AdventHealth

Υποβάλετε τα έγγραφα οικονομικής βοήθειας χρησιμοποιώντας τα παρακάτω στοιχεία επικοινωνίας της AdventHealth

Διεύθυνση ιστότοπου Οικονομικής Βοήθειας της AdventHealth: www.adventhealth.com/legal/financial-assistance

ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗΣ Α	Τηλέφωνο / Φαξ
Altamonte Springs	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	Τηλέφωνο: 407-303-0500 Φαξ: 407-200-4977
Apopka	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	Τηλέφωνο: 407-303-0500 Φαξ: 407-200-4977
Celebration	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	Τηλέφωνο: 407-303-0500 Φαξ: 407-200-4977
East Orlando	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	Τηλέφωνο: 407-303-0500 Φαξ: 407-200-4977
Kissimmee	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	Τηλέφωνο: 407-303-0500 Φαξ: 407-200-4977
Orlando	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	Τηλέφωνο: 407-303-0500 Φαξ: 407-200-4977
Winter Garden	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	Τηλέφωνο: 407-303-0500 Φαξ: 407-200-4977
Winter Park	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	Τηλέφωνο: 407-303-0500 Φαξ: 407-200-4977
For Children	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	Τηλέφωνο: 407-303-0500 Φαξ: 407-200-4977
For Women	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	Τηλέφωνο: 407-303-0500 Φαξ: 407-200-4977
Heart of Florida	Patient Financial Services PO BOX 865839 Orlando, FL 32886-5839	Τηλέφωνο: 866-481-2553 Φαξ: 941-341-3717
Lake Wales	Patient Financial Services PO BOX 865836 Orlando, FL 32886-5836	Τηλέφωνο: 866-481-2553 Φαξ: 941-341-3717
Daytona Beach	Patient Financial Services 770 West Granada Blvd Ste 203 Ormond Beach, FL 32174	Τηλέφωνο: 888-676-2219 Φαξ: 386-676-2560
DeLand	Patient Financial Services 770 West Granada Blvd Ste 203 Ormond Beach, FL 32174	Τηλέφωνο: 888-676-2219 Φαξ: 386-676-2560
Fish Memorial	Patient Financial Services 770 West Granada Blvd Ste 203 Ormond Beach, FL 32174	Τηλέφωνο: 888-676-2219 Φαξ: 386-676-2560
New Smyrna Beach	Patient Financial Services 770 West Granada Blvd Ste 203 Ormond Beach, FL 32174	Τηλέφωνο: 888-676-2219 Φαξ: 386-676-2560
Palm Coast	Patient Financial Services 770 West Granada Blvd Ste 203 Ormond Beach, FL 32174	Τηλέφωνο: 888-676-2219 Φαξ: 386-676-2560
Waterman	Patient Financial Services 1000 Waterman Way Tavares, FL 32778	Τηλέφωνο: 352-253-3311 Φαξ: 352-253-3735
Carrollwood	Patient Financial Services PO Box 861372 Orlando, FL 32886-1372	Τηλέφωνο: 813-615-7848 Φαξ: 813-615-8182

Dade City	Patient Financial Services PO Box 865667 Orlando, FL 32886-5667	Τηλέφωνο: 813-615-7848 Φαξ: 813-615-8182
Lake Placid	Patient Financial Services PO Box 9400 Sebring, FL 33871 Attn: MB 3	Τηλέφωνο: 863-386-7177 Φαξ: 863-402-3389
Connerton	Patient Financial Services PO Box 861372 Orlando, FL 32886-1372	Τηλέφωνο: 813-615-7848 Φαξ: 813-615-8182
North Pinellas	Patient Financial Services PO Box 862624 Orlando, FL 32886-2624	Τηλέφωνο: 813-615-7848 Φαξ: 813-615-8182
Ocala	Patient Financial Services PO Box 865696 Orlando, FL 32886-5696	Τηλέφωνο: 813-615-7848 Φαξ: 813-615-8182
Sebring	Patient Financial Services PO Box 9400 Sebring, FL 33871 Attn: MB 3	Τηλέφωνο: 863-386-7177 Φαξ: 863-402-3389
Tampa	Patient Financial Services PO Box 861372 Orlando, FL 32886-1372	Τηλέφωνο: 813-615-7848 Φαξ: 813-615-8182
Wauchula	Patient Financial Services PO Box 9400 Sebring, FL 33871 Attn: MB 3	Τηλέφωνο: 863-386-7177 Φαξ: 863-402-3389
Wesley Chapel	Patient Financial Services PO Box 864855 Orlando, FL 32886-4855	Τηλέφωνο: 813-615-7848 Φαξ: 813-615-8182
Zephyrhills	Patient Financial Services PO Box 862310 Orlando, FL 32886-2310	Τηλέφωνο: 813-615-7848 Φαξ: 813-615-8182
Durand	Patient Financial Services 7315 E. Frontage Road, Suite 200 Shawnee Mission, KS 66204	Τηλέφωνο: 913-676-7558 Φαξ: 913-676-7571
Ottawa	Patient Financial Services PO Box 460 Ottawa, KS 66067	Τηλέφωνο: 785-229-3379 Φαξ: 785-229-3377
Shawnee Mission	Patient Financial Services 7315 E. Frontage Road, Suite 200 Shawnee Mission, KS 66204	Τηλέφωνο: 913-676-7558 Φαξ: 913-676-7571
Manchester	Patient Financial Services 54 Brownsberger Circle Fletcher, NC 28732	Τηλέφωνο: 800-347-5281 Φαξ: 828-650-8080
Murray	Patient Financial Services 54 Brownsberger Circle Fletcher, NC 28732	Τηλέφωνο: 800-347-5281 Φαξ: 828-650-8080
Gordon	Patient Financial Services 54 Brownsberger Circle Fletcher, NC 28732	Τηλέφωνο: 800-347-5281 Φαξ: 828-650-8080
Hendersonville	Patient Financial Services 54 Brownsberger Circle Fletcher, NC 28732	Τηλέφωνο: 800-347-5281 Φαξ: 828-650-8080
Central Texas	Patient Financial Services 2201 S. Clear Creek Road Killeen, TX 76549	Τηλέφωνο: 254-519-8476 Φαξ: 254-519-8488
Rollins Brook	Patient Financial Services 608 N. Key Avenue Lampasas, TX 76550	Τηλέφωνο: 254-519-8476 Φαξ: 254-519-8488

Λήψη βοήθειας για την πληρωμή του λογαριασμού σας

Αυτά τα στοιχεία προορίζονται για όποιον λαμβάνει υπηρεσίες από το ίδρυμα AdventHealth facility ή από κάποιον θυγατρικό πάροχο υγείας. Μπορείτε να δείτε έναν κατάλογο των ιδρυμάτων του οργανισμού AdventHealth στον ιστότοπο www.adventhealth.com. Ως σύστημα υγείας που βασίζεται στην πίστη, παρέχουμε ιατρική κάλυψη σε όλους τους ασθενείς, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που δυσκολεύονται να πληρώσουν για υπηρεσίες που τους παρέχονται λόγω περιορισμένου εισοδήματος. Μπορείτε να ζητήσετε βοήθεια με τον λογαριασμό σας οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο νοσοκομείο ή τη διαδικασία πληρωμής.

Πλήρωση προϋποθέσεων για λήψη βοήθειας

Αν λάβετε απαραίτητες ιατρικές υπηρεσίες ή υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης και δεν διαθέτετε ιατρική κάλυψη από κάποια ασφαλιστική εταιρεία ή κρατικό πρόγραμμα, ενδέχεται να πληροίτε τις προϋποθέσεις για οικονομική ενίσχυση. Το ποσό ενίσχυσης εξαρτάται από το ετήσιο εισόδημά σας και το μέγεθος της οικογένειάς σας. Αν το ετήσιο εισόδημά σας ισούται ή είναι μικρότερο του 200% των τωρινών Ομοσπονδιακών κατευθυντήριων οδηγιών περί φτώχειας ίσως να μην έχετε τη δυνατότητα να πληρώσετε τον λογαριασμό σας.

Ομοσπονδιακές κατευθυντήριες οδηγίες περί φτώχειας 2021	
Μέγεθος οικογένειας	200% φτώχειας
1	$25.760
2	$34.840
Για κάθε επιπλέον άτομο, προσθέστε $9,080	

Αν το εισόδημά σας δεν πληροί τις κατευθυντήριες οδηγίες για να αποπληρωθεί ο λογαριασμός σας, ενδέχεται να εξακολουθείτε να πληροίτε τις προϋποθέσεις για βοήθεια στην πληρωμή ενός τμήματος του λογαριασμού σας. Μπορείτε να εξακολουθείτε να πληροίτε τις προϋποθέσεις με βάση άλλων παραγόντων της αίτησής σας.

