



HEALTHCARE ACCESS PROGRAM

POLICY SUMMARY:

The County of Santa Clara Health System (hereinafter, the “County”) supports enhancing access to affordable healthcare. The County therefore offers discounted Medically Necessary Services or Supplies to eligible low-income and moderate-income Self-Pay and High Medical Cost patients through this Healthcare Access Program (also known as the Patient Financial Assistance Policy or “Financial Assistance”). A short overview of the policy follows. Patients should review the full policy for complete program information and contact a County Financial Counselor at (866) 967-4677 (Monday to Friday, 8am to 5pm) with any questions.

- Self-Pay patients are patients who do not have third-party coverage from a health insurer, healthcare service plan, Medicare, or Medi-Cal, whose injury is not a compensable injury for purposes of workers’ compensation, automobile insurance, or other insurance, and who are not eligible for health insurance or other third-party coverage for Medically Necessary Services or Supplies provided by the County.
- High Medical Cost patients are either (1) patients who have themselves incurred annual out-of-pocket healthcare costs from the County that exceed the lesser of 10% of their current Family Income or Family Income in the prior 12 months, or (2) patients whose Family has paid any medical provider for healthcare expenses that exceed 10% of the Patient’s Family Income, if the patient provides documentation of the patient’s medical expenses paid by the patient or the patient’s Family members in the prior 12 months.
- Self-Pay and High Medical Cost patients who are County Residents and who have Family Incomes at or below 400% of the Federal Poverty Level are eligible for 100% discounted Medically Necessary Services or Supplies from County healthcare providers.
- Self-Pay and High Medical Cost patients who are County residents and who have Family Incomes above 400% but below 450%, 550%, or 650% of the Federal Poverty Level are eligible for discounts for Medically Necessary Services or Supplies from County healthcare providers of 70%, 50%, or 25%, respectively. A patient who qualifies for a partial discount may ask the County to set up a long-term, interest-free payment plan to allow the patient to pay the discounted price over time.
- The Federal Poverty Levels change annually. The 2022 Federal Poverty Levels referenced in this policy are listed in Attachment A.
- Eligible patients qualify for Financial Assistance for a one-year period, except if there is a material change to their eligibility before that year ends. Patients must notify the County of material changes to their eligibility (such as changes to their income, eligibility for health insurance or other coverage for healthcare services, family composition, and/or medical expenses) within sixty (60) days or at the next point of service, whichever is earlier. The County reserves the right to reverify a patient’s eligibility at any time.

- Eligible patients must make all reasonable efforts to submit a completed Financial Assistance Application (or qualify for Presumptive Enrollment for Discount Care) in compliance with this policy within 180 days of being sent their initial billing statement for a particular Episode of Care and the accompanying Healthcare Access Program Notice. If the patient does not submit a completed Financial Assistance Application (or qualify for Presumptive Enrollment for Discount Care) in compliance with this policy within 180 days of being sent their initial billing statement for a particular Episode of Care and qualify for Financial Assistance, the patient's account may be sent to collections as described in the Patient Debt Collection Policy attached as Attachment B. The Revenue Cycle Director or their designee has discretion to deny eligibility if the patient fails to provide information that is reasonable and necessary for the County to make an eligibility determination. The Revenue Cycle Director or their designee may determine a patient's eligibility for Financial Assistance after this 180-day period upon a showing of good cause, as described later in this Policy.

- Generally, Self-Pay and High Medical Cost patients who are Non-County Residents are not eligible for non-emergency healthcare services in Santa Clara County facilities. In those facilities where there is excess capacity, Non-County Residents may receive non-emergency healthcare services. Non-County Residents who do receive Medically Necessary Services or Supplies at County facilities and who are Self-Pay or High Medical Cost patients are eligible to receive a 100% discount for that specific Episode of Care (as defined below) if they have Family Incomes at or below 400% of the Federal Poverty Level.

DEFINITIONS:

1. **Patient's Family or Family:** For patients age eighteen (18) and older, the Patient's Family includes the patient, the patient's spouse or domestic partner, and dependent children under age twenty-one (21), whether living at home or not. For patients under age eighteen (18), the Patient's Family includes the patient's parents or caretaker relatives, and other children of the parents or caretaker relatives under age twenty-one (21).
2. **County Resident:** A County Resident is a person who lives in Santa Clara County.
3. **Non-County Resident:** A Non-County Resident is a person who does not live in Santa Clara County.
4. **Family Income:** Family Income includes gross annual income of all members of the Patient's Family, minus any payments made for alimony or child support.
5. **Self-Pay Patient:** A Self-Pay Patient is a patient who does not have third-party coverage from a health insurer, healthcare service plan, Medicare, or Medi-Cal, whose injury is not a compensable injury for purposes of workers' compensation, automobile insurance, or other insurance, and who is not eligible for health insurance or other third-party coverage for Medically Necessary Services or Supplies provided by the County. Self-Pay Patients include, without limitation: (a) patients who qualify for a government insurance program but receive services that are not covered under such program and (b) patients whose benefits are exhausted prior to or during the provision of services.
6. **High Medical Cost Patient:** A High Medical Cost Patient is a patient who:
 - a. Has a third-party source of payment for healthcare services (i.e., is not a Self-Pay Patient), and

- b. Either:
 - i. Owes the County for annual out-of-pocket healthcare costs for themselves that exceed the lesser of 10% of the Patient's current Family Income or Family Income in the prior twelve (12) months, or
 - ii. Paid, or has one or more Family members who paid, annual out-of-pocket medical expenses to any healthcare provider that exceed 10% of the Patient's Family Income, if the patient provides documentation of the patient's medical expenses paid by the patient or the patient's Family members in the prior 12 months.

These healthcare expenses may include a copayment, coinsurance, deductible, or other amount due from an insured patient under the patient's health insurance plan.

- 7. **Presumptive Enrollment for Discount Care:** A patient may be determined eligible for the Healthcare Access Program based upon patient-specific socio-economic information gathered from market sources. Patients who are homeless or who expire while receiving services, and who have neither a source of funding nor a responsible party or estate, may be determined eligible for Financial Assistance even if they did not complete a Financial Assistance Application. The Patient Access Director or the Revenue Cycle Director or their designee will review such instances and make a determination on a case-by-case basis.
- 8. **Medically Necessary Service or Supply:** A Medically Necessary Service or Supply is a medical service and/or supply that is necessary to treat or diagnose a medical condition, the omission of which could adversely affect the health of the patient. The following services are not generally considered to be Medically Necessary Services or Supplies and therefore are not generally covered by this policy:
 - a. Reproductive endocrinology and infertility services;
 - b. Cosmetic services or plastic surgery services;
 - c. Vision correction services, including LASEK, PRK, conductive keratoplasty, Intac's corneal ring segments, custom contoured C-CAP;
 - d. Patient-initiated ambulance transportation; and
 - e. Lifestyle medications, as defined by the Santa Clara Valley Medical Center (SCVMC) Pharmacy and Therapeutics Committee.

The County reserves the right to change this list of generally non-covered services and/or supplies. In rare situations, for example, upon the recommendation of a physician or participating provider, the County Chief Medical Officer or their designee may approve one of these services or supplies as a Medically Necessary Service or Supply for a specific patient. The decision of the County Chief Medical Officer or their designee is final.

- 9. **Episode of Care:** For purposes of this policy, Episode of Care means:
 - a. In the inpatient setting, Medically Necessary Services or Supplies received between the date of an admission and the date of discharge associated with that admission; or

- b. In the emergency department setting or outpatient setting, an individual visit to receive Medically Necessary Services or Supplies.

PROCEDURE:

A. Eligibility for Financial Assistance

1. To receive Financial Assistance under this policy, a patient must apply for Financial Assistance by either submitting a complete Financial Assistance Application or qualifying for Presumptive Enrollment for Discount Care.
 - a. Eligible patients must make all reasonable efforts to submit a completed Financial Assistance Application (or qualify for Presumptive Enrollment for Discount Care) in compliance with this policy within 180 days of being sent their initial billing statement for a particular Episode of Care and the accompanying Healthcare Access Program Notice. If the patient does not submit a completed Financial Assistance Application (or qualify for Presumptive Enrollment for Discount Care) in compliance with this policy within 180 days of being sent their initial billing statement for a particular Episode of Care and qualify for Financial Assistance, the patient's account may be sent to collections as described in the Patient Debt Collection Policy attached as Attachment B. The Revenue Cycle Director or their designee has discretion to deny eligibility if the patient fails to provide information that is reasonable and necessary for the County to make an eligibility determination.
 - b. Immediately after this time period of 180 days, and in any event before final judgment has been entered in a civil collection action relating to a patient's unpaid bill, the Revenue Cycle Director or their designee may determine said patient's eligibility for Financial Assistance upon a showing of good cause. Along with their completed Financial Assistance Application, the patient must submit a statement in writing explaining why they did not apply for Financial Assistance within the required 180-day timeframe. The Revenue Cycle Director or their designee may request additional information from the patient to substantiate the good cause request. Examples of circumstances in which the patient may be able to demonstrate that good cause exists include, but are not limited to: the County inadvertently gave the patient incomplete or inaccurate information about the Healthcare Access Program or government-based health coverage options; the patient's physical, mental, educational, or linguistic limitations prevented the patient from submitting a completed Financial Assistance Application within the 180-day timeframe; and/or the patient had a serious illness, or there was a death or serious illness in the patient's immediate family, that prevented the patient from submitting a completed Financial Assistance Application within the 180-day timeframe.
2. Patients must provide true, accurate, and complete information when applying for Financial Assistance, including necessary supporting documentation, as requested by the County. Patients may be determined ineligible for Financial Assistance if they provide false or incomplete information during the application process.
3. Patients must provide one of each of the following types of documents with their Financial Assistance application:
 - a. Proof of identity (for example, a driver's license, passport, government-issued ID card, work or school ID card, or birth certificate plus other ID, such as gym or Costco membership);

- b. Proof of income (for example, pay stubs or income tax returns); and
 - c. Proof of residency (for example, a rental contract/lease, mortgage statement, utility bill, vehicle registration, driver’s license, declaration of homelessness, or letter of support from a person with whom the applicant is living and proof of residency for that person).
 - d. Any patient seeking to qualify for Financial Assistance under part (b)(ii) of the definition of “High Medical Cost Patient” above must also submit documentation of medical expenses that they and/or their Family members paid in the prior 12 months.
4. Different levels of Financial Assistance are available to eligible patients based on their Family Income, as listed in the table below and Attachment A to this Policy.

Amount of Financial Assistance Available to County Residents Who Are Either Self-Pay Patients or High Medical Cost Patients Based on Family Income

FAMILY INCOME	Amount of Write Off of Amounts Due from Patient For Medically Necessary Services or Supplies
Family Income at or below 400% of the Federal Poverty Level	100% Charity Care write off
Family Income between 401-449% of the Federal Poverty Level	70% Charity Care write off
Family Income between 450 – 549% of the Federal Poverty Level	50% Charity Care write off
Family Income between 550 – 649% of the Federal Poverty Level	25% Charity Care write off

The 2022 Federal Poverty Levels are listed in Attachment A.

For patients who are not able to complete an application or provide all necessary documentation, the Health System may develop and rely on a tool to presumptively enroll patients into the Healthcare Access Program based on existing enrollment in programs such as homeless services, the Women, Infants and Children (WIC) program, the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP, also commonly known as food stamps), and certain subsidized housing.

- 5. Patients who do not have health insurance (or another third-party source of payment for Medically Necessary Services or Supplies) will be screened to determine if they are eligible for any state, federal, and/or County health programs, and/or any other third-party source of payment. The County will make all reasonable efforts to obtain information from patients about whether private or public health insurance or sponsorship may fully or partially cover the charges for care rendered by the County. When patients contact the Patient Access Department about available financial assistance options, the County will also take steps to help them complete

applications for Medi-Cal, other government-funded healthcare coverage, and the Healthcare Access Program, as applicable. If a patient applies, or has a pending application, for another health coverage program at the same time that the patient applies for Financial Assistance, neither application shall preclude eligibility for the other program.

6. Patients seeking Financial Assistance must apply for all health insurance (or other third-party sources of payment for Medically Necessary Services or Supplies) for which they are eligible, unless the County Revenue Cycle Director or their designee exempts the patient from the requirement, as described below.
7. A patient's failure to make every reasonable effort to obtain health insurance (or another third-party source of payment for Medically Necessary Services or Supplies) may be grounds for denial of Financial Assistance.
8. The Revenue Cycle Director or their designee may exempt from this requirement patients who could reasonably suffer negative immigration consequences under federal rules such as the final rule on "Inadmissibility on Public Charge Grounds," 84 Fed. Reg. 41,292 (Aug. 14, 2019). For example, adult patients age 21 and over who are seeking lawful permanent residence and who have the following immigration statuses may not be required to apply for federally-funded health insurance: (1) patients granted parole into the United States for at least one year, (2) patients granted withholding of deportation or removal, (3) patients granted conditional entry prior to April 1, 1980, (4) Cuban-Haitian entrants, or (5) patients with SSI-linked Medi-Cal since before August 22, 1996.
9. Eligible patients may receive Financial Assistance for Medically Necessary Services or Supplies from County healthcare providers. Patients are not entitled to Financial Assistance for services that are not Medically Necessary Services or Supplies or for separately billed physician professional fees or ambulance transportation not requested by the County. In those rare circumstances when referral outside of the County health system is necessary, the County Chief Medical Officer or designee may approve Financial Assistance for Medically Necessary Services and Supplies secured from outside of the County health system.

B. Scope of Financial Assistance for County Residents

1. Financial Assistance for County Residents generally extends for a one-year period starting on the earlier of the first day of the month in which the patient submitted their completed Financial Assistance Application or qualified for Presumptive Enrollment for Discount Care, or the first day of the Episode of Care to which the patient's completed Financial Assistance Application or Presumptive Enrollment for Discount Care relates, except if there is a material change to the patient's eligibility before that year ends (such as qualifying for third-party coverage from a health insurer or another third-party source of payment for Medically Necessary Services or Supplies). The Revenue Cycle Director or their designee also has discretion to provide additional discounts upon a showing of good cause.
2. Patients must reapply for Financial Assistance annually as appropriate, either by submitting a Financial Assistance Renewal Application or by requalifying for Presumptive Enrollment for Discount Care.
3. Patients must notify the County of material changes to their eligibility (such as changes to their income, eligibility for health insurance or other coverage for healthcare services, family composition, or medical expenses) within sixty (60) days of when the changes occur or at the next point of service, whichever is

earlier. The County reserves the right to reverify a patient's eligibility at any time.

4. If a patient fails to timely notify the County of any material change to their eligibility, their Financial Assistance may be retroactively terminated starting on the date the material change took effect.

C. Scope of Financial Assistance for Non-County Residents

1. Self-Pay and High Medical Cost patients who are Non-County Residents are generally not eligible for non-emergency healthcare services in Santa Clara County facilities. In those facilities where there is excess capacity, Non-County Residents may receive non-emergency healthcare services.
2. Non-County Residents who do receive Medically Necessary Services or Supplies at County facilities and who are Self-Pay or High Medical Cost patients are eligible to receive a 100% write-off on those services if their Family Incomes are at or below 400% of the Federal Poverty Level.
3. Qualifying Non-County Residents may only qualify for Financial Assistance for a specific Episode of Care, not on an ongoing, one-year basis. The Revenue Cycle Director or their designee has discretion to provide additional discounts upon a showing of good cause.

D. Payment Plans

1. A patient who qualifies for a partial discount under this policy may ask to set up a long-term, interest-free payment plan with the County to allow payment of the discounted price over time.
2. The County and the patient will negotiate the terms of the payment plan. In negotiating the terms of a reasonable payment plan with the patient, the County will take into consideration the patient's Family Income and essential living expenses. "Essential living expenses" means expenses for rent or house payment and maintenance, food and household supplies, utilities and telephone, clothing, medical and dental payments, insurance, school or child care, child or spousal support, transportation and auto expenses, including insurance, gas, and repairs, installment payments, laundry and cleaning, and other extraordinary expenses.
3. If the County and the patient cannot agree on the terms of a payment plan, the County will use the formula described in subdivision (i) of California Health and Safety Code section 127400 to create a reasonable payment plan consisting of monthly payments that are not more than 10 percent of a patient's Family Income for a month, excluding deductions for essential living expenses.

E. Appeals

1. The County will issue a decision within 30 days of receiving a patient's completed Financial Assistance Application. The decision will include instructions on how a patient may appeal the denial and the timeline for appealing.
2. A patient who is denied Financial Assistance may appeal the denial in writing. An appeal must contain the basis for the appeal and the requested relief. Appeal forms are available online at <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> or by contacting Patient Access at (877) 967-4677.

3. Appeals must be received at the address below within thirty (30) days of the denial:

County of Santa Clara Health System Patient Business Services
5750 Fontanoso Way, 1st Floor
San José, CA 95138
Attention: Revenue Cycle Director

4. The Revenue Cycle Director will decide all initial appeals within thirty (30) days of receiving the appeal forms.
5. If the Revenue Cycle Director or their designee affirms the initial denial, a patient may submit a second written appeal. Any second appeal must be received by the County of Santa Clara Health System's Chief Financial Officer at the address listed below within thirty (30) days of the initial appeal denial:

County of Santa Clara Health System Finance Department
2325 Enborg Lane, Suite 360B
San José, CA 95128
Attention: Chief Financial Officer

6. The Chief Financial Officer will decide all second appeals within thirty (30) days.
7. The decision on any second appeal will be final.

F. Reporting Procedures

1. The Financial Assistance policy and attachments will be provided to the Department of Health Care Access and Information (HCAI) at least biennially on January 1, or whenever a significant revision is made.
2. In the event no significant revision has been made since the previous submission, HCAI will be notified that no significant revision has occurred.

POLICY BACKGROUND:

This policy is intended to comply with the following laws:

- California Hospital Fair Pricing Policies (HFFP) law, Cal. Health & Saf. Code § 127400 *et seq.*
- California Emergency Physician Fair Pricing Policies (EPFPP) law, Cal. Health & Saf. Code § 127450 *et seq.*

This policy constitutes the County's Charity Care program. This policy will be consistently applied to all County patients.

This policy applies only to Medically Necessary Services or Supplies from County healthcare providers. A current list of County medical healthcare providers is available through the following "Find A Provider" pages: <https://www.scvmc.org/find-provider> (Santa Clara Valley Medical Center), <https://och.sccgov.org/find-provider> (O'Connor Hospital), and <https://slrh.sccgov.org/find-provider> (St. Louise Regional Hospital). A list of the County hospitals and clinics is available at: <https://www.scvmc.org/find-health-center>.

Patients are hereby notified that emergency physicians, as defined in California Health and Safety Code section 127450, who provide emergency medical services at County facilities, are required by law to provide discounts to Self-Pay Patients and High Medical Cost Patients who

are at or below 400% of the Federal Poverty Level.

For a list of the County of Santa Clara Health System's shoppable services, please visit <https://www.scvmc.org/patients-visitors/services/shoppable-servicesestimate-potential-charges>.

This Policy does not waive or alter any contractual provisions or rates negotiated by and between the County and a third-party payer, nor does it provide discounts to non-contracted third-party payers or other entities that are legally responsible to make payment on behalf of a beneficiary, covered person, or insured. This Policy does not permit the routine waiver of deductibles, co-payments, and/or co-insurance imposed by insurance companies for patients who do not qualify for Financial Assistance.

RESPONSIBILITY:

Questions about the implementation of this policy should be directed to the Patient Access Director at: 770 South Bascom Avenue, San José, CA 95128 or (866) 967-4677.

This Financial Assistance policy supersedes the following now-null policies: VMC#924.0 Sliding Scale; HHS#735.0 Ability to Pay Determination (APD) Program; O'Connor Hospital #4765025 Financial Assistance Policy; and St. Louise Regional Hospital #5424657 Financial Assistance Policy.

This Financial Assistance Policy was last updated on December 8, 2022.

Attachment A

2022 Federal Poverty Levels Chart

2022 FEDERAL POVERTY LEVELS							
Size of Household	100% Discount*	70% Discount		50% Discount		25% Discount	
	Up to 400% FPL	401%	449%	450%	549%	550%	649%
1	\$4,530	\$4,531	\$5,096	\$5,097	\$6,228	\$6,229	\$7,361
	\$54,360	\$54,361	\$61,154	\$61,155	\$74,744	\$74,745	\$88,334
2	\$6,103	\$6,104	\$6,866	\$6,867	\$8,391	\$8,392	\$9,917
	\$73,240	\$73,241	\$82,394	\$82,395	\$100,704	\$100,705	\$119,014
3	\$7,677	\$7,678	\$8,636	\$8,637	\$10,555	\$10,556	\$12,474
	\$92,120	\$92,121	\$103,634	\$103,635	\$126,664	\$126,665	\$149,694
4	\$9,250	\$9,251	\$10,406	\$10,407	\$12,718	\$12,719	\$15,031
	\$111,000	\$111,001	\$124,874	\$124,875	\$152,624	\$152,625	\$180,374
5	\$10,823	\$10,824	\$12,176	\$12,177	\$14,881	\$14,882	\$17,587
	\$129,880	\$129,881	\$146,114	\$146,115	\$178,584	\$178,585	\$211,054
6	\$12,397	\$12,398	\$13,946	\$13,947	\$17,044	\$17,045	\$20,144
	\$148,760	\$148,761	\$167,354	\$167,355	\$204,544	\$204,545	\$241,734
7	\$13,970	\$13,971	\$15,716	\$15,717	\$19,208	\$19,209	\$22,701
	\$167,640	\$167,641	\$188,594	\$188,595	\$230,504	\$230,505	\$272,414
8	\$15,543	\$15,544	\$17,486	\$17,486	\$21,371	\$21,372	\$25,257
	\$186,520	\$186,521	\$209,834	\$209,835	\$256,464	\$256,465	\$303,094



DATE: December 8, 2022

TO: County of Santa Clara Health System
Executive Leadership Group

FROM: René G. Santiago, Deputy County Executive and
Director, County of Santa Clara Health System

DocuSigned by:
René G. Santiago
A968A3B7E216400...

SUBJECT: Patient Debt Collection Policy

REFERENCES: Cal. Health & Safety Code, §§ 127400–127462
Cal. Civ. Code, §§ 1788–1788.33
15 U.S.C. §§ 1692–1692p
CSCHS Policy #715.0 (Healthcare Access Program)

DEFINITIONS:

1. **Patient:** For purposes of this policy, Patient includes any individual who received health care items and/or services from CSCHS and, if not the same person, their Guarantor.
2. **Guarantor:** The individual who has accepted financial responsibility for payment of a Patient Debt.
3. **Patient Debt:** The amount that a Patient owes CSCHS for health care items and/or services.
4. **DTAC:** The County of Santa Clara's Department of Tax and Collections, which collects Patient Debt on behalf of CSCHS.
5. **Financial Assistance:** A full or partial discount on a Patient Debt authorized by CSCHS under the terms of the CSCHS Financial Assistance Policy.
6. **CSCHS Policy #715.0 or CSCHS Financial Assistance Policy:** A separate policy describing CSCHS's Financial Assistance program, also known as the Healthcare Access Program (HAP), which offers discounts on health care items and/or services provided by CSCHS to certain eligible Patients with low or moderate incomes. The CSCHS Financial Assistance Policy is available online at: <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program>. Individuals may also obtain a copy of the CSCHS Financial Assistance Policy by calling the CSCHS Patient Access Department at (866) 967-4677 (8am to 5pm, Monday to Friday).

BACKGROUND:

The purpose of this policy is to define standards and practices for the collection of Patient Debt owed to the County of Santa Clara Health System (CSCHS).

POLICY:

It is the policy of CSCHS to bill Patients in a manner that is accurate, timely, and consistent with applicable laws and regulations, including, but not limited to, applicable provisions of the California Health and Safety Code, the California Civil Code, and the United States Code.

PROCEDURE:

Responsible Party

Action

CSCHS Patient Business Services

1. Under the authority of the CSCHS Chief Financial Officer, CSCHS will pursue payment for Patient Debts owed for health care items and/or services provided by CSCHS, including by designating unpaid amounts as bad debt and referring such amounts to DTAC for collection. Collection actions will be undertaken at CSCHS's and DTAC's discretion and will comply with all applicable state and federal laws and regulations, including the California Hospital Fair Pricing Policies law (California Health and Safety Code, sections 127400 *et seq.*), the Emergency Physician Fair Pricing Policies law (California Health and Safety Code, sections 127450 *et seq.*), the Rosenthal Fair Debt Collection Practices Act (California Civil Code, sections 1788 *et seq.*), and the federal Fair Debt Collection Practices Act (United States Code, Title 15, sections 1692 *et seq.*).
2. CSCHS will obtain a written agreement from DTAC that DTAC will adhere to this Policy in its entirety. The written agreement will not be construed to create a joint venture between CSCHS and DTAC, or otherwise to allow CSCHS governance of DTAC.
3. Before referring a Patient Debt to DTAC, CSCHS will do all of the following:
 - a. Make all reasonable efforts to obtain from Patients information about whether private or public health insurance or sponsorship may

fully or partially cover the charges for care rendered by CSCHS.

