

# นโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน

## AMITA HEALTH

### วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ของนโยบายนี้คือเพื่อระบุเกณฑ์ในการจัดการความช่วยเหลือทางการเงินตามระบบ AMITA Health

### นโยบาย

นโยบายนี้เป็นนโยบายขององค์กรที่ระบุในรายชื่อถัดจากย่อหน้านี้ (ชื่อแต่ละชื่อคือแต่ละ "องค์กร") เพื่อให้มั่นใจว่ามีแนวปฏิบัติที่ยุติธรรมต่อสังคมในการให้ความดูแลในกรณีฉุกเฉินหรือการดูแลที่จำเป็นทางการแพทย์ด้านอื่น ๆ ณ สถานที่ของแต่ละองค์กร นโยบายนี้ออกแบบมาเพื่อกล่าวถึงสิทธิ์ในการขอความช่วยเหลือทางการเงินสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือทางการเงิน และการดูแลจากองค์กรโดยเฉพาะ

นโยบายนี้จะปรับใช้กับองค์กรต่อไปนี้ภายในระบบ AMITA Health:

Alexian Brothers Behavioral Health Hospital  
Alexian Brothers Medical Center - Elk Grove  
Holy Family Medical Center – Des Plaines  
Mercy Medical Center - Aurora  
Resurrection Medical Center  
St. Francis Hospital - Evanston  
Saint Joseph Hospital - Chicago  
Saint Joseph Hospital - Elgin  
Saint Joseph Medical Center - Joliet  
Saints Mary and Elizabeth Medical Center  
St. Alexius Medical Center - Hoffman Estates  
St. Mary's Hospital - Kankakee  
Employed Physician Practices (แนวทางปฏิบัติสำหรับแพทย์ที่มีงานทำ)

- A. ความช่วยเหลือทางการเงินทั้งหมดจะสะท้อนให้เห็นถึงความมุ่งมั่นและการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของแต่ละบุคคล และประโยชน์ส่วนรวมของเรา ความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันและความห่วงใยเป็นพิเศษของเราต่อบุคคลยากไร้ และผู้ที่มีฐานะไม่มั่นคงอื่นๆ และความมุ่งมั่นของเราที่จะให้ความยุติธรรมและการดูแลได้กระจายออกไป
- B. นโยบายนี้ใช้กับการให้บริการฉุกเฉินและการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็นอื่น ๆ ที่ให้บริการโดยองค์กร รวมทั้งการบริการแพทย์และสุขภาพเชิงพฤติกรรมที่รับว่าจ้าง นโยบายนี้ไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลที่ไม่ได้อยู่ในภาวะฉุกเฉินและการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็นอื่นๆ
- C. รายชื่อของผู้ให้บริการที่ได้รับความคุ้มครองโดยนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินอยู่ในรายชื่อผู้ให้บริการดูแลทางการแพทย์ภายในสถานที่ของแต่ละองค์กรที่ระบุว่าผู้ให้บริการรายใดบ้างได้รับความคุ้มครองโดยนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินและรายใดไม่ได้รับความคุ้มครอง

