuân thủ với tất cả công tác xác minh thu nhập và tài sản được xem xét.
- Chăm sóc y tế của người nộp đơn phải cần thiết về mặt y tế mới được xem xét trợ giúp tài chính. Các dịch vụ y tế chỉ dành cho mục đích phẫu thuật thẩm mỹ và các dịch vụ hoặc các thủ thuật tự chọn sẽ không được xem xét.
- Những tài khoản của người nộp đơn đang trong quá trình kiện cáo pháp lý sẽ không được xem xét. Tuy nhiên, trước khi tiến hành các hành động pháp lý, các cơ quan thu hộ bên ngoài sẽ thông báo cho bệnh viện tất cả các tài khoản có thể đủ tiêu chuẩn được trợ giúp tài chính hoặc tất cả các tài khoản mà bệnh nhân/người đảm bảo đã yêu cầu trợ giúp tài chính.
- Các điều chỉnh trợ giúp tài chính sẽ được áp dụng cho các tài khoản đủ tiêu chuẩn trước khi chuyển đến một cơ quan thu hộ bên ngoài. Trợ giúp có thể dưới hình thức chăm sóc người nghèo khổ hoặc chăm sóc từ thiện.
- Vì bệnh viện rất nỗ lực trong việc truyền thông với bệnh nhân về chương trình trợ giúp tài chính trong suốt quá trình đăng ký và thanh toán, những khoản thu thừa (như các khoản tranh chấp theo định nghĩa của IRS) sẽ không xảy ra trên tài khoản mà bệnh nhân chưa được thông báo về cơ hội có thể xin được trợ giúp tài chính.
- Nếu có đầy đủ thông tin do bệnh nhân cung cấp hoặc thông qua các nguồn khác, đưa ra đủ bằng chứng thì bệnh nhân sẽ được coi là trường hợp từ thiện ước định. Trong trường hợp không có bằng chứng để chứng minh bệnh nhân đó đủ điều kiện được hưởng chăm sóc từ thiện, Trung tâm Y tế Shore có thể thuê đơn vị bên ngoài xác định số tiền thu nhập ước tính để làm cơ sở cho việc quyết định bệnh nhân đó có đủ điều kiện hay không hoặc quyết định các khoản giảm viện phí có thể được hưởng. Trợ giúp Tài chính Ước định sẽ được xác định trước bất kỳ hoạt động thu hộ bên ngoài nào. Các loại tài khoản sau đây có thể được coi là đủ điều kiện được hưởng trợ giúp tài chính mà không cần chứng từ theo Chương trình Từ thiện Ước định 1) Các tài khoản được chuyển cho các cơ quan thu hộ nhưng bị trả lại như là một tài khoản không thể thu hồi, (2) Các vụ phá sản, (3) Các giới thiệu từ các cơ quan cộng đồng được chấp thuận, (4) Không có di sản (chết);