Αίτηση για λήψη βοήθειας

Μπορείτε να αιτηθείτε για λήψη βοήθειας με τον λογαριασμό σας αυτοπροσώπως, μέσω ηλ. ταχυδρομείου ή από το τηλέφωνο. Για να λάβετε μια αίτηση, καλέστε το Τμήμα εξυπηρέτησης πελατών, επισκεφθείτε τον ιστότοπό μας ή μεταβείτε στον χώρο εγγραφής ασθενών του νοσοκομείου μας. Θα βρείτε το τηλέφωνό, τον ιστότοπο και τη διεύθυνσή μας στην ενότητα οικονομικής ενίσχυσης στον ιστότοπό μας και στη πρώτη σελίδα του παρόντος εγγράφου όταν εκτυπωθεί. Αυτά τα στοιχεία είναι επίσης διαθέσιμα σε άλλες γλώσσες στον ιστότοπό μας ή στον χώρο εγγραφής ασθενών.

Απαραίτητη ιατρική φροντίδα και έκτακτης ανάγκης

Αν πληροίτε τις προϋποθέσεις για βοήθεια με τον λογαριασμό σας, δεν θα χρεωθείτε για απαραίτητη ιατρική φροντίδα ή έκτακτης ανάγκης περισσότερο από όσο χρεώνονται άτομα με ασφαλιστική κάλυψη. Συγκρίνουμε το πληρωτέο ποσό ασφαλιζομένων ασθενών και τις ασφαλιστικές εταιρείες για να καθοριστεί πόσο χρωστάτε. Μπορείτε να δείτε την Πολιτική φιλανθρωπίας στον ιστότοπό μας.

Δικαιολογητικά έγραφα

Αν θέλετε να συμμετάσχετε στο πρόγραμμα οικονομικής ενίσχυσης μας, θα ευθύνεστε για την παροχή στοιχείων και γραφειοκρατικών διατυπώσεων εγκαίρως. Θα πρέπει να μοιραστείτε όλα τα στοιχεία σχετικά με τις παροχές υγείας, το εισόδημα, τα περιουσιακά σας στοιχεία και οτιδήποτε άλλο θα μας βοηθήσει να καθορίσουμε αν πληροίτε τις προϋποθέσεις για ενίσχυση. Οι γραφειοκρατικές διατυπώσεις περιλαμβάνουν εκκαθαριστικά τραπεζικών λογαριασμών, φορολογικά έντυπα εισοδήματος και στελέχη αποδείξεων.

Ενέργειες συλλογής

Οι λογαριασμοί που δνε έχουν πληρωθεί 100 ημέρες μετά την ημερομηνία της πρώτης χρέωσης, ενδέχεται να ενημερωθεί κάποιο γραφείο συλλογής. Για τους λογαριασμούς που δεν έχουν πληρωθεί 120 ημέρες μετά την ημερομηνία της πρώτης χρέωσης, ενδέχεται να ενημερωθεί το δικό σας ιστορικό πίστωσης ή του εγγυητή σας. Εσείς ή ο εγγυητής σας μπορείτε να ζητήσετε βοήθεια με τον λογαριασμό σας οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διαδικασία πληρωμής συμπληρώνοντας μια αίτηση.

ΑΙΤΗΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ

(Η συμπλήρωση όλων των πεδίων είναι απαραίτητη εκτός αν έχει επισημανθεί διαφορετικά)

Ονοματεπώνυμο ασθενούς	Ημερομηνία γέννησης	Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης	*Αριθμός ατόμων στην οικία	Τελευταίο ετήσιο οικιακό εισόδημα (12 $
Αν είστε ανήλικος/η, Ονοματεπώνυμο εγγυητή	Ημερομηνία γέννησης	Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης	Πηγή εισοδήματος εγγυητή	

Οικιακά οχήματα, περιλαμβάνονται (Προαιρετικό)	Υπόλοιπο λογαριασμού (Προαιρετικό)	Ακίνητα ιδιόκτητα και (Προαιρετικό)	ΠΚ/Συνταξιοδότηση/ (Προαιρετικό)	Άλλα περιουσιακά στοιχεία (Προαιρετικό)

Διεύθυνση ασθενούς	Τηλέφωνο οικίας	Αν το εισόδημα είναι μηδενικό ($0), σημειώστε όλα όσα ισχύουν:	
			Ζει με συγγενή(είς)
Πόλη, Πολιτεία, Ταχ. κώδικας	Εναλλακτικός αριθμός τηλεφώνου		Ζει με φίλο(ους)
			Συνταξιούχος
Αριθμός παιδιών ηλικίας κάτω των 21 στο σπίτι:			Άνεργος(η)
			Άτομο με αναπηρία
			Άστεγος(η)

Παρακαλούμε διαβάστε πριν υπογράψετε. Εγώ ΠΙΣΤΟΠΟΙΩ ότι τα στοιχεία που έχω παρέχει είναι αληθινά και ακριβή από όσο μπορώ να γνωρίζω. Προσωπικά, ανεξάρτητα ή με τη βοήθεια του προσωπικού του νοσοκομείου θα παρέχω ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ και ΚΑΘΕ ΒΟΗΘΕΙΑ τυχόν είναι διαθέσιμη μέσω ομοσπονδιακών, πολιτειακών, τοπικών κρατικών και ιδιωτικών πηγών με σκοπό να βοηθήσω στην πληρωμή του λογαριασμού του νοσοκομείου. Κατανοώ ότι αν δεν συνεργαστώ με τον νοσοκομειακό πάροχο στο να παρέχω τα αιτούμενα στοιχεία, η αίτησή μου για πιθανή οικονομική βοήθεια ενδέχεται να απορριφθεί. Με το παρόν χορηγώ άδεια και αξουσιοδότηση σε κάθε εξουσιοδοτημένο παράγοντα του προγράμματος Medicaid για να αποκαλύψει στον νοσοκομειακό μου πάροχο ΟΛΑ τα στοιχεία σχετικά με την κατάσταση της προσωπικής μου αίτησης Medicaid και σε περίπτωση μη έγκρισης της αίτησης και τον λόγο απόρριψής της. ΠΑΡΑΧΩΡΩ στον νοσοκομειακό μου πάροχο ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΠΟΡΟΥΣ που λαμβάνω από τις παραπάνω πηγές, με σκοπό να βοηθήσω στην πληρωμή αυτού του ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ. Εγώ, με δική μου πρωτοβουλία, και για λογαριασμό των ενδιάμεσων μελών της οικογένειάς μου, εξουσιοδοτημένων αντιπροσώπων, ιατρών, συμβούλων (συμπεριλαμβανομένων κληρικών) και δικηγόρων, συμφωνώ να κρατήσω και να διατηρήσω σε απόλυτη εχεμήθεια οποιαδήποτε επικοινωνία και/ή προφορική συζήτηση μεταξύ εμού και του νοσοκομειακού μου παρόχου σχετικά με θέματα που συσχετίζονται με υπηρεσίες που μου παρέχονται από τον νοσοκομειακό μου πάροχο. Κατανοώ ότι τα στοιχεία που υποβάλω υπόκεινται σε επαλήθευση από τον νοσοκομειακό μου πάροχο, συμπεριλαμβανομένων γραφείων πίστωσης, και υπόκεινται για εξέταση από ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΚΑ και/ή ΚΡΑΤΙΚΑ ΓΡΑΦΕΙΑ και άλλα ως απαιτείται. Εγώ, εξουσιοδοτώ τον εργαζόμενό μου να αποκαλύψει στον νοσοκομειακό μου πάροχο τεκμήρια του εισοδήματός μου. Κατανοώ αν ότι οποιοδήποτε στοιχείο έχω παρέχει αποδειχθεί ότι είναι αναληθές, ο νοσοκομειακός μου πάροχος θα επανεξετάσει την οικονομική μου κατάσταση και θα προβεί σε κάθε απαραίτητη ενέργεια. **Ως πλήρωση των προϋποθέσεων για ενίσχυση, απαιτείται τουλάχιστον ένα στοιχείο υποστηρικτικών εγγράφων που πιστοποιεί το οικακό εισόδημα. Τα υποστηριζόμενα έγγραφα μπορούν να περιλαμβάνουν ενδεικτικά, την πιο πρόσφατη ετήσια επιστροφή φόρου, τωρινή δήλωση W-2, επικυρωμένη νομιμοποιητική πράξη, κ.λπ.. Αιτήσεις ενίσχυσης θα απορριφθούν σε περίπτωση μη απόδοσης των νομιμοποιητικών εγγράφων. Τα δικαιολογητικά έγγραφα μπορούν να περιλαμβάνουν ενδεικτικά, την πιο πρόσφατη ετήσια επιστροφή φόρου, τωρινή δήλωση W-2, επικυρωμένη νομιμοποιητική πράξη, κ.λπ. Αιτήσεις ενίσχυσης θα απορριφθούν σε περίπτωση μη απόδοσης των νομιμοποιητικών εγγράφων. Κάθε υπόλοιπο κεφαλαίου θα είναι υποψήφιο για περαιτέρω ενέργειες συλλογής.** *[Αιτούντες στην Πολιτεία της Φλόριντα: Φλόριντα, νομοθέτημα s.817.50 (1). Οποιοσδήποτε επίμονα και με πρόθεση να υπεξαιρέσει, αποκτήσει ή προσπαθήσει να αποκτήσει αγαθά, προϊόντα, εμπόρευμα ή υπηρεσίες από οποιοδήποτε νοσοκομείο σε αυτήν την πολιτεία είναι ένοχος για πλημμέλημα δευτέρου βαθμού, αξιόποινο όπως δηλώνεται στα s.775.082 ή s.775-083.]*

Υπογραφή αιτούντος / εγγυητή

Ημερομηνία συμπλήρωσης

*Όταν υπολογίζετε τον αριθμό των ατόμων στην οικία σας, υπολογίζονται μόνο τα ακόλουθα άτομα: 1) Εξ αίματος συγγενείς που ζουν στην οικία, 2) Συγγενείς από γάμο που ζουν στην οικία, και 3) Συγγενείς από μονική υιοθεσία που ζουν στην οικία.

