

## ASCENSION WISCONSIN

مالی معاونت کی ثانوی پالیسی - NHSC  
2025/1/2

### پالیسی/اصول

یہ اس پیراگراف کے نیچے فہرست شدہ اداروں (جن میں سے ہر ایک کو ”ادارہ“ کہا جاتا ہے) کی پالیسی ہے تاکہ ادارے کی سہولیات میں ہنگامی یا طبی طور پر دیگر ضروری نگہداشت فراہم کرنے کے لیے سماجی طور پر منصفانہ طرز عمل کو یقینی بنایا جائے۔ یہ پالیسی خاص طور پر مالی معاونت کی اہلیت کے حوالے سے ان مریضوں کے لیے ترتیب دی گئی ہے، جنہیں مالی معاونت کی ضرورت ہے اور ادارے کی جانب سے نگہداشت حاصل کرتے ہیں۔ یہ پالیسی Ascension Wisconsin میں شامل درج ذیل اداروں میں سے ہر ایک پر لاگو ہوتی ہے:

St Joseph's - Women's Outpatient Center and All Saints/AMG - WI Avenue Family Practice

1. تمام مالی معاونت، انفرادی انسانی وقار اور فلاح عامہ کے لیے ہمارے عزم و احترام، غربت میں زندگی گزارنے والے افراد اور دیگر غیر محفوظ افراد کے لیے ہماری خصوصی تشویش اور ان کے ساتھ ہماری یکجہتی، نیز تقسیم میں انصاف اور سرپرستی کے حوالے سے ہمارے عزم کی عکاس ہو گی۔
2. اس پالیسی کا اطلاق تمام ہنگامی اور طبی لحاظ سے ضروری دیگر نگہداشت پر ہوتا ہے جو ادارے کی جانب سے فراہم کی جاتی ہیں، بشمول ملازمت یافتہ فزیشن کی خدمات اور روجہ جاتی صحت۔ اس پالیسی کا اطلاق ایسی نگہداشت کے اخراجات پر نہیں ہوتا جو ہنگامی اور طبی لحاظ سے ضروری نگہداشت کے زمرے میں شامل نہ ہو۔
3. مالی معاونت کی پالیسی کے تحت احاطہ کیے جانے والے فراہم کنندگان کی فہرست، ادارے کی سہولیات میں علاج فراہم کرنے والے کسی بھی فراہم کنندگان کی ایک فہرست فراہم کرتی ہے جو یہ واضح کرتی ہے کہ کون سے ادارے مالی معاونت کی پالیسی کے تحت آتے ہیں اور کون سے نہیں۔

### تعریفات

اس پالیسی کے مقاصد کے لیے، مندرجہ ذیل تعریفات کا اطلاق ہو گا:

- ”501(r)“ کا مطلب ہے انٹرنل ریونیو کوڈ کا سیکشن 501(r) اور اس کے تحت جاری کردہ ضوابط
- ”عام طور پر بل شدہ رقم“ یا ”AGB“ سے مراد ایمرجنسی اور دیگر طبی طور پر ضروری نگہداشت کے حوالے سے وہ رقم ہے جو عام طور پر ان افراد کو بطور بل دی جاتی ہے جن کے پاس ایسی نگہداشت کے لیے انشورنس ہوتی ہے۔
- ”کمیونٹی“ سے مراد وسکونسن کی کوئی بھی کاؤنٹی ہے جس میں Ascension WI کی سہولت یا کلینک موجود ہے، جس میں آؤٹے گمی، وینابیگو، کیلیومیٹھ، میراتھن، پورٹیج، لنکن، اونیڈا، ویلاس، کلارک، ملوکی، واکشا، اوزاکی، واشنگٹن، ریسین، کینوشا اور جیفرسن کاؤنٹیز بلاتحدید شامل ہیں۔ مریض کو اس صورت میں بھی ادارے کی کمیونٹی کا حصہ سمجھا جائے گا، کہ جب اسے فراہم کردہ ہنگامی اور طبی لحاظ سے ضروری نگہداشت ایسی کسی دوسری Ascension Health کی سہولت میں موصول ہونے والی ہنگامی اور طبی لحاظ سے ضروری نگہداشت کا تسلسل ہو، جہاں مریض اس ہنگامی اور طبی طور پر ضروری نگہداشت کے لئے مالی معاونت کا اہل قرار پایا ہو۔
- ”ہنگامی نگہداشت“ سے مراد ایک ایسی طبی حالت ہے جو علامات کی انتہائی سنگین شدت (جس میں شدید درد بھی شامل ہے) کی صورت میں ظاہر ہو، جس کے لیے فوری طبی امداد نہ ملنے سے معقول طور پر یہ نتیجہ سامنے آنے کی توقع کی جا سکتی ہو کہ:

1. فرد کی صحت یا حاملہ خاتون کی صورت میں اس خاتون یا اس کے نامولود بچے کی صحت کو شدید خطرہ ہو سکتا ہے؛
  2. جسمانی افعال میں شدید خرابی؛ یا
  3. جسمانی عضو یا کسی حصے کی سنگین خرابی؛ یا
  4. ایسی حاملہ خاتون کی صورت میں کہ جو درد زہ میں مبتلا ہو؛
- a. پیدائش سے پہلے کسی دوسرے ہسپتال میں محفوظ منتقلی کے لیے مناسب وقت موجود ہو؛ یا
  - b. یہ منتقلی عورت یا نامولود بچے کی صحت یا سلامتی کے لیے خطرہ بن سکتی ہو۔

• ”طبی طور پر ضروری نگہداشت“ سے مراد وہ نگہداشت ہے جو (1) مریض کی بیماری کی روک تھام، تشخیص، یا علاج کے لیے موزوں، ہم آہنگ اور ضروری ہو؛ (2) مریض کی بیماری کے لیے خدمات کی ایسی موزوں ترین فراہمی یا سطح ہو کہ جو محفوظ طریقے سے فراہم کی جا سکے؛ (3) بنیادی طور پر مریض، مریض کے خاندان، معالج یا نگہداشت کرنے والے کی سہولت کے لیے فراہم نہ کی جائے؛ اور (4) مریض کے لیے نقصان دہ ہونے کی بجائے فائدہ مند ہونے کا زیادہ امکان رکھتی ہو۔ مستقبل کے لئے موصول ہونے والی نگہداشت کو ”طبی لحاظ سے ضروری“ قرار دینے کے لئے، نگہداشت اور نگہداشت کے اوقات کو ادارے کے چیف میڈیکل افسر (یا ان کے نامزد کردہ شخص) کی منظوری حاصل کرنا ضروری ہے۔ طبی لحاظ سے ضروری نگہداشت کا تعین مریض کو طبی نگہداشت فراہم کرنے والا لائسنس یافتہ فراہم کنندہ یا ادارے کی صوابدید پر داخلہ فراہم کرنے والا ڈاکٹر، ریفر کرنے والا ڈاکٹر یا چیف میڈیکل افسر یا نظر ثانی کرنے والا دوسرا ڈاکٹر کرے گا (اس کا انحصار تجویز کردہ نگہداشت کی بنیاد پر کیا جائے گا)۔ اس صورت میں کہ جب اس پالیسی کے ذریعہ احاطہ شدہ مریض کی جانب سے درخواست کی جانے والی دیکھ بھال کو جائزہ لینے والے معالج نے طبی طور پر ضروری نہ ہونا متعین کیا ہو، تو اس تعین کی توثیق بھرتی کرنے والے یا ریفر کرنے والے معالج کے ذریعے بھی ضروری ہے۔

• ”ادارے“ کا مطلب ہے Ascension Wisconsin۔

• ”مریض“ سے مراد وہ افراد ہیں جو ادارے میں ہنگامی اور دیگر طبی طور پر ضروری نگہداشت حاصل کرتے ہیں اور وہ شخص جو مریض کی نگہداشت کے لیے مالی طور پر ذمہ دار ہے۔

• ”خاندان“ سے مراد مالی معاونت کے لیے درخواست دہندہ، درخواست دہندہ کا/کی شریک حیات، اور درخواست دہندہ اور شریک حیات کے زیر کفالت افراد ہیں جو انٹرنل ریونیو سروس کی شرائط کے تحت انحصار کی شرائط پر پورے اترتے ہیں۔

• ”آمدنی“ سے مراد کسی بھی شکل میں ملازمت، کسی بھی قسم کی حکومتی امداد (خوراک کی امداد کے علاوہ)، یا کسی بھی قسم کے سرمایہ کاری فنڈز سے حاصل ہونے والی سالانہ مجموعی آمدنی ہے

## فراہم کی گئی مالی معاونت

اس سیکشن میں بیان کردہ مالی معاونت ان مریضوں تک محدود ہے جو کمیونٹی میں رہتے ہیں:

1. مالی معاونت کی پالیسی کی دیگر شقوں کے مطابق وفاقی سطح غربت (”FPL“) کے 250% سے کم یا اس کے مساوی آمدنی والے مریض ان اخراجات میں 100% رعایت کے اہل ہوں گے جو خدمات کے چارجز کے اس حصہ کے قلمزد کر دے گا جس کا بیمہ کار کی ادائیگی کے بعد مریض ذمہ دار ہوتا ہے، اگر کوئی ہے، بشرطیکہ مریض قیاسی سکورنگ (جس کی تصیلات نیچے پیراگراف نمبر 5 میں فراہم کی گئی ہیں) کے تحت اہل پایا جائے، یا اپنی ڈسچارج کی پہلی بل کے بعد 240 روز گزرنے سے قبل مالی معاونت کی درخواست (”درخواست“) جمع کروائے اور ادارہ یہ درخواست منظور کر لے۔ مریض کی ڈسچارج کی پہلی بل کے 240 روز گزرنے کے بعد مالی معاونت کی درخواست جمع کروانے کی صورت میں مریض 100% مالی معاونت حاصل کرنے کا اہل ہوسکتا ہے، لیکن اس صورت میں اس زمرے میں شامل مریض کو فراہم کردہ مالی معاونت کی رقم مریض کے اکاؤنٹ میں ادائیگیوں کو خاطر میں لانے کے بعد واجب الادا رقم تک محدود ہوگی۔ اس قسم کی مالی معاونت کے اہل مریض پر شمار کردہ AGB چارجز سے زیادہ چارج نہیں کیا جائے گا۔

2. مالی معاونت کی پالیسی کی دیگر شقوں کے مطابق وفاقی سطح غربت (”FPL“) کے 250% سے زیادہ، لیکن 400% سے کم آمدنی والے مریض اخراجات کے اس حصے پر بتدریج پیمانے کی رعایت کے اہل ہوں گے جو خدمات کے چارجز کے اس حصہ کے قلمزد کر دے گا جس کا بیمہ کار کی ادائیگی کے بعد مریض ذمہ دار ہوتا ہے، اگر کوئی ہے، بشرطیکہ مریض اپنی ڈسچارج کی پہلی بل کے بعد 240 روز گزرنے سے قبل مالی معاونت کی درخواست جمع کروائے اور ادارہ یہ درخواست منظور کر لے۔ اگر مریض پہلے ڈسچارج بل کے 240 ویں دن بعد درخواست جمع کرواتا ہے تو مریض سلائیڈنگ اسکیل ڈسکاؤنٹ مالی معاونت کے لیے اہل ہو گا، لیکن ایسی صورت میں اس زمرے میں مریض کے اکاؤنٹ میں کسی بھی ادائیگیوں کو مدنظر رکھتے ہوئے مریض کے لیے دستیاب مالی معاونت کی رقم مریض کے غیر ادا شدہ بیلنس تک محدود ہوتی ہے۔ اس قسم کی مالی معاونت کے اہل مریض پر شمار کردہ AGB چارجز سے زیادہ چارج نہیں کیا جائے گا۔ تدریجی پیمانے پر رعایت حسب ذیل ہے:

جنوبی علاقے (legacy Columbia St. Mary’s Hospital اور legacy Wheaton Franciscan Healthcare) سائٹس کے لیے:

دکھائی گئی فیصد مریض کی ذمہ داری میں کمی کا % ہے

خیراتی نگہداشت کی سطح اور FPL کا %							خاندان سائز
75%	75%	80%	85%	90%	95%	100%	
400% FPL	375% FPL	350% FPL	325% FPL	300% FPL	275% FPL	250% FPL	
آمدنی کی سطح اس سے زیادہ نہ ہو							
\$62,600	\$58,688	\$54,775	\$50,863	\$46,950	\$43,038	\$39,125	1
\$84,600	\$79,313	\$74,025	\$68,738	\$63,450	\$58,163	\$52,875	2
\$106,600	\$99,938	\$93,275	\$86,613	\$79,950	\$73,288	\$66,625	3
\$128,600	\$120,563	\$112,525	\$104,488	\$96,450	\$88,413	\$80,375	4
\$150,600	\$141,188	\$131,775	\$122,363	\$112,950	\$103,538	\$94,125	5
\$172,600	\$161,813	\$151,025	\$140,238	\$129,450	\$118,663	\$107,875	6
\$194,600	\$182,438	\$170,275	\$158,113	\$145,950	\$133,788	\$121,625	7
\$216,600	\$203,063	\$189,525	\$175,988	\$162,450	\$148,913	\$135,375	8
\$238,600	\$223,688	\$208,775	\$193,863	\$178,950	\$164,038	\$149,125	9
\$260,600	\$244,313	\$228,025	\$211,738	\$195,450	\$179,163	\$162,875	10