# บทนิยาม

## คำจำกัดความเฉพาะนโยบาย

- A. **"501(r)"** หมายถึงมาตรา 501(r) ของบทบัญญัติแห่งประมวลรัษฎากร และข้อบังคับที่ประกาศเป็นไปตามนั้น
- B. **"ยอดเงินที่คิดโดยทั่วไป" หรือ "AGB"**  
หมายถึงยอดเงินที่คิดโดยทั่วไปจากบุคคลที่มีประกันภัยคุ้มครองในกรณีฉุกเฉินและการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็นอื่นๆ
- C. **"ชุมชน"** หมายถึงรัฐอิลลินอยส์ การ "อยู่อาศัยในชุมชน" ตามวัตถุประสงค์ของนโยบายนี้ หมายถึงการเป็นผู้อาศัยในรัฐอิลลินอยส์ - บุคคลที่อาศัยอยู่ในรัฐอิลลินอยส์ และผู้ที่ต้องการอาศัยอยู่ในรัฐอิลลินอยส์อย่างไม่มีกำหนด แต่ไม่ใช่คนที่ย้ายไปอยู่อิลลินอยส์เพื่อรับผลประโยชน์ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยจะได้รับการพิจารณาเป็นสมาชิกชุมชนขององค์กรหากการดูแลรักษาในกรณีฉุกเฉินและการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็นที่ผู้ป่วยนั้นต้องการมีลักษณะต่อเนื่องจากการดูแลในกรณีฉุกเฉินและการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็นซึ่งเคยได้รับจากสถานสุขภาพของ AMITA แห่งอื่น ที่ผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินสำหรับการดูแลรักษาในกรณีฉุกเฉินและการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็นเหล่านั้น
- D. **"การดูแลฉุกเฉิน"** หมายถึง การดูแลเพื่อรักษาสุขภาพทางการแพทย์ที่แสดงออกโดยอาการเฉียบพลันของความรุนแรงที่เพียงพอ (รวมถึงอาการปวดอย่างรุนแรง) ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลจากแพทย์ในทันที อาจส่งผลให้การทำงานของร่างกายเสื่อมลงอย่างรุนแรง ความผิดปกติอย่างร้ายแรงของอวัยวะ หรือทำให้บุคคลตกอยู่ในอันตรายร้ายแรง
- E. **"การดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็น"** หมายถึงการดูแลที่ (1) เหมาะสมและสอดคล้องกับ และจำเป็นสำหรับการป้องกันการวินิจฉัยหรือการรักษาสุขภาพของผู้ป่วย (2) การจัดหาหรือระดับการบริการที่เหมาะสมที่สุดสำหรับสภาพของผู้ป่วยที่สามารถให้บริการได้อย่างปลอดภัย (3) ไม่ได้ให้ไว้เป็นหลักเพื่อความสะดวกของผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย แพทย์ หรือผู้ดูแล และ (4) มีแนวโน้มที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากกว่าเป็นอันตราย การดูแลตามกำหนดการในอนาคตจะกลายเป็น "การดูแลที่จำเป็นทางการแพทย์" การดูแลและระยะเวลาที่จำเป็นจะต้องได้รับการอนุมัติจากประธานฝ่ายการแพทย์ขององค์กร (หรือผู้ที่ได้รับการแต่งตั้ง) แล้ว การพิจารณาการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องทำขึ้นโดยผู้ให้บริการที่มีใบอนุญาตและเป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยนั้นและขึ้นอยู่กับดุลยพินิจขององค์กร และโดยแพทย์ที่รับเข้ารักษา แพทย์ที่ส่งผู้ป่วยต่อ และ/หรือประธานฝ่ายการแพทย์ หรือแพทย์ผู้ตรวจสอบรายอื่น (พิจารณาจากรูปแบบของการดูแลที่แนะนำ) ในกรณีที่การดูแลที่ร้องขอโดยผู้ป่วยที่ครอบคลุมโดยนโยบายนี้ถูกพิจารณาว่าไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์โดยแพทย์ที่ตรวจสอบ การตัดสินใจนั้นจะต้องได้รับการยืนยันจากแพทย์ที่รับเข้ารักษาหรือแพทย์ที่ส่งต่อ
- F. **"องค์กร"** หมายถึง AMITA Health และหน่วยงานอื่น ๆ ภายใต้ขอบเขตของนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินตามที่ได้ระบุไว้ในหมวด II ด้านบน
- G. **"ผู้ป่วย"** หมายถึงบุคคลที่ได้รับการดูแลในกรณีฉุกเฉินและการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็นที่องค์กร และบุคคลที่เป็นผู้รับผิดชอบด้านการเงินสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วย
- H. **"การให้คะแนนแบบสันนิษฐาน"** หมายถึงการใช้แหล่งข้อมูลของบุคคลที่สาม ซึ่งอาจรวมถึงบันทึกสาธารณะหรือวัตถุประสงค์อื่นๆ และวิธีการที่ถูกต้องเหมาะสมในการประเมินสิทธิ์ของผู้ป่วยสำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน

- I. “ผู้ป่วยไม่มีประกัน” หมายถึงผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการคุ้มครองภายใต้นโยบายการประกันสุขภาพ และไม่ได้รับผลประโยชน์ภายใต้การประกันสุขภาพของรัฐหรือเอกชน ผลประโยชน์ด้านสุขภาพหรือโปรแกรมการประกันสุขภาพอื่นๆ รวมถึงแผนประกันสุขภาพที่ลดหย่อนสูง ค่าตอบแทนแรงงาน ประกันอุบัติเหตุรับผิดชอบ หรือความรับผิดชอบของบุคคลที่สามอื่นๆ

## ขั้นตอนที่จำเป็น

### A. ความช่วยเหลือทางการเงินที่อธิบายในส่วนนี้ จำกัดเฉพาะผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่:

1. ผู้ป่วยที่มีรายได้ไม่เกิน 250% ของรายได้ที่เป็นระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง ("FPL") จะมีสิทธิ์ได้รับส่วนลด 100%  
ในค่าใช้จ่ายส่วนที่ผู้ป่วยพึงรับผิดชอบหลังจากที่ผู้ประกันได้ชำระเงินไปแทนแล้ว หากมีผู้ป่วยรายดังกล่าวได้รับการพิจารณาแล้วว่ามีสิทธิ์ตามการคิดคะแนนแบบสันนิษฐาน (ที่จะได้อธิบายในย่อหน้า 5 ด้านล่าง) หรือได้ส่งใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน ("ใบสมัคร") ภายในวันที่ 240  
หลังจากหนังสืออนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลฉบับแรกและใบสมัครดังกล่าวได้รับการอนุมัติจากองค์กรแล้ว ผู้ป่วยจะมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินมากถึง 100% หากผู้ป่วยส่งใบสมัครภายในวันที่ 240  
หลังจากหนังสืออนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลฉบับแรก แต่จำนวนเงินช่วยเหลือที่ผู้ป่วยประเภทนี้จะได้รับนั้นจะจำกัดอยู่ที่จำนวนเงินที่ผู้ป่วยยังไม่ได้ชำระหลังจากที่ได้พิจารณาการชำระเงินใด ๆ จากบัญชีของผู้ป่วยแล้ว  
ผู้ป่วยที่มีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินประเภทนี้จะไม่ถูกเรียกเก็บเงินมากกว่าค่าบริการ AGB ที่คำนวณไว้
2. ภายใต้ข้อกำหนดอื่นๆ ของนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินนี้ ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันซึ่งมีรายได้สูงกว่า 250% ของ FPL แต่ไม่เกิน 600% ของ FPL จะได้รับส่วนลดแบบขั้นบันไดในส่วนของค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการ  
ผู้ป่วยที่มีประกันและมีรายได้สูงกว่า 250% ของ FPL แต่ไม่เกิน 400% ของ FPL จะได้รับส่วนลดแบบขั้นบันไดในส่วนของค่าใช้จ่ายสำหรับบริการที่ผู้ป่วยรับผิดชอบตามคำอธิบายของแผนประกันผลประโยชน์  
ส่วนลดดังกล่าวจะใช้ได้หลังจากที่ผู้ป่วยส่งใบสมัครภายในวันที่ 240  
หลังจากหนังสืออนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลฉบับแรกและใบสมัครนั้นได้รับการอนุมัติจากองค์กรแล้ว  
ผู้ป่วยจะมีสิทธิ์ได้รับส่วนลดแบบขั้นบันไดสำหรับความช่วยเหลือทางการเงินหากผู้ป่วยส่งใบสมัครภายในวันที่ 240 หลังจากหนังสืออนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลฉบับแรก แต่จำนวนเงินช่วยเหลือที่ผู้ป่วยประเภทนี้จะได้รับนั้นจะจำกัดอยู่ที่จำนวนเงินที่ผู้ป่วยยังไม่ได้ชำระหลังจากที่ได้พิจารณาการชำระเงินใด ๆ จากบัญชีของผู้ป่วยแล้ว  
ผู้ป่วยที่มีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินประเภทนี้จะไม่ถูกเรียกเก็บเงินมากกว่าค่าบริการ AGB ที่คำนวณไว้