Μόνο για χρήση γραφείου				
Reason for Service	GAI	DOS	Family Size	Total Charges
☐ 1.0x $	☐ 1.5x $	☐ 2.0x $	☐ 25% Rule $	
Recommendation for account disposition				
Finance Committee Disposition				
Manager	Date	Director	Date	

Οικονομική Ενίσχυση CW F 50.1

Σκοπός

Ο οργανισμός Adventist Health System (AHS) έχει δεσμευτεί στην επιχειρηματική αριστεία παρέχοντας υγειονομική περίθαλψη υψηλής ποιότητας εξυπηρετώντας ταυτόχρονα τις διάφορες ανάγκες εκείνων που ζουν εντός της περιοχής εξυπηρέτησής μας. Ο AHS πιστεύει απόλυτα ότι η απαραίτητη υγειονομική περίθαλψη έκτακτης ανάγκης ή μη προαιρετική θα πρέπει να είναι προσβάσιμη σε όλους, ανεξαρτήτου ηλικίας, φύλου, γεωγραφικής θέσης, πολιτισμικό υπόβαθρο, κινητικότητα ή τη δυνατότητα πληρωμής. Ο AHS έχει δεσμευτεί να παρέχει υπηρεσίες υγείας και γνωρίζει ότι σε μερικές περιπτώσεις ένα άτομο δεν θα έχει την οικονομική δυνατότητα να πληρώσει για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Η παρούσα πολιτική προορίζεται για συμμόρφωση με την Ενότητα 501(r) του Κώδικα Φορολογικής Διοίκησης (IRC) και τους κανονισμούς που γνωστοποιούνται εφεξής και θα ερμηνεύονται και θα εφαρμόζονται σύμφωνα με τέτοιους κανονισμούς. Η παρούσα πολιτική έχει υιοθετηθεί από το διευθυντικό όργανο κάθε νοσοκομείου της AHS σύμφωνα με τους κανονισμούς υπό την Ενότητα 501(r).

Ο AHS παρέχει απαραίτητες ιατρικές φροντίδες ή έκτακτης ανάγκης σε μεμονωμένους ασθενείς χωρίς διάκριση ενεξάρτητα από τη δυνατότητά τους να πληρώσουν, την ικανότητά τους να πληρούν τις προϋποθέσεις για οικονομική ενίσχυση ή τη δυνατότητα κάλυψης από τρίτους. Σε περίπτωση που δεν διατίθεται κάλυψη από τρίτο, κάθε χρόνο πραγματοποιείται μια κατανομή των κεφαλαίων ώστε να υπάρχει διαθεσιμότητα για οικονομική ενίσχυση. Όπου είναι δυνατό, ένας καθορισμός για προϋποθέσεις υποψηφιότητας όσον αφορά την οικονομική ενίσχυση θα αρχίζει πριν, ή τη στιγμή της εισαγωγής, από τον οικονομικό σύμβουλο. Η παρούσα πολιτική αναγνωρίζει εκείνες τις συνθήκες όταν ένας οργανισμός του νοσοκομείου της AHS ή κάποιο άτομο με ουσιαστική σχέση στον οργανισμό (μια συνεργασία που παρέχει απαραίτητη ιατρική φροντίδα ή έκτακτης ανάγκης ή άλλη απαραίτητη ιατρική φροντίδα για την οποία η AHS έχει ιδιοκτησιακό ενδιαφέρον) θα πρέπει να παρέχει φροντίδα χωρίς χρέωση με βάση την οικονομική ανάγκη του ατόμου.

Η πολιτική οικονομικής ενίσχυσης παρέχει κατευθυντήριες οδηγίες για οικονομική ενίσχυση σε ασθενείς που πληρώνουν οι ίδιοι και πληρούν τις προϋποθέσεις με ισοζύγια μετά τη λήψη των απαραίτητων υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης ή άλλων μη προαιρετικών ιατρικών παροχών με βάση την οικονομική ανάγκη. Αυτή η πολιτική οικονομικής ενίσχυσης επίσης παρέχει κατευθυντήριες οδηγίες για ποσά που ενδέχεται να χρεωθούν σε όλους τους ασθενείς που πληρώνουν οι ίδιοι, οι οποίοι λαμβάνουν απαραίτητη ιατρική περίθαλψη. Οι εκπτώσεις οικονομικής ενίσχυσης με βάση την οικονομική ανάγκη δεν θα παρέχονται για προαιρετικές διαδικασίες, εκτός αν καθορίζονται από την αποκλειστική διακριτικότητα του νοσοκομειακού ιδρύματος AHS στηριζόμενες ανά υπόθεση.

Οι υποχρεωτικές παροχές ορίζονται ως ιατρική κατάσταση η οποία χωρίς άμεση περίθαλψη:

- Θέτει την υγεία του ατόμου σε σοβαρό κίνδυνο

- Προκαλεί σοβαρές φθορές σε σωματικές λειτουργίες ή σοβαρές δυσλειτουργίες κάποιου οργάνου του σώματος.

Οι τύποι των ασθενών που υποτίθεται καλύπτονται από αυτόν τον ορισμό περιλαμβάνουν ενδεικτικά τους εξής:

- Εξωτερικοί ασθενείς από τα Επείγοντα
- Εισαγωγές από τα Επείγοντα
- Εξετάσεις IP/OP που σχετίζονται με προηγούμενη επίσκεψη στα Επείγοντα.

Πολιτική

Ανατρέξτε στο προσάρτημα αυτής της Πολιτικής για έναν κατάλογο όλων των παρόχων, εκτός από το νοσοκομείο του AHS, που παρέχει απαραίτητη ιατρική περίθαλψη ή περίθαλψη έκτακτης ανάγκης στο νοσοκομείο AHS, και το οποίο ορίζει ποιοι πάροχοι καλύπτονται από αυτήν την Πολιτική οικονομικής ενίσχυσης και ποιοι όχι. Ο κατάλογος των προμηθευτών που περιέχεται σε αυτό το προσάρτημα στην Πολιτική υπάρχει διαθέσιμος online στον ιστότοπο του νοσοκομειακού ιδρύματος AHS. Μπορείτε να λάβετε δωρεάν ένα έντυπο αντίγραφο από το τμήμα Οικονομικής εξυπηρέτησης ασθενών του νοσοκομειακού ιδρύματος AHS.

Ο κατάλογος των προμηθευτών ενημερώνεται κάθε τρίμηνο για να προστεθούν νέες ή πληροφορίες που λείπουν, να διορθωθούν εσφαλμένες πληροφορίες και να διαγραφούν πληροφορίες που δεν ισχύουν πλέον. Η ημερομηνία της πιο πρόσφατης έκδοσης περιλαμβάνεται στον κατάλογο.

Ένα νοσοκομειακό ίδρυμα AHS μπορεί να έχει καταχωρημένα ονόματα ιατρών, ομάδων πρακτικής ή άλλων μεμονωμένων ατόμων που παρέχουν απαραίτητη ιατρική περίθαλψη ή πρώτες βοήθειες στο νοσοκομειακό ίδρυμα AHS και τα καταχωρημένα ονόματα χρησιμοποιούνται είτε για την σύναψη συμφωνητικού με το νοσοκομείο είτε για η χρέωση των ασθενών για τις υπηρεσίες που τους παρασχέθηκαν.

A. Η απαραίτητη ιατρική περίθαλψη ή οι πρώτες βοήθειες μπορεί να θεωρηθούν ότι πληρούν τις προϋποθέσεις για να λάβουν οικονομική ενίσχυση αν ο ασθενής παρουσιάσει οποιαδήποτε από τις ακόλουθες συνθήκες:

1. Δεν υπάρχει κάλυψη από τρίτο.

2. Ο ασθενής πληροί ήδη τις προϋποθέσεις να λάβει οικονομική ενίσχυση (π.χ. Medicaid), αλλά οι συγκεκριμένες παροχές δεν καλύπτονται.

3. Τα οφέλη του προγράμματος Medicare ή Medicaid έχουν εξαντληθεί και ο ασθενής δεν έχει άλλον πόρο πληρωμής.

4. Ο ασθενής είναι ασφαλισμένος αλλά πληροί τις προϋποθέσεις να λάβει οικονομική ενίσχυση με βάση την οικονομική του ανάγκη ανάλογα με το οικονομικό υπόλοιπο του κάθε ατόμου

μετά την ασφάλιση.

5. Ο ασθενής πληροί τις τοπικές και/ή κρατικές απαιτήσεις φιλανθρωπίας.

6. Οι ασθενείς μπορούν να αιτούνται για λήψη οικονομικής ενίσχυσης σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες που ορίζονται εφεξής στην παρούσα Πολιτική.