- b. Provide Patients who do not indicate health care coverage by a third-party payer, or who request a discounted price or charity care, with an application for the Medi-Cal program or other state- or county-funded health coverage programs.
- c. Inform Patients of their financial responsibilities by mailing Patients at least four (4) account statements for the services rendered at CSCHS.
- d. Inform Patients of available financial assistance options by providing notice of the CSCHS Financial Assistance Policy and application on or soon after the date(s) of service, at the time of billing, and at least 30 days before referring a Patient Debt to DTAC.
- e. Take steps, when Patients contact the CSCHS Patient Access Department about available financial assistance options, to help those Patients complete applications for Medi-Cal, other government-funded healthcare coverage, and the Healthcare Access Program, as applicable.
- f. Send Patients a notice—otherwise known as the “Goodbye Letter”—at least 60 days before referring a Patient Debt to DTAC. This notice will include:
 - i. The date(s) of service of the bill that is being referred to DTAC;
 - ii. DTAC’s full name and address;
 - iii. A statement informing the Patient how to obtain an itemized bill from CSCHS;
 - iv. The name and type of health coverage

for the Patient on record with CSCHS at the time of service, or a statement that CSCHS does not have that information;

v. A copy of the CSCHS Financial Assistance application; and

vi. The date(s) the Patient was originally sent a notice about applying for Financial Assistance, the date(s) the Patient was originally sent an application for Financial Assistance, and, if applicable, the date that CSCHS made a decision on the Patient's application for Financial Assistance.

g. Wait at least 180 days after initial billing before referring a Patient Debt to DTAC.

4. Once the steps listed in paragraph (3) above are complete, CSCHS may refer the Patient Debt to DTAC to pursue one or more of the following collection actions:

a. Engage in standard collection efforts, including, but not limited to, the use of billing statements, written correspondence, and phone calls;

b. Commence civil action against the Patient in a manner that complies with all applicable laws. By way of a written interagency agreement, CSCHS will ensure that DTAC does not commence a civil action against a Patient if that Patient has a pending appeal for coverage of the items or services for which they received a bill from CSCHS (as defined in California Health and Safety Code, section 127426, subdivision (b)), until a final determination of that appeal is made, if the Patient makes a reasonable effort to communicate with CSCHS and DTAC about the progress of any pending appeals. A pending appeal includes health plan grievances, independent medical reviews conducted by the Department of Managed

Health Care or Department of Insurance, Medi-Cal fair hearings, and Medicare appeals, which are described in California Health and Safety Code, section 127426, subdivision (b).

5. By way of a written interagency agreement, CSCHS will ensure that with any document indicating that the commencement of collection activities may occur, DTAC will send the Patient a notice containing a plain language summary of the Patient's rights pursuant to the Hospital Fair Pricing Policies law, the Rosenthal Fair Debt Collection Practices Act, and the federal Fair Debt Collection Practices Act, which will include a statement that nonprofit credit counseling services may be available in the Patient's area, consistent with Health and Safety Code section 127430; and that in the first written communication to the Patient, DTAC will provide a copy of the Goodbye Letter and a statement that more than 180 days have passed from the date the Patient was initially billed for the medical services that are the basis of the debt, that DTAC may file a lawsuit against the patient to collect the debt, and that DTAC will not report adverse information to a credit reporting agency.
6. CSCHS will not engage in any of the following collection actions:
 - a. Report adverse information about a Patient Debt to a consumer credit reporting agency or credit bureau;
 - b. Sell a Patient debt to a debt buyer;
 - c. Defer or deny, or require a payment before providing, medically necessary care because of a Patient's nonpayment of one or more bills for previously provided care;
 - d. Foreclose on a Patient's real property;
 - e. Attach or seize a Patient's bank account or other personal property; or
 - f. Use wage garnishments or a lien on a primary

residence as a means of collecting unpaid hospital bills from a Patient found eligible for Financial Assistance.

7. Any Patient may ask to set up an interest-free payment plan for payment of a Patient Debt.
 - a. In negotiating the terms of a payment plan with the Patient, CSCHS will take into consideration the Patient's family income and living expenses.
 - b. If CSCHS and a Patient who has qualified for Financial Assistance cannot agree on the payment plan, CSCHS will use the formula and definitions described in subdivision (i) of California Health and Safety Code section 127400 to create a reasonable payment plan consisting of monthly payments that are not more than 10 percent of a Patient's family income for a month, excluding deductions for essential living expenses.
 - c. A payment plan may be declared inoperative after the Patient's failure to make all consecutive payments due during a 90-day period.
 - d. Before declaring a payment plan inoperative, CSCHS will:
 - i. Make reasonable attempts to contact the Patient by telephone, give notice in writing that the payment plan may become inoperative, and inform the Patient of the opportunity to try to renegotiate the terms of the defaulted payment plan.
 - ii. At the Patient's request, attempt to renegotiate the terms of the defaulted payment plan.
 - e. CSCHS will not commence a civil action against

a Patient for nonpayment prior to the time the payment plan is declared inoperative.

8. CSCHS will not use pay stubs, income tax returns, or documentation of assets obtained from Patients during the Financial Assistance application process for collection activities.
9. In the event that the CSCHS Revenue Cycle Director or their designee reviews an application for Financial Assistance submitted more than 180 days after initial billing, the CSCHS Revenue Cycle Director or their designee will request that DTAC pause collection activities, including staying civil actions, until the CSCHS Revenue Cycle Director or their designee has rendered a decision on the application. In the event that a patient is found eligible for Financial Assistance after civil action has commenced, CSCHS will work with DTAC to dismiss the lawsuit with prejudice.
10. Nothing in this Policy precludes CSCHS or DTAC from pursuing third party liability in a manner consistent with applicable laws.

Patients

1. Patients should direct questions about this policy to CSCHS Patient Business Services. Patients may reach CSCHS Patient Business Services by phone at (408) 885-7470 (8am to 4:30pm, Monday to Friday) or in person at 770 S. Bascom Ave, San Jose, CA 95128 (8am to 4:30pm, Monday to Friday).
2. Patients should make all reasonable efforts to promptly respond to billing statements and related communications from CSCHS and DTAC.
3. Patients should make all reasonable efforts to inform CSCHS if they have health insurance coverage, Medicare, Medi-Cal, or other third-party coverage that might pay for all or some of the health care items and/or services received at CSCHS.
4. Patients are encouraged to review the CSCHS Financial Assistance Policy and, if they believe they are eligible for

Financial Assistance, complete and submit a Financial Assistance application as soon as possible. Patients may review the full CSCHS Financial Assistance Policy and download a copy of the CSCHS Financial Assistance application at <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program>. Patients may also contact the CSCHS Patient Access Department at (866) 967-4677 (8am to 5pm, Monday to Friday) with any questions about the Financial Assistance policy.

Issued: 12/08/2022



PROGRAMA DE ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

RESUMEN DE LA PÓLIZA:

El Sistema de Salud del Condado de Santa Clara (County of Santa Clara Health System, por su nombre en inglés) (de aquí en adelante nos referiremos a “el Condado”) apoya un mejor acceso a una atención médica asequible. Por lo tanto, el Condado ofrece Servicios o Suministros Médicamente Necesarios con descuento a pacientes elegibles de ingresos bajos y moderados que pagan por su cuenta y a pacientes con altos costos médicos a través de este Programa de Acceso a la Atención Médica (también conocido como Póliza de Asistencia Financiera para Pacientes o “asistencia financiera”). A continuación, se ofrece una breve descripción general de la póliza. Los pacientes deben revisar la póliza completa para obtener la información completa del programa y si tienen alguna pregunta hablar con un asesor financiero del Condado llamando al (866) 967-4677 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

- Los pacientes que pagan por cuenta propia son pacientes que no tienen cobertura de terceros de un seguro de salud, plan de servicios de atención médica, Medicare o Medi-Cal, cuya lesión no es una lesión compensable a efectos de la compensación laboral, seguro de automóvil u otros y que no son elegibles para un seguro de salud u otra cobertura de terceros para los Servicios o Suministros Médicamente Necesarios provistos por el Condado.
- Los pacientes de altos costos médicos son (1) pacientes que se han incurrido en costos de atención médica de bolsillo anuales del Condado que superan el 10 % de sus ingresos familiares actuales o ingresos familiares en los 12 meses anteriores, lo que sea menor, o (2) pacientes cuya familia haya pagado a algún proveedor médico por gastos de atención médica que excedan el 10 % de los ingresos familiares del paciente, si el paciente proporciona documentación de sus gastos médicos pagados por el paciente o los miembros de la familia del paciente en los 12 meses anteriores.
- Los pacientes que pagan por cuenta propia y con costos médicos altos que son residentes del Condado y que tienen ingresos familiares iguales o inferiores al 400 % del nivel federal de pobreza son elegibles para recibir servicios o suministros médicamente necesarios con un descuento del 100 % de los proveedores de atención médica del Condado.
- Los pacientes que pagan por cuenta propia y con costos médicos altos que son residentes del Condado y que tienen ingresos familiares superiores al 400 % pero inferiores al 450 %, 550 % o 650 % del nivel federal de pobreza son elegibles para descuentos en servicios o suministros médicamente necesarios proporcionados por proveedores de atención médica del Condado del 70%, 50% o 25%, respectivamente. Un paciente que califique para un descuento parcial puede pedirle al Condado que establezca un plan de pago sin intereses a largo plazo para permitir que el paciente pague el precio con descuento a lo largo del tiempo.
- Los niveles federales de pobreza cambian anualmente. Los niveles federales de pobreza de 2022 a los que se hace referencia en esta póliza se enumeran en el Anexo A.

- Los pacientes elegibles califican para asistencia financiera por un período de un año, excepto si hay un cambio sustancial en su elegibilidad antes de que finalice ese año. Los pacientes deben notificar al Condado los cambios importantes en su elegibilidad (como cambios en sus ingresos, elegibilidad para seguro médico u otra cobertura para servicios de atención médica, composición familiar y/o gastos médicos) dentro de los sesenta (60) días o en la siguiente vez que reciban servicio médico, lo que ocurra primero. El Condado se reserva el derecho de volver a verificar la elegibilidad de un paciente en cualquier momento.
- Los pacientes elegibles deben hacer todos los esfuerzos razonables para presentar una solicitud de asistencia financiera completa (o calificar para la Inscripción Presunta para Atención con Descuento) de conformidad con esta póliza dentro de los 180 días posteriores al envío de su estado de cuenta inicial para un episodio de atención en particular y el aviso acompañante del programa de acceso a la atención médica. Si el paciente no presenta una solicitud de asistencia financiera completa (o califica para la inscripción presunta para atención con descuento) de conformidad con esta póliza dentro de los 180 días de haber recibido su estado de cuenta inicial para un episodio de atención en particular y califica para la asistencia financiera, la cuenta puede enviarse a cobros (“collections”, en inglés) como se describe en la póliza de cobro de deudas del paciente adjunta como Anexo B. El director del ciclo de ingresos o su designado tiene la discreción de negar la elegibilidad si el paciente no proporciona información que sea razonable y necesaria para que el Condado haga la determinación de elegibilidad. El director del ciclo de ingresos o su designado puede determinar la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera después de este período de 180 días si se demuestra una buena causa, como se describe más adelante en esta póliza.
- Por lo general, los pacientes que pagan por cuenta propia y de alto costo médico que no son residentes del Condado no son elegibles para servicios de atención médica que no sean de emergencia en las instalaciones del Condado de Santa Clara. En aquellas instalaciones donde hay un exceso de capacidad, los que no son residentes del Condado pueden recibir servicios de atención médica que no sean de emergencia. Los residentes fuera del Condado que reciben servicios o suministros médicamente necesarios en las instalaciones del Condado y que son pacientes que pagan por cuenta propia o tienen un costo médico alto son elegibles para recibir un descuento del 100 % para ese episodio de atención específico (como se define a continuación) si tienen ingresos familiares a o por debajo del 400% del nivel federal de pobreza.

DEFINICIONES:

1. **Familiar del paciente o Familia:** para los pacientes de dieciocho (18) años o más, la familia del paciente incluye al paciente, el cónyuge o pareja del paciente y los hijos dependientes menores de veintiún (21) años, ya sea que vivan en el hogar o no. Para pacientes menores de dieciocho (18) años, la familia del paciente incluye a los padres o familiares encargados del cuidado del paciente y otros hijos de los padres o familiares encargados del cuidado menores de veintiún (21) años.
2. **Residente del Condado:** un residente del Condado es una persona que vive en el Condado de Santa Clara.
3. **Residente fuera del Condado:** un residente fuera del Condado es una persona que no vive en el Condado de Santa Clara.

4. **Ingreso familiar:** el ingreso familiar incluye el ingreso anual bruto de todos los miembros de la familia del paciente, menos los pagos realizados por pensión alimenticia o manutención de niños.
5. **Paciente que paga por cuenta propia:** un paciente que paga por cuenta propia es un paciente que no tiene cobertura de terceros de un seguro de salud, plan de servicios de atención médica, Medicare o Medi-Cal, cuya lesión no es una lesión compensable a los efectos de la compensación de los trabajadores, seguro de automóvil u otro seguro, y que no es elegible para un seguro de salud u otra cobertura de terceros para los servicios o suministros médicamente necesarios provistos por el Condado. Los pacientes que pagan por cuenta propia incluyen, entre otros: (a) pacientes que califican para un programa de seguro del gobierno, pero reciben servicios que no están cubiertos por dicho programa y (b) pacientes cuyos beneficios se agotan antes o durante la prestación de servicios.
6. **Paciente de alto costo médico:** Un paciente de alto costo médico es un paciente que:
 - a. Tiene una fuente de pago de terceros para los servicios de atención médica (es decir, no es un paciente que paga por cuenta propia), y
 - b. Cualquiera de las siguientes:
 - i. Le debe al Condado los costos anuales de atención médica de su propio bolsillo que excedan el 10 % de los ingresos familiares actuales del paciente o los ingresos familiares en los doce (12) meses anteriores, lo que sea menor, o
 - ii. Pagó, o tiene uno o más familiares que pagaron, gastos médicos anuales de su bolsillo a cualquier proveedor de atención médica que excedan el 10 % de los ingresos familiares del paciente, si el paciente proporciona documentación de los gastos médicos del paciente pagados por éste o familiares del paciente en los 12 meses anteriores.

Estos gastos de atención médica pueden incluir un copago, pagos correspondientes a la parte de seguro de costo compartido, deducible u otro monto adeudado por un paciente asegurado según el plan de seguro médico del paciente.
7. **Inscripción presunta para atención con descuento:** se puede determinar que un paciente es elegible para el Programa de Acceso a la Atención Médica en función de la información socioeconómica específica del paciente recopilada de fuentes del mercado. Los pacientes que no tienen hogar o que fallecen mientras reciben servicios, y que no tienen una fuente de financiación ni una parte responsable o patrimonio, pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera incluso si no completaron una solicitud de asistencia financiera. El director de Acceso de Pacientes o el director del ciclo de ingresos o su designado revisarán dichos casos y tomarán una determinación caso por caso.
8. **Servicio o Suministro Médicamente Necesario:** un servicio o suministro médicamente necesario es un servicio y/o suministro médico que es necesario para tratar o diagnosticar una condición médica, cuya omisión podría afectar negativamente la salud del paciente. Los siguientes servicios generalmente no se consideran servicios o suministros médicamente necesarios y, por lo tanto, generalmente no están cubiertos por esta póliza:

- a. Servicios de endocrinología reproductiva e infertilidad;
- b. Servicios cosméticos o servicios de cirugía plástica;
- c. Servicios de corrección de la visión, incluidos LASEK, PRK, queratoplastia conductiva, segmentos de anillos corneales de Intac, C-CAP contorneado personalizado;
- d. Transporte en ambulancia iniciado por el paciente; y
- e. Medicamentos de estilo de vida, según lo define el Comité de Farmacia y Terapéutica de Santa Clara Valley Medical Center (SCVMC).

El Condado se reserva el derecho de cambiar esta lista de servicios y/o suministros generalmente no cubiertos. En raras situaciones, por ejemplo, con la recomendación de un médico o proveedor de atención médica participante, el director médico del Condado o su designado pueden aprobar uno de estos servicios o suministros como un servicio o suministro médicamente necesario para un paciente específico. La decisión del director médico del Condado o su designado es final.

9. Episodio de Atención: para los fines de esta póliza episodio de atención significa:

- a. En el entorno de hospitalización, los servicios o suministros médicamente necesarios recibidos entre la fecha de admisión y la fecha de alta asociada con esa admisión; o
- b. En el entorno del departamento de emergencias o como paciente ambulatorio, una visita individual para recibir servicios o suministros médicamente necesarios.

PROCEDIMIENTO:

A. Elegibilidad para Asistencia Financiera

1. Para recibir asistencia financiera en virtud de esta póliza, un paciente debe solicitar asistencia financiera mediante la presentación de una solicitud de asistencia financiera completa o calificar para la inscripción presunta para atención con descuento.
 - a. Los pacientes elegibles deben hacer todos los esfuerzos razonables para presentar una solicitud de asistencia financiera completa (o calificar para la inscripción presunta para atención médica con descuento) de conformidad con esta póliza dentro de los 180 días posteriores al envío de su estado de cuenta inicial para un episodio de atención y el aviso acompañante del programa de acceso a la atención médica. Si el paciente no presenta una solicitud de asistencia financiera completa (o califica para la inscripción presunta para atención con descuento) de conformidad con esta póliza dentro de los 180 días de haber recibido su estado de cuenta inicial para un episodio de atención en particular y califica para la asistencia financiera, la cuenta puede enviarse a cobros (“collections”, en inglés) como se describe en la póliza de cobro de deudas del paciente adjunta como Anexo B. El director del ciclo de ingresos o su designado tiene la discreción de negar la elegibilidad si el paciente no proporciona información que sea razonable y necesaria para que el Condado tome una determinación sobre la elegibilidad.

- b. Inmediatamente después de este período de tiempo de 180 días y, en cualquier caso, antes de que se haya dictado una sentencia definitiva en una acción de cobro civil relacionada con la factura impaga de un paciente, el director del ciclo de ingresos o su designado puede determinar la elegibilidad de dicho paciente para recibir asistencia financiera al demostrar buena causa. Junto con su solicitud de asistencia financiera completa, el paciente debe presentar una declaración por escrito que explique por qué no solicitó la asistencia financiera dentro del plazo requerido de 180 días. El director del ciclo de ingresos o su designado pueden solicitar información adicional del paciente para corroborar la solicitud de causa justificada. Los ejemplos de circunstancias en las que el paciente puede demostrar que existe una buena causa incluyen, pero no se limitan a: el Condado le dio al paciente inadvertidamente información incompleta o inexacta sobre el Programa de Acceso a la Atención Médica o las opciones de cobertura médica del gobierno; las limitaciones físicas, mentales, educativas o lingüísticas del paciente impidieron que el paciente presentara una solicitud de asistencia financiera completa dentro del plazo de 180 días; y/o el paciente tenía una enfermedad grave, o hubo una muerte o enfermedad grave en la familia inmediata del paciente, que impidió que el paciente presentara una solicitud de asistencia financiera completa dentro del plazo de 180 días.
2. Los pacientes deben proporcionar información verdadera, precisa y completa al solicitar asistencia financiera, incluida la documentación de respaldo necesaria, según lo solicite el Condado. Se puede determinar que los pacientes no son elegibles para recibir asistencia financiera si brindan información falsa o incompleta durante el proceso de solicitud.
3. Los pacientes deben proporcionar uno de cada uno de los siguientes tipos de documentos con su solicitud de asistencia financiera:
 - a. Prueba de identidad (por ejemplo, una licencia de conducir, pasaporte, tarjeta de identificación emitida por el gobierno, tarjeta de identificación laboral o escolar, o acta de nacimiento más otra identificación, como una membresía de gimnasio o de Costco);
 - b. Comprobante de ingresos (por ejemplo, talones de pago o declaraciones de impuestos); y
 - c. Prueba de residencia (por ejemplo, un contrato de alquiler/arrendamiento, declaración de hipoteca, factura de servicios públicos, registro de vehículo, licencia de conducir, declaración de falta de vivienda o carta de apoyo de una persona con la que vive el solicitante y prueba de residencia de esa persona).
 - d. Cualquier paciente que desee calificar para la asistencia financiera según la parte (b)(ii) de la definición anterior de "paciente con altos costos médicos" también debe presentar la documentación de los gastos médicos que ellos y/o sus familiares pagaron en los 12 meses anteriores.
4. Hay diferentes niveles de asistencia financiera disponibles para los pacientes elegibles en función de sus ingresos familiares, como se indica en la tabla a continuación y en el Anexo A de esta póliza.

Cantidad de Asistencia Financiera Disponible para los Residentes del Condado que son Pacientes que Pagan por Cuenta Propia o Pacientes con Altos Costos Médicos en Función de los Ingresos Familiares

INGRESO FAMILIAR	Monto de cancelación de los montos adeudados por el paciente por servicios o suministros médicamente necesarios
Ingreso familiar igual o inferior al 400 % del nivel federal de pobreza.	100 % del costo de la atención médica de caridad.
Ingreso familiar entre 401 y 449% del nivel federal de pobreza.	70% del costo de la atención médica de caridad.
Ingreso familiar entre 450 y 549% del nivel federal de pobreza.	50% del costo de la atención médica de caridad.
Ingreso familiar entre 550 y 649% del nivel federal de pobreza.	25% del costo de la atención médica de caridad.

Los niveles federales de pobreza de 2022 se enumeran en el Anexo A.

Para los pacientes que no pueden completar una solicitud o proporcionar toda la documentación necesaria, el sistema de salud puede desarrollar y confiar en una herramienta para inscribir presuntamente a los pacientes en el Programa de Acceso a la Atención Médica en función de la inscripción existente en programas como servicios para personas sin hogar, Women, Infants and Children (WIC, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés y también conocido comúnmente como vales de alimentos) y ciertas viviendas subsidiadas.

5. Los pacientes que no tengan seguro de salud (u otra fuente de pago de terceros para servicios o suministros médicamente necesarios) se evaluarán para determinar si son elegibles para cualquier programa de salud estatal, federal y/o del Condado, y/o cualquier otra fuente de pago de terceros. El Condado hará todos los esfuerzos razonables para obtener información de los pacientes sobre si el seguro de salud público o privado o el patrocinio pueden cubrir total o parcialmente los cargos por la atención brindada por el Condado. Cuando los pacientes se comuniquen con el Departamento de Acceso de Pacientes acerca de las opciones de asistencia financiera disponibles, el Condado también tomará medidas para ayudarlos a completar las solicitudes de Medi-Cal, otra cobertura de atención médica financiada por el gobierno y el Programa de Acceso a la Atención Médica, según corresponda. Si un paciente solicita, o tiene una solicitud pendiente, para otro programa de cobertura de salud al mismo tiempo que el paciente solicita asistencia financiera, ninguna solicitud impedirá la elegibilidad para el otro programa.
6. Los pacientes que buscan asistencia financiera deben solicitar todos los seguros de salud (u otras fuentes de pago de terceros para servicios o suministros médicamente necesarios) para los que sean elegibles, a menos que el director del ciclo de ingresos del Condado o su designado exima al paciente del requisito, como se describe abajo.
7. El hecho de que un paciente no realice todos los esfuerzos razonables para obtener un seguro de salud (u otra fuente de pago de terceros para los servicios o suministros médicamente necesarios) puede ser motivo para la denegación de la asistencia financiera.
8. El director del ciclo de ingresos o su designado puede eximir de este requisito a los pacientes que razonablemente podrían sufrir consecuencias negativas de inmigración según las reglas

federales, como la regla final sobre "Inadmisibilidad por motivos de carga pública", 84 Fed. registro 41.292 (14 de agosto de 2019). Por ejemplo, es posible que no se requiera que los pacientes adultos de 21 años o más que buscan la residencia permanente legal y que tengan los siguientes estados migratorios soliciten un seguro de salud financiado por el gobierno federal: (1) pacientes a los que se les otorgó la libertad condicional en los Estados Unidos durante al menos un año, (2) pacientes a los que se les otorgó la retención de deportación o remoción, (3) pacientes a los que se les otorgó la entrada condicional antes del 1 de abril de 1980, (4) entrantes cubano-haitianos, o (5) pacientes con Medi-Cal vinculado a SSI desde antes del 22 de agosto, 1996.