3. اس مالی معاونت کی پالیسی کی دیگر شقوں کے مطابق، FPL سے 400% فیصد زیادہ آمدنی رکھنے والا مریض ”وسیلہ جاتی ٹیسٹ“ کے تحت اپنی کل طبی واجبات کی بنیاد پر ادارے کی سہولیات کے چارجز پر رعایت کی شکل میں مالی معاونت کے لیے اہل ہو سکتا ہے۔ ایک مریض وسیلہ جاتی ٹیسٹ سے مشروط مالی اعانت کے لیے ایسی صورت میں اہل ہو گا کہ جب اس پر کل طبی قرضہ کہ جس میں ایمرجنسی اور دیگر طبی ضروری نگہداشت کے لیے Ascension اور کسی بھی دوسرے صحت کی نگہداشت کے فراہم کنندہ کی جانب واجب الادا طبی قرض شامل ہو اور جس کی کل لاگت ایسے مریض کے گھرانے کی مجموعی آمدنی کے برابر یا اس سے زیادہ ہو۔ وسیلہ جاتی ٹیسٹ کے تحت فراہم کی جانے والی مالی معاونت کی سطح وہی ہوتی ہے کہ جو اوپر پیراگراف 2 کے تحت FPL کے 400% کی سطح کی آمدن والے مریض کو دی جاتی ہے، بشرطیکہ مریض، مریض کے پہلے ڈسچارج بل کے 240 دن سے قبل یا اس دن درخواست جمع کرواتا ہے اور درخواست ادارے کی منظوری حاصل کر لیتی ہے۔ مریض کی ڈسچارج کی پہلی بل کے 240 روز گزرنے کے بعد مالی معاونت کی درخواست جمع کروانے کی صورت میں مریض Means Test کی رعایت حاصل کرنے کا اہل ہو سکتا ہے، لیکن اس صورت میں اس زمرے میں شامل مریض کو فراہم کردہ مالی معاونت کی رقم مریض کے اکاؤنٹ میں ادائیگیوں کو خاطر میں لانے کے بعد واجب الادا رقم تک محدود ہوگی۔ اس قسم کی مالی معاونت کے اہل مریض پر شمار کردہ AGB چارجز سے زیادہ چارج نہیں کیا جائے گا۔

4. مالی معاونت کے لیے اہلیت کا تعین ریوینیو سائیکل میں کسی بھی وقت کیا جا سکتا ہے اور 100% خیراتی نگہداشت کے لیے اہلیت کا تعین کرنے کے لیے مریض کے پہلے ڈسچارج بل کے 240 روز کے اندر کافی واجب الادا بیلنس رکھنے والے مریض کے لیے قیاسی اسکورنگ بھی شامل ہو سکتی ہے، قطع نظر اس سے کہ درخواست گزار مالی معاونت کی درخواست (FAP درخواست) مکمل کرنے میں ناکام ہو گیا ہو۔ اگر مریض کو صرف قیاسی اسکورنگ کی بنیاد پر اور FAP کی درخواست مکمل کیے بغیر 100% خیراتی نگہداشت دے دی جائے، تو مریض مالی معاونت کی جس رقم کے لیے اہل ہو گا، وہ مریض کے اکاؤنٹ پر کی جانے والی ادائیگیوں کو زیر غور لانے کے بعد مریض کی غیر ادا شدہ بقایا رقم تک محدود ہوگی۔ قیاسی اسکورنگ کی بنیاد پر اہلیت کے تعین کا اطلاق صرف نگہداشت کے اسی حصے پر ہوتا ہے جس کے لئے قیاسی اسکورنگ کی جاتی ہے۔

5. ایسے مریض کے لیے کہ جو ایسے مخصوص انشورنس پلانز میں حصہ لیتا ہو جو اس ادارے کو ”اؤٹ آف نیٹ ورک“ سمجھتے ہیں، ادارہ مریض کی انشورنس معلومات اور دیگر متعلقہ حقائق و حالات کے جائزے کی بنیاد پر اس مالی امداد کو کم یا مسترد کر سکتا ہے جو بصورت دیگر مریض کو دستیاب ہوتی۔