B. Οι Πολιτικές οικονομικής ενίσχυσης (Financial Assistance Policies), τα Έντυπα αίτησης για λήψη οικονομικής ενίσχυσης (Financial Assistance Application Forms) και οι Απλές περιλήψεις γλώσσας (Plain Language Summaries) των Πολιτικών οικονομικής ενίσχυσης είναι έγγραφα ανοικτά και διαθέσιμα στο κάθε άτομο που εξυπηρετείται και λαμβάνει περίθαλψη σε γλώσσες που είναι κατάλληλες για τον χλωρο εξυπηρέτησης των νοσοκομειακών ιδρυμάτων AHS σε συμμπορφωση με την Πράξη γλωσικής εξυπηρέτησης για λήψη ενίσχυσης (Language Assistance Services Act) και στις κύριες γλώσσες οποιωνδήποτε πληθυσμών με περιορισμένη γνώση της αγγλικής γλώσσας που καθιστά λιγότερα από 1.000 άτομα ή το 5% των μελών της κοινότητας που έχει εξυπηρετηθεί από το νοσοκομειακό ίδρυμα AHS (περιορισμένη γνώση Αγγλικών σε πληθυσμούς που πληρούν τα παραπάνω κριτήρια θα αναφέρονται εφεξής στην παρούσα πολιτική ως οι ορισμένοι πληθυσμοί LEP).

1. Ιστότοπος: Οι νοσοκομειακές εγκαταστάσεις της AHS θα δημοσιοποιούν εμφανώς και ορατά τις ολοκληρωμένες και τωρινές εκδόσεις των παρακάτω στους αντίστοιχους ιστοστόπους τους:

   a. Πολιτική Οικονομικής Ενίσχυσης (FAP)

   b. Έντυπο Αίτησης Οικονομικής Ενίσχυσης (Έντυπο FAA)

   c. Απλή Περίληψη της Πολιτικής Οικονομικής Ενίσχυσης (PLS)

   d. Στοιχεία επικοινωνίας των οικονομικών συμβούλων του ιδρύματος AHS.

2. Ο ιστότοπος θα υποδείξει ότι ένα αντίγραφο των FAP, Έντυπο FAA και PLS υπάρχει διαθέσιμο και πώς θα αποκτήσετε τέτοια αντίτυπα στις βασικές γλώσσες των ορισμένων πληθυσμών LEP.

3. Η σήμανση θα είναι εμφανώς ορατή σε δημόσιες τοποθεσίες στα νοσοκομειακά ιδρύματα AHS συμπεριλαμβανομένων όλων των σημείων εισόδου και χώρων εγγραφής, στα οποία συμπεριλαμβάνονται και τα Επείγοντα. Όλη η σήμανση που υποδεικνύει ότι ενδέχεται να υπάρχει διαθέσιμη οικονομική

ενίσχυση θα περιέχει τα ακόλουθα στοιχεία:

e. Τη διεύθυνση του ιστότοπου του νοσοκομειακού ιδρύματος από όπου μπορείτε να έχετε πρόσβαση στα FAP, PLS και το Έντυπο FAA.

f. Το τηλέφωνο και την τοποθεσία (αριθμός δωματίου) όπου τα άτομα μπορούν να καλέσουν ή να επισκεφθούν για να λάβουν αντίτυπα των FAP, Έντυπο FAA ή PLS ή για να λάβουν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα FAP, PLS, ή τη διαδικασία υποβολής αίτησης.

4. Στοιχεία επικοινωνίας για το πώς και πού τα άτομα που είναι μέλη των ορισμένων πληθυσμών LEP μπορούν να λάβουν αντίτυπα των FAP, Έντυπο FAA και PLS. Κάθε νοσοκομειακό ίδρυμα AHS θα διαθέτει αντίτυπα των FAP, Έντυπο FAA και PLS κατόπιν αίτησης και χωρίς χρέωση, τόσο σε δημόσια μέρη εντός του νοσοκομειακού ιδρύματος (συν τα Επείγοντα και όλα τα σημεία εισόδου και χώρους εγγραφής) και μέσω ταχυδρομείου. Τα αντίτυπα θα είναι διαθέσιμα στα Αγγλικά και στις βασικές γλώσσες των καθορισμένων πληθυσμών LEP. Ένα αντίτυπο του PLS θα παρέχεται σε ασθενείς ως μέρος της διαδικασίας εισαγωγής τους ή της εξόδου τους.

5. Επισκέψεις οικονομικού συμβούλου: Οι οικονομικοί σύμβουλοι θα ζητήσουν να παρέχουν προσωπικές οικονομικές συμβουλευτικές υπηρεσίες σε όλα τα άτομα που έχουν εισαχθεί σε κάποιο νοσοκομείο της AHS και που έχουν κατηγοριοποιηθεί στον τρόπο πληρωμής Αυτο-πληρωμή. Οι διερμηνείς θα χρησιμοποιηθούν όπως υποδεικνύεται με σκοπό να επιτευχθεί σωστή και άρτια επικοινωνία με άτομα που δεν γνωρίζουν καλά την αγγλική γλώσσα. Τα κριτήρια καταλληλότητας για λήψη οικονομικής ενίσχυσης και πληροφορίες έκπτωσης θα διατεθούν.

6. Το PLS θα πρέπει να διανεμηθεί σε μέλη της κοινότητας που εξυπηρετείται από το νοσοκομείο AHS με βάση τη λογική ότι τα αντίτυπα πρέπει να παραλάβουν μέλη της κοινότητας με μεγαλύτερες πιθανότητες να ζητήσουν οικονομική ενίσχυση. Ένα παράδειγμα θα ήταν η διανομή των αντιτύπων του εγγράφου PLS σε οργανισμούς υγείας της κοινότητας που απευθύνονται σε άτομα χαμηλού εισοδήματος.

C. Η AHS και τα άτομα που εξυπηρετούνται είναι υπεύθυνα για τις γενικές διαδικασίες που σχετίζονται με την παροχή οικονομικής ενίσχυσης.

1. Ευθύνες AHS:

a. Ο AHS διαθέτει πολιτική οικονομικής ενίσχυσης για να

αξιολογεί και να καθορίζει την καταλληλότητα ενός ατόμου για λήψη οικονομικής ενίσχυσης.

b. Ο AHS διαθέτει τα μέσα να δημοσιοποιεί και να επικοινωνεί ευρέως τη διαθεσιμότητα οικονομικής ενίσχυσης σε όλα τα άτομα με τρόπο που προωθεί την πλήρη συμμετοχή του ατόμου.

c. Τα μέλη του εργατικού δυναμικού της AHS στο τμήμα Οικονομικής εξυπηρέτησης ασθενών και τους χώρους εγγραφής κατανοούν την πολιτική οικονομικής ενίσχυσης της AHS και είναι σε θέση να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικά με την πολιτική στους κατάλληλους αντιπροσώπους του νοσοκομείου.

d. Ο AHS απαιτεί όλες οι επαφές με τρίτους εκπροσώπους που συλλέγουν λογαριασμούς εκ μέρους της AHS να δεσμεύονται από νομικώς δεσμευτικά γραπτά συμφωνητικά σύμφωνα με τα οποία αυτοί οι εκπρόσωποι θα τηρούν τις πολιτικές οικονομικής ενίσχυσης του AHS.

e. Το Τμήμα κύκλου φορολόγησης της AHS παρέχει οργανωτική επιτήρηση για την παροχή οικονομικής ενίσχυσης και τις πολιτικές/διαδικασίες που διέπουν την οικονομική ενίσχυση και τις διαδικασίες χρέωσης και είσπραξης.

f. Μετά τη λήψη αιτήματος του ατόμου για οικονομική ενίσχυση, η AHS ειδοποιεί το άτομο για το αποτέλεσμα της καταλληλότητας ενός λογικού χρονικού διαστήματος.

g. Ο AHS παρέχει επιλογές για διευθετήσεις πληρωμών.

h. Ο AHS στηρίζει και τιμά τα ατομικά δικαιώματα για έφεση σε αποφάσεις και αίτηση αναθεώρησης.

i. Ο AHS διατηρεί (και απαιτεί και οι εταιρείες είσπραξης χρεών να διατηρούν) έγγραφα που υποστηρίζουν την προσφορά, την αίτηση για και την παροχή οικονομικής ενίσχυσης για τουλάχιστον επτά έτη.

j. Ο AHS θα εξετάζει περιοδικά και θα ενσωματώνει ομοσπονδιακές κατευθυντήριες οδηγίες φτώχειας για ενημερώσεις που δημοσιεύονται από το Τμήμα Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών των ΗΠΑ.