9. Los pacientes elegibles pueden recibir asistencia financiera para servicios o suministros médicamente necesarios de proveedores de atención médica del Condado. Los pacientes no tienen derecho a asistencia financiera por servicios que no sean servicios o suministros médicamente necesarios o por honorarios médicos profesionales facturados por separado o transporte en ambulancia no solicitado por el Condado. En aquellas raras circunstancias en las que sea necesaria una derivación fuera del sistema de salud del Condado, el director médico del Condado o su designado puede aprobar la asistencia financiera para servicios y suministros médicamente necesarios obtenidos fuera del Sistema de Salud del Condado.

B. Alcance de la Asistencia Financiera para los Residentes del Condado

1. La asistencia financiera para residentes del Condado generalmente se extiende por un período de un año a partir del primer día del mes en que el paciente presentó su solicitud de asistencia financiera completa o calificó para la inscripción presunta para atención con descuento, o el primer día del episodio de atención con el que se relaciona la solicitud de asistencia financiera completada o la inscripción presunta para atención con descuento del paciente, excepto si hay un cambio sustancial en la elegibilidad del paciente antes de que finalice ese año (como calificar para cobertura de terceros de un seguro de salud u otra fuente de pago de terceros por servicios o suministros médicamente necesarios). El director del ciclo de ingresos o su designado también tiene la discreción de proporcionar descuentos adicionales si se demuestra una buena causa.
2. Los pacientes deben volver a solicitar asistencia financiera anualmente según corresponda, ya sea presentando una solicitud de renovación de asistencia financiera o volviendo a calificar para la inscripción presunta para atención con descuento.
3. Los pacientes deben notificar al Condado los cambios importantes en su elegibilidad (como cambios en sus ingresos, elegibilidad para seguro médico u otra cobertura para servicios de atención médica, composición familiar o gastos médicos) dentro de los sesenta (60) días posteriores a la fecha en que ocurren los cambios o en la siguiente vez que reciban servicio médico, lo que ocurra primero. El Condado se reserva el derecho de volver a verificar la elegibilidad de un paciente en cualquier momento.
4. Si un paciente no notifica oportunamente al Condado sobre cualquier cambio material en su elegibilidad, su asistencia financiera puede cancelarse retroactivamente a partir de la fecha en que el cambio material entró en vigor.

C. Alcance de la Asistencia Financiera para los que no Residen en el Condado

1. Los pacientes que pagan por cuenta propia y con costos médicos altos que no son residentes del Condado generalmente no son elegibles para servicios de atención médica que no sean de emergencia en las instalaciones del Condado de Santa Clara. En aquellas instalaciones donde hay un exceso de capacidad, los residentes que no son del Condado pueden recibir servicios de atención médica que no sean de emergencia.
2. Los residentes fuera del Condado que reciben servicios o suministros médicamente necesarios en las instalaciones del Condado y que son pacientes que pagan por cuenta propia o tienen un costo médico alto son elegibles para recibir una cancelación de pago del 100 % de esos servicios si sus ingresos familiares son iguales o inferiores al 400 % del nivel federal de pobreza.
3. Los residentes fuera del Condado que califiquen solo pueden calificar para recibir asistencia financiera para un episodio de atención específico, no de manera continua durante un año. El director del Ciclo de Ingresos o su designado tiene discreción para proporcionar descuentos adicionales si se demuestra una buena causa.

D. Planes de Pago

1. Un paciente que califique para un descuento parcial bajo esta póliza puede solicitar establecer un plan de pago sin intereses a largo plazo con el Condado para permitir el pago del precio con descuento a lo largo del tiempo.
2. El Condado y el paciente negociarán los términos del plan de pago. Al negociar los términos de un plan de pago razonable con el paciente, el Condado tendrá en cuenta los ingresos familiares del paciente y los gastos básicos de manutención. “Gastos básicos de subsistencia” se refiere a los gastos de alquiler o pago y mantenimiento de la casa, alimentos y artículos para el hogar, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguro, escuela o cuidado infantil, manutención infantil o conyugal, transporte y gastos de automóvil, incluido el seguro, gasolina, y reparaciones, pagos a plazos, lavado y limpieza, y otros gastos extraordinarios.
3. Si el Condado y el paciente no pueden ponerse de acuerdo sobre los términos de un plan de pago, el Condado usará la fórmula descrita en la subdivisión (i) de la sección 127400 del Código de Salud y Seguridad de California para crear un plan de pago razonable que consista en pagos mensuales que no sean más del 10 por ciento de los ingresos familiares de un paciente durante un mes, sin incluir las deducciones por gastos básicos de subsistencia.

E. Apelaciones

1. El Condado emitirá una decisión dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud de asistencia financiera completa del paciente. La decisión incluirá instrucciones sobre cómo un paciente puede apelar la denegación y el plazo para apelar.
2. Un paciente al que se le niega la asistencia financiera puede apelar la denegación por escrito. Una apelación debe contener la razón de la apelación y la reparación solicitada. Los formularios de apelación están disponibles en línea en <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> o comunicándose con Acceso al Paciente (Patient Access, en inglés) llamando al (877) 967-4677.

3. Las apelaciones deben recibirse en la siguiente dirección dentro de los treinta (30) días posteriores a la denegación:

County of Santa Clara Health System Patient Business Services
5750 Fontanoso Way, 1st Floor
San José, CA 95138
Attention: Revenue Cycle Director

4. El director del ciclo de ingresos decidirá todas las apelaciones iniciales dentro de los treinta (30) días posteriores de haber recibido los formularios de apelación.
5. Si el director del ciclo de ingresos o su designado afirma la denegación inicial, un paciente puede presentar una segunda apelación por escrito. Cualquier segunda apelación debe ser recibida por el director financiero del Sistema de Salud del Condado de Santa Clara en la dirección que se indica a continuación dentro de los treinta (30) días posteriores a la denegación de la apelación inicial:

County of Santa Clara Health System Finance Department
2325 Enborg Lane, Suite 360B
San José, CA 95128
Attention: Chief Financial Officer

6. El director financiero decidirá todas las segundas apelaciones dentro de los treinta (30) días.
7. La decisión sobre cualquier segunda apelación será final.

F. Procedimientos de Informes

1. La póliza de asistencia financiera y los anexos se proporcionarán al Departamento de Acceso e Información de Atención Médica (“Department of Health Care Access and Information o HCAI”) al menos cada dos años el 1 de enero, o cada vez que se realice una revisión importante.
2. En caso de que no se haya realizado una revisión significativa desde la presentación anterior, se notificará al HCAI que no se ha realizado ninguna revisión importante.

ANTECEDENTES DE LA PÓLIZA:

Esta póliza está destinada a cumplir con las siguientes leyes:

- Ley de Pólizas de Precios Justos de Hospitales de California (HFFP, por sus siglas en inglés), Código de Salud y Seguridad de California § 127400 y siguientes.
- Ley de Pólizas de Precios Justos para Médicos de Emergencia de California (EPFPP, por sus siglas en inglés), Código de Salud y Seguridad de California § 127450 y siguientes.

Esta póliza constituye el Programa de Atención Caritativa del Condado. Esta póliza se aplicará consistentemente a todos los pacientes del Condado.

Esta póliza se aplica solo a los servicios o suministros médicamente necesarios de los proveedores de atención médica del Condado. Una lista actualizada de proveedores de atención médica del Condado está disponible a través de las siguientes páginas "Encontrar un proveedor", (“Find A Provider”, en inglés):
<https://www.scvmc.org/find-provider> (Santa Clara Valley Medical Center), <https://och.sccgov.org/find-provider>

(O'Connor Hospital), y <https://slrh.sccgov.org/find-provider> (St. Louise Regional Hospital). Una lista de los hospitales y clínicas del Condado está disponible en: <https://www.scvmc.org/find-health-center>.

Por la presente, se notifica a los pacientes que los médicos de emergencia, tal como se define en la sección 127450 del Código de Salud y Seguridad de California, que brindan servicios médicos de emergencia en las instalaciones del Condado, están obligados por ley a brindar descuentos a los pacientes que pagan por cuenta propia y a los pacientes con costos médicos altos que están en o por debajo 400% del nivel federal de pobreza.

Para obtener una lista de los servicios adquiribles del Sistema de Salud del Condado de Santa Clara, visite <https://www.scvmc.org/patients-visitors/services/shoppable-servicesestimate-potential-charges>.

Esta póliza no anula ni modifica ninguna disposición contractual o tarifas negociadas por y entre el Condado y un tercer pagador, ni ofrece descuentos a pagadores terceros no contratados u otras entidades que son legalmente responsables de realizar el pago en nombre de un beneficiario, persona cubierta o asegurado. Esta póliza no permite la exención rutinaria de deducibles, copagos y/o seguros de costo compartido impuestos por las compañías de seguros para pacientes que no califican para asistencia financiera.

RESPONSABILIDAD:

Las preguntas sobre la implementación de esta póliza deben dirigirse al director de Acceso al Paciente a: 770 South Bascom Avenue, San José, CA 95128 o llamando al (866) 967-4677.

Esta póliza de asistencia financiera reemplaza las siguientes pólizas ahora nulas: VMC#924.0 Escala móvil; HHS#735.0 Programa de Determinación de Capacidad de Pago (APD, por sus siglas en inglés); O'Connor Hospital #4765025 Póliza de Asistencia Financiera; y St. Louise Regional Hospital #5424657 Póliza de Asistencia Financiera.

Esta póliza de asistencia financiera se actualizó por última vez el 8 de diciembre de 2022.

Apéndice A

Gráfica de los Niveles Federales de Pobreza de 2022

Niveles Federales de Pobreza de 2022							
Tamaño del Hogar	100% Descuento*	70% Descuento		50% Descuento		25% Descuento	
	Hasta 400% FPL	401%	449%	450%	549%	550%	649%
1	\$4,530	\$4,531	\$5,096	\$5,097	\$6,228	\$6,229	\$7,361
	\$54,360	\$54,361	\$61,154	\$61,155	\$74,744	\$74,745	\$88,334
2	\$6,103	\$6,104	\$6,866	\$6,867	\$8,391	\$8,392	\$9,917
	\$73,240	\$73,241	\$82,394	\$82,395	\$100,704	\$100,705	\$119,014
3	\$7,677	\$7,678	\$8,636	\$8,637	\$10,555	\$10,556	\$12,474
	\$92,120	\$92,121	\$103,634	\$103,635	\$126,664	\$126,665	\$149,694
4	\$9,250	\$9,251	\$10,406	\$10,407	\$12,718	\$12,719	\$15,031
	\$111,000	\$111,001	\$124,874	\$124,875	\$152,624	\$152,625	\$180,374
5	\$10,823	\$10,824	\$12,176	\$12,177	\$14,881	\$14,882	\$17,587
	\$129,880	\$129,881	\$146,114	\$146,115	\$178,584	\$178,585	\$211,054
6	\$12,397	\$12,398	\$13,946	\$13,947	\$17,044	\$17,045	\$20,144
	\$148,760	\$148,761	\$167,354	\$167,355	\$204,544	\$204,545	\$241,734
7	\$13,970	\$13,971	\$15,716	\$15,717	\$19,208	\$19,209	\$22,701
	\$167,640	\$167,641	\$188,594	\$188,595	\$230,504	\$230,505	\$272,414
8	\$15,543	\$15,544	\$17,486	\$17,486	\$21,371	\$21,372	\$25,257
	\$186,520	\$186,521	\$209,834	\$209,835	\$256,464	\$256,465	\$303,094



COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

FECHA: 8 de Diciembre de 2022

A: Sistema de Salud del Condado de Santa Clara
Grupo de Dirección Ejecutiva

DE: René G. Santiago, Ejecutivo Adjunto del Condado y
Director del Sistema de Salud del Condado de Santa Clara

ASUNTO: **Póliza de cobro de deudas de los pacientes**

REFERENCIAS: Código de Salud y Seguridad de California, §§ 127400-127462
Código Civil de California , §§ 1788-1788.33
15 U.S.C. §§ 1692-1692p
CSCHS Póliza #715.0 (Programa de Acceso a la Atención Médica)

DEFINICIONES:

1. **Paciente:** Para propósitos de esta póliza, paciente incluye cualquier individuo que recibió artículos y/o servicios de atención médica del Sistema de Salud del Condado de Santa Clara (CSCHS, por sus siglas en inglés) y, si no es la misma persona, su garante.

Garante: El individuo que ha aceptado la responsabilidad financiera del pago de una deuda del paciente.

2. **Deuda del Paciente:** La cantidad que un paciente adeuda al CSCHS por concepto de artículos y/o servicios de atención médica.
3. **El DTAC:** El Departamento de Impuestos y Cobros del Condado de Santa Clara, que cobra la deuda del paciente en nombre del CSCHS.
4. **Asistencia Financiera:** Un descuento total o parcial de una deuda del paciente autorizado por el CSCHS bajo los términos de la póliza de asistencia financiera del CSCHS.
5. **Póliza del CSCHS #715.0 o Póliza de Asistencia Financiera del CSCHS:** Una póliza separada que describe el programa de Asistencia Financiera del CSCHS, también conocido como el Programa de Acceso a la Atención Médica (HAP, por sus siglas en inglés), que ofrece descuentos en artículos y/o servicios de atención médica proporcionados por el CSCHS a ciertos pacientes elegibles con ingresos bajos o moderados. La Póliza de Asistencia Financiera del CSCHS está disponible en línea en: <https://health.sccgov.org/healthcare->

[access-program](#). Las personas también pueden obtener una copia de la Póliza de Asistencia Financiera del CSCHS llamando al Departamento de Acceso al Paciente del CSCHS al (866) 967-4677 (lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.).

ANTECEDENTES:

El propósito de esta póliza es definir las normas y prácticas para el cobro de las deudas de los pacientes con el Sistema de Salud del Condado de Santa Clara (CSCHS).

PÓLIZA:

La póliza del CSCHS es facturar a los pacientes de manera precisa, oportuna y coherente con las leyes y reglamentos aplicables, incluidas, entre otras, las disposiciones aplicables del Código de Salud y Seguridad de California, el Código Civil de California y el Código de los Estados Unidos.

PROCEDIMIENTO:

Parte Responsable

Acción

Servicios Comerciales para
Pacientes del CSCHS

1. Bajo la autoridad del Director Financiero del CSCHS, el CSCHS perseguirá el pago de las deudas de pacientes adeudadas por artículos y/o servicios de atención médica proporcionados por el CSCHS, incluso designando las cantidades impagadas como deudas incobrables y remitiendo dichas cantidades al DTAC para su cobro. Las acciones de cobro se llevarán a cabo a discreción del CSCHS y del DTAC y cumplirán con todas las leyes y reglamentos estatales y federales aplicables, incluyendo la ley de Pólizas de Precios Justos para Hospitales de California (Código de Salud y Seguridad de California, secciones 127400 y siguientes), la Ley de Pólizas de Precios Justos para Médicos de Sala de Emergencias (Código de Salud y Seguridad de California, secciones 127450 y siguientes), la Ley Rosenthal de Prácticas Justas de Cobro de Deudas (Código Civil de California, secciones 1788 y siguientes) y la Ley Federal de Prácticas Justas de Cobro de Deudas (Código de los Estados Unidos, Título 15, secciones 1692 y siguientes).
2. El CSCHS obtendrá un acuerdo por escrito del DTAC en el sentido de que el DTAC se adherirá a esta póliza en su totalidad. El acuerdo escrito no se interpretará en el sentido de crear una empresa conjunta entre el CSCHS y el

DTAC, ni de permitir de otro modo que el CSCHS gobierne el DTAC.

3. Antes de enviar una deuda del paciente al DTAC, el CSCHS hará todo lo siguiente:
 - a. Realizar todos los esfuerzos razonables para obtener de los pacientes información acerca de si el seguro médico privado o público o el patrocinio pueden cubrir total o parcialmente los cargos por la atención prestada por el CSCHS.
 - b. Proporcionar a los pacientes que no indiquen cobertura de atención médica por parte de un tercer pagador, o que soliciten un precio con descuento o atención de caridad, una solicitud para el programa Medi-Cal u otros programas de cobertura médica financiados por el estado o el Condado.
 - c. Informar a los pacientes sobre sus responsabilidades financieras enviándoles por correo al menos cuatro (4) estados de cuenta de los servicios prestados en el CSCHS.
 - d. Informar a los pacientes sobre las opciones de asistencia financiera disponibles mediante el envío de un aviso sobre la póliza de asistencia financiera del CSCHS y la solicitud en la(s) fecha(s) de servicio o poco después, en el momento de la facturación y al menos 30 días antes de enviar una deuda del paciente al DTAC.
 - e. Tomar medidas, cuando los pacientes se comuniquen con el Departamento de Acceso de Pacientes del CSCHS sobre las opciones de asistencia financiera disponibles, para ayudar a esos pacientes a completar las solicitudes de Medi-Cal, otra cobertura de atención médica financiada por el gobierno y el Programa de Acceso a la Atención Médica, según corresponda.

- f. Enviar a los pacientes un aviso -también conocido como "Carta de Despedida"- al menos 60 días antes de enviar una deuda del paciente al DTAC. Este aviso incluirá:
 - I. La(s) fecha(s) de notificación de la factura que se envíe al DTAC;
 - II. El nombre completo y la dirección del DTAC;
 - III. Una declaración informando al paciente de cómo obtener una factura detallada del CSCHS;
 - IV. El nombre y tipo de cobertura de salud del paciente registrado con el CSCHS en el momento del servicio, o una declaración de que el CSCHS no tiene esa información;
 - V. Una copia de la solicitud de asistencia financiera del CSCHS; y
 - VI. La(s) fecha(s) en que se envió originalmente al paciente un aviso sobre la solicitud de asistencia financiera, la(s) fecha(s) en que se envió originalmente al paciente una solicitud de asistencia financiera y, si corresponde, la fecha en que el CSCHS tomó una decisión sobre la solicitud de Asistencia Financiera del Paciente.
 - g. Esperar al menos 180 días tras la facturación inicial antes de enviar una deuda del paciente al DTAC.
4. Una vez completados los pasos enumerados en el párrafo (3) anterior, el CSCHS podrá enviar la deuda del paciente al DTAC para que lleve a cabo una o más de las siguientes acciones de cobro:
 - a. Llevar a cabo las gestiones de cobro habituales, que incluyen, entre otras cosas, el uso de

extractos de facturación, correspondencia escrita y llamadas telefónicas;

- b. Iniciar acciones civiles contra el paciente de forma que se cumplan todas las leyes aplicables. Mediante un acuerdo interinstitucional por escrito, el CSCHS se asegurará de que el DTAC no inicie una acción civil contra un paciente si dicho paciente tiene una apelación pendiente por la cobertura de los artículos o servicios por los cuales recibió una factura del CSCHS (según se define en el Código de Salud y Seguridad de California, sección 127426, subdivisión (b)), hasta que se tome una determinación final de dicha apelación, si el paciente hace un esfuerzo razonable para comunicarse con el CSCHS y el DTAC sobre el progreso de cualquier apelación pendiente. Una apelación pendiente incluye quejas del plan de salud, revisiones médicas independientes realizadas por el Departamento de Atención Médica Administrada o el Departamento de Seguros, audiencias imparciales de Medi-Cal y apelaciones de Medicare, que se describen en el Código de Salud y Seguridad de California, sección 127426, subdivisión (b).
5. Por medio de un acuerdo interinstitucional por escrito, el CSCHS se asegurará de que con cualquier documento que indique que el inicio de las actividades de cobro puede ocurrir, el DTAC enviará al paciente un aviso que contenga un resumen en lenguaje sencillo de los derechos del paciente de conformidad con la ley de Pólizas de Precios Justos del Hospital, la Ley Rosenthal de Prácticas Justas de Cobro de Deudas, y la Ley Federal de Prácticas Justas de Cobro de Deudas, que incluirá una declaración de que los servicios de asesoría de crédito sin fines de lucro pueden estar disponibles en el área del paciente, de conformidad con el Código de Salud y Seguridad sección 127430; y que en la primera comunicación por escrito al paciente, el DTAC proporcionará una copia de la Carta de Despedida y una

declaración de que han pasado más de 180 días desde la fecha en que el paciente fue inicialmente facturado por los servicios médicos que son la base de la deuda, que el DTAC puede presentar una demanda contra el paciente para cobrar la deuda, y que el DTAC no reportará información adversa a una agencia de informes de crédito.

6. El CSCHS no participará en ninguna de las siguientes acciones de cobro:
 - a. Reportar información adversa sobre una deuda del paciente a una agencia de informes de crédito del consumidor o a una oficina de crédito;
 - b. Vender una deuda del paciente a un comprador de deudas;
 - c. Aplazar o denegar, o exigir un pago antes de proporcionar, atención médicamente necesaria debido a la falta de pago por parte de un paciente de una o más facturas por atención proporcionada previamente;
 - d. Embargar la propiedad inmobiliaria de un paciente;
 - e. Embargar o incautar la cuenta bancaria u otros bienes personales de un paciente; o
 - f. Utilizar embargos salariales o un impuesto sobre una residencia principal como medio de cobro de facturas hospitalarias impagadas de un paciente que reúna los requisitos para recibir asistencia financiera.
7. Cualquier paciente puede solicitar el establecimiento de un plan de pagos sin intereses para el pago de una deuda del paciente.
 - a. Al negociar los términos de un plan de pago con el paciente, el CSCHS tendrá en cuenta los ingresos familiares y los gastos de subsistencia

del paciente.

- b. Si el CSCHS y un paciente que ha calificado para recibir asistencia financiera no pueden llegar a un acuerdo sobre el plan de pago, el CSCHS utilizará la fórmula y las definiciones descritas en la subdivisión (i) de la sección 127400 del Código de Salud y Seguridad de California para crear un plan de pago razonable que consista en pagos mensuales que no sean más del 10 por ciento de los ingresos familiares del paciente para un mes, excluyendo las deducciones por gastos esenciales de subsistencia.
 - c. Un plan de pago puede declararse inoperante después de que el paciente no realice todos los pagos consecutivos adeudados durante un período de 90 días.
 - d. Antes de declarar inoperante un plan de pagos, el CSCHS:
 - I. Va a realizar intentos razonables para ponerse en contacto con el paciente por teléfono, notificar por escrito que el plan de pago puede quedar inoperativo e informar al paciente de la oportunidad de intentar renegociar los términos del plan de pago incumplido.
 - II. A petición del paciente, va a intentar renegociar las condiciones del plan de pagos incumplido.
 - e. El CSCHS no iniciará una acción civil contra un paciente por falta de pago antes del momento en que el plan de pago sea declarado inoperante.
8. El CSCHS no utilizará talones de pago, declaraciones de impuestos, o documentación de bienes obtenida de los pacientes durante el proceso de solicitud de asistencia financiera para actividades de cobranza.

9. En el caso de que el director del ciclo de ingresos del CSCHS o su designado revise una solicitud de asistencia financiera presentada más de 180 días después de la facturación inicial, el director del ciclo de ingresos del CSCHS o su designado solicitará que el DTAC detenga las actividades de cobro, incluyendo la suspensión de acciones civiles, hasta que el director del ciclo de ingresos del CSCHS o su designado haya tomado una decisión sobre la solicitud. En el caso de que un paciente se encuentre elegible para la asistencia financiera después de que la acción civil haya comenzado, el CSCHS trabajará con el DTAC para desestimar la demanda con perjuicio.
10. Nada en esta póliza a impide al CSCHS o al DTAC de perseguir la responsabilidad de terceros de una manera consistente con las leyes aplicables.