6. مریض، مالی معاونت کی اہلیت کے استرداد کے خلاف، اس استرداد کی اطلاع موصول ہونے کے چودہ (14) تقویمی دنوں کے اندر ادارے کو اضافی معلومات فراہم کرتے ہوئے اپیل کر سکتا ہے۔ حتمی تعین کے لیے تمام اپیلوں پر ادارے کی جانب سے نظر ثانی کی جائے گی۔ اگر حتمی تعین، مالی معاونت کے سابقہ استرداد کی تصدیق کر دے، تو مریض کو تحریری اطلاع ارسال کی جائے گی۔ مالی معاونت کی اہلیت کے حوالہ سے ادارے کے فیصلے کے خلاف مریضوں اور اہل خانہ کی جانب سے اپیل کا طریقہ کار حسب ذیل ہے:

- a. مریض یا خاندان کو چاہیئے کہ وہ براہ راست اس مالی مشیر کو اپیل دائر کریں جس کے ساتھ وہ کام کر رہے ہیں۔ مریض یا خاندان کو تفصیلی خط/فارم شامل کرنا چاہیئے جس میں ان مخصوص مالی حالات کی نشاندہی کی جائے کہ جن کی بنیاد پر اپیل کی جا رہی ہو، نیز خط کی حمایت کرنے والی تمام مالی اور قانونی دستاویزات بھی شامل کی جائیں۔
- b. تمام ایپلوں پر ادارے کی مالی معاونت کی اپیل کمیٹی کی جانب سے غور کیا جائے گا، اور کمیٹی کے فیصلے تحریری طور پر اپیل کرنے والے مریض یا اس کے اہل خانہ کو ارسال کیے جائیں گے۔

### مالی معاونت کے لیے نا اہل مریضوں کے لیے دیگر معاونت

ایسے مریض جو مالی معاونت کے اہل نہیں ہیں، جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے، وہ اس کے باوجود بھی ادارے کی جانب سے پیش کردہ معاونت کی دیگر اقسام کے اہل ہو سکتے ہیں۔ تکمیل کی غرض سے، معاونت کی یہ دیگر اقسام یہاں مندرج کی گئی ہیں، اگرچہ یہ مبنی بر ضرورت نہیں ہیں اور نہ ہی ان سے مقصود (r) 501 کا پابند ہونا ہے لیکن ادارے کی سہولیات حاصل کرنے والی کمیونٹی کی سہولت کے لیے یہاں شامل کی گئی ہیں۔

1. غیر بیمہ یافتہ مریض جو مالی معاونت کے اہل نہیں ہیں انہیں اس تنظیم کے سب سے زیادہ ادا کرنے والے ادا کنندہ کو فراہم کردہ رعایت کی بنیاد پر رعایت فراہم کی جائے گی۔ سب سے زیادہ ادا کرنے والا ادا کنندہ لازماً ادارے کی آبادی کا 3% شمار ہوتا ہو جیسا کہ حجم یا مریض کے مجموعی محصولات سے پیمائش کی جاتی ہے۔ اگر کسی واحد ادا کنندہ کا شمار مقدار کی اس کم سے کم سطح تک نہیں ہوتا ہے، دو ایک سے زیادہ ادا کنندہ کے معاہدہ کا اوسط اتنا ہو کہ اوسط کے لیے استعمال ہونے والی ادائیگی کی شرائط ادارے کے اس سال کے کاروبار کے حجم کا کم سے کم 3% ہو۔
2. مالی معاونت کے لئے اہلیت نہ رکھنے والے غیر انشورنس شدہ اور انشورنس شدہ مریضوں کو فوری ادائیگی کے لئے رعایت مل سکتی ہے۔ یہ فوری ادائیگی کی رعایت مذکورہ بالا پیراگراف میں بیان کردہ غیر انشورنس شدہ رعایت کے علاوہ ہو سکتی ہے۔