2. Ατομικές ευθύνες ασθενών

a. Για να θεωρηθεί κατάλληλο το άτομο για 100% έκπτωση σύμφωνα με την πολιτική οικονομικής ενίσχυσης, πρέπει να

συνεργαστεί με την AHS για να παρέχει τις πληροφορίες και τα έγγραφα που απαιτούνται για την αίτηση άλλων υπαρχόντων οικονομικών πόρων που να διατίθενται να πληρώσουν για υγειονομική περίθαλψη, όπως η Medicare, η Medicaid, τρίτος παράγοντας, κ.λπ.

b. Για να θεωρηθεί κατάλληλο το άτομο για 100% έκπτωση σύμφωνα με την πολιτική οικονομικής ενίσχυσης, πρέπει να συνεργαστεί με την AHS και να παρέχει τα απαιτούμενα οικονομικά και άλλα στοιχεία για τον καθορισμό καταλληλότητας (αυτό συμπεριλαμβάνει συμπλήρωση των απαιτούμενων εντύπων αίτησης και πλήρης συνεργασία με τη διαδικασία συλλογής στοιχείων και αξιολόγησης).

c. Ένας ασθενής που ανήκει στην κατηγορία Αυτο-πληρωμή ο οποίος δεν έχει κριθεί κατάλληλος για 100% έκπτωση των χρεώσεων βάσει οικονομικής ανάγκης, δεν θα χρεωθεί περισσότερο από το γενικό ποσό χρέωσης σε άτομα με ασφαλιστική κάλυψη όπως περίθαλψη και θα συνεργαστεί με το νοσοκομείο για να σχεδιαστεί ένα λογικό πρόγραμμα πληρωμών.

d. Ένας ασθενής της κατηγορίας Αυτο-πληρωμή ο οποίος δεν έχει κριθεί κατάλληλος για 100% έκπτωση βάσει οικονομικών αναγκών, πρέπει να καταβάλει φιλότιμες προσπάθειες να τηρήσει το πρόγραμμα πληρωμών για τους λογαριασμούς του νοσοκομείου. Το άτομο ευθύνεται για την έγκαιρη ειδοποίηση της AHS για οποιαδήποτε αλλαγή στην οικονομική του κατάσταση ώστε η επίδραση αυτής της αλλαγής να αξιολογηθεί σε σχέση με τις πολιτικές οικονομικής ενίσχυσης που διέπουν την παροχή οικονομικής ενίσχυσης, τους λογαριασμούς του νοσοκομείου ή τις παροχές του προγράμματος πληρωμών.

D. Τα στοιχεία καταλληλότητας για λήψη οικονομικής ενίσχυσης και η διαδικασία αίτησης για λήψη οικονομικής ενίσχυσης θα είναι δίκαια, συνεπή και θα παρέχονται εγκαίρως.

1. *Ταυτοποίηση των δυνητικά κατάλληλων ατόμων.* Αιτήματα για λήψη οικονομικής ενίσχυσης θα γίνονται αποδεκτά έως και 240 ημέρες μετά την ημερομηνία αποστολής του πρώτου υπολοίπου χρέωσης το οποίο θα έχει σταλεί στο άτομο είτε με ταχυδρομείο είτε ηλεκτρονικά ή με αντιπρόσωπο.

a. Οι διαδικασίες εγγραφής και προεγγραφής έχουν σκοπό την ταυτοποίηση ατόμων που χρειάζονται να λάβουν οικονομική ενίσχυση.

b. Οι οικονομικοί σύμβουλοι θα καταβάλουν κάθε δυνατή

προσπάθεια να επικοινωνήσουν με όλους τους εσωτερικούς ασθενείς που ανήκουν στην κατηγορία Αυτο-πληρωμή κατά τη διάρκεια παραμονής τους ή κατά την αποχώρησή τους.

c. Το έγγραφο PLS του νοσοκομείου AHS θα δοθεί μαζί με το Έντυπο FAA σε κάθε άτομο κατά την εισαγωγή ή την έξοδο του από το νοσοκομείο.

d. Μια ολοφάνερη γραπτή ειδοποίηση θα περιλαμβάνεται σε όλα τα υπόλοιπα χρέωσης και θα ενημερώνει τους παραλήπτες σχετικά με τη διαθεσιμότητα της οικονομικής ενίσχυσης σύμφωνα με το έγγραφο FAP του νοσοκομείου AHS και περιλαμβάνει τα εξής: 1) το τηλέφωνο του γραφείου ή του τμήματος του νοσοκομείου AHS που μπορεί να παρέχει πληροφορίες σχετικά με το έγγραφο FAP και τη διαδικασία αίτησης για λήψη οικονομικής ενίσχυσης, και 2) τη διεύθυνση του ιστότοπου όπου μπορείτε να αποκτήσετε αντίτυπα των εγγράφων FAP, Έντυπο FAA και PLS.

e. Θα γίνουν λογικές προσπάθειες ώστε να ειδοποιηθούν προφορικά τα άτομα σχετικά με το έγγραφο FAP του νοσοκομείου ASH και πώς μπορούν να λάβουν ενίσχυση με τη διαδικασία και το έγγραφο FAP.

f. Το άτομο θα παρέχει τουλάχιστον μία γραπτή ειδοποίηση (ειδοποίηση των ενεργειών που ενδεχομένως να πραγματοποιηθούν), μαζί με ένα αντίτυπο του εγγράφου PLS, το οποίο ειδοποιεί και ενημερώνει το άτομο ότι υπάρχει διαθέσιμη οικονομική ενίσχυη για άτομα που κρίνονται κατάλληλα και δηλώνει ότι το νοσοκομείο μπορεί να ενεργήσει και να αναφέρει αρνητικές πληροφορίες για το άτομο σε εταιρείες έκθεσης πίστωσης καταναλωτών / γραφεία πίστωσης ή να στραφεί σε άλλου είδους ασυνήθιστες ενέργειες είσπραξης αν το άτομο δεν υποβάλει ένα έγγραφο Έντυπο FAA ή δεν πληρώσει το ποσό που λήγει σε ορισμένο χρονικό διάστημα. Αυτή η προθεσμία δεν μπορεί να είναι νωρίτερα από την ημερομηνία αποστολής του πρώτου υπολοίπου χρέωσης μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο, το οποίο έχει σταλεί στο άτομο. Η ειδοποίηση πρέπει να παρέχεται στο άτομο τουλάχιστον 30 ημέρες πριν από την προθεσμία που ορίζεται στην ειδοποίηση.

2. *Αιτήματα για λήψη οικονομικής ενίσχυσης.* Αιτήματα για λήψη οικονομικής ενίσχυσης μπορεί να λαμβάνονται από πολλές πηγές (στις οποίες συμπεριλαμβάνεται ο ασθενής, ένα μέλος της οικογένειας, ένας κοινοτικός οργανισμός, μια εκκλησία, ένα γραφείο είσπραξης, ένας φροντιστής, το Τμήμα διαχείρισης, κ.λπ.).

   a. Τα αιτήματα που λαμβάνονται από τρίτους θα προωθούνται σε κάποιον οικονομικό σύμβουλο.

b. Ο οικονομικός σύμβουλος θα εργαστεί με τον τρίτο για να παρέχει πόρους διαθέσιμους για τη βοήθεια του ατόμου στη διαδικασία αίτησης.

c. Κατόπιν αιτήματος, μια επιστολή των εκτιμώμενων χρεώσεων θα δοθεί σε άτομα που ζητούν γραπτή περιγραφή των εκτιμώμενων χρεώσεων.

3. *Κριτήρια καταλληλότητας*

a. Για να κριθεί κατάλληλο για 100% έκπτωση από τις χρώσεις παροχών (δηλ. πλήρη διαγραφή για τους ασθενείς αυτο-πληρωμής και πλήρη διαγραφή του μεριδίου χρεώσεων που αναλογούν στον ασθενή μετά την ασφάλιση), το οικιακό εισόδημα του ασθενούς πρέπει να είναι στο ή κάτω από 200% των τωρινών Ομοσπονδιακών κατευθυντήριων οδηγιών φτώχειας. Οι ασθενείς αυτο-πληρωμής με οικιακά εισοδήματα που υπερβαίνουν το 200% των τωρινών Ομοσπονδιακών κατευθυντήριων οδηγιών δεν θα χρεωθούν περισσότερο από το ποσό που χρεώνεται γενικά σε άτομα με ασφάλιση που καλύπτει τέτοιου είδους περίθαλψη.

b. Το πόσό που χρεώνεται σε κάθε άτομο κατάλληλο σύμφωνα με το έγγραφο FAP για παροχή απαραίτητης ιατρικής περίθαλψης ή πρώτων βοηθειών θα βασίζεται σε ποσά που χρεώνονται γενικά (AGB) σε άτομα με ασφάλιση που καλύπτει τέτοιου είδους περίθαλψη σε καθένα από τα συγκεκριμένα νοσοκομεία της AHS. Κάθε νοσοκομείο AHS θα καθορίσει το ποσό που χρεώνεται γενικά (AGB) καθορίζοντας ένα ποσοστό AGB και πολλαπλασιάζοντας αυτό το ποσοστό με τις μικτές χρεώσεις για τις υπηρεσίες που παρασχέθηκαν στο άτομο. Όλα τα νοσοκομεία της AHS θα κάνουν χρήση της μεθόδου αναφοράς στο παρελθόν, όπως περιγράφεται στην §1.501(r)-5(b)(3) για να καθοριστεί το γενικό ποσό χρέωσης (AGB). Τα άτομα μπορούν να επικοινωνήσουν με ένα μέλος της σχετικής ομάδας Οικονομικών υπηρεσιών ασθενούς του νοσοκομείου AHS στο τηλέφωνο που υπάρχει στο συνημμένο αυτής της πολιτικής ώστε να λάβουν ένα δωρεάν φύλλο γραπτών στοιχείων που να δηλώνει το ποσοστό AGB του σχετικού νοσοκομείου της AHS και μια εξήγηση για το πώς καθορίστηκε αυτό το ποσοστό AGB.