Pacientes

1. Los pacientes deben dirigir sus preguntas sobre esta póliza a los Servicios Comerciales para Pacientes del CSCHS. Los pacientes pueden comunicarse con el Servicio de Atención al Paciente del CSCHS por teléfono al (408) 885-7470 (lunes a viernes de 8 a.m. a 4:30 p.m.) o personalmente en 770 S. Bascom Ave, San José, CA 95128 (lunes a viernes de 8 a.m. a 4:30 p.m.).
2. Los pacientes deben hacer todos los esfuerzos razonables para responder con prontitud a las declaraciones de facturación y comunicaciones relacionadas del CSCHS y del DTAC.
3. Los pacientes deben hacer todos los esfuerzos razonables para informar al CSCHS si tienen cobertura de seguro médico, Medicare, Medi-Cal u otra cobertura de terceros que pudiera pagar por todos o algunos de los artículos y/o servicios de atención médica recibidos en el CSCHS.
4. Se recomienda a los pacientes que revisen la Póliza de Asistencia Financiera de CSCHS y, si creen que son elegibles para recibir asistencia financiera, completen y envíen una solicitud de asistencia financiera lo antes posible. Los pacientes pueden revisar la Póliza de

Asistencia Financiera completa del CSCHS y descargar una copia de la solicitud de asistencia financiera del CSCHS en <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program>. Los pacientes también pueden comunicarse con el Departamento de Acceso al Paciente de CSCHS llamando al (866) 967-4677 (lunes a viernes de 8am a 5pm) para hacer cualquier pregunta sobre la póliza de asistencia financiera.

Emitido: 08/12/2022



COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

CHƯƠNG TRÌNH TIẾP CẬN DỊCH VỤ Y TẾ

TÓM TẮT QUY ĐỊNH:

Hệ thống Y tế Hạt Santa Clara (từ đây về sau gọi là “Hạt”) hỗ trợ việc tăng cường khả năng tiếp cận dịch vụ y tế với chi phí thích hợp. Do đó, Hạt cung cấp các Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt y tế được giảm giá cho các bệnh nhân đủ điều kiện có thu nhập thấp và trung bình tự chi trả và có chi phí y tế cao thông qua Chương trình Tiếp cận Dịch vụ Y tế này (còn gọi là Quy định Hỗ trợ tài chính cho Bệnh nhân hoặc “Hỗ trợ Tài chính”). Dưới đây là tổng quan ngắn gọn về Quy định. Bệnh nhân nên xem toàn bộ Quy định để biết thông tin đầy đủ về chương trình và liên hệ với Cố vấn tài chính Hạt theo số (866) 967-4677 (Thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều) nếu có bất kỳ câu hỏi nào.

- Bệnh nhân tự chi trả là những bệnh nhân không có bảo hiểm của bên thứ ba từ công ty bảo hiểm y tế, chương trình bảo hiểm y tế, Medicare hoặc Medi-Cal, và thương tích của họ không phải là thương tích được bồi thường theo các mục đích bồi thường cho người lao động, bảo hiểm ô tô hoặc bảo hiểm khác, và những người không đủ điều kiện nhận bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm của bên thứ ba khác cho các Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt y tế do Hạt cung cấp.
- Bệnh nhân có chi phí y tế cao là (1) bệnh nhân đã phát sinh chi phí y tế tự trả hàng năm từ Hạt vượt quá mức 10% Thu nhập gia đình hiện tại hoặc Thu nhập gia đình trong 12 tháng trước đó tùy theo mức nào thấp hơn, hoặc (2) bệnh nhân mà Gia đình đã thanh toán chi phí y tế cho bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ y tế nào vượt quá 10% Thu nhập gia đình của Bệnh nhân, nếu bệnh nhân cung cấp tài liệu về chi phí y tế của bệnh nhân do bệnh nhân hoặc thành viên Gia đình bệnh nhân đã thanh toán trong 12 tháng trước đó.
- Các bệnh nhân tự chi trả và có chi phí y tế cao là Cư dân của Hạt và có Thu nhập gia đình bằng hoặc thấp hơn 400% Mức Chuẩn Nghèo Liên bang đủ điều kiện nhận các Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt y tế được giảm trừ 100% từ các nhà cung cấp dịch vụ y tế của Hạt.
- Bệnh nhân tự chi trả và có chi phí y tế cao là Cư dân của Hạt và có Thu nhập gia đình trên 400% nhưng dưới 450%, 550% hoặc 650% Mức Chuẩn Nghèo Liên bang đủ điều kiện được giảm trừ cho các Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt y tế từ các nhà cung cấp dịch vụ y tế của Hạt với mức giảm trừ tương ứng là 70%, 50% hoặc 25%. Bệnh nhân đủ điều kiện được giảm trừ một phần có thể yêu cầu Hạt thiết lập một kế hoạch thanh toán dài hạn, không lãi suất để cho phép bệnh nhân thanh toán mức giá đã giảm theo thời gian.
- Mức Chuẩn Nghèo Liên bang thay đổi hàng năm. Mức Chuẩn Nghèo Liên bang năm 2022 tham chiếu trong Quy định này được nêu trong Bản đính kèm A.
- Những bệnh nhân đủ điều kiện được nhận Hỗ trợ tài chính trong khoảng thời gian một năm, trừ khi có thay đổi quan trọng về trạng thái đủ điều kiện của họ trước khi năm đó kết thúc. Bệnh nhân phải thông báo cho Hạt về những thay đổi quan trọng đối với trạng thái đủ điều kiện của họ (chẳng hạn như thay đổi về thu

nhập, trạng thái đủ điều kiện nhận bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm khác cho các dịch vụ y tế, thành phần gia đình và/hoặc chi phí y tế) trong vòng sáu mươi (60) ngày hoặc vào thời điểm tiếp theo của dịch vụ, tùy theo điều kiện nào đến trước. Hạt có quyền xác minh lại trạng thái đủ điều kiện của bệnh nhân bất kỳ lúc nào.

- Bệnh nhân đủ điều kiện phải thực hiện mọi nỗ lực hợp lý để nộp Đơn đăng ký Hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh (hoặc đủ điều kiện để Ghi danh Thỏa đáng nhận Chăm sóc Giảm trừ) tuân theo Quy định này trong vòng 180 ngày kể từ ngày được gửi bảng kê hóa đơn lần đầu cho một Giai đoạn Chăm sóc cụ thể và Thông báo Chương trình Tiếp cận Dịch vụ Y tế kèm theo. Nếu bệnh nhân không nộp Đơn đăng ký Hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh (hoặc đủ điều kiện để Ghi danh Thỏa đáng nhận Chăm sóc Giảm trừ) tuân theo Quy định này trong vòng 180 ngày kể từ ngày nhận được bảng kê thanh toán lần đầu cho một Giai đoạn Chăm sóc cụ thể và đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính, thì tài khoản của bệnh nhân có thể được gửi để thu hồi nợ như được mô tả trong Quy định Thu hồi Khoản nợ của Bệnh nhân theo Bản đính kèm B. Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu hoặc người được chỉ định có toàn quyền xác định bệnh nhân không đủ điều kiện nếu bệnh nhân không cung cấp thông tin hợp lý và cần thiết để Hạt xác định trạng thái đủ điều kiện của bệnh nhân. Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu hoặc người được chỉ định có thể xác định trạng thái đủ điều kiện nhận Hỗ trợ tài chính của bệnh nhân sau khoảng thời gian 180 ngày này dựa trên lý do chính đáng, như được mô tả ở phần sau của Quy định này.
- Nhìn chung, bệnh nhân Tự chi trả và có Chi phí y tế cao không phải là Cư dân của Hạt thì không đủ điều kiện nhận các dịch vụ y tế không khẩn cấp tại các cơ sở của Hạt Santa Clara. Tại những cơ sở dư thừa khả năng, người không phải là Cư dân của Hạt có thể nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe không khẩn cấp. Những người không phải là Cư dân của Hạt nhận được các Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt y tế tại các cơ sở của Hạt và là những bệnh nhân Tự chi trả hoặc có Chi phí y tế cao sẽ đủ điều kiện được giảm trừ 100% cho Giai đoạn Chăm sóc cụ thể đó (như được định nghĩa dưới đây) nếu họ có Thu nhập gia đình bằng hoặc thấp hơn 400% Mức Chuẩn Nghèo Liên bang.

ĐỊNH NGHĨA:

1. **Gia đình hoặc Gia đình của Bệnh nhân:** Đối với bệnh nhân từ mười tám (18) tuổi trở lên, Gia đình của Bệnh nhân bao gồm bệnh nhân, vợ/chồng hoặc bạn đời sống cùng nhà của bệnh nhân và con cái phụ thuộc dưới hai mươi một (21) tuổi, cho dù sống cùng nhà hay không. Đối với bệnh nhân dưới mười tám (18) tuổi, Gia đình của Bệnh nhân bao gồm cha mẹ hoặc người thân chăm sóc của bệnh nhân và những đứa con khác dưới hai mươi một (21) tuổi của cha mẹ hoặc người thân chăm sóc.
2. **Cư dân của Hạt:** Cư dân của Hạt là người sống trong Hạt Santa Clara.
3. **Người không phải là cư dân của Hạt:** Người không phải là Cư dân của Hạt là người không sống trong Hạt Santa Clara.
4. **Thu nhập gia đình:** Thu nhập gia đình bao gồm tổng thu nhập hàng năm của tất cả các thành viên trong gia đình của bệnh nhân, trừ đi mọi khoản thanh toán để trả tiền cấp dưỡng hoặc trợ cấp nuôi con.
5. **Bệnh nhân tự chi trả:** Bệnh nhân tự chi trả là bệnh nhân không có bảo hiểm bên thứ ba từ công ty bảo hiểm y tế, chương trình bảo hiểm y tế, Medicare hoặc Medi-Cal, thương tích của họ không phải là thương tích được bồi thường theo

các mục đích bồi thường cho người lao động, bảo hiểm ô tô hoặc bảo hiểm khác và không đủ điều kiện nhận bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm của bên thứ ba khác cho các Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt y tế do Hạt cung cấp. Bệnh nhân Tự chi trả bao gồm nhưng không giới hạn ở: (a) bệnh nhân đủ điều kiện tham gia chương trình bảo hiểm của chính phủ nhưng nhận các dịch vụ không được chương trình đó bao trả và (b) bệnh nhân đã hết quyền lợi trước hoặc trong khi dịch vụ được cung cấp.

6. **Bệnh nhân có chi phí y tế cao:** Bệnh nhân có chi phí y tế cao là bệnh nhân:

- a. Có nguồn thanh toán của bên thứ ba cho các dịch vụ y tế (nghĩa là không phải là Bệnh nhân tự chi trả), và
- b. Một trong hai trường hợp sau:
 - i. Còn nợ Hạt chi phí y tế tự trả hàng năm cho chính họ vượt quá 10% Thu nhập gia đình của Bệnh nhân hiện tại hoặc Thu nhập gia đình của Bệnh nhân trong mười hai (12) tháng trước đó, tùy theo mức nào thấp hơn, hoặc
 - ii. Đã thanh toán, hoặc có một hoặc nhiều thành viên Gia đình đã thanh toán, chi phí y tế tự trả hàng năm cho bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ y tế nào vượt quá 10% Thu nhập gia đình của Bệnh nhân, nếu bệnh nhân cung cấp tài liệu về chi phí y tế của bệnh nhân do bệnh nhân hoặc thành viên gia đình của bệnh nhân đã thanh toán trong 12 tháng trước đó.

Các chi phí y tế này có thể bao gồm khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm, số tiền miễn thường hoặc số tiền khác phải trả từ một bệnh nhân được bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm y tế của bệnh nhân.

7. **Xem như Đủ điều kiện nhận Chăm sóc Giảm trừ:** Một bệnh nhân có thể được xác định đủ điều kiện tham gia Chương trình Tiếp cận Dịch vụ y tế dựa trên thông tin kinh tế xã hội cụ thể của bệnh nhân, được thu thập từ các nguồn thị trường. Những bệnh nhân vô gia cư hoặc hết thời hạn nhận dịch vụ và không có nguồn tài trợ cũng như bên chịu trách nhiệm hoặc tài sản, có thể được xác định là đủ điều kiện nhận Hỗ trợ tài chính ngay cả khi họ không hoàn thành Đơn đăng ký Hỗ trợ tài chính. Giám đốc Phụ trách tiếp cận bệnh nhân hoặc Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu hoặc người được chỉ định sẽ xem xét các trường hợp đó và đưa ra quyết định cho từng trường hợp.

8. **Vật tư hoặc Dịch vụ Cần thiết về mặt y tế:** Vật tư hoặc Dịch vụ cần thiết về mặt y tế là dịch vụ và/hoặc vật tư y tế cần thiết để điều trị hoặc chẩn đoán một tình trạng y tế, mà nếu thiếu có thể ảnh hưởng bất lợi đến sức khỏe của bệnh nhân. Các dịch vụ sau đây thường không được coi là Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt y tế và do đó thường không được Quy định này chi trả:

- a. Dịch vụ nội tiết sinh sản và dịch vụ hiếm muộn;
- b. Dịch vụ thẩm mỹ hoặc dịch vụ phẫu thuật tạo hình;
- c. Các dịch vụ điều chỉnh thị giác, bao gồm LASEK, PRK, tạo hình giác mạc dẫn điện, vòng phân đoạn giác mạc của Intac, C-CAP có đường viền tùy chỉnh;
- d. Vận chuyển cấp cứu do bệnh nhân khởi xướng; và

- e. Thuốc dùng cho lối sống, theo định nghĩa của Ủy ban Dược phẩm và Trị liệu của Santa Clara Valley Medical Center (SCVMC).

Hạt có quyền thay đổi danh sách các dịch vụ và/hoặc vật tư không được bao trả này. Chẳng hạn, trong một số trường hợp hiếm gặp, theo đề xuất của bác sĩ hoặc nhà cung cấp tham gia chương trình, Giám đốc Y tế Hạt hoặc người được chỉ định có thể phê duyệt một trong những dịch vụ hoặc vật tư này là Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt y tế cho một bệnh nhân cụ thể. Quyết định của Giám đốc Y tế Hạt hoặc người được chỉ định là quyết định cuối cùng.

9. **Giai đoạn Chăm sóc:** Vì mục đích của Quy định này, Giai đoạn Chăm sóc có nghĩa là:

- a. Trong môi trường điều trị nội trú, các Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt y tế nhận được từ ngày nhập viện đến ngày xuất viện liên quan đến việc nhập viện; hoặc là
- b. Trong môi trường khoa cấp cứu hoặc môi trường điều trị ngoại trú, một cuộc thăm khám cá nhân để nhận Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt y tế.

QUY CÁCH:

A. Tính đủ điều kiện để nhận Hỗ trợ Tài chính

1. Để nhận được Hỗ trợ tài chính theo Quy định này, bệnh nhân phải đăng ký Hỗ trợ tài chính bằng cách nộp Đơn đăng ký Hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh hoặc đủ điều kiện Ghi danh Thỏa đáng nhận Chăm sóc Giảm trừ.
 - a. Bệnh nhân đủ điều kiện phải thực hiện mọi nỗ lực hợp lý để nộp Đơn đăng ký Hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh (hoặc đủ điều kiện để Ghi danh Thỏa đáng nhận Chăm sóc Giảm trừ) tuân theo Quy định này trong vòng 180 ngày kể từ ngày được gửi bảng kê hóa đơn lần đầu cho một Giai đoạn Chăm sóc cụ thể và Thông báo Chương trình Tiếp cận Dịch vụ Y tế kèm theo. Nếu bệnh nhân không nộp Đơn đăng ký Hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh (hoặc đủ điều kiện để Ghi danh Thỏa đáng nhận Chăm sóc Giảm trừ) tuân theo Quy định này trong vòng 180 ngày kể từ ngày nhận được bảng kê thanh toán lần đầu cho một Giai đoạn Chăm sóc cụ thể và đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính, thì tài khoản của bệnh nhân có thể được gửi để thu hồi nợ như được mô tả trong Quy định Thu hồi Khoản nợ của Bệnh nhân theo Bản đính kèm B. Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu hoặc người được chỉ định có toàn quyền từ chối trạng thái đủ điều kiện nếu bệnh nhân không cung cấp thông tin hợp lý và cần thiết để Hạt xác định trạng thái đủ điều kiện của bệnh nhân.
 - b. Ngay sau khoảng thời gian 180 ngày này và trong bất kỳ trường hợp nào trước khi phán quyết cuối cùng được đưa ra trong một vụ kiện thu nợ dân sự liên quan đến hóa đơn chưa thanh toán của bệnh nhân, Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu hoặc người được chỉ định có thể xác định trạng thái đủ điều kiện nhận Hỗ trợ tài chính của bệnh nhân nói trên khi họ xuất trình lý do chính đáng. Cùng với Đơn đăng ký Hỗ trợ tài chính hoàn thiện, bệnh nhân phải nộp một văn bản giải thích lý do tại sao họ không đăng ký Hỗ trợ tài chính trong khung thời gian 180 ngày bắt buộc. Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu hoặc người được chỉ định có thể yêu cầu thông tin bổ sung từ bệnh nhân để minh chứng cho lý do chính đáng. Ví

dự về các trường hợp mà bệnh nhân có thể chứng minh rằng họ có lý do chính đáng bao gồm nhưng không giới hạn ở: Hạt đã vô tình cung cấp cho bệnh nhân thông tin không đầy đủ hoặc không chính xác về Chương trình Tiếp cận Dịch vụ Y tế hoặc các lựa chọn bảo hiểm y tế của chính phủ; các hạn chế về thể chất, tinh thần, giáo dục hoặc ngôn ngữ của bệnh nhân khiến cho bệnh nhân không thể gửi Đơn đăng ký Hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh trong khung thời gian 180 ngày; và/hoặc bệnh nhân mắc bệnh nghiêm trọng, hoặc có người thân trong gia đình bệnh nhân tử vong hoặc bị bệnh nặng khiến cho bệnh nhân không thể nộp Đơn đăng ký Hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh trong khung thời gian 180 ngày.

2. Bệnh nhân phải cung cấp thông tin trung thực, chính xác và đầy đủ khi đăng ký Hỗ trợ Tài chính, bao gồm các tài liệu hỗ trợ cần thiết, theo yêu cầu của Hạt. Bệnh nhân có thể được xác định là không đủ điều kiện nhận Hỗ trợ tài chính nếu họ cung cấp thông tin sai lệch hoặc không đầy đủ trong quá trình đăng ký.
3. Bệnh nhân phải cung cấp một trong các loại tài liệu sau đây kèm theo đơn đăng ký Hỗ trợ tài chính của họ:
 - a. Bằng chứng về danh tính (ví dụ: bằng lái xe, hộ chiếu, thẻ căn cước do chính phủ cấp, thẻ căn cước nơi làm việc hoặc trường học, hoặc giấy khai sinh cùng với giấy tờ tùy thân khác, chẳng hạn như tư cách thành viên phòng tập thể dục hoặc thẻ thành viên Costco);
 - b. Bằng chứng về thu nhập (ví dụ: cuống phiếu trả lương hoặc tờ khai thuế thu nhập); và
 - c. Bằng chứng về nơi cư trú (ví dụ: hợp đồng cho thuê/thuê nhà, bản sao kê khoản vay thế chấp, hóa đơn điện nước, đăng ký xe, bằng lái xe, tuyên bố vô gia cư hoặc thư hỗ trợ từ người mà đương đơn đang sống cùng và bằng chứng về nơi cư trú của người đó).
 - d. Bất kỳ bệnh nhân nào muốn đủ điều kiện nhận Hỗ trợ tài chính theo phần (b)(ii) của định nghĩa “Bệnh nhân có chi phí y tế cao” nêu trên cũng phải nộp hồ sơ về chi phí y tế mà họ và/hoặc các thành viên Gia đình của họ đã thanh toán trong 12 tháng trước đó.
4. Các mức Hỗ trợ tài chính khác nhau dành cho bệnh nhân đủ điều kiện dựa trên Thu nhập gia đình của họ, như được liệt kê trong bảng dưới đây và Bản đính kèm A của Quy định này.

Số tiền Hỗ trợ tài chính dành cho cư dân của Hạt là bệnh nhân tự chi trả hoặc bệnh nhân có chi phí y tế cao căn cứ vào thu nhập gia đình

THU NHẬP GIA ĐÌNH	Số tiền được Giảm trừ từ Số tiền mà Bệnh nhân phải trả cho Các dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt y tế
Thu nhập gia đình bằng hoặc thấp hơn 400% Mức Chuẩn Nghèo Liên bang	Giảm trừ Chăm sóc từ thiện 100%
Thu nhập gia đình từ 401-449% Mức Chuẩn Nghèo Liên bang	Giảm trừ Chăm sóc từ thiện 70%

Thu nhập gia đình từ 450 – 549% Mức Chuẩn Nghèo Liên bang	Giảm trừ Chăm sóc từ thiện 50%
Thu nhập gia đình từ 550 – 649% Mức Chuẩn Nghèo Liên bang	Giảm trừ Chăm sóc từ thiện 25%

Mức Chuẩn Nghèo Liên bang năm 2022 được nêu trong Bản đính kèm A.

Đối với những bệnh nhân không thể hoàn thành đơn đăng ký hoặc cung cấp tất cả các tài liệu cần thiết, Hệ thống Y tế có thể phát triển và dựa vào một công cụ để ghi danh bệnh nhân vào Chương trình Tiếp cận Dịch vụ y tế dựa trên việc ghi danh hiện có trong các chương trình như dịch vụ cho người vô gia cư, chương trình Phụ nữ, Trẻ sơ và Trẻ em (WIC), Chương trình Hỗ trợ Dinh dưỡng Bổ sung (SNAP, còn được gọi là phiếu thực phẩm), và một số dịch vụ nhà ở được trợ cấp.

5. Những bệnh nhân không có bảo hiểm y tế (hoặc nguồn thanh toán bên thứ ba khác cho các Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt Y tế) sẽ được sàng lọc để xác định xem họ có đủ điều kiện tham gia bất kỳ chương trình y tế nào của tiểu bang, liên bang và/hoặc Hạt, và/hoặc bất kỳ nguồn thanh toán bên thứ ba nào khác hay không. Hạt sẽ thực hiện mọi nỗ lực hợp lý để thu thập thông tin từ bệnh nhân về việc liệu bảo hiểm y tế tư nhân hoặc bảo hiểm y tế công cộng hoặc bên tài trợ có thể chi trả toàn bộ hoặc một phần chi phí chăm sóc do Hạt cung cấp hay không. Khi bệnh nhân liên hệ với Phòng Patient Access để hỏi về các lựa chọn Hỗ trợ tài chính hiện có, Hạt cũng sẽ thực hiện các bước để giúp họ hoàn thành đơn đăng ký Medi-Cal, bảo hiểm y tế khác do chính phủ đài thọ và Chương trình Tiếp cận Dịch vụ Y tế, nếu phù hợp. Nếu bệnh nhân đăng ký, hoặc có đơn đăng ký đang chờ xử lý, cho một chương trình bảo hiểm y tế khác vào cùng thời điểm mà bệnh nhân đăng ký Hỗ trợ Tài chính, thì không đơn đăng ký nào sẽ loại trừ trạng thái đủ điều kiện tham gia chương trình kia.
6. Những bệnh nhân đang tìm kiếm Hỗ trợ tài chính phải đăng ký tất cả các loại hình bảo hiểm y tế (hoặc các nguồn thanh toán bên thứ ba khác cho các Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt Y tế) mà họ đủ điều kiện, trừ khi Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu của Hạt hoặc người được chỉ định miễn yêu cầu này cho bệnh nhân, như được mô tả dưới đây.
7. Việc bệnh nhân không thực hiện mọi nỗ lực hợp lý để có được bảo hiểm y tế (hoặc nguồn thanh toán bên thứ ba khác cho các Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt Y tế) có thể là cơ sở để từ chối Hỗ trợ Tài chính.
8. Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu hoặc người được chỉ định có thể miễn yêu cầu này một cách hợp lý cho những bệnh nhân phải gánh chịu hậu quả tiêu cực của việc nhập cư, theo các quy tắc liên bang, chẳng hạn như quy tắc cuối cùng về “Tính chất không thể chấp nhận trên Cơ sở Gánh nặng Xã hội,” 84 Fed. Reg. 41,292 (14 tháng 8, 2019). Ví dụ: bệnh nhân trưởng thành từ 21 tuổi trở lên đang tìm kiếm nơi thường trú hợp pháp và có các tình trạng nhập cư sau đây không bắt buộc phải đăng ký bảo hiểm y tế do liên bang tài trợ: (1) bệnh nhân được phóng thích vào Hoa Kỳ trong ít nhất một năm, (2) bệnh nhân được miễn trừ trực xuất, (3) bệnh nhân được phép nhập cảnh có điều kiện trước ngày 1 tháng 4 năm 1980, (4) người Cuba gốc Haiti, hoặc (5) bệnh nhân có Medi-Cal liên kết với SSI kể từ trước ngày 22 tháng 8, 1996.