ส่วนลดแบบขั้นบันไดเป็นดังนี้ (FPL - รายได้ที่เป็นระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง)

ส่วนลดแบบขั้นบันไดสำหรับผู้ป่วยไม่มีประกัน	%	ส่วนลดแบบขั้นบันไดสำหรับผู้ป่วยมีประกัน	%
0% - 250% FPL	100%	0% - 250% FPL	100%
251% - 300% FPL	95%	251% - 300% FPL	95%
301% - 400% FPL	90%	301% - 400% FPL	90%
401% - 600% FPL	85%		

3. ภายใต้ข้อกำหนดอื่น ๆ ของนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินนี้ ผู้ป่วยที่มีรายได้เกินกว่า 600% (ที่ไม่มีประกัน) และ 400% (มีประกัน) ของ FPL อาจมีสิทธิ์จะได้รับความช่วยเหลือทางการเงินได้จาก "แบบตรวจสอบรายได้" เพื่อรับส่วนลดบางส่วนสำหรับค่าบริการของผู้ป่วยจากองค์กร โดยพิจารณาจากนี้ทางการแพทย์ทั้งหมดของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะมีสิทธิ์จะได้รับความช่วยเหลือทางการเงินได้ตามแบบตรวจสอบรายได้หากผู้ป่วยมีหนี้ทางการแพทย์สูง ซึ่งรวมถึงหนี้ทางการแพทย์ที่มีต่อผู้ให้บริการด้านสุขภาพภายใน AMITA Health และผู้ให้บริการด้านสุขภาพรายอื่น ๆ
- สำหรับการดูแลในกรณีฉุกเฉินและการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็น ซึ่งมีปริมาณไม่ต่ำกว่ารายได้สุทธิของครอบครัวผู้ป่วย ระดับความช่วยเหลือทางการเงินที่จะได้รับจากแบบตรวจสอบรายได้นั้นมีปริมาณเท่ากับระดับของผู้ป่วยที่มีรายได้เกินกว่า 600% (ที่ไม่มีประกัน) และ 400% (มีประกัน) ของ FPL ตามย่อหน้า 2 ด้านบน หากผู้ป่วยรายนั้นยื่นใบสมัครภายในวันที่ 240 นับแต่วันที่ได้รับหนังสืออนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลฉบับแรก และใบสมัครนั้นได้รับการอนุมัติจากองค์กรแล้ว ผู้ป่วยจะมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินในรูปของส่วนลดจากแบบตรวจสอบรายได้ได้หากผู้ป่วยส่งใบสมัครภายในวันที่ 240 นับแต่วันที่ได้รับหนังสืออนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลฉบับแรก แต่จำนวนเงินช่วยเหลือที่ผู้ป่วยประเภทนี้จะได้รับนั้นจะจำกัดอยู่ที่จำนวนเงินที่ผู้ป่วยยังไม่ได้ชำระหลังจากที่ได้พิจารณาการชำระเงินใด ๆ จากบัญชีของผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยที่มีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินประเภทนี้จะไม่ถูกเรียกเก็บเงินมากกว่าค่าบริการ AGB ที่คำนวณไว้