## XÁC ĐỊNH NHU CẦU TÀI CHÍNH

- Nhu cầu tài chính sẽ được xác định thông qua đánh giá cá nhân có thể bao gồm:
  - Một đơn yêu cầu đánh giá tài chính hoàn chỉnh trong đó người nộp đơn được yêu cầu phải hợp tác và cung cấp các chứng từ cần thiết để xác định nhu cầu tài chính.
  - Sử dụng các bên khác để giúp xác định khả năng chi trả của người nộp đơn và trị giá tài sản. Những tài sản phi vật chất như tài khoản ngân hàng, trái phiếu, v.v... sẽ được sử dụng để giúp xác định khả năng chi trả, trong khi những tài sản vật chất như bất động sản, xe cộ, v.v sẽ được sử dụng để giúp xác định tỉ suất nợ.
  - Nỗ lực hợp lý của Trung tâm Y tế Shore để tìm hiểu và hỗ trợ bệnh nhân trong việc xin các nguồn thanh toán và trang trải thay thế từ các chương trình thanh toán công và tư.
  - Sử dụng mô hình phân tích dữ liệu để tìm ra những bệnh nhân có thể đạt tiêu chuẩn hưởng trợ giúp tài chính nhưng chưa yêu cầu trợ giúp này.
- Các quyết định về trợ giúp tài chính sẽ được đưa ra kịp thời, không chậm hơn 15 ngày làm việc sau khi nhận được **đầy đủ** các chứng từ yêu cầu. Nếu tất cả các chứng từ cần thiết được cung cấp trong khi phỏng vấn với cố vấn tài chính, người nộp đơn có thể được thông báo ngay về quyết định tại thời điểm đó. Một quyết định bằng văn bản sẽ được gửi đến cho người nộp đơn trong vòng 15 ngày làm việc.
- Các dịch vụ phẫu thuật không khẩn cấp và các thủ thuật theo kế hoạch khác không khẩn cấp sẽ không được coi là nhu cầu tài chính.
- Nhu cầu trợ giúp tài chính có thể được đánh giá lại bất cứ lúc nào khi bệnh viện biết được các thông tin bổ sung liên quan đến tình trạng đủ điều kiện được hưởng trợ giúp tài chính của bệnh nhân. Đơn xin chỉ có hiệu lực trong vòng 90 ngày.
- Điều chỉnh các tài khoản hỗ trợ tài chính được gửi trước khi nhận được khoản thanh toán từ các công ty bảo hiểm, Medicare, Medicaid, các hãng bảo hiểm trách nhiệm bên thứ ba, hoặc các quyết định giải quyết của tòa án sẽ bị hủy bỏ. Tình huống này có thể xảy ra khi bệnh viện không biết về những bên trả tiền khác hoặc khi bảo hiểm được áp dụng hồi tố.
- Kiểm tra tín dụng có thể được tiến hành cho người nộp đơn và các thành viên trong gia đình để giúp xác định tình hình tài chính tổng thể và trị giá tài sản. Báo cáo tín dụng có thể chỉ được sử dụng trong việc xác định trường hợp từ thiện khi không thể làm đơn xin tài chính. Nếu báo cáo tín dụng của người nộp đơn cho thấy thu nhập hộ gia đình mà người nộp đơn cung cấp là không đúng thực tế, bệnh viện có thể từ chối trợ giúp tài chính.
- Trị giá tài sản và thu nhập hộ gia đình sẽ được cộng vào tổng thu nhập gộp. Thu nhập gộp sẽ được so sánh với Thang trượt phí theo Quy định về Chuẩn Nghèo Liên bang và sẽ áp dụng các mức giảm giá theo đó.

## Chương trình Trợ giúp Thanh toán Chăm sóc Sức khỏe tại các Bệnh viện của New Jersey ("Chăm sóc Từ thiện")

Chương trình Chăm sóc Từ thiện là chương trình của New Jersey trong đó có dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc giảm viện phí dành cho những bệnh nhân điều trị nội trú và ngoại trú tại các bệnh viện chữa bệnh cấp tính trên toàn Bang New Jersey. Trợ giúp bệnh viện và giảm viện phí chỉ dành cho những trường hợp cấp cứu cần thiết hoặc chăm sóc y tế cần thiết khác.

Bệnh nhân có thể đủ điều kiện được hưởng Chăm sóc Từ thiện nếu họ là những cư dân New Jersey và:

- 1) Không có bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm chi trang trải một phần của hóa đơn bệnh viện (không có bảo hiểm hoặc được bảo hiểm dưới mức thanh toán);
- 2) Không đủ điều kiện được hưởng bất kỳ trợ cấp nào do chính phủ tài trợ (như Medicaid); và
- 3) Đáp ứng các tiêu chí yêu cầu về thu nhập và tài sản được mô tả dưới đây.

### Tiêu chí Yêu cầu về Thu nhập

Bệnh nhân với tổng thu nhập gia đình thấp hơn hoặc bằng 200% Mức Nghèo Liên bang ("FPL") đủ điều kiện được chăm sóc từ thiện 100%.

Bệnh nhân với tổng thu nhập gia đình trên 200% nhưng dưới 300% FPL đủ điều kiện được giảm viện phí cho dịch vụ chăm sóc y tế.

### Tiêu chí Tài sản

Chăm sóc Từ thiện bao gồm các ngưỡng yêu cầu về tài sản, quy định tài sản cá nhân không được vượt quá 7.500\$ và tài sản gia đình không được vượt quá 15.000 \$ vào thời điểm sử dụng dịch vụ.

### Tiêu chí về Cư trú

Chăm sóc Từ thiện có thể dành cho cả những cư dân không thuộc New Jersey, yêu cầu phải được chăm sóc y tế ngay lập tức cho tình trạng y tế khẩn cấp.