9. Những bệnh nhân đủ điều kiện có thể nhận được Hỗ trợ tài chính cho các Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt y tế từ các nhà cung cấp dịch vụ y tế của Hạt. Bệnh nhân không được hưởng Hỗ trợ tài chính đối với các dịch vụ không phải là Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt y tế hoặc đối với các khoản phí chuyên môn của bác sĩ được lập hóa đơn riêng hoặc dịch vụ vận chuyển bằng xe cứu thương theo yêu cầu của Hạt. Trong những trường hợp hiếm gặp khi cần giới thiệu đến bác sĩ bên ngoài hệ thống y tế của Hạt, Giám đốc Y tế Hạt hoặc người được chỉ định có thể phê duyệt Hỗ trợ tài chính cho các Dịch vụ và Vật tư cần thiết về mặt y tế được cung cấp từ bên ngoài hệ thống y tế của Hạt.

B. Phạm vi Hỗ trợ tài chính cho cư dân của Hạt

1. Hỗ trợ tài chính cho Cư dân của Hạt thường kéo dài trong giai đoạn một năm bắt đầu vào đầu ngày đầu tiên của tháng mà bệnh nhân nộp Đơn đăng ký Hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh hoặc đủ điều kiện để Ghi danh Thỏa đáng nhận Chăm sóc Giảm trừ, hoặc ngày đầu tiên của Giai đoạn Chăm sóc có liên quan đến Đơn đăng ký Hỗ trợ tài chính đã hoàn thành của bệnh nhân hoặc Ghi danh Thỏa đáng nhận Chăm sóc Giảm trừ, trừ khi có thay đổi quan trọng đối với trạng thái đủ điều kiện của bệnh nhân trước khi năm đó kết thúc (chẳng hạn như đủ điều kiện nhận bảo hiểm của bên thứ ba từ một công ty bảo hiểm y tế hoặc nguồn thanh toán của bên thứ ba khác cho các Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt Y tế). Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu hoặc người được chỉ định cũng có toàn quyền cung cấp các khoản giảm trừ bổ sung khi có lý do chính đáng.
2. Bệnh nhân phải đăng ký lại Hỗ trợ tài chính hàng năm nếu thích hợp, bằng cách nộp Đơn xin Gia hạn Hỗ trợ tài chính hoặc bằng cách tái hội đủ điều kiện để Ghi danh Thỏa đáng cho Chăm sóc Giảm trừ.
3. Bệnh nhân phải thông báo cho Hạt về những thay đổi quan trọng đối với trạng thái đủ điều kiện của họ (chẳng hạn như thay đổi về thu nhập, trạng thái đủ điều kiện nhận bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm khác cho các dịch vụ y tế, thành phần gia đình hoặc chi phí y tế) trong vòng sáu mươi (60) ngày kể từ khi những thay đổi đó xảy ra hoặc vào thời điểm nhận dịch vụ tiếp theo, tùy theo điều kiện nào đến trước. Hạt có quyền xác minh lại trạng thái đủ điều kiện của bệnh nhân bất kỳ lúc nào.
4. Nếu bệnh nhân không thông báo kịp thời cho Hạt về bất kỳ thay đổi quan trọng nào đối với trạng thái đủ điều kiện của họ, thì Hỗ trợ tài chính của họ có thể bị chấm dứt với hiệu lực hồi tố kể từ ngày thay đổi quan trọng đó có hiệu lực.

C. Phạm vi Hỗ trợ tài chính cho người không phải là cư dân của Hạt

1. Bệnh nhân Tự chi trả và có Chi phí y tế cao không phải là Cư dân của Hạt thường không đủ điều kiện nhận các dịch vụ y tế không khẩn cấp tại các cơ sở của Hạt Santa Clara. Tại những cơ sở dự thừa khả năng, người không phải là Cư dân của Hạt có thể nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe không khẩn cấp.
2. Những người không phải là Cư dân của Hạt nhận được Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt y tế tại các cơ sở của Hạt và là bệnh nhân Tự chi trả hoặc có Chi phí y tế cao sẽ đủ điều kiện được giảm trừ 100% cho các dịch vụ đó nếu Thu nhập gia đình của họ bằng hoặc thấp hơn 400% của

Mức Chuẩn Nghèo Liên bang.

3. Người không phải là Cư dân của Hạt chỉ có thể đủ điều kiện nhận Hỗ trợ tài chính cho một Giai đoạn Chăm sóc cụ thể, chứ không phải trên cơ sở liên tục hàng năm. Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu hoặc người được chỉ định có toàn quyền cung cấp các khoản giảm trừ bổ sung khi có lý do chính đáng.

D. Kế hoạch Thanh toán

1. Bệnh nhân đủ điều kiện được giảm trừ một phần theo Quy định này có thể yêu cầu Hạt thiết lập một kế hoạch thanh toán dài hạn, không lãi suất để cho phép thanh toán giá đã giảm trừ trong một giai đoạn.
2. Hạt và bệnh nhân sẽ thương lượng các điều khoản của kế hoạch thanh toán. Khi thương lượng các điều khoản của một kế hoạch thanh toán hợp lý với bệnh nhân, Hạt sẽ xem xét Thu nhập gia đình của bệnh nhân và các chi phí sinh hoạt thiết yếu. “Chi phí sinh hoạt thiết yếu” có nghĩa là chi phí thuê nhà hoặc trả tiền nhà và bảo trì nhà ở, thực phẩm và đồ dùng gia đình, điện nước và điện thoại, quần áo, chi phí y tế và nha khoa, bảo hiểm, trường học hoặc chăm sóc trẻ em, trợ cấp cho con cái hoặc vợ/chồng, chi phí đi lại và ô tô, bao gồm bảo hiểm, gas, phí sửa chữa, trả góp, giặt ủi và làm sạch, và các chi phí phát sinh khác.
3. Nếu Hạt và bệnh nhân không thể đi đến thống nhất về các điều khoản của kế hoạch thanh toán, thì Hạt sẽ sử dụng công thức nêu trong tiểu mục (i) của Bộ luật An toàn và Sức khỏe California, phần 127400 để lập một kế hoạch thanh toán hợp lý bao gồm các khoản thanh toán hàng tháng không vượt quá 10 phần trăm Thu nhập gia đình của bệnh nhân trong một tháng, không bao gồm các khoản giảm trừ cho chi phí sinh hoạt thiết yếu.

E. Kháng cáo

1. Hạt sẽ đưa ra quyết định trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được Đơn xin Hỗ trợ tài chính hoàn thiện của bệnh nhân. Quyết định sẽ bao gồm các hướng dẫn về cách bệnh nhân có thể kháng cáo việc từ chối Hỗ trợ tài chính và thời hạn kháng cáo.
2. Bệnh nhân bị từ chối Hỗ trợ tài chính có thể kháng cáo việc từ chối bằng văn bản. Đơn kháng cáo phải bao gồm cơ sở cho việc kháng cáo và biện pháp khắc phục được đề nghị. Mẫu đơn kháng cáo có sẵn trực tuyến tại <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> hoặc bằng cách liên hệ với bộ phận Tiếp cận Bệnh nhân theo số (877) 967-4677.
3. Kháng cáo phải được nhận tại địa chỉ dưới đây trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày từ chối:

County of Santa Clara Health System Patient Business
Services 5750 Fontanos Way, 1st Floor
San José, CA 95138
Attention: Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh (Revenue Cycle Director)

4. Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu sẽ quyết định tất cả các kháng cáo ban đầu trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày nhận được đơn kháng cáo.
5. Nếu Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu hoặc người được chỉ định kháng

định việc từ chối ban đầu, bệnh nhân có thể gửi đơn kháng cáo lần thứ hai. Giám đốc Tài chính của Hệ thống Y tế Hạt Santa Clara phải nhận được bất kỳ kháng cáo lần hai nào tại địa chỉ dưới đây trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày bãi bỏ kháng cáo ban đầu:

County of Santa Clara Health System Finance
Department 2325 Enborg Lane, Suite 360B
San José, CA 95128
Attention: Giám đốc Tài chính (Chief Financial Officer)

6. Giám đốc Tài chính sẽ quyết định tất cả các kháng cáo lần hai trong vòng ba mươi (30) ngày.
7. Quyết định về bất kỳ kháng cáo lần hai nào sẽ là quyết định cuối cùng.

F. Quy trình Báo cáo

1. Quy định Hỗ trợ tài chính và các tài liệu đính kèm sẽ được cung cấp cho Sở Thông tin và Tiếp cận Dịch vụ Y tế (Department of Health Care Access and Information, HCAI) ít nhất hai năm một lần vào ngày 1 tháng 1 hoặc bất kỳ khi nào có sửa đổi quan trọng.
2. Trong trường hợp không có sửa đổi quan trọng nào kể từ lần gửi trước đó, HCAI sẽ được thông báo rằng không có sửa đổi quan trọng nào.

BỐI CẢNH CỦA QUY ĐỊNH:

Quy định này nhằm mục đích tuân thủ các luật sau:

- Luật Quy định Giá Công bằng của Bệnh viện California (HFFP). Bộ luật An toàn và Sức khỏe California. § 127400 và tiếp theo.
- Luật Quy định Giá Công bằng dành cho Bác sĩ Cấp cứu (EPFPP). Bộ luật An toàn và Sức khỏe California. § 127450 và tiếp theo.

Quy định này cấu thành chương trình Chăm sóc từ thiện của Hạt. Quy định này sẽ được áp dụng nhất quán cho tất cả các bệnh nhân của Hạt.

Quy định này chỉ áp dụng cho các Dịch vụ hoặc Vật tư cần thiết về mặt y tế từ các nhà cung cấp dịch vụ y tế của Hạt. Danh sách hiện tại các nhà cung cấp dịch vụ y tế của Hạt có sẵn thông qua các trang "Tìm Nhà cung cấp" sau đây:

<https://www.scvmc.org/find-provider> (Trung tâm Y tế Thung lũng Santa Clara),
<https://och.sccgov.org/find-provider> (Bệnh viện O'Connor), và
<https://slrh.sccgov.org/find-provider> (Bệnh viện Khu vực St. Louise). Danh sách các bệnh viện và phòng khám của Hạt có tại: <https://www.scvmc.org/find-health-center>.

Theo đây, bệnh nhân được thông báo rằng các bác sĩ cấp cứu, như được định nghĩa trong Bộ luật An toàn và Sức khỏe California phần 127450, cung cấp dịch vụ y tế cấp cứu tại các cơ sở của Hạt, được pháp luật yêu cầu phải giảm trừ cho Bệnh nhân Tự chi trả và Bệnh nhân có Chi phí y tế cao có thu nhập bằng hoặc thấp hơn 400% Mức Chuẩn Nghèo Liên bang.

Để biết danh sách các dịch vụ sẵn có tại Hệ thống Y tế Hạt Santa Clara, hãy truy cập <https://www.scvmc.org/patients-visitors/services/shoppable-servicesestimate-potential-charges>.

Quy định này không từ bỏ hoặc thay đổi bất kỳ mức giá hoặc điều khoản hợp đồng nào được thương lượng bởi và giữa Hạt và người thanh toán bên thứ ba, và cũng không giảm trừ cho người thanh toán bên thứ ba không có hợp đồng hoặc các tổ chức khác chịu trách nhiệm pháp lý thanh toán thay mặt cho người thụ hưởng, người được bảo trả hoặc người được bảo hiểm. Quy định này không cho phép miễn các khoản miễn thường, khoản đồng thanh toán và/hoặc đồng bảo hiểm do các công ty bảo hiểm áp dụng đối với những bệnh nhân không đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính.

TRÁCH NHIỆM:

Các câu hỏi về việc thực hiện Quy định này nên được chuyển đến Giám đốc Bộ phận Tiếp cận Bệnh nhân tại địa chỉ: 770 South Bascom Avenue, San José, CA 95128 or (866) 967-4677.

Quy định Hỗ trợ tài chính này thay thế các Quy định hết hiệu lực sau đây: Phí Trượt giá VMC#924.0; Chương trình Xác định Khả năng Thanh toán (APD) HHS#735.0; Quy định Hỗ trợ tài chính của Bệnh viện O'Connor #4765025; và Quy định Hỗ trợ tài chính của Bệnh viện Khu vực St. Louise #5424657.

Quy định Hỗ trợ tài chính này được cập nhật lần cuối ngày 8 tháng 12 năm 2022.

Bản đính kèm A

Biểu đồ Mức Chuẩn Nghèo Liên bang năm 2022

MỨC CHUẨN NGHÈO LIÊN BANG NĂM 2022							
Quy mô Hộ gia đình	<i>Giảm trừ* 100%</i>	<i>Giảm trừ 70%</i>		<i>Giảm trừ 50%</i>		<i>Giảm trừ 25%</i>	
	<i>FPL lên tới 400%</i>	<i>401%</i>	<i>449%</i>	<i>450%</i>	<i>549%</i>	<i>550%</i>	<i>649%</i>
1	\$4,530	\$4,531	\$5,096	\$5,097	\$6,228	\$6,229	\$7,361
	\$54,360	\$54,361	\$61,154	\$61,155	\$74,744	\$74,745	\$88,334
2	\$6,103	\$6,104	\$6,866	\$6,867	\$8,391	\$8,392	\$9,917
	\$73,240	\$73,241	\$82,394	\$82,395	\$100,704	\$100,705	\$119,014
3	\$7,677	\$7,678	\$8,636	\$8,637	\$10,555	\$10,556	\$12,474
	\$92,120	\$92,121	\$103,634	\$103,635	\$126,664	\$126,665	\$149,694
4	\$9,250	\$9,251	\$10,406	\$10,407	\$12,718	\$12,719	\$15,031
	\$111,000	\$111,001	\$124,874	\$124,875	\$152,624	\$152,625	\$180,374
5	\$10,823	\$10,824	\$12,176	\$12,177	\$14,881	\$14,882	\$17,587
	\$129,880	\$129,881	\$146,114	\$146,115	\$178,584	\$178,585	\$211,054
6	\$12,397	\$12,398	\$13,946	\$13,947	\$17,044	\$17,045	\$20,144
	\$148,760	\$148,761	\$167,354	\$167,355	\$204,544	\$204,545	\$241,734
7	\$13,970	\$13,971	\$15,716	\$15,717	\$19,208	\$19,209	\$22,701
	\$167,640	\$167,641	\$188,594	\$188,595	\$230,504	\$230,505	\$272,414
8	\$15,543	\$15,544	\$17,486	\$17,486	\$21,371	\$21,372	\$25,257
	\$186,520	\$186,521	\$209,834	\$209,835	\$256,464	\$256,465	\$303,094



COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

NGÀY: 8 tháng 12 năm 2022

KÍNH GỬI: Hệ thống Y tế Hạt Santa Clara
Ban Lãnh đạo Điều hành

NGƯỜI GỬI: René G. Santiago, Phó Giám đốc Điều hành Hạt và
Giám đốc, Hệ thống Y tế Hạt Santa Clara

CHỦ ĐỀ: Quy định thu hồi khoản nợ của bệnh nhân

THAM Cal. Đạo luật về An toàn & Sức khỏe, §§ 127400–127462

CHIẾU: Cal. Civ. Đạo luật, §§ 1788–1788.33

15 U.S.C. §§ 1692–1692p

Quy định CSCHS số 715.0 (Chương trình Tiếp cận dịch vụ y tế)

ĐỊNH NGHĨA:

- Bệnh nhân:** Theo chủ định của Quy định này, Bệnh nhân là bất kỳ cá nhân nào đã nhận các hạng mục và/hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ CSCHS và là người bảo lãnh của họ, nếu không phải là cùng một người.
- Người bảo lãnh:** Cá nhân đã nhận trách nhiệm tài chính để thanh toán khoản nợ của bệnh nhân.
- Khoản nợ của Bệnh nhân:** Số tiền mà Bệnh nhân nợ CSCHS cho các hạng mục và/hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
- DTAC:** Phòng Thuế vụ và Thu nợ Hạt Santa Clara, là cơ quan thu hồi Khoản nợ của Bệnh nhân thay mặt cho CSCHS.
- Hỗ trợ Tài chính:** Giảm trừ toàn bộ hoặc một phần Khoản nợ của Bệnh nhân được CSCHS cho phép theo các điều khoản của Quy định Hỗ trợ Tài chính của CSCHS.
- Quy định CSCHS số 715.0 Quy định Hỗ trợ Tài chính của CSCHS:** Một Quy định riêng mô tả chương trình Hỗ trợ Tài chính của CSCHS, còn được gọi là Chương trình Tiếp cận Dịch vụ Y tế (HAP), cung cấp giảm trừ cho các hạng mục và/hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe do CSCHS cung cấp cho một số Bệnh nhân đủ điều kiện có thu nhập thấp hoặc trung bình. Quy định Hỗ trợ Tài chính của CSCHS được đăng trên mạng: <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program>. Các cá nhân cũng có thể lấy một bản sao Quy định Hỗ trợ Tài chính của

CSCHS bằng cách gọi đến Phòng Patient Access của CSCHS số (866) 967-4677 (8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, từ thứ Hai đến thứ Sáu).

BÓI CẢNH:

Mục đích của Quy định này là xác định các tiêu chuẩn và thông lệ cho việc thu hồi Khoản nợ của Bệnh nhân đang nợ Hệ thống Y tế Hạt Santa Clara (CSCHS).

QUY ĐỊNH:

Quy định của CSCHS là lập hóa đơn cho Bệnh nhân một cách chính xác, kịp thời và phù hợp với các luật và quy định hiện hành, bao gồm nhưng không giới hạn ở các điều khoản hiện hành của Bộ luật An toàn và Sức khỏe California, Bộ luật Dân sự California và Bộ luật Hoa Kỳ.

QUY CÁCH:

Bên Chịu trách nhiệm

Hành động

Patient Business Services
(Dịch vụ Công việc Bệnh nhân) của CSCHS

1. Dưới sự ủy quyền của Giám đốc Tài chính CSCHS, CSCHS sẽ thúc đẩy việc thanh toán các Khoản nợ của Bệnh nhân đối với các hạng mục và/hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe do CSCHS cung cấp, bao gồm bằng cách chỉ định các khoản chưa thanh toán là nợ khó đòi và chuyển các khoản đó cho DTAC để thu hồi. Các hành động thu nợ sẽ được thực hiện theo quyết định của CSCHS và DTAC và sẽ tuân thủ tất cả các luật và quy định hiện hành của tiểu bang và liên bang, bao gồm luật Quy định Giá Công bằng của Bệnh viện California (Bộ luật An toàn và Sức khỏe California, các phần 127400 và tiếp theo), luật Quy định Giá Công bằng dành cho Bác sĩ Cấp cứu (Bộ luật An toàn và Sức khỏe California, mục 127450 và tiếp theo), Đạo luật Thực hành Thu nợ Công bằng Rosenthal (Bộ luật Dân sự California, mục 1788 và tiếp theo), và Đạo luật Thực hành Thu nợ Công bằng của liên bang (Bộ luật Hoa Kỳ, Tiêu đề 15, phần 1692 và tiếp theo).
2. CSCHS sẽ lấy được thỏa thuận bằng văn bản từ DTAC rằng DTAC sẽ tuân thủ toàn bộ Quy định này. Thỏa thuận bằng văn bản sẽ không được hiểu là tạo ra một liên doanh giữa CSCHS và DTAC, hoặc cho phép CSCHS quản lý DTAC theo cách khác.
3. Trước khi chuyển Khoản Nợ của Bệnh nhân cho DTAC, CSCHS sẽ thực hiện tất cả những bước sau:

- a. Thực hiện mọi nỗ lực hợp lý để lấy thông tin từ Bệnh nhân về việc bảo hiểm y tế tư nhân hoặc công cộng hoặc bên tài trợ có thể chi trả toàn bộ hoặc một phần chi phí chăm sóc do CSCHS cung cấp hay không.
- b. Cung cấp cho những Bệnh nhân không có bảo hiểm y tế của bên thứ ba, hoặc những người yêu cầu giảm giá hoặc chăm sóc từ thiện, đơn đăng ký chương trình Medi-Cal hoặc các chương trình bảo hiểm y tế khác do Tiểu bang hoặc Hạt tài trợ.
- c. Thông báo cho Bệnh nhân về trách nhiệm tài chính của họ bằng cách gửi cho Bệnh nhân qua đường bưu điện ít nhất bốn (4) bản sao kê tài khoản cho các dịch vụ được cung cấp tại CSCHS.
- d. Thông báo cho Bệnh nhân về các lựa chọn hỗ trợ tài chính hiện có bằng cách cung cấp thông báo về Quy định Hỗ trợ Tài chính của CSCHS và đơn đăng ký vào hoặc ngay sau (các) ngày cung cấp dịch vụ, tại thời điểm lập hóa đơn và ít nhất 30 ngày trước khi chuyển Khoản Nợ của Bệnh nhân cho DTAC.
- e. Thực hiện các bước, khi Bệnh nhân liên hệ với phòng Patient Access của CSCHS để hỏi các lựa chọn hỗ trợ tài chính hiện có, để giúp những Bệnh nhân đó hoàn thành đơn đăng ký Medi-Cal, bảo hiểm chăm sóc sức khỏe khác do chính phủ tài trợ và Chương trình Tiếp cận Dịch vụ Y tế, nếu có.
- f. Gửi cho Bệnh nhân một thông báo—còn được gọi là “Thư Tạm biệt”—ít nhất 60 ngày trước khi chuyển Khoản nợ của Bệnh nhân cho DTAC. Thông báo này sẽ bao gồm:
 - i. (Các) ngày đã gửi những hóa đơn đang được chuyển đến DTAC;

- ii. Tên đầy đủ và địa chỉ của DTAC;
 - iii. Một tuyên bố thông báo cho Bệnh nhân cách lấy hóa đơn được lập thành từng khoản từ CSCHS;
 - iv. Tên và loại bảo hiểm y tế cho Bệnh nhân đã lưu trong hồ sơ của CSCHS tại thời điểm cung cấp dịch vụ, hoặc tuyên bố rằng CSCHS không có thông tin đó;
 - v. Bản sao đơn xin Hỗ trợ Tài chính của CSCHS; và
 - vi. (Những) ngày Bệnh nhân được gửi thông báo lần đầu về việc đăng ký Hỗ trợ Tài chính, (những) ngày Bệnh nhân được gửi đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính lần đầu, và ngày mà CSCHS đưa ra quyết định về đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính của bệnh nhân, nếu có.
- g. Đợi ít nhất 180 ngày kể từ ngày lập hóa đơn lần đầu trước khi chuyển Khoản Nợ của Bệnh nhân cho DTAC.
4. Sau khi hoàn thành các bước nêu trong đoạn (3) trên đây, CSCHS có thể chuyển Khoản Nợ của Bệnh nhân cho DTAC để thực hiện một hoặc nhiều hành động thu nợ sau:
- a. Thực hiện các nỗ lực thu hồi nợ tiêu chuẩn, bao gồm nhưng không giới hạn ở việc sử dụng các bảng sao kê thanh toán, thư từ bằng văn bản và các cuộc gọi điện thoại;
 - b. Khởi kiện dân sự đối với Bệnh nhân theo cách tuân thủ tất cả các luật hiện hành. Bằng một văn bản thỏa thuận liên ngành, CSCHS sẽ đảm bảo rằng DTAC không khởi kiện dân sự chống lại Bệnh nhân nếu Bệnh nhân đó có kháng cáo đang chờ xử lý về việc chi trả bảo hiểm cho các hạng mục hoặc dịch vụ mà họ đã nhận được hóa

đơn từ CSCHS (như được định nghĩa trong Bộ luật An toàn và Sức khỏe California, mục 127426, tiểu mục (b)), cho đến khi có quyết định cuối cùng về kháng cáo đó, nếu Bệnh nhân nỗ lực hợp lý để thông báo cho CSCHS và DTAC về tiến trình của bất kỳ kháng cáo nào đang chờ xử lý. Kháng cáo đang chờ xử lý bao gồm các khiếu nại về chương trình bảo hiểm y tế, đánh giá y tế độc lập do Sở Quản lý Chăm sóc Sức khỏe hoặc Sở Bảo hiểm tiến hành, các phiên điều trần công bằng của Medi-Cal và các kháng cáo của Medicare, như được mô tả trong Bộ luật An toàn và Sức khỏe California, phần 127426, tiểu mục (b).