- นอกจากนี้ สำหรับผู้ป่วยไม่มีประกันที่มีคุณสมบัติผ่านเกณฑ์จะได้รับส่วนลดแบบขั้นบันไดตามที่ได้ระบุไว้ในย่อหน้า 2 ด้านบน การเรียกเก็บเงินในระยะเวลา 12 เดือนจะมียอดสูงสุดไม่เกิน 20% ของรายได้ภายในครอบครัวของผู้ป่วย
4. ผู้ป่วยอาจมีคุณสมบัติไม่เหมาะสมจะได้รับความช่วยเหลือทางการเงินตามที่ได้ระบุในย่อหน้า 1 ถึง 3 ด้านบนหากผู้ป่วยรายดังกล่าวได้รับการพิจารณาแล้วว่ามีทรัพย์สินเพียงพอในการชำระเงินตาม "แบบทดสอบทรัพย์สิน" แบบทดสอบทรัพย์สินประกอบด้วยการประเมินความสามารถในการชำระเงินของผู้ป่วยอย่างแท้จริงโดยพิจารณาจากประเภทของทรัพย์สินที่ประเมินเอาไว้ในใบสมัคร FAP ผู้ป่วยที่มีทรัพย์สินดังกล่าวเกินกว่า 600% ของยอด FPL ของตนเองไม่มีสิทธิ์จะได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน
5. สิทธิในการได้รับความช่วยเหลือทางการเงินอาจถูกประเมินในช่วงระยะเวลาใดก็ได้ในวงจรรายได้ และอาจมีการใช้การคิดคะแนนแบบสันนิษฐานเข้ามาประกอบสำหรับผู้ป่วยที่มีปริมาณค่าใช้จ่ายที่ยังไม่ชำระมากเพียงพอภายใน 240 วันแรกหลังจากที่ได้รับหนังสืออนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลฉบับแรกเพื่อนำมาประเมินสิทธิในการได้รับการดูแลเพื่อการกุศล 100% โดยไม่พิจารณาถึงการที่ผู้ป่วยไม่ได้ยื่นใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน ("ใบสมัคร FAP") การพิจารณาคณะสมบัติที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับทำให้คะแนนแบบสันนิษฐานใช้เฉพาะกับขั้นตอนการดูแลที่ดำเนินการให้คะแนนแบบสันนิษฐาน
- ผู้ป่วยที่แสดงอย่างน้อยหนึ่งในเกณฑ์ต่อไปนี้จะถือว่ามีสิทธิ์ได้รับการดูแลเพื่อการกุศล 100%: ไม่มีที่อยู่อาศัย เสียชีวิตโดยไม่มีมรดก ไร้ความสามารถทางสุขภาพจิตและไม่มีใครทำหน้าที่แทนผู้ป่วย มีสิทธิ์ได้รับ Medicaid แต่ไม่ใช่ในวันที่ให้บริการหรือสำหรับบริการที่ไม่ได้รับความคุ้มครองการลงทะเบียน Medicaid ในรัฐอื่นที่องค์กรไม่ได้และไม่ได้ตั้งใจที่จะเป็นผู้ให้บริการที่เข้าร่วมและการมีส่วนร่วม