Có thể xem hướng dẫn về các tiêu chí yêu cầu để được hưởng Chăm sóc Từ thiện do Bang New Jersey quy định và các thông tin bổ sung ở website sau:

[http://www.stote.nj.us/health/charitycare/documents/charitycore\\_foctsheet\\_en.pdf](http://www.stote.nj.us/health/charitycare/documents/charitycore_foctsheet_en.pdf).

**Luật Công của New Jersey về Giảm Viện phí cho Trường hợp Không có Bảo hiểm 2008, C. 60**  
**("Giảm Viện phí cho Trường hợp Không có Bảo hiểm")**

Chính sách Giảm Viện phí cho Trường hợp Không có Bảo hiểm của New Jersey dành cho những bệnh nhân không có bảo hiểm với tổng thu nhập gia đình thấp hơn 500% FPL có thể đủ điều kiện để được giảm giá cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe theo chương trình này. Các cá nhân đủ điều kiện phải là các cư dân New Jersey.

### **Hướng dẫn về Trợ giúp Tài chính**

Trung tâm Y tế Shore áp dụng Quy định về chuẩn Nghèo Liên bang (FPG) vào thời điểm đơn xin được hoàn thành và nộp lên để xác định có đủ điều kiện được hưởng trợ giúp tài chính hay không. Các tiêu chí đặt ra như sau:

- Thu nhập hộ gia đình thấp hơn hoặc bằng 200% FPG là đủ điều kiện được hưởng chăm sóc miễn phí. Trường hợp này được phân loại là chăm sóc người nghèo khổ.
- Thu nhập hộ gia đình trên 200% FPG nhưng thấp hơn hoặc bằng 300% FPG đủ tiêu chuẩn được thanh toán theo mức giảm viện phí dựa trên thang trượt phí. Trường hợp này được phân loại là chăm sóc từ thiện.
- Những người không có bảo hiểm, được bảo hiểm dưới mức chi trả hoặc không đủ tiêu chuẩn được hưởng trợ giúp theo các chương trình của Tiểu bang, Liên bang hoặc địa phương sẽ đủ điều kiện hưởng mức giảm viện phí của bệnh viện. Nếu đủ tiêu chuẩn theo chương trình SMC sẽ được giảm 80% tổng phí liên quan đến dịch vụ chăm sóc đã được cung cấp. Sự giảm viện phí này giúp cho bệnh nhân chỉ trả một khoản viện phí thường thấp hơn số tiền thường được ghi hóa đơn cho những người được bảo hiểm trang trải dựa trên việc xem xét mối quan hệ giữa tổng phí và số tiền viện phí thanh toán cho những dịch vụ chăm sóc cung cấp cho những người được bảo hiểm.

### **Căn cứ để Tính toán Số tiền Viện phí**

Dưới đây tóm tắt căn cứ để tính toán số tiền viện phí đối với những người đủ điều kiện FAP để được hưởng trợ giúp tài chính toàn bộ hoặc một phần theo chính sách này.

#### **Chăm sóc Từ thiện**

Nếu một bệnh nhân đủ điều kiện được Chăm sóc Từ thiện, chi phí trả ngoài của bệnh nhân sẽ được xác định bằng cách sử dụng Biểu phí của Sở Y tế New Jersey (dưới đây).

<b>Thu nhập quy ra Phần trăm theo Quy định về Thu nhập của người nghèo HHS</b>	<b>Phần trăm Viện phí Bệnh nhân phải Trả</b>
Thấp hơn hoặc bằng 200%	0%
Cao hơn 200% nhưng thấp hơn hoặc bằng 225%	20%
Cao hơn 225% nhưng thấp hơn hoặc bằng 250%	40%
Cao hơn 250% nhưng thấp hơn hoặc bằng 275%	60%
Cao hơn 275% nhưng thấp hơn hoặc bằng 300%	80%
Cao hơn 300%	Có mức Giảm Viện phí cho Trường hợp Không có Bảo hiểm

Nếu bệnh nhân ở mức thang trượt phí 20% đến 80% phải trả các chi phí y tế trả ngoài theo tiêu chuẩn vượt quá 30% tổng thu nhập thường niên của họ (là các hóa đơn không được trả bởi các bên khác), thì số tiền vượt quá 30% được xem xét để hưởng trợ giúp thanh toán chăm sóc của bệnh viện.

#### **Giảm Viện phí cho Trường hợp Không có Bảo hiểm**

Theo điều khoản P.L. 89-97 (42.U.S.C.s.1395 et seq) những người đủ tiêu chuẩn sẽ được tính viện phí tương ứng với 115% tỷ lệ thanh toán hiện hành theo chương trình Medicare của Liên bang hoặc AGB (như được nêu dưới đây) cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trả cho bệnh nhân tùy theo mức nào thấp hơn.