c. Οι χρεώσεις σε ένα άτομο κατάλληλο για λήψη οικονομικής ενίσχυσης σύμφωνα με το έγγραφο FAP του νοσοκομείου της AHS για οποιαδήποτε ιατρική παροχή θα είναι μικρότερες από τις μικτές χρεώσεις για αυτήν την περίθαλψη.

d. Αν το 200% του μέγιστου ποσού οικονομικής ενίσχυσης πρέπει να αυξηθεί για εξαιρετικά ειδικές συνθήκες

(συμπεριλαμβάνονται ανταγωνισμός και δημόσιες σχέσεις), ο εκπρόσωπος του ατόμου θα παρουσιάσει την εξαίρεση στην Επιτροπή της Οικονομικής Ομάδας Ανώτερων Νοσοκομειακών Υπαλλήλων του Adventist Health System (SHFG) για έγκριση.

e. Επιπλέον με την αξιολόγηση εισοδήματος όπως περιγράφεται παραπάνω, ενδέχεται να ισχύσει και ένα προαιρετικό τεστ αξιολόγησης των περιουσιακών στοιχείων για να καθοριστεί η καταλληλότητα για οικονομική ενίσχυση. Το τεστ περιουσιακών στοιχείων είναι υποχρεωτικό μόνο για τους ασθενείς του προγράμματος Medicare. Το τεστ περιουσιακών στοιχείων είναι προαιρετικό για ασθενείς που δεν συμμετέχουν στο πρόγραμμα Medicare. Για τους σκοπούς της παρούσας πολιτικής, το ποσό της ευθύνης των ασθενών είναι 100% του μεριδίου του ασθενούς να μην υπερβαίνει το ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ από: 1) Επτά τοις εκατό (7%) των διαθέσιμων περιουσιακών στοιχείων ή 2) την απαιτούμενη πληρωμή ανά Πολιτική οικονομικής ενίσχυσης. Ως "διαθέσιμα περιουσιακά στοιχεία" θεωρούνται μετρητά, ισοδύναμα μετρητών και επενδύσεις μη συνδεόμενες με συνταξιοδότηση.

f. Κατά τον καθορισμό ενός ατομικού εισοδήματος, ισχύουν οι ακόλουθοι όροι:

   i. Το μέγεθος της οικογενείας και το εισόδημα περιλαμβάνει όλα τα μέλη του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος και άλλων εξαρτωμένων από την οικογένεια ως εξής:

      1. Ενήλικος και, αν είναι παντρεμένος, σύζυγος.
      2. Κάθε βιολογικό ή υιοθετημένο ανήλικο παιδί του ενηλίκου ή του/της συζύγου.
      3. Κάθε ανήλικος για τον οποίο ο ενήλικας ή ο/η σύζυγος έχει παραχωρήσει την νομική ευθύνη με δικαστήριο.
      4. Κάθε φοιτητής άνω των 18, εξαρτώμενος από την οικογένεια για στήριξη μεγαλύτερη του 50% (απαιτείται τωρινή επιστροφή φόρου του υπεύθυνου ενηλίκου).
      5. Κάθε άτομο εξαρτώμενο από την οικογένεια για στήριξη μεγαλύτερη του 50% (απαιτείται τωρινή επιστροφή φόρου του υπεύθυνου ενηλίκου).

g. Το εισόδημα μπορεί να επαληθευτεί με τη χρήση ενός προσωπικού εκκαθαριστικού τραπεζικού λογαριασμού ή με τη λήψη αντιτύπων των πιο πρόσφατων εγγράφων W-2, 1040, εκκαθαριστικών τραπεζικού λογαριασμού εκείνου του αιτούντος ατόμου ή οποιοδήποτε άλλο έγγραφο που

υποστηρίζει το αναγραφόμενο εισόδημα.

h. Τα δικαιολογητικά έγγραφα επαλήθευσης εισοδήματος και διαθέσιμων περιουσιακών στοιχείων πρόκειται να διατηρηθούν στα αρχεία ασθενών για μελλοντική αναφορά.

i. Μια έκθεση πίστωσης μπορεί να συνταχθεί για τον σκοπό της ταυτοποίησης επιπλέον εξόδων, υποχρεώσεων και εισοδήματος με σκοπό τη βοήθεια για την πλήρη κατανόηση της οικονομικής κατάστασης του ατόμου. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα εργαλείο αξιολόγησης τρίτων για την επαλήθευση της καταλληλότητας για λήψη οικονομικής ενίσχυσης.

j. Αιτήματα για λήψη οικονομικής ενίσχυσης θα γίνονται αποδεκτά έως και 240 ημέρες μετά την ημερομηνία αποστολής του πρώτου υπολοίπου χρέωσης μετά το εξιτήριο του ασθενούς, το οποίο θα έχει σταλεί στο άτομο ή όταν καθοριστεί κάποια αλλαγή στην οικονομική κατάσταση του ασθενούς. Δεν είναι απαραίτητο να επαναληφθεί αίτηση οικονομικής ενίσχυσης για ημερομηνίες παροχής υπηρεσιών έως και τρεις (3) μήνες μετά την τελευταία ημερομηνία έγκρισης της αίτησης.

k. Συμπερασματική καταλληλότητα: Τα άτομα που είναι ανασφάλιστα και εκπροσωπούνται από ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω άτομα μπορεί να θεωρηθούν κατάλληλα για τη μεγαλύτερη δυνατή καταβολή οικονομικής ενίσχυσης χωρίς την υποβολή συμπληρωμένου εντύπου αίτησης οικονομικής ενίσχυσης:

- Το άτομο είναι άστεγο.
- Το άτομο έχει πεθάνει και δεν υπάρχει κάποιος να πληρώσει τα χρέη στο νοσοκομείο.
- Το άτομο έχει φυλακιστεί για κακούργημα.
- Το άτομο τώρα κρίνεται κατάλληλο για συμμετοχή στο πρόγραμμα Medicaid, αλλά όχι την ημερομηνία παροχής υπηρεσιών.
- Το άτομο κρίνεται κατάλληλο από την Πολιτεία να λάβει ενίσχυση σύμφωνα με την Πράξη Αποζημίωσης των Θυμάτων Βίας (Violent Crimes Victims Compensation Act) ή την Πράξη Αποζημίωσης των Θυμάτων Σεξουαλικής Επίθεσης (Sexual Assault Victims Compensation Act).
- Το άτομο έχει βαθμολογία κινδύνου πληρωμής "D" ή "E" με βάση την αίτηση Scorer®. Η αίτηση Scorer είναι ένα εργαλείο που σχεδιάστηκε για την ταξινόμηση των ατόμων σε ομάδες με βάση διάφορα οικονομικά μέσα. Οι βαθμολογίες αποτελούνται από αλγόριθμους που ενσωματώνουν δεδομένα από

γραφεία πίστωσης, δημογραφικές βάσεις δεδομένων και ειδικά δεδομένα νοσοκομείων με σκοπό την τεκμηρίωση και την ταξινόμηση των ατόμων σε αντίστοιχες κατηγορίες οικονομικών μέσων. Σε αντιστάθμιση με τη χρήση της αίτησης Scorer, οι βαθμολογίες του γραφείου πίστωσης μπορεί να χρησιμοποιηθούν για τον καθορισμό συμπερασματικής καταλληλότητας κατά την διακριτική ευχέρεια του νοσοκομείου.

- Το άτομο που καθορίστηκε ως κατάλληλο για οικονομική ενίσχυση οποιαδήποτε στιγμή εντός των προηγούμενων τριών (3) μηνών ξεκινώντας μετά την ημερομηνία της έγκρισης της τελευταίας αίτησης οικονομικής ενίσχυσης.

Για οποιοδήποτε άτομο κρίθηκε συμπερασματικά ως κατάλληλο για οικονομική ενίσχυση σύμφωνα με την παρούσα πολιτική, οι ίδιες ενέργειες που περιγράφονται στην παρούσα Ενότητα D και σε ολόκληρη την πολιτική θα ισχύουν σαν το άτομο να είχε υποβάλει μια συμπληρωμένη αίτηση οικονομικής ενίσχυσης.

