

PATAKARAN SA TULONG PINANSIYAL

AMITA HEALTH

LAYUNIN

Layunin ng Policy na ito na tukuyin ang mga rekisito para sa paglalapat ng Tulong Pinansyal sa AMITA Health System.

POLICY

Patakaran ng mga organisasyon na nakalista sa ibaba ng parapong ito (bawat isa ay "Organisasyon") na tiyakin ang pagsasanay na makatuwiran sa lipunan para sa pagbibigay ng pang-emergency at iba pang medikal na kinakailangang pangangalaga sa mga pasilidad ng Organisasyon. Partikular na idinisenyo ang patakarang ito para matugunan ang pagiging kwalipikado sa tulong pinansiyal para sa mga pasyenteng nangangailangan ng tulong pinansiyal at makatanggap ng pangangalaga mula sa Organisasyon.

Nalalapat ang policy na ito sa bawat isa sa mga sumusunod na Organisasyon na nakapaloob sa 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
Mga ginamit na kasanayan ng doktor

- A. Lahat ng tulong pinansiyal ay sasalamin sa paninindigan natin sa at paggalang sa indibidwal na dignidad ng tao at kabutihan ng lahat, sa espesyal na pag-aalala natin para sa at pagkakaisa sa mga taong naninirahan sa karukhaan at iba pang mahihinang tao at sa ating paninindigan sa naibabahaging katarungan at pangangasiwa.

- B. Nalalapat ang patakarang ito sa lahat ng pang-emerhensiya at iba pang kinakailangang medikal na pangangalaga na ibinibigay ng Organisasyon, kabilang ang mga serbisyo ng mga doktor at kalusugang pampaggawi. Hindi nalalapat ang patakarang ito sa mga sinisingil para sa pangangalagang hindi pang-emerhensiya at iba pang kinakailangang medikal na pangangalaga.

- C. Nagbibigay ang Lista ng Mga Provider na Saklaw ng Patakaran sa Tulong Pinansiyal ng lista

ng sinumang mga provider na nagbibigay ng pangangalaga sa loob ng mga pasilidad ng Organization na tumutukoy sa kung anu-ano ang sinasagot ng Patakaran sa Tulong Pinansiyal at kung anu-ano ang hindi.