5. Bằng một văn bản thỏa thuận liên ngành, CSCHS sẽ đảm bảo rằng với bất kỳ tài liệu nào cho biết có thể bắt đầu các hoạt động thu nợ, DTAC sẽ gửi cho Bệnh nhân một thông báo có chứa bản tóm tắt bằng ngôn ngữ dễ hiểu về các quyền của Bệnh nhân theo luật Quy định Giá cả Công bằng của Bệnh viện, Đạo luật Thực hành Thu nợ Công bằng Rosenthal và Đạo luật Thực hành Thu nợ Công bằng của liên bang, trong đó sẽ bao gồm một tuyên bố rằng có thể có các dịch vụ tư vấn tín dụng phi lợi nhuận trong khu vực của Bệnh nhân, phù hợp với Bộ luật An toàn và Sức khỏe California phần 127430; và rằng trong lần liên lạc bằng văn bản đầu tiên với Bệnh nhân, DTAC sẽ cung cấp một bản sao của Thư Tạm biệt và tuyên bố rằng đã hơn 180 ngày trôi qua kể từ ngày Bệnh nhân được lập hóa đơn lần đầu cho các dịch vụ y tế là cơ sở của khoản nợ, rằng DTAC có thể đệ đơn kiện bệnh nhân để thu hồi nợ, và rằng DTAC sẽ không báo cáo thông tin bất lợi cho cơ quan báo cáo tín dụng.
6. CSCHS sẽ không tham gia vào bất kỳ hành động thu hồi nợ nào sau đây:
 - a. Báo cáo thông tin bất lợi về Khoản nợ của Bệnh nhân cho cơ quan báo cáo tín dụng tiêu dùng hoặc văn phòng tín dụng;
 - b. Bán Khoản nợ của Bệnh nhân cho bên mua nợ;

- c. Trì hoãn hoặc từ chối, hoặc yêu cầu thanh toán trước khi cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế do Bệnh nhân không thanh toán một hoặc nhiều hóa đơn cho dịch vụ chăm sóc đã cung cấp trước đó;
 - d. Tịch thu bất động sản của Bệnh nhân;
 - e. Tịch biên hoặc thu giữ tài khoản ngân hàng của Bệnh nhân hoặc tài sản cá nhân khác; hoặc
 - f. Khấu trừ lương hoặc quyền nắm giữ nơi cư trú chính như một phương tiện để thu các hóa đơn bệnh viện chưa thanh toán từ Bệnh nhân đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính.
7. Bất kỳ Bệnh nhân nào cũng có thể yêu cầu thiết lập một kế hoạch thanh toán không lãi suất để thanh toán Khoản nợ của Bệnh nhân.
- a. Khi thương lượng các điều khoản của kế hoạch thanh toán với Bệnh nhân, CSCHS sẽ xem xét thu nhập và chi phí sinh hoạt của gia đình Bệnh nhân.
 - b. Nếu CSCHS và Bệnh nhân đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính không thể đi đến thống nhất về kế hoạch thanh toán, CSCHS sẽ sử dụng công thức và định nghĩa nêu trong tiểu mục (i) của Bộ luật An toàn và Sức khỏe California, phần 127400 để lập một kế hoạch thanh toán hợp lý, bao gồm các khoản thanh toán hàng tháng không vượt quá 10 phần trăm thu nhập gia đình của Bệnh nhân trong một tháng, không bao gồm các khoản khấu trừ cho chi phí sinh hoạt thiết yếu.
 - c. Kế hoạch thanh toán có thể được tuyên bố là không được thực hiện sau khi Bệnh nhân không thực hiện tất cả các khoản thanh toán liên tiếp đến hạn trong khoảng thời gian 90 ngày.

- d. Trước khi tuyên bố kế hoạch thanh toán không được thực hiện, CSCHS sẽ:
 - i. Tiến hành các nỗ lực hợp lý để liên hệ với Bệnh nhân qua điện thoại, đưa ra thông báo bằng văn bản rằng kế hoạch thanh toán không được thực hiện, và thông báo cho Bệnh nhân về cơ hội thương lượng lại các điều khoản của kế hoạch thanh toán bị chậm trễ đó.
 - ii. Theo yêu cầu của Bệnh nhân, cố gắng thương lượng lại các điều khoản của kế hoạch thanh toán bị chậm trễ.
 - e. CSCHS sẽ không khởi kiện dân sự đối với Bệnh nhân vì lý do không thanh toán trước thời điểm kế hoạch thanh toán được tuyên bố là không được thực hiện.
8. CSCHS sẽ không sử dụng cưỡng ép phiếu trả lương, tờ khai thuế thu nhập hoặc tài liệu về tài sản thu được từ Bệnh nhân trong quá trình đăng ký Hỗ trợ Tài chính cho các hoạt động thu hồi nợ.
9. Trong trường hợp Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu của CSCHS hoặc người được chỉ định xem xét đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính gửi muộn hơn 180 ngày sau ngày lập hóa đơn lần đầu, Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu của CSCHS hoặc người được chỉ định sẽ yêu cầu DTAC tạm dừng các hoạt động thu nợ, bao gồm việc tiếp tục các vụ kiện dân sự, cho đến khi Giám đốc Phụ trách Chu kỳ Doanh thu của CSCHS hoặc người được chỉ định đã đưa ra quyết định về đơn đăng ký này. Trong trường hợp bệnh nhân được xác định là đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính sau khi đã khởi kiện dân sự, CSCHS sẽ làm việc với DTAC để rút đơn kiện.
10. Không có nội dung nào trong Quy định này ngăn cản CSCHS hoặc DTAC truy cứu trách nhiệm pháp lý của bên thứ ba theo cách phù hợp với luật hiện hành.

Bệnh nhân

1. Bệnh nhân nên chuyển câu hỏi về Quy định này đến Bộ phận Patient Business Services (Dịch vụ Công việc Bệnh nhân) của CSCHS. Bệnh nhân có thể liên hệ với bộ phận Dịch vụ Công việc Bệnh nhân của CSCHS qua điện thoại theo số (408) 885-7470 (8 giờ sáng đến 4:30 chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu) hoặc trực tiếp tại 770 S. Bascom Ave, San Jose, CA 95128 (8 giờ sáng đến 4:30 chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu).
2. Bệnh nhân nên thực hiện mọi nỗ lực hợp lý để phản hồi kịp thời bản kê hóa đơn và thông tin liên lạc liên quan từ CSCHS và DTAC.
3. Bệnh nhân nên thực hiện mọi nỗ lực hợp lý để thông báo cho CSCHS nếu họ có bảo hiểm y tế, bảo hiểm Medicare, Medi-Cal hoặc bảo hiểm bên thứ ba khác mà có thể bao trả tất cả hoặc một số hạng mục và/hoặc dịch vụ y tế nhận được tại CSCHS.

Bệnh nhân nên xem xét Quy định Hỗ trợ Tài chính của CSCHS và nếu họ tin rằng mình đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính, hãy hoàn thành và nộp đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính càng sớm càng tốt. Bệnh nhân có thể xem xét toàn bộ Quy định Hỗ trợ Tài chính của CSCHS và tải xuống bản sao của đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính của CSCHS tại <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program>. Bệnh nhân cũng có thể liên hệ với Phòng Patient Access của CSCHS theo số (866) 967-4677 (8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu) nếu có bất kỳ câu hỏi nào về Quy định Hỗ trợ Tài chính.

Ban hành: 08/12/2022



醫療保健獲取計劃

HEALTHCARE ACCESS PROGRAM

政策概要:

有鑑於聖塔克拉拉縣衛生系統(以下稱「本縣」)為加強支持獲得可負擔醫療保健機會，本縣透過醫療保健獲取計劃(也稱為患者財務援助政策或「財務援助」)向符合條件的低收入和中等收入戶自費和高額醫療費用患者提供折扣性的醫療必要的服務或用品。本政策的簡要概述如下。患者應查看完整政策以獲取完整的計劃信息，如有任何問題，請致電 (866) 967-4677(週一至週五，上午 8 點至下午 5 點) 聯繫本縣財務顧問。

- 自費患者是指沒有健康保險公司、醫療保健服務計劃、紅藍卡或白卡 (Medicare、Medi-Cal) 等第三方保險的患者，其受傷不屬於工傷賠償、車禍保險賠償或其他保險可賠償的傷害保險，以及沒有資格獲得本縣提供的醫療必要服務或用品健康保險或其他第三方保險的患者。
- 高額醫療費用患者是 (1) 患者自己每年在本縣支付的自付醫療費用超過其當前家庭收入或過去 12 個月家庭收入 10% 的患者，或 (2) 其家庭向任何醫療服務提供者支付超過患者家庭收入 10% 的醫療費用的患者，前提是患者提供患者或患者家庭成員在過去 12 個月內支付的患者醫療費用的文件。
- 自費和高額醫療費用患者其為本縣居民且家庭收入等於或低於聯邦貧困線 400% 者有資格獲得本縣醫療服務提供者所提供的 100% 醫療必要的服務或用品折扣。
- 自費和高額醫療費用患者其為本縣居民且家庭收入高於聯邦貧困水平的 400% 但低於 450%、550% 或 650% 其有資格獲取本縣醫療服務提供者的必要醫療服務或用品 70%、50% 或 25% 分別的折扣。有資格獲取部分折扣的患者可以要求本縣政府設定一項長期的免息付款計劃，使患者能夠支付折扣價。
- 聯邦貧困線每年都會改變。本政策中所引用的 2022 年聯邦貧困線列於附件 A。
- 符合條件的患者有資格獲得為期一年的財務援助，除非他們的資格在該年結束前發生重大變化。患者必須將其資格發生重大變化(例如收入、健康保險資格或其他醫療保健服務、家庭組成員和/或醫療費用的變化) 在六十 (60) 天內或在下一個服務時間點，兩者以時間較快者為準，儘快通知本縣。本縣保留隨時重新驗證患者資格的權利。
- 符合條件的患者必須盡一切合理努力，自特定「護理事件」(Episode of Care) 的初始帳單發出日期起 (帳單隨附醫療保健獲取計劃通知) 的 180 天內，根據本政策提交填妥完整的財務援助申請[或符合「折扣護理推定註冊資格」(Presumptive Enrollment for Discount Care)]。如果患者自特定「護理事件」的初始帳單日期起 180 天內未按照本政策提交完整的財務援助申請 (或有資格獲得「折扣護理的推定註冊」)，且沒有資格獲得財務援助，患者帳戶則會依附件 B「患者債務催收政策」(Patient Debt Collection Policy) 中所述，傳送至催收部門。

- 如果患者未能提供本縣做出資格決定所需的合理且必要的信息，則收入週期主管 (Revenue Cycle Director)或其指定人員有權酌情拒絕資格。收入週期主管或其指定人員可在 180 天期限後根據正當理由，裁定患者是否有資格獲得財務援助，正如本政策稍後所述。
- 一般來說，非本縣居民的自費和高額醫療費用患者沒有資格在聖塔克拉拉縣醫療設施中獲得非急救醫療服務。然而在那些仍有病人容納量的本縣醫療設施內，非本縣居民則可以接受非急救醫療保健服務。在本縣醫療設施內接受醫療必要的服務或用品的非縣居民以及自費或高額醫療費用患者，有資格獲得特定護理事件 (定義見下文)100% 折扣，前提是他們有家庭收入，但處於或低於聯邦貧困線的 400%。

名詞定義:

1. **患者的家庭或家人：**對於十八 (18) 歲及以上的患者，患者的家庭包括患者、患者的配偶或同居伴侶，以及二十一 (21) 歲以下的受撫養子女，無論是否住在家裡。對於十八 (18) 歲以下的患者，患者家庭包括患者的父母或看護親屬，以及父母或看護親屬的二十一 (21) 歲以下的其他子女。
2. **本縣居民：**本縣居民是指居住在聖塔克拉拉縣的人士。
3. **非本縣居民：**非本縣居民是指不居住在聖塔克拉拉縣的人士。
4. **家庭收入：**家庭收入包括患者家庭所有成員的年總收入，減去任何贍養費或子女撫養費。
5. **自費患者：**自費患者是指沒有健康保險公司、醫療保健服務計劃、紅藍卡或白卡 (Medicare、Medi-Cal) 等第三方保險的患者，其受傷不屬於工傷賠償、車禍保險賠償或其他保險可賠償的傷害保險，以及沒有資格獲得本縣提供的醫療必需服務或用品的健康保險或其他第三方保險的患者。自費患者包括但不限於：
 - (a) 有資格參加政府保險計劃但接受該計劃未涵蓋的服務的患者，以及
 - (b) 在提供服務之前或期間福利用盡的患者。
6. **高額醫療費用患者：**高額醫療費用患者是指：
 - a. 醫療保健服務的第三方支付來源 (即不是自費患者)，並且
 - b. 以下符合任何一項：
 - i. 欠縣政府的年度自付醫療費用超過患者當前家庭收入的 10% 或超過之前十二 (12) 個月家庭收入，以較低者為準，或
 - ii. 已支付，或有一名或多名家庭成員每年向任何醫療保健提供者支付超過患者家庭收入 10% 的自付療費用，前提是患者必需提供患者或患者家庭成員在過去 12 個月內支付的醫療費用文件。

這些醫療保健費用可以包括共付額 (copayment)、共同保險額 (coinsurance)、保險免賠額 (deductible) 或患者健康保險計劃下受保患者應付的其他金額。
7. **折扣護理的推定註冊：**根據從市場來源蒐集的特定於患者的社會經濟信息，可以確定患者有資格參加醫療保健獲取計劃。無家可歸或在接受服務期間到期，並且既沒有資金來源也沒有責任方或遺產的患者可能被確定有資格獲得財務援助，即使他們沒有完成財務援助申請。Patient Access Director 或 Revenue Cycle Director 或其指定人員，會審查此類案例並根據具體情況做出決定。
8. **醫療必要服務或用品：**「醫療必要服務或用品」是治療或診斷醫療狀況所必需的醫

療服務和/或用品供應，若有遺漏則可能會對患者的健康產生不利影響。以下服務通常不被視為醫療必要的服務或用品，因此通常不在本政策的承保範圍內：

- a. 生殖內分泌和不孕症服務;
- b. 美容服務或整形外科服務;
- c. 視力矯正服務，包括 LASEK、PRK、傳導角膜移植術、Intac 的角膜環段、定製輪廓的 C-CAP;
- d. 患者自己叫的救護車;和
- e. 生活方式藥物: 由聖塔克拉拉縣立醫療中心 (SCVMC) 藥房和治療委員會定義。

本縣保留更改此一般未承保服務和/或用品清單的權利。在極少數情況下，例如，根據醫生或參與服務提供者的建議，本縣首席醫療官或其指定人員可能會批准其中一項服務或用品作為特定患者的醫療必要服務或用品。縣首席醫療官或其指定人員的決定為最終決定。

9. **護理事件:** 就本政策而言，護理事件 (Episode of Care) 是指:

- a. 在住院環境中，在入院之日至出院之日之間收到的醫療必要服務或用品與該入院相關;或
- b. 在急診室或門診環境中，個人就診以接受醫療必要的服務或用品

程序:

A. 財務援助獲取資格

1. 要在本政策下獲得財務援助，患者必須提交完整的財務援助申請或有資格獲得折扣護理的推定註冊來申請財務援助。

- a. 符合條件的患者必須自特定護理事件的初始帳單發出日期起(帳單隨附醫療保健獲取計劃通知) 的 180 天內，盡一切合理努力提交填妥的完整財務援助申請(或有資格獲得折扣護理的推定註冊)。如果患者自特定護理事件的初始帳單日期起 180 天內，未按照本政策提交完整的財務援助申請(或有資格獲得折扣護理的推定註冊)，並且有資格獲得財務援助，則患者的帳戶可能會按照隨附的附件 B 「患者債務催收政策」 (Patient Debt Collection Policy) 中所述，進行催收款。如果患者未能提供本縣做出資格決定所需的合理且必要的信息，則收入週期主管 (Revenue Cycle Director) 或其指定人員有權酌情拒絕資格。
- b. 過了這段 180 天的時間之後，並且在任何情況下，在與患者未付帳單有關的民事催收訴訟中作出最終判決之前，收入週期主管或其指定人員可以求患者提供更多信息，以證實正當理由請求。除了填寫完整的財務援助申請表，患者還必須提交一份書面聲明，解釋他們為何未在規定的 180 天期限內申請財務援助。患者可能能夠證明存在正當理由的情況範例包括但不限於：本縣無意中向患者提供有關醫療保健計劃或基於政府的健康保險選項的不完整或不準確的信息；患者的身體、精神、教育或語言限制使患者無法在 180 天的時間範圍內提交完整的財務援助申請；和/或患者患有嚴重疾病，或者患者的直系親屬死亡或患有嚴重疾病，導致患者無法在 180 天的期限內提交完整的財務援助申請。

2. 患者在申請財務援助時，必須按照本縣的要求提供真實、準確和完整的信息，

包括必要的證明文件。如果患者在申請過程中提供虛假或不完整的信息，可能會被裁定不符合財務援助的資格。

3. 患者必須在其財務援助申請中提供以下每種類型的文件之一：
 - a. 身份證明(例如，駕照、護照、政府簽發的身份證、工作或學校身份證，或出生證明以及其他身份證明，例如健身房或 Costco 會員)；
 - b. 收入證明(例如，工資單或所得稅申報表)；和
 - c. 居住證明(例如，租賃合同/租約、房貸按揭帳單、水電費帳單、車輛登記、駕駛執照、無家可歸聲明，或與申請人同住者的支持信以及該位同住者的居住證明)。
 - d. 任何根據上述「高額醫療費用患者」所定義的 (b)(ii) 部分而尋求財務援助資格的患者，還必須提交他們和/或其家庭成員在過去 12 個月內支付的醫療費用文件。
4. 符合條件的患者可根據其家庭收入獲得不同級別的財務援助，如下表和本政策的附件 A 所列。

依照家庭收入，自費患者或高額醫療費用患者可獲得的財務援助金額

家庭收入	註銷病人應付醫療必要服務或用品的金額
家庭收入等於或低於聯邦貧困線的 400%	100% 慈善關懷註銷
家庭收入在聯邦貧困線的 401-449% 之間	70% 慈善關懷註銷
家庭收入在聯邦貧困線的 450-549% 之間	50% 慈善關懷註銷
家庭收入在聯邦貧困線的 550-649% 之間	25% 慈善關懷註銷

附件 A 列出 2022 年聯邦貧困線。

對於無法完成申請或提供所有必要文件的患者，本縣衛生系統 (Health System) 會開發並依賴一種推定工具，註冊患者納入醫療保健獲取計劃 (Healthcare Access Program)，該推定工具係根據目前現有已登記參加無家可歸者服務、婦女嬰兒和兒童 (WIC) 計劃、營養補充輔助計劃 (SNAP，通常也稱為食品券)、和某些住房補貼等項目者的情況而設計。

5. 沒有健康保險(或沒有其他第三方支付醫療必要服務或用品來源)的患者，將接受篩查以決定他們是否有資格參加任何州、聯邦和/或本縣健康計劃，和/或任何其他第三方支付來源。本縣會盡一切合理努力從患者那裡獲取有關私人或公共健康保險或贊助是否可以全部或部分支付該縣提供的醫療護理費用的信息。當患者聯繫 Patient Access Department 瞭解可供選擇的財務援助時，本縣還會採取措施，幫助他們完成白卡 (Medi-Cal)申請、完成其他政府資助的醫療保險和醫療保健獲取計劃 (Healthcare Access Program)申請(如有適用任何一項)。如果患者在申請財務援助的同時也申請或正在申請另一項健康保險計劃，則這兩項申請均不得排除其他計劃的符合資格。
6. 尋求財務援助的患者必須申請他們有資格獲得的所有健康保險(或醫療必要服務或用品的其他第三方支付來源)，除非本縣收入週期主任或其指定人員免除患者如下所陳述的要求。
7. 如果患者未能盡一切合理努力來獲得健康保險(或醫療必要服務或用品的其他第三方支付來源)，則該項可能成為被拒絕獲取財務援助的理由。

8. 收入週期主管或其指定人員可以免除聯邦規定中關於「公共收費理由不可受理」的最終規則(依據《聯邦法規》第84卷第41,292頁, 2019年8月14日), 針對「可能合理地遭受移民負面後果的」患者免除遵守此一要求。例如, 年滿21歲或以上, 並正在尋求合法永久居留權, 並具有以下移民身份的成年患者, 可能不需要申請聯邦資助的健康保險: (1) 獲准假釋進入美國至少一年的患者; (2) 准予暫緩遣返或遣返的患者; (3) 1980年4月1日之前准予有條件入境的患者; (4) 古巴-海地入境者; 或 (5) 自1996年8月22日之前參加SSI相關白卡(Medi-Cal)的患者。
9. 符合條件的患者可從本縣醫療服務提供者處獲得醫療必要服務或用品的財務援助。患者無權為非醫療必要服務或用品的服務、或單獨收費的醫生專業費用、或本縣未要求的救護車運送獲得財務援助。在極少數情況下, 當需要轉診到本縣衛生系統以外的地方時, 本縣首席醫療官或其指定人員, 可以批准為從外縣衛生系統獲得醫療必要服務和用品而提供財務援助。

B. 本縣居民的財務援助範圍

1. 本縣居民的財務援助通常會延長一年期限, 從患者提交完整的財務援助申請或有資格獲得折扣護理推定註冊的當月第一天(以較早者為準)開始, 或患者完成的財務援助申請或折扣護理推定註冊所涉及的護理事件的第一天, 除非在該年結束前患者的資格發生重大變化(例如, 符合從健康保險公司或其他第三方支付醫療必要服務或用品的第三方保險的資格)。收入週期主管或其指定人員也有權根據正當理由提供額外折扣。
2. 患者必需根據情況, 每年重新申請財務援助, 可以藉由提交財務援助續約申請, 也可以重新申請折扣護理的推定註冊。
3. 患者必須在發生變更後的六十(60)天內或在下一個服務時間點(以較早發生者為準), 將其影響資格的重大變更(如收入、健康保險或其他醫療服務保險覆蓋範圍、家庭人口組成或醫療費用的變更)通知本縣。縣府保留隨時重新確認患者資格的權利。
4. 如果患者未能及時將其影響資格的任何重大變更通知本縣, 則縣府可從重大變更生效之日起追溯, 終止其財務援助。

C. 非本縣居民的財務援助範圍

1. 非本縣居民的自費和高額醫療費用患者通常沒有資格在聖塔克拉拉縣立醫療設施獲得非急救醫療服務。然而在那些仍有病人容納量的本縣醫療設施內, 非本縣居民則可以接受非急救醫療保健服務。
2. 如果非本縣居民的家庭收入達到或低於聯邦貧困線的400%, 則在本縣醫療設施接受醫療必要服務或用品且為自費或高額醫療費用患者的非本縣居民, 有資格獲得這些服務的100%註銷。
3. 符合條件的非本縣居民只能有資格獲得特定護理事件的財務援助, 而不能持續獲補助一年。收入週期主管或其指定人員, 有權在顯示正當理由時酌情提供額外折扣。

D. 付款計劃

1. 根據本政策有資格享受部分折扣的患者, 可要求與縣府建立長期無息支付計劃, 以允許長期支付折扣價格。

2. 本縣將和患者協商付款計劃的條件與限制。在與患者協商合理支付計劃的條款時，本縣會考慮患者的家庭收入和基本生活費用。「基本生活費」是指租金或房屋支付和維護、食品和家庭用品、水電瓦斯費和電話費、服裝費、醫療費和牙醫費、保險費、學校或兒童照顧費、子女或配偶贍養費、交通費和汽車費，包括汽車保險費、油費和修理費、分期付款、洗衣費和清潔費以及其他非常費用。
3. 如果本縣和患者無法就付款計劃的條件與限制達成一致，本縣將使用《加州衛生安全法》第127400節第(i)小節中所述的公式，制定一個合理的付款計劃，包括每月不超過患者家庭收入10%的付款，不包括基本生活費用的扣除額。

E. 上訴

1. 本縣將在收到患者填妥完整的財務援助申請後30天內做出決定。該決定會包括患者對資格被拒如何提出上訴，以及上訴時限的指示說明。
2. 對於申請財務援助資格被拒的患者，可以書面形式對資格被拒的決定提出上訴。上訴必須包含上訴依據理由和想請求的救濟。上訴表格可進入線上獲取 <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> 或撥打 (877) 967-4677 聯繫 Patient Access。
3. 上訴必須在被拒絕後三十(30)天內送達以下地址:

County of Santa Clara Health System Patient Business Services
5750 Fontanoso Way, 1st Floor
San José, CA 95138
Attention: Revenue Cycle Director

4. 收入週期主管將在收到上訴表格後三十(30)天內決定所有初始上訴。
5. 如果收入週期主管或其指定人員再次維持原始拒絕裁定，患者可提交第二次書面上訴。任何的二次上訴則必須由聖塔克拉拉縣衛生系統首席財務官，在首次上訴被駁回後三十(30)天內，送達以下地址：

County of Santa Clara Health System Finance Department
2325 Enborg Lane, Suite 360B
San José, CA 95128
Attention: Chief Financial Officer

6. 首席財務官將在三十(30)天內決定所有二次上訴。
7. 任何第二次上訴的決定將是最終裁定。

F. 本政策修訂通知程序

1. 財務援助政策及其附件將至少每兩年於1月1日或在進行重大修訂時提供給衛生保健獲取和信息部(HCAI)。
2. 如果自上一次提交以來未進行任何重大修訂，HCAI 將被通知未進行重大修訂。

政策背景:

本政策旨在遵守以下法律規定:

- 加州醫院公平定價政策 (HFFP) 法，加州衛生安全法§127400 及以下各條。
- 加州急診醫師公平定價政策(EPFPP)法，加州衛生安全法§127450及以下各條。

本政策建構本縣的慈善關懷計劃。本政策將始終一致地適用於所有本縣患者。

本政策僅適用於本縣醫療服務提供者所提供的醫療必要服務或用品。本縣醫療服務提供者其最新名單可透過以下“Find A Provider”頁面獲得 <https://www.scvmc.org/find-provider> (Santa Clara Valley Medical Center), <https://och.sccgov.org/find-provider> (O’Connor Hospital), and <https://slrh.sccgov.org/find-provider> (St. Louise Regional Hospital)。進入本縣醫院暨診所一覽表：<https://www.scvmc.org/find-health-center>。

特此通知患者，根據《加州衛生安全法》第127450節的定義，在本縣醫療設施提供急救醫療服務的急診醫生，法律要求應為自費患者和高額醫療費用患者其收入等於或低於聯邦貧困線的400% 提供折扣。

對於聖塔克拉拉縣立衛生系統可選購服務的列表清單，請造訪 <https://www.scvmc.org/patients-visitors/services/shoppable-servicesestimate-potential-charges>。

本政策不放棄或更改本縣與第三方付款人之間協商的任何合同條款或費率，也不向非合同第三方付款人或其他有負有法律責任代表受益人、受保人或被保險人付款的實體提供折扣。本政策不允許保險公司對不符合財務援助資格的患者進行例行性保險免賠額、共同付款和/或共同保險豁免。

責任:

有關實施本政策的問題，請聯繫 Patient Access Director，地址為: 770 South Bascom Avenue, San José, CA 95128 或 (866) 967-4677。

本財務援助政策取代以下現已無效的政策: VMC#924.0 Sliding Scale; HHS#735.0 Ability to Pay Determination (APD) Program; O’Connor Hospital #4765025 Financial Assistance Policy; 以及 St. Louise Regional Hospital #5424657 Financial Assistance Policy.