4. *Μέθοδος αίτησης οικονομικής ενίσχυσης*

a. Έντυπο αίτησης οικονομικής ενίσχυσης του AHS. Για αίτησης οικονομικής ενίσχυσης, το άτομο θα συμπληρώσει το Έντυπο αίτησης οικονομικής ενίσχυσης του AHS. Το άτομο θα παρέχει όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά για να βεβαιωθεί η καταλληλότητα, συμπεριλαμβανομένων των δικαιολογητικών εγγράφων για την βεβαίωση του εισοδήματος. Ανατρέξτε στις Οδηγίες εφαρμογής οικονομικής ενίσχυσης για το έγγραφο CWF 50.1 για αποδεκτά δικαιολογητικά έγγραφα.

b. Ένα άτομο μπορεί να λάβει ένα αντίτυπο του Εντύπου αίτησης οικονομικής ενίσχυσης με πρόσβαση στον ιστότοπο του νοσοκομείου του AHS, ζητώντας ένα δωρεά αντίγραφο μέσω ταχυδρομείου, επικοινωνώντας με το Τμήμα Οικονομικής Εξυπηρέτησης Ασθενών του νοσοκομείου του AHS ή ζητώντας προσωπικά ένα αντίτυπο σε οποιοδήποτε σημείο εισαγωγής ασθενών/χώρο εγγραφής του νοσοκομείου του AHS.

c. Μια συμπληρωμένη αίτηση οικονομικής ενίσχυσης του AHS θα υποβληθεί στο Τμήμα Οικονομικής Εξυπηρέτησης Ασθενών για επεξεργασία. Θα ζητηθούν αποδείξεις εισοδήματος και διαθέσιμων περιουσιακών στοιχείων από το άτομο. Επίσης, οι δικαιούχοι του προγράμματος Medicare υπόκεινται σε επιπλέον έλεγχο των περιουσιακών στοιχείων σύμφωνα με τον ομοσπονδιακό νόμο. Μια εξέταση ολοκληρώνεται για να καθοριστεί η καταλληλότητα του ατόμου με βάση τους συνολικούς πόρους του

ατόμου (στα οποία συμπεριλαμβάνονται ενδεικτικά επίπεδο οικογενειακού εισοδήματος, περιουσιακά στοιχεία (όπως απαιτείται για τους ασθενείς του προγράμματος Medicare) και άλλα συναφή στοιχεία).

5. *Ενέργειες που μπορεί να ληφθούν σε περίπτωση μη πληρωμής:* Μετά από μια περίοδο 120 ημερών από την ημερομηνία αποστολής στο άτομο της πρώτης δήλωσης λογαριασμού χρέωσης μετά την έκδοση εξιτηρίου από το νοσοκομείο, ένα ίδρυμα του AHS μπορεί να αναφέρει υπερβολικά χρέη για την παρεχόμενη περίθαλψη σε κάποιο άτομο στις εταιρείες έκθεσης πίστωσης καταναλωτών ή τα γραφεία πίστωσης, ή να πραγματοποιήσει πώληση του χρέους που θεωρείται ασυνήθιστη ενέργεια είσπραξης (ECA) (παρακαλούμε ανατρέξτε στην Ενότητα F. 6. της Πολιτικής), ή να προχωρήσει σε οποιονδήποτε άλλο οριζόμενο τρόπο είσπραξης σύμφωνα με την ενέργεια ECA μόνο αφού τηρηθούν οι παρεχόμενες ειδοποιήσεις στο άτομο τουλάχιστον 30 ημέρες πριν από την έναρξη κάθε ενέργειας ECA: 1) μια γραπτή ειδοποίηση, μαζί με το έγγραφο PLS, παρέχεται στο άτομο υποδεικνύοντας ότι η οικονομική ενίσχυση είναι διαθέσιμη για άτομα που έχουν κριθεί κατάλληλα και δηλώνοντας τις συγκεκριμένες ενέργειες ECA που ενδέχεται να εφαρμοστούν μετά το πέρας της καθορισμένης προθεσμίας (η προθεσμία ενδέχεται να μην είναι νωρίτερα από το διάστημα των 30 ημερών μετά την παροχή της γραπτής ειδοποίησης), και 2) μια λογική προσπάθεια προφορικής ειδοποίησης ενός ατόμου σχετικά με το έγγραφο FAP του νοσοκομείου AHS και πώς το άτομο μπορεί να λάβει ενίσχυση με τη διαδικασία αίτησης οικονομικής ενίσχυσης.

   a. *Χωρίς υποβολή εντύπου αίτησης οικονομικής ενίσχυσης:*

      Αν δεν υποβληθεί έντυπο αίτησης οικονομικής ενίσχυσης στο διάστημα των 120 ημερών από την ημερομηνία αποστολής στο άτομο της πρώτης δήλωσης κίνησης του ποσού πληρωμής μετά την έκδοση εξιτηρίου και το πέρας της καθορισμένης προθεσμίας για τη γραπτή ειδοποίηση, το νοσοκομείο του AHS ενδέχεται να εκκινήσει το σύστημα ενεργειών ECA.

   b. *Υποβολή μη συμπληρωμένου εντύπου αίτησης οικονομικής ενίσχυσης:*

      Αν ένα άτομο υποβάλει ένα μη συμπληρωμένο έντυπο αίτησης οικονομικής ενίσχυσης στο διάστημα των 240 ημερών από την ημερομηνία κατά την οποία εστάλη στο άτομο η δήλωση κίνησης του ποσού πληρωμής μετά την έκδοση εξιτηρίου (η περίοδος αίτησης), το νοσοκομείο του

AHS πρέπει να προβεί στις ακόλουθες ενέργειες:

i. Διακοπή κάθε ενέργειας ECA

ii. Παρέχετε στο άτομο μια γραπτή ειδοποίηση που περιγράφει τις πρόσθετες πληροφορίες και/ή τα απαιτούμενα έγγραφα σύμφωνα με την Πολιτική Οικονομικής Ενίσχυσης ή το Έντυπο Αίτησης Οικονομικής Ενίσχυσης που το άτομο πρέπει να υποβάλει εντός λογικού χρονικού διαστήματος και το οποίο περιέχει στοιχεία επικοινωνίας τα οποία συμπεριλαμβάνουν τον αριθμό τηλεφώνου και τη γεωγραφική θέση του γραφείου ή του τμήματος νοσοκομείου του AHS που μπορεί να παρέχει βοήθεια με τη διαδικασία αίτησης οικονομικής ενίσχυσης ή, εναλλακτικά, ενός μη κερδοσκοπικού οργανισμού ή κρατικής εταιρείας που μπορεί να παρέχει βοήθεια με τη διαδικασία αίτησης οικονομικής ενίσχυσης αν το νοσοκομείο του AHS αδυνατεί να την παρέχει.

iii. iii. Αν το Έντυπο Αίτησης Οικονομικής Ενίσχυσης δεν συμπληρωθεί μέσα στο λογικό χρονικό διάστημα που έχει συζητηθεί παραπάνω, το νοσοκομείο μπορεί να εκκινήσει ή να συνεχίσει τις ενέργειες ECA. Τα δικαιώματα παρακράτησης που είναι συνημμένα στην ασφάλεια (αυτοκινήτου, αστικής ευθύνης, ζωής και θανάτου) που αντιπροσωπεύουν πιθανά οφειλόμενα πρόσοδα ως αποτέλεσμα τραυματισμών ενός ατόμου για τους οποίους το νοσοκομείο του AHS παρείχε περίθαλψη επιτρέπονται σε σχέση με τη διαδικασία είσπραξης. Καμία άλλη προσωπική κρίση ή δικαίωμα παρακράτησης δεν θα αρχειοθετηθεί εναντίον ατόμων που έχουν κριθεί κατάλληλα ως προς το FAP.

c. *Υποβολή συμπληρωμένου εντύπου αίτησης οικονομικής ενίσχυσης:*

Αν ένα άτομο υποβάλει ένα συμπληρωμένο έντυπο αίτησης οικονομικής ενίσχυσης στο διάστημα των 240 ημερών από την ημερομηνία κατά την οποία εστάλη στο άτομο η δήλωση κίνησης του ποσού πληρωμής μετά την έκδοση εξιτηρίου (η περίοδος αίτησης), το νοσοκομείο του AHS πρέπει να προβεί στις ακόλουθες ενέργειες:

i. Διακοπή κάθε ενέργειας ECA.
ii. Διακόψτε κάθε ενέργεια είσπραξης κατά την εξέταση ενός συμπληρωμένου Εντύπου Αίτησης Οικονομικής Ενίσχυσης του AHS. Μια ειδοποίηση θα καταχωρηθεί στον λογαριασμό του ασθενούς για να διακοπεί ενέργεια είσπραξης έως ότου η διαδικασία οικονομικής ενίσχυσης

ολοκληρωθεί. Αν ο λογαριασμός έχει ανατεθεί σε εταιρεία είσπραξης, η εταιρεία θα ειδοποιηθεί για τη διακοπή των προσπαθειών είσπραξης έως ότου παρθεί μία απόφαση. Αυτή η ειδοποίηση θα καταχωρηθεί στις σημειώσεις του λογαριασμού.

iii. Λάβετε και καταχωρήστε την απόφαση ως προς την καταλληλότητα ενός ατόμου για οικονομική ενίσχυση.

iv. Ειδοποιήστε το άτομο γραπτώς εγκαίρως, γενικά εντός 60 ημερών, μετά τη λήψη απόφασης για την καταλληλότητα ενός συμπληρωμένου Εντύπου Αίτησης Οικονομικής Ενίσχυσης και τη βάση για τη λήψη της απόφασης.

v. Παρέχετε στο άτομο μια δήλωση κίνησης του ποσού πληρωμής (δεν απαιτείται δήλωση κίνησης του ποσού πληρωμής για μηδενικά ποσά ($)) που υποδεικνύει το οφειλόμενο ποσό ως ατόμου κατάλληλου σύμφωνα με το FAP και περιγράφει πώς ένα άτομο μπορεί να λάβει πληροφορίες σχετικά με το γενικό ποσό χρέωσης (AGB) για περίθαλψη και πώς το νοσοκομείο του AHS καθόρισε το ποσό που οφείλει το άτομο.