### **QUY TRÌNH KHÔNG THANH TOÁN (liên quan đến điều chỉnh tài khoản từng phần hoặc số dư còn lại sau khi thanh toán bảo hiểm)**

Tài khoản của bệnh nhân không được bảo hiểm bởi bên thứ ba cụ thể nào sẽ thực hiện tuân theo chu trình được định sẵn về nhờ thu viện phí bệnh nhân tự trang trải. Bất kỳ tài khoản nào chưa thanh toán còn lại mà chưa làm thủ tục thu xếp thanh toán sau chu trình được định sẵn về nhờ thu viện phí bệnh nhân tự trang trải trong 120 ngày sẽ được chuyển cho cơ quan bên thứ ba để thu hộ. Tài khoản sẽ do cơ quan này thu hộ trong 180 ngày. Sau khoảng thời gian này, nếu không có bất kỳ thỏa thuận thanh toán nào được chấp thuận để trang trải số tiền chưa thanh toán, tài khoản sẽ được chuyển cho một cơ quan thu hộ bên thứ ba khác. Lúc đó, số tiền chưa thanh toán có thể được báo cáo với cơ quan tín dụng, và trong trường hợp này số tiền chưa thanh toán đó sẽ xuất hiện trên báo cáo tín dụng của bên bảo lãnh tài khoản.



## QUY TRÌNH KHÁNG NGHỊ QUYẾT ĐỊNH TỪ CHỐI TRỢ GIÚP TÀI CHÍNH

Người nộp đơn có thể kháng nghị quyết định trợ giúp tài chính trong vòng 15 ngày kể từ ngày thông báo từ chối. Đơn kháng nghị phải được nộp bằng văn bản, dưới dạng thư hoặc thư điện tử, và gửi đến Văn phòng Trung tâm Y tế Shore.

Kháng nghị bằng văn bản vui lòng gửi tới:

Trung tâm Y tế Shore

Kính gửi: Giám đốc Văn phòng Xuất Hóa đơn

Số 100 đường Medical Center

Somers Point, NJ 08244

Kháng nghị bằng thư điện tử vui lòng gửi tới: [jboehler@shoremedicalcenter.org](mailto:jboehler@shoremedicalcenter.org)

Giám đốc Văn phòng Xuất Hóa đơn sẽ trả lời đơn kháng nghị trong vòng 10 ngày làm việc.

## TRUYỀN THÔNG VỀ CHƯƠNG TRÌNH TRỢ GIÚP TÀI CHÍNH

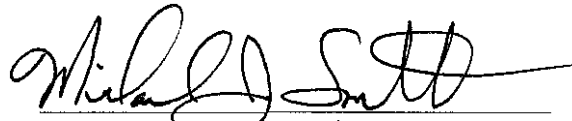
Trung tâm Y tế Shore truyền thông đến bệnh nhân về chương trình trợ giúp tài chính của mình bằng cách đăng và công bố thông tin ở khu vực đăng ký bệnh nhân, các địa điểm công cộng khác trong khắp bệnh viện, trên hóa đơn viện phí và trên trang web của mình. Bài đăng bằng tiếng Anh và tiếng Tây Ban Nha và có trên website hoặc theo yêu cầu như sau:

- Bằng cách hỏi tại khu vực đăng ký bệnh viện hoặc văn phòng tư vấn tài chính
- Bằng cách điện thoại tới số 609-653-3717, nhấn phím 1.
- Bằng cách gửi thư điện tử cho Văn phòng Tư vấn Tài chính tại địa chỉ [FinancialCounseling@ShoreMedicalCenter.org](mailto:FinancialCounseling@ShoreMedicalCenter.org)

Nhóm Tư vấn Tài chính của chúng tôi làm việc từ thứ Hai đến thứ Sáu từ 8h sáng đến 4h30 chiều để phỏng vấn những người nộp đơn và chấp thuận các đơn xin trợ giúp tài chính theo lịch hẹn hoặc trực tiếp tại chỗ.

**Tên Chính sách:** Chính sách Trợ giúp Tài chính

**Tổng Giám Đốc/Giám Đốc Hành chính:**



Chức vụ: Giám đốc Hành chính của Khối Chu trình Doanh thu