ใน Medicaid แต่เกินระยะเวลาการเข้าพักใดๆ

หมวดหมู่ที่ได้รับคำสั่งเพิ่มเติม ได้แก่การลงทะเบียนในโปรแกรมต่อไปนี้:  
โครงการโภชนาการสำหรับผู้หญิง เด็กทารก และเยาวชน (WIC);  
โครงการความช่วยเหลือด้านโภชนาการเพิ่มเติม (SNAP);  
โครงการอาหารกลางวันและอาหารเข้าฟรีในรัฐอิลลินอยส์;  
โครงการให้ความช่วยเหลือด้านพลังงานในบ้านที่มีรายได้น้อย(LIHEAP);  
การลงทะเบียนในโครงการชุมชนที่จัดขึ้นทำให้เข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ประเมินและ  
จัดทำเอกสารจำกัดสถานะทางการเงินที่มีรายได้น้อยได้ต่ำเป็นเกณฑ์;  
และการรับความช่วยเหลือแบบให้เปล่าสำหรับบริการทางการแพทย์

6. สำหรับผู้ป่วยที่เข้าร่วมในแผนประกันภัยที่พิจารณาว่าองค์กรมีลักษณะ "นอกเครือข่าย"  
องค์กรสามารถลดหรือปฏิเสธความช่วยเหลือทางการเงินที่ผู้ป่วยพึงได้รับได้เมื่อพิจารณาจากกา  
รตรวจสอบข้อมูลด้านประกันภัยของผู้ป่วย รวมถึงข้อเท็จจริงและบริบทอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
7. ผู้ป่วยอาจร้องเรียนการปฏิเสธสิทธิรับความช่วยเหลือทางการเงินโดยการให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่อง  
ค์กรภายในสิบสี่ (14) วันนับจากวันที่ได้รับแจ้งการปฏิเสธ  
การอุทธรณ์ทั้งหมดจะได้รับการตรวจสอบโดยองค์กรเพื่อพิจารณาขั้นสุดท้าย  
หากการพิจารณาขั้นสุดท้ายยืนยันการปฏิเสธการให้ความช่วยเหลือทางการเงินครั้งก่อน  
จะมีการส่งแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรไปยังผู้ป่วย  
ขั้นตอนสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวที่จะอุทธรณ์ต่อการตัดสินใจขององค์กรเกี่ยวกับคุณสมบัติที่เห  
มาะสมสำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน คือดังต่อไปนี้:

- a. การอุทธรณ์ควรเริ่มต้นโดยบริการทางการเงินสำหรับผู้ป่วยเพื่อการตรวจสอบและคำถามเพิ่มเติม หากมี
- b. จากนั้นคณะกรรมการจะประชุมเป็นประจำทุกเดือนเพื่อทบทวนการอุทธรณ์ทั้งหมด สมาชิกของคณะกรรมการควรประกอบด้วยตัวแทนจากบริการทางการเงินสำหรับผู้ป่วย บุรณาการจากฝ่ายงานต่างๆ ฝ่ายจัดการเคส/ฝ่ายบริการสังคมและฝ่ายการเงิน/ประธานฝ่ายการเงิน  
จะมีการส่งการอุทธรณ์ไปยังสมาชิกคณะกรรมการก่อนการประชุมคณะกรรมการประจำเดือนเพื่อพิจารณา
- c. ตัวแทนผู้ให้บริการทางการเงินควรอยู่ที่ประชุมคณะกรรมการเพื่อหารือเกี่ยวกับแต่ละกรณี และให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่ผู้ป่วยอาจระบุ
- d. คณะกรรมการจะตรวจสอบใบสมัคร FAP ของผู้สมัครโดยให้ความสนใจเป็นพิเศษกับข้อมูลเพิ่มเติมและคะแนนที่ทำโดยผู้สมัครในกระบวนการอุทธรณ์
- e. คณะกรรมการอาจอนุมัติ ไม่อนุมัติ หรือเลื่อนการอุทธรณ์ออกไป คณะกรรมการอาจเลื่อนการอุทธรณ์ออกไปหากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม โดยอิงจากคำถามที่ถามในระหว่างการหารือการอุทธรณ์
- f. ฝ่ายบริการทางการเงินสำหรับผู้ป่วยจะแจ้งผลการร้องเรียนต่อผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวเป็นลายลักษณ์อักษร

## B. การช่วยเหลืออื่นๆ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิ์ได้รับการช่วยเหลือทางการเงิน

ผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิ์ได้รับการช่วยเหลือทางการเงินตามที่อธิบายไว้ข้างต้น อาจยังคงมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือประเภทอื่นๆ ที่นำเสนอโดยองค์กร เพื่อความครบถ้วน ประเภทความช่วยเหลืออื่นๆ ถูกแสดงรายการในที่นี้ แม้ว่าพวกเขาจะไม่จำเป็นต้องใช้และไม่ได้มีวัตถุประสงค์ที่จะอยู่ภายใต้การ 501 (r) แต่จะมีการรวมอยู่ที่นี้เพื่อความสะดวกของชุมชนซึ่งให้บริการโดยองค์กร

1. ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันที่ไม่ได้มีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจะได้รับส่วนลดโดยอ้างอิงจากส่วนลดที่ให้กับผู้จ่ายเงินสูงสุดสำหรับองค์กรนั้น  
ผู้จ่ายเงินสูงสุดต้องจ่ายเงินเป็นจำนวนอย่างน้อย 3% ของประชากรขององค์กรตามที่วัดโดยปริมาณ หรือ รายรับรวมจากผู้ป่วย  
ถ้าผู้จ่ายเงินรายเดียวจ่ายเงินไม่ถึงระดับขั้นต่ำของปริมาณนี้  
สัญญาของผู้จ่ายเงินมากกว่าหนึ่งรายควรเฉลี่ยเงินไขการชำระเงินนั้น  
ซึ่งใช้ในการถัวเฉลี่ยให้ถึงอย่างน้อย 3% ของรายรับของธุรกิจองค์กรสำหรับปีนั้นๆ
2. ผู้ป่วยที่มีประกันและไม่มีประกันที่ไม่ได้รับสิทธิ์สำหรับการช่วยเหลือทางการเงินอาจได้รับส่วนลดในทันที  
อาจมีการเสนอส่วนลดในทันทีนอกเหนือจากส่วนลดที่ไม่มีประกันซึ่งอธิบายไว้ในย่อหน้าก่อนหน้า

## C. ข้อจำกัดเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยได้รับสิทธิ์การช่วยเหลือทางการเงิน

1. ผู้ป่วยที่ได้รับสิทธิ์การช่วยเหลือทางการเงินจะไม่ถูกเรียกเก็บเป็นรายบุคคลมากกว่า AGB สำหรับกรณีฉุกเฉิน และการดูแลทางการแพทย์อื่นๆ ที่จำเป็น และไม่เกินค่าใช้จ่ายยอดรวมสำหรับการดูแลทางการแพทย์อื่นๆ ทั้งหมด  
องค์กรจะคำนวณเปอร์เซ็นต์ค่า AGB อย่างน้อยหนึ่งรายการโดยใช้วิธีแบบ "look-back" และจะคิดค่าบริการสำหรับ Medicare และค่าประกันสุขภาพจากบริษัทเอกชนที่ชำระค่าประกันแก่องค์กรตาม 501(r)

## 2. สามารถรับสำเนาใบอธิบายการคำนวณค่าและเปอร์เซ็นต์ AGB

ได้โดยไม่มีค่าใช้จ่ายผ่านเว็บไซต์ขององค์กร หรือติดต่อหมายเลข 888-693-2252 หรือติดต่อผ่านที่อยู่อีเมลที่ [amitafinancialassistance@amitahealth.org](mailto:amitafinancialassistance@amitahealth.org) หรือเขียนจดหมายส่งมาที่:

AMITA Health PFS  
Attention: Financial Assistance Department  
1000 Remington Blvd., Suite 110  
Bolingbrook, IL 60440

### D. การยื่นขอความช่วยเหลือทางการเงิน และความช่วยเหลืออื่นๆ

ผู้ป่วยที่อาจมีคุณสมบัติสำหรับการขอความช่วยเหลือทางการเงินผ่านสิทธิ์จากคะแนนแบบสันนิษฐาน หรือโดยการยื่นการขอความช่วยเหลือทางการเงิน โดยการส่งใบสมัคร FAP ที่กรอกแล้ว สามารถเข้าถึงใบสมัคร FAP และคำแนะนำในการสมัคร FAP ได้ผ่านเว็บไซต์ขององค์กร หรือติดต่อหมายเลข 888-693-2252 หรือติดต่อผ่านที่อยู่อีเมล [amitafinancialassistance@amitahealth.org](mailto:amitafinancialassistance@amitahealth.org) หรือเขียนจดหมายส่งมายังที่อยู่นี้:

AMITA Health PFS  
Attention: Financial Assistance Department  
1000 Remington Blvd., Suite 110  
Bolingbrook, IL 60440

องค์กรจะแจ้งให้ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันประสานงานกับที่ปรึกษาด้านการเงินในการสมัคร Medicaid หรือโปรแกรมความช่วยเหลือสาธารณะอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับการพิจารณาว่าอาจมีสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน (เว้นแต่จะมีคุณสมบัติและได้รับการอนุมัติผ่านการคิดคะแนนโดยสันนิษฐาน) ผู้ป่วยอาจถูกปฏิเสธความช่วยเหลือทางการเงินหากผู้ป่วยให้ข้อมูลเท็จในใบสมัคร FAP หรือเกี่ยวข้องกับกระบวนการตรวจสอบสิทธิ์โดยการให้คะแนนแบบสันนิษฐาน หากผู้ป่วยปฏิเสธที่จะมอบหมายเงินประกันหรือสิทธิ์ที่จะจ่ายโดยตรงจากบริษัทประกันภัยที่อาจมีภาระผูกพันที่จะต้องจ่ายสำหรับการดูแล หรือถ้าผู้ป่วยปฏิเสธที่จะทำงานกับที่ปรึกษาทางการเงินเพื่อสมัคร Medicaid หรือโปรแกรมความช่วยเหลือสาธารณะอื่นๆ ซึ่งผู้ป่วยได้รับการพิจารณาว่ามีคุณสมบัติเพื่อรับความช่วยเหลือทางการเงิน (ยกเว้นกรณีที่มีสิทธิ์และได้รับการอนุมัติผ่านการให้คะแนนแบบสันนิษฐาน) องค์กรอาจพิจารณาใบสมัคร FAP ที่กรอกเสร็จสมบูรณ์ภายในหกเดือนก่อนวันกำหนดสิทธิ์ใดๆ ในการพิจารณาเกี่ยวกับการมีสิทธิ์รับการดูแลในปัจจุบัน องค์กรจะไม่พิจารณาใบสมัคร FAP ที่กรอกไว้เกินกว่าหกเดือนก่อนวันกำหนดสิทธิ์ใดๆ

### E. การเรียกเก็บเงินและการเก็บเงิน

การดำเนินการที่องค์กรอาจใช้ในกรณีที่มีการไม่ชำระ ได้อธิบายไว้ต่างหากในนโยบายเรียกเก็บเงินและการเก็บเงิน สามารถรับสำเนานโยบายการคิดและเรียกเก็บค่าใช้จ่ายได้โดยไม่มีค่าใช้จ่ายผ่านเว็บไซต์ขององค์กร หรือติดต่อหมายเลข 888-693-2252 หรือติดต่อผ่านที่อยู่อีเมล [amitafinancialassistance@amitahealth.org](mailto:amitafinancialassistance@amitahealth.org) หรือเขียนจดหมายส่งมาที่:

AMITA Health PFS  
Attention: Financial Assistance Department  
1000 Remington Blvd., Suite 110  
Bolingbrook, IL 60440

### F. การตีความ

นโยบายนี้ รวมถึงแนวทางที่ปรับใช้ได้อื่น ๆ ทั้งหมด มีเจตจำนงให้เป็นไปตาม และให้ตีความหมาย รวมถึงปรับใช้ตาม 501(r) เว้นแต่จะได้ระบุไว้เป็นอย่างอื่นโดยเฉพาะ



# การอ้างอิง

- a. นโยบายการบริหารการเรียกเก็บเงิน #600 – ความช่วยเหลือทางการเงินสำหรับผู้ที่ต้องการ
- b. แบบฟอร์มใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน
- c. ข้อมูลสรุปภาพรวมของนโยบายการให้ความช่วยเหลือทางการเงิน
- d. รายชื่อของผู้ให้บริการที่ได้รับความคุ้มครองและไม่ได้รับความคุ้มครองภายใต้นโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน
- e. จำนวนเงินที่เรียกเก็บโดยทั่วไป