vi. Επιστρέψτε στο άτομο κάθε ποσό που υπερβαίνει το ποσό πληρωμής.

vii. Λάβετε όλα τα λογικά διαθέσιμα μέτρα για να αντιστρέψετε κάθε ενέργεια ECA που έχει ληφθεί εναντίον του ατόμου.

viii. Παρέχετε μια γραπτή ειδοποίηση άρνησης σε οποιοδήποτε άτομο καθορίστηκε ως μη ακατάλληλο σύμφωνα με το FAP και περιλάβετε τον λόγο της άρνησης και μια διαδικασία και στοιχεία επικοινωνίας για υποβολή έφεσης. Αν ένα άτομο διαφωνεί με την απόφαση άρνησης της παροχής οικονομικής ενίσχυσης, το άτομο μπορεί να ζητήσει γραπτώς αίτηση εντός 45 ημερών από την ημέρα της άρνησης. Η έφεση πρέπει να περιλαμβάνει κάθε πληροφορία που σχετίζεται με την άρνηση, η οποία μπορεί να βοηθήσει στην αξιολόγηση της έφεσης. Τα αιτήματα για έφεση λόγω άρνησης θα εξετάζονται μηνιαίως από την Επιτροπή Οικονομικής Ενίσχυσης. Οι αποφάσεις που λαμβάνονται από την Επιτροπή Οικονομικής Ενίσχυσης θα γνωστοποιούνται στο άτομο εντός 60 ημερών από την εξέταση της Επιτροπής και θα αντανακλούν την τελική απόφαση της Επιτροπής.

ix. Με την παραλαβή ενός συμπληρωμένου Εντύπου FAA το νοσοκομείο του AHS μπορεί να καθυστερήσει την απόφαση σχετικά με την καταλληλότητα ενός ατόμου σύμφωνα με το FAP αν το άτομο έχει υποβάλει αίτηση για βοήθεια μέσω του προγράμματος Medicaid έως τη λήψη της απόφασης ως άτομο κατάλληλο για τη συμμετοχή στο πρόγραμμα Medicaid.

E. Ευθύνες Οικονομικών Υπηρεσιών Ασθενών

1. Επιτροπή Οικονομικής ενίσχυσης: Μια περίληψη των αιτήσεων οικονομικής ενίσχυσης και οι αναμενόμενες προτάσεις που επεξεργάζονται οι Οικονομικές Υπηρεσίες Ασθενών θα εξετάζονται μηνιαίως από την Επιτροπή Οικονομικής Ενίσχυσης του νοσοκομείου. Η Επιτροπή οικονομικής Ενίσχυσης εξετάζει όλες τις προτάσεις οικονομικής ενίσχυσης, εστιάζοντας στην εξέταση των ορίων ή των ασυνήθιστων αιτημάτων που απαιτούν εξέταση ανά υπόθεση.

2. Η παροχή οικονομικής ενίσχυσης που υπερβαίνει τα $10.000 πρέπει να εγκρίνεται από την Επιτροπή Οικονομικής Ενίσχυσης.

3. Μετά την εξέταση και την έγκριση από την Επιτροπή Οικονομικής Ενίσχυσης, η εγκεκριμένη οικονομική ενίσχυση θα εφαρμοστεί στον λογαριασμό του ατόμου από τις Οικονομικές Υπηρεσίες Ασθενών.

4. Οι Οικονομικές Υπηρεσίες Ασθενών ευθύνονται για τη λήψη απόφασης ότι το νοσοκομείο κατέβαλε λογικές προσπάθειες να αποφασίσει αν το άτομο είναι κατάλληλο σύμφωνα με το FAP και αν το νοσοκομείο μπορεί να λάβει μέτρα για να προβεί σε οποιαδήποτε ενέργεια ECA.

5. Οι εταιρείες χρέωσης που κλείνουν συμφωνίες με τις υπηρεσίες είσπραξης του οργανισμού AHS θα ακολουθήσουν την πολιτική οικονομικής ενίσχυσης όσον αφορά όλα τα ζητήματα χρέωσης και είσπραξης.

6. Η πώληση του χρέους ενός ατόμου σε κάποιον τρίτο (άλλον από μια πώληση μη ECA όπως περιγράφεται παρακάτω) θεωρείται ως ECA και δεν θα πρέπει να εκκινείται έως ότου ολοκληρωθούν τα απαραίτητα βήματα που τονίζονται παραπάνω στην Ενότητα D. Κάθε προτεινόμενη συμφωνία πώλησης χρέους πρέπει να εγκριθεί από τον σχετικό Οικονομικό Διευθυντή του νοσοκομείου της περιοχής του οργανισμού AHS και να υποβληθεί στο τμήμα Διαδικασίας Εξέτασης Συμφωνητικών του AHS πριν πραγματοποιηθεί.

Ορισμένες πωλήσεις χρέους δεν θεωρούνται ως ενέργειες ECA. Οι πωλήσεις χρέους μη ECA απαιτούν το νοσοκομείο AHS να δεσμευτεί νομικά με γραπτή συμφωνία με τον αγοραστή του χρέους που ορίζει τα εξής:

a. Ο αγοραστής μπορεί να μην προβεί σε καμία ενέργεια ECA.
b. Ο αγοραστής απαγορεύεται να χρεώσει τόκο στο χρέος που υπερβαίνει τη σταθερή τιμή της υπηρεσίας IRS.
c. Το χρέος είναι επιστρέψιμο ή ανακλητό από το νοσοκομείο του AHS σύμφωνα με την απόφαση ότι το άτομο είναι κατάλληλο σύμφωνα με το FAP, και

d. Αν το χρέος δεν είναι ανακλητό ή επιστρέψιμο, ο αγοραστής πρέπει να βεβαιωθεί ότι το άτομο δεν πληρώνει περισσότερο από όσο προσωπικά ευθύνεται σύμφωνα με την καταλληλότητα του FAP.

F. Ατομικό Πρόγραμμα Πληρωμών

1. Το πρόγραμμα πληρωμών για ασθενείς αυτό-πλήρωσης στους οποίους έχει χρεωθεί ένα γενικό ποσό χρέωσης (AGB) θα σχεδιαστεί ατομικά με τον κάθε ασθενή. Όλες οι δραστηριότητες είσπραξης θα διεξαχθούν σύμφωνα με την ομοσπονδιακή και κρατική νομοθεσία που διέπει τις πρακτικές είσπραξης χρέους. Κανένας τόκος δεν θα προκύψει από υπόλοιπα κίνησης λογαριασμών σε μακροπρόθεσμη συμφωνία πληρωμής ενώ οι πληρωμές πραγματοποιούνται εκτός αν το άτομο έχει επιλέξει εθελοντικά να συμμετέχει σε μακροπρόθεσμο πρόγραμμα πληρωμών στο οποίο καταβάλλεται τόκος από τρίτο οικονομικό παράγοντα.

2. Αν το άτομο συμμορφώνεται με τους όρους που έχουν συνταχθεί στο πρόγραμμα πληρωμών, δεν θα πραγματοποιηθεί καμία είσπραξη.

G. Διατήρηση αρχείων

1. Ένα αρχείο, έντυπο ή ηλεκτρονικό, θα διατηρηθεί αντανακλώντας την εξουσιοδότηση οικονομικής ενίσχυσης μαζί με αντίτυπα όλων των εντύπων αίτησης και φύλλων εργασίας.

2. Η περίληψη πληροφοριών σχετικά με τις αιτήσεις που έχουν επεξεργαστεί και την παρεχόμενη οικονομική ενίσχυση θα διατηρούνται για χρονικό διάστημα επτά ετών. Η περίληψη πληροφοριών περιλαμβάνει τον αριθμό ασθενών που αιτήθηκαν για οικονομική ενίσχυση στον οργανισμό AHS, πώς πολλοί ασθενείς έλαβαν οικονομική ενίσχυση, το ποσό της παρεχόμενης οικονομικής ενίσχυσης σε κάθε ασθενή, και τον συνολικό ποσό χρέωσης κάθε ασθενούς.

3. Η έκθεση του κόστους οικονομικής ενίσχυσης θα είναι ετήσια στην Έκθεση Οφελών Κοινότητας. Η Οικονομική Ενίσχυση (Περίθαλψη Φιλανθρωπίας) θα αναφέρεται ως το κόστος της παρεχόμενης περίθαλψης (χωρίς χρεώσεις) χρησιμοποιώντας τα πιο πρόσφατα διαθέσιμα λειτουργικά κόστη και τον σχετικό λόγο κόστους-χρέωσης.

H. Υπό τη νομοθεσία: Η παροχή οικονομικής ενίσχυσης μπορεί τώρα ή στο μέλλον να υπόκειται σε ομοσπονδιακή, κρατική ή τοπική νομοθεσία. Τέτοιοι νόμοι διέπονται στο βαθμό που επιβάλλονται αυστηρότερες απαιτήσεις από την παρούσα πολιτική.