本財務援助政策上次更新於2022年12月8日。

附件 A

2022 年聯邦貧困線圖表

2022 年聯邦貧困線							
Size of Household	100% Discount*	70% Discount		50% Discount		25% Discount	
	Up to 400% FPL	401%	449%	450%	549%	550%	649%
1	\$4,530	\$4,531	\$5,096	\$5,097	\$6,228	\$6,229	\$7,361
	\$54,360	\$54,361	\$61,154	\$61,155	\$74,744	\$74,745	\$88,334
2	\$6,103	\$6,104	\$6,866	\$6,867	\$8,391	\$8,392	\$9,917
	\$73,240	\$73,241	\$82,394	\$82,395	\$100,704	\$100,705	\$119,014
3	\$7,677	\$7,678	\$8,636	\$8,637	\$10,555	\$10,556	\$12,474
	\$92,120	\$92,121	\$103,634	\$103,635	\$126,664	\$126,665	\$149,694
4	\$9,250	\$9,251	\$10,406	\$10,407	\$12,718	\$12,719	\$15,031
	\$111,000	\$111,001	\$124,874	\$124,875	\$152,624	\$152,625	\$180,374
5	\$10,823	\$10,824	\$12,176	\$12,177	\$14,881	\$14,882	\$17,587
	\$129,880	\$129,881	\$146,114	\$146,115	\$178,584	\$178,585	\$211,054
6	\$12,397	\$12,398	\$13,946	\$13,947	\$17,044	\$17,045	\$20,144
	\$148,760	\$148,761	\$167,354	\$167,355	\$204,544	\$204,545	\$241,734
7	\$13,970	\$13,971	\$15,716	\$15,717	\$19,208	\$19,209	\$22,701
	\$167,640	\$167,641	\$188,594	\$188,595	\$230,504	\$230,505	\$272,414
8	\$15,543	\$15,544	\$17,486	\$17,486	\$21,371	\$21,372	\$25,257
	\$186,520	\$186,521	\$209,834	\$209,835	\$256,464	\$256,465	\$303,094



日期： 2022 年 12 月 8 日

收件者： 聖塔克拉拉縣衛生系統
執行領導小組

寄件者： René G. Santiago, 副縣長暨
聖塔克拉拉縣衛生系統主任

主旨： 患者債務催收政策

參考文獻： Cal. Health & Safety Code, §§ 127400–127462
Cal. Civ. Code, §§ 1788–1788.33
15 U.S.C. §§ 1692–1692p
CSCHS 政策 #715.0 (醫療保健獲取計劃)

定義：

1. **患者**：就本政策而言，患者包括從 CSCHS 獲得醫療保健項目和/或服務的任何個人，如果非同一人，則包括他們的擔保人。
2. **擔保人**：承擔患者債務支付責任的個人。
3. **患者債務**：患者欠 CSCHS 療保健項目和/或服務的金額。
4. **DTAC**：聖塔克拉拉縣稅務和收款部 (The County of Santa Clara’s Department of Tax and Collections)，代表 CSCHS 收取患者債務。
5. **財務援助**：根據 CSCHS 財務援助政策的條款，由 CSCHS 授權患者債務的全部或部分折扣。
6. **CSCHS 政策 #715.0 或 CSCHS 醫療保健獲取政策**：一項 CSCHS 財務援助計劃的單獨政策，也稱為醫療保健獲取計劃 (HAP)，該計劃為 CSCHS 向某些符合條件的低收入或中等收入患者其醫療保健項目和/或服務提供折扣付款。CSCHS 財務援助政策可在線獲取：<https://health.sccgov.org/healthcare-access-program>。

背景：

本政策目的是為向患者收取欠聖塔克拉拉縣衛生系統 (CSCHS)債務而定義的標準和實踐。

政策:

CSCHS 的政策是以準確、及時且符合適用法律和法規的方式向患者收費，包括但不限於《加州衛生安全法》、《加州民法》及《美國法》的適用條款。

程序:

責任方

行動

CSCHS 患者業務服務

1. 在 CSCHS 首席財務官的授權下，CSCHS 將追討患者因 CSCHS 提供的醫療保健項目和/或服務而欠下的債務，包括將未支付的金額指定為壞賬並將此類金額提交給 DTAC 進行催收。催收行動將由 CSCHS 和 DTAC 自行決定並遵守所有適用的州和聯邦法規，包括加州醫院公平定價政策法（加州衛生安全法，第 127400 節等）、急診醫師公平定價政策法（加州衛生安全法，第 127450 條及以下各節）、Rosenthal 公平債務催收實務法（加州民法，第 1788 條及以下各條）和聯邦公平債務催收實務法（美國法，第 15 條）。
2. CSCHS 將獲得 DTAC 的書面協議，即 DTAC 將完全遵守本政策。書面協議不會被解釋為在 CSCHS 和 DTAC 之間建立合資企業，或以其他方式允許 CSCHS 管理 DTAC。
3. 在將患者債務轉介給 DTAC 之前，CSCHS 將執行以下所有操作：
 - a. 盡一切合理努力從患者那裡獲得有關私人或政府健康保險或贊助是否可以全部或部分支付 CSCHS 所提供的醫護費用的信息。
 - b. 為沒有第三方付款人提供醫療保險的患者，或要求折扣價格或慈善註銷關懷的患者，提供 Medi-Cal 計劃或其他州或縣資助的醫療保險計劃的申請。
 - c. 向患者郵寄至少四 (4) 份 CSCHS 提供服務的帳單，告知患者其財務責任。

- d. 在服務日期當天或之後、在開帳單時、以及在將患者債務提交給 DTAC 之前至少 30 天，提供 CSCHS 財務援助政策和申請通知，告知患者財務援助參考選項。
 - e. 當患者聯繫 CSCHS Patient Access 部門瞭解財務援助選項時，必需採取措施幫助這些患者完成 Medi-Cal、其他政府資助醫療保險或醫療保健獲取計劃的申請（如有適用）。
 - f. 在將患者債務轉給 DTAC 之前至少 60 天，必需向患者發送通知（也稱為“告別信”）。該通知將包括：
 - i. 將帳單轉給 DTAC 的日期;
 - ii. DTAC 的全名和地址;
 - iii. 告知患者如何從 CSCHS 獲得細目帳單的聲明;
 - iv. 接受醫療服務時在 CSCHS 病歷登記患者健康保險的名稱和類型，或登記 CSCHS 沒有該筆資料的聲明;
 - v. CSCHS 財務援助申請表的紙本; 以及
 - vi. 患者最初收到申請財務援助通知的日期、患者最初收到財務援助申請的日期、以及 CSCHS 對患者的財務援助申請做出決定的日期（如有適用）。
 - g. 在初始帳單發出至少等待 180 天之後，才將患者債務轉交給 DTAC。
4. 一旦完成上述第 (3) 條所列的步驟，CSCHS 可以將患者債務轉交給 DTAC，並採取以下一項或多項催收行動：
- a. 參與標準收款工作，包括但不限於使用帳

單、書面信函和電話;

- b. 以符合所有適用法律的方式對患者提起民事訴訟。通過書面機構間協定，CSCHS 將確保 DTAC 不會對患者提起民事訴訟，如果該患者對其收到 CSCHS 帳單的項目或服務(定義見《加州衛生安全法》第 127426 節第(b)小節)的承保範圍有未決上訴，且患者做出合理努力與 CSCHS 和 DTAC 溝通任何未決上訴的進展。未決上訴包括對醫保計劃不滿申訴、管理醫療保健部或保險部進行的獨立醫療審查、Medi-Cal 公平聽證會和 Medicare 上訴，詳見《加州衛生安全法》第 127426 節 (b)小節。
5. 透過書面機構間協定，CSCHS 將確保於收到任何表示可能開始催收活動的文件後，DTAC 將向患者發送一份通知，其中包含患者根據《醫院公平定價政策法》、《Rosenthal 公平債務催收實踐法》，以及《聯邦公平債務催收慣例法案》，該法案將包括一項聲明，即根據《衛生安全法》第 127430 節，患者所在地區可提供非營利信用諮詢服務; 並且在與患者的第一次書面溝通中，DTAC 將提供一份《告別信》紙本和一份聲明，聲明自患者最初為債務基礎的醫療服務開具帳單之日起已超過 180 天，DTAC 可對患者提起訴訟，以收回債務，DTAC 不會向信用機構通報患者不利資訊。
6. CSCHS 不會參與以下任何催收行動:
- a. 向消費者信用報告機構或信用卡局報告患者債務的不利資訊;
 - b. 向債務買家出售患者債務;
 - c. 因患者先前未支付醫療護理的一張或多張帳單，而推遲或拒絕患者，或在提供醫療必要護理之前要求患者先付款;

- d. 取消患者不動產的贖回權;
 - e. 查封或扣押患者的銀行帳戶或其他個人財產;或
 - f. 使用工資扣押或對主要住所有留置權作為手段，向有資格獲得財務援助的患者收取未付醫院帳單。
7. 任何患者都可以要求建立無息支付計劃，支付患者債務。
- a. 在與患者協商付款計劃的條款時，CSCHS 要考慮患者的家庭收入和生活費用。
 - b. 如果 CSCHS 和符合財務援助資格的患者無法就付款計劃達成一致時，CSCHS 將使用《加州衛生安全法》第 127400 節第(i) 小節中所述的公式和定義，制定一個合理的付款計劃，除扣除基本生活費用外，每月不超過患者家庭收 10% 的付款。
 - c. 如果患者未能在 90 天內連續支付所有到期款項，則付款計劃可能會被宣布無效。
 - d. 在宣布付款計劃無效之前，CSCHS 將：
 - i. 合理嘗試通過電話聯繫患者，以書面形式通知付款計劃可能失效，並告知患者有機會嘗試重新協商違約付款計劃的條款。
 - ii. 應患者要求，嘗試重新協商違約付款計劃的條款。
 - e. 在付款計劃被宣佈無效之前，CSCHS 不會因患者未付款而對患者提起民事訴訟。
8. CSCHS 不會使用付款存根、所得稅申報表或在財務援

助申請過程中從患者處獲得的資產文件進行索款。

9. 如果 CSCHS 收入週期主管或其指定人員審查在初始帳單發出後超過 180 天才提交財務援助申請時，CSCHS 收入週期主管或其指定人員將請求 DTAC 暫停收款活動，包括中止民事訴訟，直至 CSCHS 收入週期主管或其指定人員對申請作出決定。如果在民事訴訟開始後發現患者有資格獲得財務援助，CSCHS 將與 DTAC 合作以對法定利益有損的方式駁回訴訟。
10. 本政策中的任何內容均不妨礙 CSCHS 或 DTAC 以符合適用法律的方式追究第三方責任。

患者

1. 患者應直接向 CSCHS 患者業務服務提出本政策有關問題。患者可以透過電話 (408) 885-7470 (週一至週五，上午 8 點至下午 4 點 30 分) 或親自前往 770 S. Bascom Ave, San Jose, CA 95128 (週一至週五，上午 8 點至下午 4 點 30 分) 聯繫 CSCHS 患者業務服務。
2. 患者應盡一切合理努力及時回覆 CSCHS 和 DTAC 的帳單和相關通信。
3. 如果患者有健康保險、紅藍白卡 (Medicare、Medi-Cal) 或其他第三方保險，可能會支付在 CSCHS 接受的所有或部分醫療項目和/或服務，患者應盡一切合理努力告知 CSCHS。
4. 鼓勵患者閱讀完整 CSCHS 財務援助政策，如果他們認為自己有資格獲得財務援助，請儘快完成並提交財務援助申請。患者可以查看 CSCHS 財務援助政策並在 <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> 下載申請表。患者如果對財務援助政策有任何疑問，也可以致電 (866) 967-4677 (週一至週五上午 8 點至下午 5 點) 聯繫 CSCHS Patient Access 部門。

發佈日期: 12/08/2022



医疗保健获取计划

HEALTHCARE ACCESS PROGRAM

政策概要:

有鉴于圣塔克拉拉县卫生系统(以下称「本县」)为加强支持获得可负担医疗保健机会,本县透过医疗保健获取计划(也称为患者财务援助政策或「财务援助」)向符合条件的低收入和中等收入户自费和高额医疗费用患者提供折扣性的医疗必要的服务或用品。本政策的简要概述如下。患者应查看完整政策以获取完整的计划信息,如有任何问题,请致电(866)967-4677(周一至周五,上午8点至下午5点)联系本县财务顾问。

- 自费患者是指没有健康保险公司、医疗保健服务计划、红蓝卡或白卡(Medicare、Medi-Cal)等第三方保险的患者,其受伤不属于工伤赔偿、车祸保险赔偿或其他保险可赔偿的伤害保险,以及没有资格获得本县提供的医疗必要服务或用品健康保险或其他第三方保险的患者。
- 高额医疗费用患者是(1)患者自己每年在本县支付的自付医疗费用超过其当前家庭收入或过去12个月家庭收入10%的患者,或(2)其家庭向任何医疗服务提供商支付超过患者家庭收入10%的医疗费用的患者,前提是患者提供患者或患者家庭成员在过去12个月内支付的患者医疗费用的文件。
- 自费和高额医疗费用患者其为本县居民且家庭收入等于或低于联邦贫困线400%者有资格获得本县医疗服务提供者所提供的100%医疗必要的服务或用品折扣。
- 自费和高额医疗费用患者其为本县居民且家庭收入高于联邦贫困水平的400%但低于450%、550%或650%其有资格获取本县医疗服务提供者的必要医疗服务或用品70%、50%或25%分别的折扣。有资格获取部分折扣的患者可以要求本县政府设定一项长期的免息付款计划,使患者能够支付折扣价。
- 联邦贫困线每年都会改变。本政策中所引用的2022年联邦贫困线列于附件A。
- 符合条件的患者有资格获得为期一年的财务援助,除非他们的资格在该年结束前发生重大变化。患者必须将其资格发生重大变化(例如收入、健康保险资格或其他医疗保健服务、家庭组成员和/或医疗费用的变化)在六十(60)天内或在下一个服务时间点,两者以时间较快者为准,尽快通知本县。本县保留随时重新验证患者资格的权利。
- 符合条件的患者必须尽一切合理努力,自特定「护理事件」(Episode of Care)的初始账单发出日期起(账单随附医疗保健获取计划通知)的180天内,根据本政策提交完整的财务援助申请[或符合「折扣护理推定注册资格」(Presumptive Enrollment for Discount Care)]。如果患者自特定「护理事件」的初始账单日期起180天内未按照本政策提交完整的财务援助申请(或有资格获得「折扣护理的推定注册」),且没有资格获得财务援助,患者帐户则会依附件B「患者债务催收政策」(Patient Debt Collection Policy)中所述,传送至催收部门。
- 如果患者未能提供本县做出资格决定所需的合理且必要的信息,则收入周期主管(Revenue Cycle Director)或其指定人员有权酌情拒绝资格。收入周期主管或其指定人员可在180天期限后根据正当理由,裁定患者是否有资格获得财务援助,如本政

策稍后所述。

- 一般来说，非本县居民的自费和高额医疗费用患者没有资格在圣塔克拉拉县医疗设施中获得非急救医疗服务。然而在那些仍有病人容纳量的本县医疗设施内，非本县居民则可以接受非急救医疗保健服务。在本县医疗设施内接受医疗必要的服务或用品的非县居民以及自费或高额医疗费用患者，有资格获得特定护理事件(定义见下文)100%折扣，前提是他们有家庭收入，但处于或低于联邦贫困线的400%。

名词定义:

1. **患者的家庭或家人：**对于十八(18)岁及以上的患者，患者的家庭包括患者、患者的配偶或同居伴侣，以及二十一(21)岁以下的受抚养子女，无论是否住在家里。对于十八(18)岁以下的患者，患者家庭包括患者的父母或看护亲属，以及父母或看护亲属的二十一(21)岁以下的其他子女。
2. **本县居民：**本县居民是指居住在圣塔克拉拉县的人士。
3. **非本县居民：**非本县居民是指不居住在圣塔克拉拉县的人士。
4. **家庭收入：**家庭收入包括患者家庭所有成员的年总收入，减去任何赡养费或子女抚养费。
5. **自费患者：**自费患者是指没有健康保险公司、医疗保健服务计划、红蓝卡或白卡(Medicare、Medi-Cal)等第三方保险的患者，其受伤不属于工伤赔偿、车祸保险赔偿或其他保险可赔偿的伤害保险，以及没有资格获得本县提供的医疗必需服务或用品的健康保险或其他第三方保险的患者。自费患者包括但不限于：
(a) 有资格参加政府保险计划但接受该计划未涵盖的服务的患者，以及 (b) 在提供服务之前或期间福利用尽的患者。
6. **高额医疗费用患者：**高额医疗费用患者是指：
 - a. 医疗保健服务的第三方支付来源(即不是自费患者)，并且
 - b. 以下符合任何一项：
 - i. 欠县府的年度自付医疗费用超过患者当前家庭收入的10%或超过之前十二(12)个月家庭收入，以较低者为准，或
 - ii. 已支付，或有一名或多名家庭成员每年向任何医疗保健提供者支付超过患者家庭收入10%的自付医疗费用，前提是患者必需提供患者或患者家庭成员在过去12个月内支付的医疗费用文件。

这些医疗保健费用可以包括共付额 (copayment)、共同保险额 (coinsurance)、保险免赔额 (deductible) 或患者健康保险计划下受保患者应付的其他金额。
7. **折扣护理的推定注册：**根据从市场来源搜集的特定于患者的社会经济信息，可以确定患者有资格参加医疗保健获取计划。无家可归或在接受服务期间到期，并且既没有资金来源也没有责任方或遗产的患者可能被确定有资格获得财务援助，即使他们没有完成财务援助申请。Patient Access Director，或收入周期主管或其指定人员，会审查此类案例并根据具体情况做出决定。
8. **医疗必要服务或用品：**医疗必要服务或用品是治疗或诊断医疗状况所必需的医疗服务和/或用品供应，若有遗漏则可能会对患者的健康产生不利影响。以下服务通常不被视为医疗必要的服务或用品，因此通常不在本政策的承保范围内：
 - a. 生殖内分泌和不孕症服务;

- b. 美容服务或整形外科服务;
- c. 视力矫正服务，包括LASEK、PRK、传导角膜移植术、Intac 的角膜环段、定制轮廓的 C-CAP;
- d. 患者自己叫的救护车;和
- e. 生活方式药物：由圣塔克拉拉县立医疗中心 (SCVMC) 药房和治疗委员会定义。

本县保留更改此一般未承保服务和/或用品清单的权利。在极少数情况下，例如，根据医生或参与服务提供商的建议，本县首席医疗官或其指定人员可能会批准其中一项服务或用品作为特定患者的医疗必要服务或用品。县首席医疗官或其指定人员的决定为最终决定。

9. 护理事件：就本政策而言，护理事件 (Episode of Care) 是指:

- a. 在住院环境中，在入院之日至出院之日之间收到的医疗必要服务或用品与该入院相关; 或
- b. 在急诊室或门诊环境中，个人就诊以接受医疗必要的服务或用品

程序:

A. 财务援助获取资格

1. 要在本政策下获得财务援助，患者必须提交完整的财务援助申请或有资格获得折扣护理的推定注册来申请财务援助。
 - a. 符合条件的患者必须自特定「护理事件」(Episode of Care)的初始账单发出日期起(账单随附医疗保健获取计划通知)的180天内，尽一切合理努力提交完整的财务援助申请(或有资格获得折扣护理的推定注册)。如果患者自特定护理事件的初始账单日期起 180 天内未按照本政策提交完整的财务援助申请(或有资格获得折扣护理的推定注册)，并且有资格获得财务援助，则患者的账户可能会按照随附的附件 B 「患者债务催收政策」(Patient Debt Collection Policy)中所述，进行催收款。如果患者未能提供本县做出资格决定所需的合理且必要的信息，则收入周期主管(Revenue Cycle Director)或其指定人员有权酌情拒绝资格。
 - b. 过了这段 180 天的时间之后，并且在任何情况下，在与患者未付账单有关的民事催收诉讼中作出最终判决之前，收入周期主管或其指定人员可以求患者提供更多信息，以证实正当理由请求。除了填写完整的财务援助申请表，患者还必须提交一份书面声明，解释他们为何未在规定的180天期限内申请财务援助。患者可能能够证明存在正当理由的情况范例包括但不限于：本县无意中向患者提供有关医疗保健计划或基于政府的健康保险选项的不完整或不准确的信息; 患者的身体、精神、教育或语言限制使患者无法在180天的时间范围内提交完整的财务援助申请; 和/或患者患有严重疾病，或者患者的直系亲属死亡或患有严重疾病，导致患者无法在 180 天的期限内提交完整的财务援助申请。
2. 患者在申请财务援助时，必须按照本县的要求提供真实、准确和完整的信息，包括必要的证明文件。如果患者在申请过程中提供虚假或不完整的信息，可能会被裁定不符合财务援助的资格。
3. 患者必须在其财务援助申请中提供以下每种类型的文件之一:

- a. 身份证明(例如，驾照、护照、政府签发的身份证、工作或学校身份证，或出生证明以及其他身份证明，例如健身房或 Costco 会员);
 - b. 收入证明(例如，工资单或所得税申报表); 和
 - c. 居住证明 (例如，租赁合同/租约、房贷按揭账单、水电费账单、车辆登记、驾驶执照、无家可归声明，或与申请人同住者的支持信以及该位同住者的居住证明)。
 - d. 任何根据上述「高额医疗费用患者」所定义的 (b)(ii) 部分而寻求财务援助资格的患者，还必须提交他们和/或其家庭成员在过去 12 个月内支付的医疗费用文件。
4. 符合条件的患者可根据其家庭收入获得不同级别的财务援助，如下表和本政策的附件A 所列。