MGA KAHULUGAN

Mga Kahulugan na Partikular sa Policy

- A. Ang "**501(r)**" ay nangangahulugan na Seksiyon 501(r) ng Internal Revenue Code at mga regulasyon na pinatutupad ng mga iyon.
- B. Ang "**Amount Generally Billed**" (Halagang Karaniwang Sinisingil) o "**AGB**" ay nangangahulugan na, nang may pagsubali sa pang-emergency at iba pang medikal na kinakailangang pangangalaga, ang halaga na karaniwang sinisingil sa mga indibidwal na mayroong insurance na sumasagot sa naturang pangangalaga.
- C. Ang "**Komunidad**" ay nangangahulugang Estado ng Illinois. Ang "Manirahan sa Komunidad," para sa mga layunin ng Policy na ito, ay nangangahulugan na maging isang residente ng Illinois – isang tao na nananahan sa Illinois at balak na manatiling nananahan sa Illinois nang walang katiyakan, pero hindi isang taong lumipat sa Illinois para sa layuning makatanggap ng mga benepisyong pangkalusugan. Ituturing din ang isang pasyente bilang bahagi ng Komunidad ng Organisasyon kung ang pang-emergency at medikal na kinakailangang pangangalaga na kailangan ng Pasyente ay pagpapatuloy ng pang-emergency at medikal na kinakailangang pangangalaga na natanggap sa isa pang pasilidad ng AMITA Health kung saan kwalipikado ang Pasyente para sa tulong pinansyal para sa naturang pang-emergency at medikal na kinakailangang pangangalaga.
- D. Ang "**Pang-emergency na Pangangalaga**" ay nangangahulugang pangangalaga para gamutin ang isang karamdamang medikal na nagpapakita ng sarili sa pamamagitan ng mga halatang sintomas na may sapat na kalubhaan (kabilanga ng matinding pananakit) na kung walang agarang medikal na atensyon ay maaaring magresulta sa nakamamatay na pagtigil ng paggana ng katawan, nakamamatay na pagpalya ng anumang organo o bahagi ng katawan, o inilalagay ang kalusugan ng isang indibidwal sa nakamamatay na sitwasyon.
- E. Ang "**Medikal na Kinakailangang Pangangalaga**" ay nangangahulugang pangangalaga na (1) naaangkop at alinsunod sa at importante para sa pagpipigil, o paggagamot sa karamdaman ng isang Pasyente; (2) ang pinakaangkop na supply o level ng serbisyo para sa karamdaman ng Pasyente ay maibibigay nang ligtas; (3) hindi pangunahing ibinibigay par as kaginhawaan ng Pasyente, sa pamilya ng Pasyente, doktor o tagapangalaga; at (4) mas malamang na magresulta sa benepisyo kaysa sa ikasasama ng Pasyente. Para maging "medikal na kinakailangang pangangalaga" ang naka-schedule na pangangalaga sa hinaharap, dapat na aprubado ng Chief Medical Officer (o itinalaga) ng Organisasyon ang pangangalaga at tiyempo ng pangangalaga. Ang pagtukoy sa medikal na kinakailangang pangangalaga ay dapat na isagawa ng lisensyadong provider na nagbibigay ng medikal na pangangalaga sa Pasyente at, sa kapasyahan ng Organisasyon, ng nag-admit na doktor, nag-refer na doktor, at/o Chief Medical Officer o iba pang nagrerepasong doktor (depende sa uri ng pangangalagang inirekomenda). Kung sakaling ang pangangalaga na hinihiling ng Pasyente na saklaw ng policy na ito ay natukoy na hindi medikal na kailangan ng sumusuring doktor, dapat na kumpirmahin din ng nag-admit at nag-refer na doktor ang determinasyon.
- F. Ang "**Organisasyon**" ay nangangahulugang AMITA Health at mga entidad na saklaw ng Patakaran sa Tulong Pinansiyal na ito ayon sa itinakda sa Seksiyon II.
- G. Ang "**Pasyente**" ay nangangahulugan na mga taong nakatanggap ng pang-emergency at iba pang

medikal na kinakailangang pangangalaga sa Organisasyon at siyang taong may pananagutang pinansyal para sa pangangalaga sa pasyente.

- H. **Ang "Ipinapalagay na Score"** ay nangangahulugang paggamit ng mga third-party na pinagmulan ng impormasyon, na maaaring magtaglay ng mga pampublikong record, o iba pang mapanglayon at makatuwirang paraan ng pagtatasa sa pagkakarapat-dapat ng isang pasyente para sa tulong pinansyal.
- I. **Ang "Pasyenteng Walang Insurance"** ay nangangahulugan na pasyenteng hindi protektado ng health insurance at hindi benepisyaryo sa isang pampubliko o pribadong health insurance, health benefit, o iba pang programa ng proteksiyon sa kalusugan, kabilang ang mga high deductible na health insurance plan, workers' compensation, accident liability insurance, o iba pang third-party liability.