### مالی معاونت کے اہل مریضوں کے لیے فیس پر عائد پابندیاں

مالی معاونت کے لیے اہل مریضوں سے ہنگامی یا طبی لحاظ سے ضروری دیگر نگہداشت کے لیے انفرادی طور پر AGB سے زیادہ فیس نہیں لی جائے گی اور نہ ہی دیگر تمام طبی نگہداشت کے لیے مجموعی فیس سے زیادہ فیس لی جائے گی۔ ادارہ ”پیچھے-دیکھیں“ کا طریقہ استعمال کر کے ایک یا زائد AGB فیصد کا شمار کرتا ہے اور Medicare فیس برائے خدمت شامل کر کے اور صحت کے تمام نجی بیمہ کاروں کو جو ادارے کو دعویٰ کی ادائیگی کرتے ہیں، سب کا سب (r) 501 کے مطابق۔ AGB کیلکولیشن کی تفصیل اور فیصد (فیصدوں) کی مفت کاپی ادارے کی ویب سائٹ سے حاصل کی جا سکتی ہے یا پھر Ascension Wisconsin کے کسٹمر سروس ڈیپارٹمنٹ سے بذریعہ ڈاک ارسال کرنے کی درخواست کر کے حاصل کی جا سکتی ہے۔

### مالی معاونت اور دیگر معاونت کے لیے درخواست دینا

ایک مریض قیاسی اسکورنگ اہلیت کے ذریعے یا مکمل FAP درخواست جمع کرواتے ہوئے مالی معاونت کے لیے درخواست دے کر مالی معاونت کا اہل ہو سکتا ہے۔ FAP درخواست اور FAP درخواست کی ہدایات ادارے کی ویب سائٹ پر دستیاب ہیں، یہ Ascension Wisconsin کے کسٹمر سروس ڈیپارٹمنٹ سے رابطہ کر کے، تمام ہسپتالوں اور کلینک رجسٹریشن علاقوں میں ذاتی طور پر درخواست کر کے، یا Ascension Wisconsin کے کسی بھی مالی مشیر سے درخواست کر کے حاصل کی جا سکتی ہیں۔ اگر مریض FAP درخواست پر یا قیاسی اسکورنگ کی اہلیت کے عمل کے حوالے سے غلط معلومات فراہم کرتا ہے تو مریض کی مالی معاونت سے انکار کیا جا سکتا ہے یا اگر مریض انشورنس کی رقم یا انشورنس کمپنی کی جانب سے براہ راست ادائیگی کے حق کو تفویض کرنے سے انکار کرے جو فراہم کردہ نگہداشت کی ادائیگی کی پابند ہو سکتی ہے تو مریض کی مالی مدد سے انکار کیا جا سکتا ہے۔ ادارہ نگہداشت کی موجودہ مدت کے لیے اہلیت کا تعین کرنے کے لئے، کسی بھی اہلیت کے تعین کی تاریخ کے چھ ماہ سے کم عرصے قبل مکمل کردہ FAP کی درخواست پر غور کر سکتا ہے۔ ادارہ کسی بھی اہلیت کے تعین کی تاریخ سے چھ ماہ سے زائد عرصے کے دوران مکمل کردہ FAP کی درخواست پر غور نہیں کرے گا۔

## بلنگ اور وصولیابی

وہ کارروائیاں جو ادارہ عدم ادائیگی کی صورت میں کر سکتا ہے وہ ایک علیحدہ بلنگ اور وصولیابیوں کی پالیسی میں بیان کی گئی ہیں۔ بلنگ اور وصولیابی کی پالیسی کی مفت کاپی ادارے کی ویب سائٹ پر یا Ascension Wisconsin کے کسٹمر سروس ڈیپارٹمنٹ کال کر کے حاصل کی جا سکتی ہے۔

## تشریح

اس پالیسی کی، تمام قابل اطلاق طریقوں کے ساتھ، (r) 501 کے مطابق تشریح اور نفاذ کیا جائے گا ماسوائے اس کے کہ جہاں خاص طور پر وضاحت کی گئی ہو۔

## Ascension Wisconsin درج ذیل وجوہات کی بنا پر کسی فرد کو صحت کی خدمات فراہم کرنے میں امتیاز نہیں کرے گا:

- 1- کیونکہ مریض صحت کی نگہداشت کے لیے ادائیگی نہیں کر سکتا؛
- 2- کیونکہ ان خدمات کی ادائیگی Medicare، Medicaid یا چلڈرنز ہیلتھ انشورنس پروگرام (Children's Health Insurance Program, CHIP) کے تحت کی جائے گی؛ یا
- 3- مریض کی نسل، رنگ، جنس، عمر، قومیت، معذوری، مذہب، صنفی شناخت یا جنسی رجحان کی بنیاد پر