MGA REKISITONG PAMAMARAAN

A. Ang isinalarawan na Pinansiyal na Tulong sa seksiyong ito ay limitado sa Mga Pasyenteng nananahan sa Komunidad:

1. Ang mga Pasyente na may kinikitang mas mababa o katumbas ng 250% ng Federal Poverty Level income ("FPL"), ay magiging karapat-dapat para sa 100% na diskwento sa bahagi ng mga sinisingil kung saan pananagutan ng Pasyente ang pagbabayad pagkatapos magbayad ng insurer, kung mayroon, kung natukoy ang naturang Pasyente bilang karapat-dapat alinsunod sa ipinapalagay na score (inilarawan sa Parapo 5 sa ibaba) o nagsumite ng aplikasyon para sa tulong pinansyal (isang "Aplikasyon") sa o bago ang ika-240 araw ng unang discharge bill ng Pasyente at inaprubahan ng Organisasyon ang Aplikasyon. Magiging karapat-dapat ang Pasyente sa hanggang 100% na tulong pinansyal kung magsusumite ng Aplikasyon ang Pasyente pagkalipas ng ika-240 na araw ng unang discharge bill ng Pasyente, pero magiging limitado ang halaga ng tulong pinansyal sa isang Pasyente sa kategoryang ito sa di-bayad na balanse ng Pasyente pagkaraang isaalang-alang ang anumang pagbabayad sa account ng Pasyente. Hindi sisingilin ang Pasyenteng kwalipikado para sa tulong pinansyal ng kategoryang ito ay hindi sisingilin nang mas malaki sa kinalkulang AGB na singil.
2. Alinsunod sa iba pang mga probisyon ng Patakaran sa Tulong Pinansiyal na ito, ang mga Pasyenteng walang insurance na may mga kinikita na mas mataas sa 250% ng FPL pero hindi humihigit sa 600% ng FPL, ay makatatanggap ng sliding scale ng diskwento sa bahaging iyon ng mga serbisyong ibinigay. Ang mga pasyenteng may insurance at may kinikita na mas mataas sa 250% ng FPL pero hindi humihigit sa 400% ng FPL, ay makatatanggap ng sliding scale na diskwento sa bahaging iyon ng mga sinisingil para sa mga serbisyong ibinigay kung saan responsibilidad ng Pasyente ang magbayad, ayon sa paliwanag ng insurance plan sa mga benepisyo. Malalapat ang mga naturang diskwento pagkaraang magsusumite ang Pasyente ng Aplikasyon sa o bago ang ika-240 na araw pagkalipas ng unang discharge bill ng Pasyente at inaprubahan ng Organisasyon ang Aplikasyon. Magiging karapat-dapat ang Pasyente para sa sliding scale na diskwentong tulong pinansyal kung magsusumite ang Pasyente ng Aplikasyon pagkalipas ng ika-240 na araw ng unang discharge bill ng Pasyente, pero magiging limitado ang halaga ng tulong pinansyal sa isang Pasyente sa kategoryang ito sa di-bayad na balanse ng Pasyente pagkaraang isaalang-alang ang anumang pagbabayad sa account ng Pasyente. Hindi sisingilin ang Pasyenteng kwalipikado para sa tulong pinansiyal ng kategoryang ito ay hindi sisingilin nang mas malaki sa kinalkulang AGB na singil.

Ang sliding scale na diskuwento ay tulad ng sumusunod:
(FPL – Federal Poverty Level na Kinikita)

Sliding Scale ng	%
------------------	---

Sliding Scale ng	%
------------------	---

Pasyenteng Walang Insurance	
0% - 250% FPL	100%
251% - 300% FPL	95%
301% - 400% FPL	90%
401% - 600% FPL	85%

Pasyenteng May Insurance	
0% - 250% FPL	100%
251% - 300% FPL	95%
301% - 400% FPL	90%

3. Alinsunod sa iba pang probisyon ng Patakaran sa Tulong Pinansiyal na ito, ang isang Pasyente na may kinikita na mas malaki sa 600% (para sa walang insurance) at 400% (para sa may insurance) ng FPL ay maaaring maging karapat-dapat para sa tulong pinansyal sa bisa ng isang "Means Test" para sa ilang diskwento ng mga siningil sa Pasyente para sa mga serbisyon mula sa Organisasyon batay sa kabuuang medikal na pagkakautang ng Pasyente. Magiging karapat-dapat ang isang Pasyente para sa tulong pinansyal alinsunod sa Means Test kung may labis-labis na medikal na pagkakautang ang Pasyente, kung saan kabilang ang medikal na pagkakautang sa mga provider ng pangangalaga ng kalusugan na kabilang sa AMITA Health at anumang iba pang provider ng pangangalaga ng kalusugan, para sa pang-emergency at iba pang medikal na kinakailangang pangangalaga, na katumbas ng o mas malaki sa gross na kinikita ng buong sambahayan ng naturang Pasyente. Ang level ng ibibigay na tulong pinansyal alinsunod sa Means Test ay pareho ng ibinibigay sa pasyenteng may kinikita na 600% (walang insurance) at 400% (may insurance) ng FPL sa bisa ng Parapo 2 sa itaas, kung ang naturang Pasyente ay magsumite ng Aplikasyon sa o bago ang ika-240 na araw pagkalipas ng unang discharge bill ng Pasyente at aprubado ng Organisasyon ang Aplikasyon. Magiging karapat-dapat ang Pasyente para sa diskwentong tulong pinansyal ng means test kung magsusumite ang naturang Pasyente ng Aplikasyon sa ika- 240 araw pagkalipas ng unang discharge bill ng Pasyente, pero magiging limitado ang halaga ng tulong pinansyal sa isang Pasyente sa kategoryang ito sa di-bayad na balanse ng Pasyente pagkaraang isaalang-alang ang anumang pagbabayad sa account ng Pasyente. Hindi sisingilin ang Pasyenteng kwalipikado para sa tulong pinansiyal ng kategoryang ito ay hindi sisingilin nang mas malaki sa kinakulang AGB na singil.

Karagdagan pa, para sa mga pasyenteng walang insurance na kwalipikado para sa sliding-scale na diskwento na itinakda sa Parapo 2, dapat na lagyan ng karagdagang hangganan ang mga pagkolekta sa loob ng 12 buwan na haba ng panahon sa 20% ng kinikita ng pamilya ng pasyente.

4. Maaaring hindi kwalipikado ang isang Pasyente para sa tulong pinansyal na inilarawan sa mga Parapo 1 hanggang 3 sa itaas kung ang naturang Pasyente ay matukoy na may sapat na mga asset para magbayad alinsunod sa isang "Asset Test." Kasama sa Asset Test ang malalimang pagtatasa sa kakayahan ng Pasyente na magbayad batay sa mga kategorya ng mga asset na nasukat sa Aplikasyon sa FAP. Ang pasyente na mayroong mga naturang asset na nakahihigit sa 600% ng halaga ng FPL ng naturang Pasyente ay hindi maaaring maging karapat-dapat para sa tulong pinansyal.

5. Maaaring matukoy ang pagkakarapat-dapat para sa tulong pinansyal sa anumang punto sa revenue cycle at maaaring kabilang ang paggamit ng ipinapalagay na score para sa Pasyenteng may sapat na di-bayad na balanse sa loob ng unang 240 araw ng unang discharge bill ng Pasyente para matukoy ang pagkakarapat-dapat sa 100% na pangangalagang pangkawanggawa kahit na mabigo ang Pasyente na punan ang isang aplikasyon para sa tulong pinansyal ("Aplikasyon sa FAP"). Ang pagpapasiya ng pagiging kwalipikado batay sa ipinapalagay na score ay magagamit lamang sa yugto ng pangangalaga kung saan isinasagawa ang ipinapalagay na pag-score.

Ituturing na ipinagpapalagay na karapat-dapat ang mga pasyenteng nagpapamalas ng isa o higit pa sa mga sumusunod na panukatan para sa 100% na pangangalagang pangkawanggawa: kawalan ng tahanan, namatay na walang ari-arian, kawalang-katunayan ng pag-iisip na wlaang kilos para sa pasyente, karapat-dapat sa Medicaid, pero hindi sa petsa ng serbisyo o para sa serbisyong hindi sinasagot, pagka-enrol sa Medicaid sa ibang estado kung saan hindi o walang balak ang Organisasyon na maging kalahok na provider, at paglahok sa Medicaid pero naubos na ang anumang limit sa maaaring itagal sa pasilidad.

Kabilang sa mga karagdagang mandatong kategorya ang pag-enroll sa sumusunod na mga programa: Women, Infants and Children Nutrition Program (WIC); Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP); Illinois Free Lunch and Breakfast Program; Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP); Pag-enroll sa isang organisadong programa na batay sa komunidad na nagbibigay ng access sa pangangalagan medikal na tumatasa at nagdodokumento sa limitadong maliit na kinikita bilang panukatan; at pagtanggap ng kaloob na ayuda para sa mga serbisyong medikal.

6. Para sa isang pasyente na lumalahok sa ilang insurance plan na tumuturing sa Organisasyon bilang "out-of-network," maaaring bawasan o tanggihan ng Organisasyon ang tulong piannsyal na sana'y magagamit ng Pasyente batay sa pag-aaral sa impormasyon ng insurance ng Pasyente at iba pang mahahalagang katotohanan at sitwasyon.
7. Maaaring iapela ng Pasyente ang anumang pagtanggap sa pagkakarapat-dapat para sa Tulong Pinansiyal sa pamamagitan ng pagbibigay ng karagdagang impormasyon sa Organisasyon sa loob ng labing-apat (14) na araw ng kalendaryo mula sa pagtanggap ng abiso ng pagtanggap. Lahat ng apela ay rerepasuhin ng Organisasyon para sa pinal na pagtutukoy. Kung pagtitibayin ng pinal na pagtutukoy ang naunang pagtanggap ng Tulong Pinansiyal, magpapadala ng nasusulat na abiso sa Pasyente. Ang proseso para sa mga Pasyente at mga pamilya na iapela ang mga desisyon ng Organisasyon kaugnay ng pagkakarapat-dapat sa tulong pinansiyal ay ang sumusunod:
 - a. Dapat naunang makatatanggap ng apela ang Patient Financial Services para sa pagrepero at mga follow up na tanong, kung naaangkop.
 - b. Pagkatapos ay magpupulong ang isang komite nang buwanan para repasuhin ang lahat na apela. Dapat na kasama sa mga miyembro ng komite ang kinatawan mula sa Patient Financial Services, Mission Integration, Case Management/Social Services at Finance/CFO.

Ikakalat ang mga apela sa mga miyembro ng komite bago pa ang buwanang pulong ng komite para sa pagrerepero.
 - c. Dapat na may dumalong kinatawan ng Patient Financial Services sa pulong ng komite para talakayin ang bawat kaso at magbigay ng karagdagang input na maaaring ibinigay ng pasyente.
 - d. Rerepasuhin ng komite ang Aplikasyon ng aplikante sa FAP nang may espesyal na pagtuon sa karagdagang impormasyon at puntong ginawa ng aplikante sa proseso ng apela.
 - e. Maaaring aprubahan ng komite, hindi aprubahan o ipagpapaliban ang apela. Maaaring ipagpaliban ng komite ang isang apela kung kailangan ng karagdagang impormasyon batay sa mga itinanong sa talakayan ng apela.
 - f. Ipararating ng Patient Financial Services sa pamamagitan ng liham ang kalalabasan ng apela sa Pasyente o sa mga miyembro ng pamilya.

B. Ibang Tulong sa Mga Pasyente na Hindi Nararapat sa Tulong Pinansiyal

Ang mga pasyente na hindi kwalipikado para sa tulong pinansiyal, ayon sa inilalarawan sa itaas, ay maaari pa rin maging kwalipikado para sa iba pang uri ng tulong na alok ng Organisasyon. Para maging kumpleto, nakalista rito ang iba pang uri ng tulong, bagaman hindi nakabatay ang mga ito sa pangangailangan at hindi inilaan na mapailalim sa 501(r) ngunit isinama rito para sa kaginhawaan ng komunidad na pinaglingkuran ng Organisasyon.

1. Ang mga Pasyenteng walang insurance na hindi kwalipikado para sa tulong pinansiyal ay bibigyan ng diskuwento batay sa diskuwento na ibinigay sa nagbabayad na may pinakamalaking bayad para sa Organisasyong iyon. Dapat i-account ng nagbabayad na may pinakamalaking ibinayad ang 3% man lang ng populasyon ng Organisasyon ayon sa pagsusukat ng dami o gross na kinita ng pasyente. Kung ang nag-iisang nagbabayad ay hindi mag-account para sa minimum na level ng bilang na ito, higit sa isang magbabayad ang dapat na i-average na ang mga tuntunin sa pagbabayad na ginagamit para sa pag-average sa account nang 3% man lang ng bilang ng negosyo ng Organisasyon para sa taon na ibinigay na iyon.
2. Ang mga hindi naka-insure at naka-insure na Pasyente na hindi kwalipikado para sa tulong pinansiyal ay maaaring makakatanggap ng agarang diskuwento sa bayad. Ang agarang diskuwento sa bayad ay maaaring ialok bilang dagdag sa diskuwento para sa hindi naka-insure na inilalarawan sa naunang talata.

C. Mga Limitasyon sa Mga Sinisingil para sa Mga Pasyenteng kwalipikado para sa Tulong Pinansiyal

1. Ang mga Pasyenteng kwalipikado para sa Tulong Pinansiyal ay hindi sisingilin nang hiwalay at mas malaki kaysa sa AGB para sa pang-emerhensiya at ibang medikal na kailangang pag-aalaga at hindi hihigit sa mga kabuuang singil para sa lahat ng ibang medikal na pangangalaga. Kinakalkula ng Organisasyon ang isa o higit pang mga AGB percentage gamit ang "look-back" na paraan at kabilanga ng Medicare fee-for-service at lahat na pribagong health insurer na nagbabayad ng mga claim sa Organisasyon, lahat alinsunod sa 501(r).
2. Isang libreng kopya ng paglalarawan sa AGB calculation at (mga) porsiyento ang makukuha sa website ng Organisasyon, pagtawag sa 888-693-2252, pag-email sa amitafinancialassistance@amitahealth.org, o pagliham sa:

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

D. Pag-apply para sa Pinansiyal na Tulong at Iba Pang Tulong

Maaaring maging kwalipikado ang isang Pasyente para sa tulong pinansiyal sa pamamagitan ng pagiging kwalipikado sa ipinapalagay na score o sa pag-apply para sa pinansiyal na tulong sa pamamagitan ng pagsumite ng napunan na Aplikasyon ng FAP. Makukuha ang Aplikasyon sa FAP at Mga Tagubilin sa Aplikasyon sa FAP sa website ng Organisasyon o sa pagtawag sa 888-693-2252, sa pamamagitan ng email sa amitafinancialassistance@amitahealth.org, o pagliham sa at:

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

Hihingin ng Organisasyon na makipagtulungan ang walang insurance sa isang financial counselor para mag-apply para sa Medicaid o iba pang pampublikong programa sa tulong kung saan ipinapalagay na posibleng karapat-dapat ang pasyente, para magkwali-pika sa tulong pinansiyal (maliban kung karapat-dapat at aprubado sa pamamagitan ng ipinapalagay na score). Maaaring tanggihan ang tulong pinansiyal ng Pasyente kung nagbigay ng maling impormasyon ang Pasyente sa Aplikasyon sa FAP o kaugnay sa ipinapalagay na pag-score na proseso ng pagiging karapat-dapat, kung tumanggi ang pasyente na italaga ang mga nalikom na insurance o ang karapatang mabayaran nang direkta ng kompanya ng insurance na maaaring obligadong magbayad para sa ibinigay na pangangalaga, o kung ang pasyente ay tumangging makipagtulungan sa tagapayo sa pananalapi na mag-apply para sa Medicaid o iba pang mga programa sa pampublikong tulong kung saan ang pasyente ay itinuturing na maaaring maging karapat-dapat na tumanggap ng tulong pinansiyal (maliban kung karapat-dapat at naaprubahan sa pamamagitan ng ipinapalagay na pag-score). Maaaring ikonsidera ng Organisasyon ang Aplikasyon sa FAP Application na nakumpleto sa loob ng hindi bababa sa anim na buwan bago ang anumang petsa ng pagtukoy sa pagkakarapat-dapat sa pagpapasya tungkol sa pagkakarapat-dapat para sa kasaluyang yugto ng pangangalaga. Hindi ikokonsidera ng Organisasyon ang Aplikasyon sa FAP na nakumpleto sa loob ng higit sa anim na buwan bago ang anumang petsa ng pagpapasya sa pagkakarapat-dapat.

E. Pagsingil at Pagkolekta

Ang mga pagkilos na maaaring gawin ng Organisasyon sa kaganapan ng hindi pagbabayad ay inilarawan sa isang hiwalay na patakaran sa pagsingil at pagkolekta. Isang libreng kopya ng patakaran ng billing at koleksyon ang makukuha sa website ng Organisasyon o sa pagtawag sa 888-693-2252, sa pamamagitan ng email sa amitafinancialassistance@amitahealth.org, o pagliham sa:

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

F. Pagsasalin

Ang policy na ito, kasama ng lahat na naaangkop na pamamaraan, ay inilaan na tutugon sa at ipapalagay at ilalapat na alinsunod sa 501(r) maliban kung saan partikular na tinukoy.

MGA SANGGUNIAN

- a. Patakarang Administratibo ng Ascension #600 – Tulong Pinansiyal para sa Mga Nangangailangan
- b. Form ng Aplikasyon para sa Tulong Pinansiyal
- c. Payak na Buod ng Wika ng Patakaran sa Tulong Pinansiyal
- d. Listahan ng Mga Provider na Saklaw at Hindi Saklaw sa Ilalim ng Patakaran sa Tulong Pinansiyal
- e. Mga Halagang Karaniwang Sinisingil