依照家庭收入，自费患者或高额医疗费用患者可获得的财务援助金额

家庭收入	注销病人应付 医疗必要服务或用品的金额
家庭收入等于或低于联邦贫困线的 400%	100% 慈善关怀注销
家庭收入在联邦贫困线的 401-449% 之间	70% 慈善关怀注销
家庭收入在联邦贫困线的 450-549% 之间	50% 慈善关怀注销
家庭收入在联邦贫困线的 550-649% 之间	25% 慈善关怀注销

附件 A 列出 2022 年联邦贫困线。

对于无法完成申请或提供所有必要文件的患者，本县卫生系统 (Health System) 会开发并依赖一种推定工具，注册患者纳入医疗保健获取计划(Healthcare Access Program)，该推定工具根据目前现有已登记参加无家可归者服务、妇女婴儿和儿童 (WIC) 计划、营养补充辅助计划(SNAP，通常也称为食品券)、和某些住房补贴等项目者的情况而设计。

5. 没有健康保险 (或没有其他第三方支付医疗必要服务或用品来源) 的患者，将接受筛查以决定他们是否有资格参加任何州、联邦和/或本县健康计划，和/或任何其他第三方支付来源。本县会尽一切合理努力从患者那里获取有关私人或公共健康保险或赞助是否可以全部或部分支付该县提供的医疗护理费用的信息。当患者联系 Patient Access Department 了解可供选择的财务援助时，本县还会采取措施，帮助他们完成 Medi-Cal、其他政府资助的医疗保险和 Healthcare Access Program 的申请 (如有适用任一项)。如果患者在申请财务援助的同时也申请或正在申请另一项健康保险计划，则这两项申请均不得排除符合其他计划的资格。
6. 寻求财务援助的患者必须申请他们有资格获得的所有健康保险 (或医疗必要服务或用品的其他第三方支付来源)，除非本县收入周期主任或其指定人员免除患者如下所陈述的要求。
7. 如果患者未能尽一切合理努力来获得健康保险 (或医疗必要服务或用品的其他第三方支付来源)，则该项可能成为被拒绝获取财务援助的理由。
8. 收入周期主管或其指定人员可以免除联邦规定中关于「公共收费理由不可受理」的最终规则 (依据《联邦法规》第84卷第41,292页，2019年8月14日)，针对「可能合理地遭受移民负面后果的」患者免除遵守此一要求。例如，年满 21 岁或以上，并正在寻求合法永久居留权，并具有以下移民身份的成年患

者，可能不需要申请联邦资助的健康保险：(1) 获准假释进入美国至少一年的患者；(2) 准予暂缓遣返或遣返的患者；(3) 1980年4月1日之前准予有条件入境的患者；(4) 古巴-海地入境者；或(5) 自1996年8月22日之前参加SSI相关Medi-Cal的患者。

9. 符合条件的患者可从本县医疗服务提供者处获得医疗必要服务或用品的财务援助。患者无权为非医疗必要服务或用品的服务、或单独收费的医生专业费用、或本县未要求的救护车运送获得财务援助。在极少数情况下，当需要转诊到本县卫生系统以外的地方时，本县首席医疗官或其指定人员，可以批准为从外县卫生系统获得医疗必要服务和用品而提供财务援助。

B. 本县居民的财务援助范围

1. 本县居民的财务援助通常会延长一年期限，从患者提交完整的财务援助申请或有资格获得折扣护理推定注册的当月第一天(以较早者为准)开始，或患者完成的财务援助申请或折扣护理推定注册所涉及的护理事件的第一天，除非在该年结束前患者的资格发生重大变化(例如，符合从健康保险公司或其他第三方支付医疗必要服务或用品的第三方保险的资格)。收入周期主管或其指定人员也有权根据正当理由提供额外折扣。
2. 患者必需根据情况，每年重新申请财务援助，可以借由提交财务援助续约申请，也可以重新申请折扣护理的推定注册。
3. 患者必须在发生变更后的六十(60)天内或在下一个服务时间点(以较早发生者为准)，将其影响资格的重大变更(如收入、健康保险或其他医疗服务保险覆盖范围、家庭人口组成或医疗费用的变更)通知本县。县府保留随时重新确认患者资格的权利。
4. 如果患者未能及时将其影响资格的任何重大变更通知本县，则县府可从重大变更生效之日起追溯，终止其财务援助。

C. 非本县居民的财务援助范围

1. 非本县居民的自费和高额医疗费用患者通常没有资格在圣塔克拉拉县立医疗设施获得非急救医疗服务。然而在某些仍有病人容纳量的本县医疗设施内，非本县居民则可以接受非急救医疗保健服务。
2. 如果非本县居民的家庭收入达到或低于联邦贫困线的400%，则在本县医疗设施接受医疗必要服务或用品且为自费或高额医疗费用患者的非本县居民，有资格获得这些服务的100%注销。
3. 符合条件的非本县居民只能有资格获得特定护理事件的财务援助，而不能持续获补助一年。收入周期主管或其指定人员，有权在显示正当理由时酌情提供额外折扣。

D. 付款计划

1. 根据本政策有资格享受部分折扣的患者，可要求与县府建立长期无息支付计划，以允许长期支付折扣价格。
2. 本县将和患者协商付款计划的条件与限制。在与患者协商合理支付计划的条款时，本县会考虑患者的家庭收入和基本生活费用。「基本生活费」是指租金或房屋支付和维护、食品和家庭用品、水电瓦斯费和电话费、服装费、医疗费和牙医费、保险费、学校或儿童照顾费、子女或配偶赡养费、交通费和汽车费，包括汽车保险费、油费和修理费、分期付款、洗衣费和清洁

费以及其他非常费用。

3. 如果本县和患者无法就付款计划的条件与限制达成一致，本县将使用《加州卫生安全法》第127400节第(i)小节中所述的公式，制定一个合理的付款计划，包括每月不超过患者家庭收入10%的付款，不包括基本生活费用的扣除额。

E. 上訴

1. 本县将在收到患者完整的财务援助申请后30天内做出决定。该决定会包括患者对资格被拒如何提出上诉，以及上诉时限的指示说明。
2. 对于申请财务援助资格被拒绝的患者，可以书面形式对资格被拒的决定提出上诉。上诉必须包含上诉依据理由和想请求的救济。上诉表格可进入线上获取 <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> 或拨打 (877) 967-4677联系Patient Access。
3. 上诉必须在被拒绝后三十(30)天内送达以下地址:

County of Santa Clara Health System Patient Business Services
5750 Fontanoso Way, 1st Floor
San José, CA 95138
Attention: Revenue Cycle Director

4. 收入周期主管将在收到上诉表格后三十(30)天内决定所有初始上诉。
5. 如果收入周期主管或其指定人员再次维持原始拒绝裁定，患者可提交第二次书面上诉。任何的二次上诉则必须由圣塔克拉拉县卫生系统首席财务官，在首次上诉被驳回后三十(30)天内，送达以下地址：

County of Santa Clara Health System Finance Department
2325 Enborg Lane, Suite 360B
San José, CA 95128
Attention: Chief Financial Officer

6. 首席财务官将在三十(30)天内决定所有二次上诉。
7. 任何第二次上诉的决定将是最终裁定。

F. 本政策修订通知程序

1. 财务援助政策及其附件将至少每两年于1月1日或在进行重大修订时提供给卫生保健获取和信息部(HCAI)。
2. 如果自上一次提交以来未进行任何重大修订，HCAI 将被通知未进行重大修订。

政策背景:

本政策旨在遵守以下法律规定:

- 加州医院公平定价政策 (HFFP) 法，加州卫生安全法§127400 及以下各条。
- 加州急诊医师公平定价政策(EPPFP)法，加州卫生安全法§127450及以下各条。

本政策建构本县的慈善关怀计划。
本政策将始终一致地适用于所有本县患者。

本政策仅适用于本县医疗服务提供者所提供的医疗必要服务或用品。本县医疗服务提供者其最新名单可通过以下“Find A Provider”页面获得 <https://www.scvmc.org/find-provider> (Santa Clara Valley Medical Center), <https://och.sccgov.org/find-provider> (O'Connor Hospital), and <https://slrh.sccgov.org/find-provider> (St. Louise Regional Hospital)。进入本县医院暨诊所一览表：<https://www.scvmc.org/find-health-center>。

特此通知患者，根据《加州卫生安全法》第127450节的定义，在本县医疗设施提供急救医疗服务的急诊医生，法律要求应为自费患者和高额医疗费用患者其收入等于或低于联邦贫困线的400% 提供折扣。

对于圣塔克拉拉县立卫生系统可选购服务的列表清单，请造访 <https://www.scvmc.org/patients-visitors/services/shoppable-servicesestimate-potential-charges>。

本政策不放弃或更改本县与第三方付款人之间协商的任何合同条款或费率，也不向非合同第三方付款人或其他有负有法律责任代表受益人、受保人或被保险人付款的实体提供折扣。本政策不允许保险公司对不符合财务援助资格的患者进行例行性保险免赔额、共同付款和/或共同保险豁免。

责任:

有关实施本政策的问题，请联系 Patient Access Director，地址为: 770 South Bascom Avenue, San José, CA 95128 或 (866) 967-4677。

本财务援助政策取代以下现已无效的政策：VMC#924.0 Sliding Scale; HHS#735.0 Ability to Pay Determination (APD) Program; O'Connor Hospital #4765025 Financial Assistance Policy; 以及 St. Louise Regional Hospital #5424657 Financial Assistance Policy.

本财务援助政策上次更新于2022年12月8日。

附件 A

2022 年联邦贫困线图表

2022 年联邦贫困线							
Size of Household	100% Discount*	70% Discount		50% Discount		25% Discount	
	Up to 400% FPL	401%	449%	450%	549%	550%	649%
1	\$4,530	\$4,531	\$5,096	\$5,097	\$6,228	\$6,229	\$7,361
	\$54,360	\$54,361	\$61,154	\$61,155	\$74,744	\$74,745	\$88,334
2	\$6,103	\$6,104	\$6,866	\$6,867	\$8,391	\$8,392	\$9,917
	\$73,240	\$73,241	\$82,394	\$82,395	\$100,704	\$100,705	\$119,014
3	\$7,677	\$7,678	\$8,636	\$8,637	\$10,555	\$10,556	\$12,474
	\$92,120	\$92,121	\$103,634	\$103,635	\$126,664	\$126,665	\$149,694
4	\$9,250	\$9,251	\$10,406	\$10,407	\$12,718	\$12,719	\$15,031
	\$111,000	\$111,001	\$124,874	\$124,875	\$152,624	\$152,625	\$180,374
5	\$10,823	\$10,824	\$12,176	\$12,177	\$14,881	\$14,882	\$17,587
	\$129,880	\$129,881	\$146,114	\$146,115	\$178,584	\$178,585	\$211,054
6	\$12,397	\$12,398	\$13,946	\$13,947	\$17,044	\$17,045	\$20,144
	\$148,760	\$148,761	\$167,354	\$167,355	\$204,544	\$204,545	\$241,734
7	\$13,970	\$13,971	\$15,716	\$15,717	\$19,208	\$19,209	\$22,701
	\$167,640	\$167,641	\$188,594	\$188,595	\$230,504	\$230,505	\$272,414
8	\$15,543	\$15,544	\$17,486	\$17,486	\$21,371	\$21,372	\$25,257
	\$186,520	\$186,521	\$209,834	\$209,835	\$256,464	\$256,465	\$303,094



日期： 2022 年 12 月 8 日

收件人： 圣塔克拉拉县卫生系统
执行领导小组

发件人： René G. Santiago, 副县长暨
圣塔克拉拉县卫生系统主任

主旨： 患者债务催收政策

参考文献： Cal. Health & Safety Code, §§ 127400–127462
Cal. Civ. Code, §§ 1788–1788.33
15 U.S.C. §§ 1692–1692p
CSCHS 政策 #715.0 (医疗保健获取计划)

定义：

1. **患者:** 就本政策而言，患者包括从 CSCHS 获得医疗保健项目和/或服务的任何个人，如果非同一人，则包括他们的担保人。
2. **担保人:** 承担患者债务支付责任的个人。
3. **患者债务:** 患者欠 CSCHS 疗保健项目和/或服务的金额。
4. **DTAC:** 圣塔克拉拉县税务和收款部 (The County of Santa Clara’s Department of Tax and Collections)，代表 CSCHS 收取患者债务。
5. **财务援助:** 根据 CSCHS 财务援助政策的条款，由 CSCHS 授权患者债务的全部或部分折扣。
6. **CSCHS 政策 #715.0 或 CSCHS 医疗保健获取政策:** 一项 CSCHS 财务援助计划的单独政策，也称为医疗保健获取计划 (HAP)，该计划为 CSCHS 向某些符合条件的低收入或中等收入患者其医疗保健项目和/或服务提供折扣付款。CSCHS 财务援助政策可在线获取：<https://health.sccgov.org/healthcare-access-program>。

背景：

本政策目的是为向患者收取欠圣塔克拉拉县卫生系统 (CSCHS) 债务而定义的标准和实践。

政策:

CSCHS 的政策是以准确，及时且符合适用法律和法规的方式向患者收费，包括但不限于《加州卫生安全法》、《加州民法》及《美国法》的适用条款。

程序:

责任方

行动

CSCHS 患者业务服务

1. 在 CSCHS 首席财务官的授权下，CSCHS 将追讨患者因 CSCHS 提供的医疗保健项目和/或服务而欠下的债务，包括将未支付的金额指定为坏账并将此类金额提交给 DTAC 进行催收。催收行动将由 CSCHS 和 DTAC 自行决定并遵守所有适用的州和联邦法规，包括加州医院公平定价政策法（加州卫生安全法，第 127400 节等）、急诊医师公平定价政策法（加州卫生安全法，第 127450 条及以下各节）、Rosenthal 公平债务催收实务法（加州民法，第 1788 条及以下各条）和联邦公平债务催收实务法（美国法，第 15 条）。
2. CSCHS 将获得 DTAC 的书面协议，即 DTAC 将完全遵守本政策。书面协议不会被解释为在 CSCHS 和 DTAC 之间建立合资企业，或以其他方式允许 CSCHS 管理 DTAC。
3. 在将患者债务转介给 DTAC 之前，CSCHS 将执行以下所有操作：
 - a. 尽一切合理努力从患者那里获得有关私人或政府健康保险或赞助是否可以全部或部分支付 CSCHS 所提供的医护费用的信息。
 - b. 为没有第三方付款人提供医疗保险的患者，或要求折扣价格或慈善注销关怀的患者，提供 Medi-Cal 计划或其他州或县资助的医疗保险计划的申请。
 - c. 邮寄患者至少四 (4) 份 CSCHS 提供服务的账单，告知患者其财务责任。在服务日期当

天或之后、在开账单时、以及在将患者债务提交给 DTAC 之前至少 30 天，提供 CSCHS 财务援助政策和申请通知，告知患者财务援助参考选项。

- d. 当患者联系 CSCHS Patient Access 部门了解财务援助选项时，必需采取措施帮助这些患者完成 Medi-Cal、其他政府资助医疗保险或医疗保健获取计划的申请（如有适用）。
 - e. 在将患者债务转给 DTAC 之前至少 60 天，必需向患者发送通知(也称为“告别信”)。该通知将包括:
 - i. 将账单转给 DTAC 的日期;
 - ii. DTAC 的全名和地址;
 - iii. 告知患者如何从 CSCHS 获得细目账单的声明;
 - iv. 接受医疗服务时在 CSCHS 病历登记患者健康保险的名称和类型，或登记 CSCHS 没有保险的声明;
 - v. CSCHS 财务援助申请表的纸本; 以及
 - vi. 患者最初收到申请财务援助通知的日期、患者最初收到财务援助申请的日期、以及 CSCHS 对患者的财务援助申请做出决定的日期（如有适用）。
 - f. 在初始账单发出至少等待 180 天之后，才将患者债务转交给 DTAC。
4. 一旦完成上述第 (3) 条所列的步骤，CSCHS 可以将患者债务转交给 DTAC，并采取以下一项或多项催收行动:
- a. 參與標準收款工作，包括但不限于使用账

单、书面信函和电话;

- b. 以符合所有适用法律的方式对患者提起民事诉讼。通过书面机构间协议，CSCHS 将确保 DTAC 不会对患者提起民事诉讼，如果该患者对其收到 CSCHS 账单的项目或服务（定义见《加州卫生安全法》第 127426 节第(b)小节）的承保范围有未决上诉，且患者做出合理努力与 CSCHS 和 DTAC 沟通任何未决上诉的进展。未决上诉包括对医保计划不满申诉、管理医疗保健部或保险部进行的独立医疗审查、Medi-Cal 公平听证会和 Medicare 上诉，详见《加州卫生安全法》第 127426 节 (b)小节。
5. 透过书面机构间协议，CSCHS 将确保于收到任何表示可能开始催收活动的文件后，DTAC 将确保于收到任何表示可能开始催收活动的文件后、《Rosenthal 公平债务催收实践法》，以及《联邦公平债务催收惯例法案》，该法案将包括一项声明，即根据《卫生安全法》第 127430 节，患者所在地区可提供非营利信用咨询服务；并且在与患者的第一次书面沟通中，DTAC 将提供一份《告别信》纸本和一份声明，声明自患者最初为债务基础的医疗服务开具账单之日起已超过 180 天，DTAC 可对患者提起诉讼，以收回债务，DTAC 不会向信用机构通报患者不利信息。
6. CSCHS 不会参与以下任何催收行动:
- a. 向消费者信用报告机构或信用卡局报告患者债务的不利信息;
 - b. 向债务买家出售患者债务;
 - c. 因患者先前未支付医疗护理的一张或多张账单，而推迟或拒绝患者，或在提供医疗必要护理之前要求患者先付款;

- d. 取消患者不动产的赎回权;
 - e. 查封或扣押患者的银行账户或其他个人财产; 或
 - f. 用扣留工资或对主要住所有留置权作为手段，向有资格获得财务援助的患者收取未付医院账单。
7. 任何患者都可以要求建立无息支付计划，支付患者债务。
- a. 在与患者协商付款计划的条款时，CSCHS 要考虑患者的家庭收入和生活费用。
 - b. 如果 CSCHS 和符合财务援助资格的患者无法就付款计划达成一致时，CSCHS 将使用《加州卫生安全法》第 127400 节第(i) 小节中所述的公式和定义，制定一个合理的付款计划，除扣除基本生活费用外，每月不超过患者家庭收 10% 的付款。
 - c. 如果患者未能在 90 天内连续支付所有到期款项，则付款计划可能会被宣布无效。。
 - d. 在宣布付款计划无效之前，CSCHS 将：
 - i. 合理尝试通过电话联系患者，以书面形式通知付款计划可能失效，并告知患者有机会尝试重新协商违约付款计划的条款。
 - ii. 应患者要求，尝试重新协商违约付款计划的条款。
 - e. 在付款计划被宣布无效之前，CSCHS 不会因患者未付款而对患者提起民事诉讼。
8. CSCHS 不会使用付款存根、所得税申报表或在财务援

助申请过程中从患者处获得的资产文件进行索款。

9. 如果 CSCHS 收入周期主管或其指定人员审查在初始账单发出后超过 180 天才提交财务援助申请时，CSCHS 收入周期主管或其指定人员将请求 DTAC 暂停收款活动，包括中止民事诉讼，直至 CSCHS 收入周期主管或其指定人员对申请作出决定。如果在民事诉讼开始后发现患者有资格获得财务援助，CSCHS 将与 DTAC 合作以对法定利益有损的方式驳回诉讼。
10. 本政策中的任何内容均不妨碍 CSCHS 或 DTAC 以符合适用法律的方式追究第三方责任。

患者

1. 患者应直接向 CSCHS 患者业务服务提出本政策有关问题。患者可以通过电话 (408) 885-7470 (周一至周五，上午 8 点至下午 4 点 30 分) 或亲自前往) 或亲自前往 770 S. Bascom Ave, San Jose, CA 95128 (周一至周五，上午 8 点至下午 4 点 30 分) 联系 CSCHS 患者业务服务。
2. 患者应尽一切合理努力及时回复 CSCHS 和 DTAC 的账单和相关通信。
3. 如果患者有健康保险、红蓝白卡(Medicare、Medi-Cal) 或其他第三方保险，可能会支付在 CSCHS 接受的所有或部分医疗项目和/或服务，患者应尽一切合理努力告知 CSCHS。
4. 鼓励患者阅读完整 CSCHS 财务援助政策，如果他们认为自己有资格获得财务援助，请尽快完成并提交财务援助申请。患者可以查看 CSCHS 财务援助政策并在 <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> 下载申请表。患者如果对财务援助政策有任何疑问，也可以致电 (866) 967-4677 (周一至周五上午 8 点至下午 5 点) 联系 CSCHS Patient Access 部门。

发布日期: 12/08/2022



PROGRAMANG ACCESS SA PANGANGALAGANG PANGKALUSUGAN

BUOD NG PATAKARAN:

Sinusuportahan ng County of Santa Clara Health System (pagkatapos nito ay tutukuyin bilang “County”) ang pagpapahusay sa pag-access sa abot-kayang pangangalagang pangkalusugan. Samakatuwid, nag-aalok ang County ng may diskwentong Mga Medikal na Kinakailangang Serbisyo o Panustos sa mga karapat-dapat na pasyente na may mababang kita at katamtaman ang kita na Nagbabayad para sa Sarili at Mataas ang Medikal na Gastos sa pamamagitan ng Programang Access sa Pangangalagang Pangkalusugan na ito (kilala rin bilang Patakaran sa Pinansyal na Tulong sa Pasyente o “Pinansyal na Tulong”). Sumusunod ang maikling pangkalahatang ideya ng patakaran. Dapat suriin ng mga pasyente ang buong patakaran para sa kumpletong impormasyon tungkol sa programa at makipag-ugnayan sa isang Pinansyal na Tagapayo ng County sa (866) 967-4677 (Lunes hanggang Biyernes, 8am hanggang 5pm) para sa anumang tanong.

- Ang mga pasyenteng Nagbabayad para sa Sarili ay mga pasyenteng walang saklaw ng third party mula sa isang insurer ng kalusugan, plano ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, Medicare, o Medi-Cal, na ang pinsala ay hindi mababayarang pinsala para sa danyos sa mga manggagawa, seguro sa sasakyan, o iba pang seguro, at hindi karapat-dapat para sa seguro sa kalusugan o iba pang saklaw ng third party para sa mga Mga Medikal na Kinakailangang Serbisyo o Panustos na ibinibigay ng County.
- Ang mga pasyenteng Mataas ang Medikal na Gastos ay (1) mga pasyenteng nagkaroon ng mga taunang gastos sa pangangalagang pangkalusugan na magmumula sa sariling bulsa mula sa County na higit sa mas mababa sa 10% ng kasalukuyan nilang Kita ng Pamilya o Kita ng Pamilya sa nakaraang 12 buwan, o (2) mga pasyenteng may Pamilyang nagbayad sa anumang medikal na tagapagbigay para sa mga gastos sa pangangalagang pangkalusugan na higit sa 10% ng Kita ng Pamilya ng Pasyente, kung magbibigay ang pasyente ng dokumentasyon ng mga medikal na gastos ng pasyente na binayaran ng pasyente o mga miyembro ng Pamilya ng pasyente sa nakaraang 12 buwan.
- Ang mga pasyente na Nagbabayad para sa Sarili at Mataas ang Medikal na Gastos na Mga Residente ng County at may Mga Kita ng Pamilya na nasa o mas mababa sa 400% ng Antas ng Pederal na Kahirapan ay karapat-dapat para sa 100% diskwento sa Mga Medikal na Kinakailangang Serbisyo o Panustos mula sa mga tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan sa County.
- Ang mga pasyente na Nagbabayad para sa Sarili at Mataas ang Medikal na Gastos na mga residente ng County at may Mga Kita ng Pamilya na mas mataas sa 400% ngunit mas mababa sa 450%, 550%, o 650% ng Antas ng Pederal na Kahirapan ay karapat-dapat para sa mga diskwento sa Mga Medikal na Kinakailangang Serbisyo o Panustos mula sa mga tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan sa County na 70%, 50%, o 25%, ayon sa pagkakasunud-sunod. Maaaring hilingin sa County ng pasyenteng magiging karapat-dapat para sa bahagyang diskwento na magtakda ng pangmatagalan at walang interes na plano ng pagbabayad upang bigyang-daan ang pasyenteng mabayaran ang may diskwentong presyo sa paglipas ng panahon.
- Ang Mga Antas ng Pederal na Kahirapan ay nagbabago taun-taon. Ang mga Antas ng Pederal na Kahirapan ng 2022 na sinangguni sa patakarang ito ay nakalista sa Kalakip

A.

- Magiging kwalipikado ang mga karapat-dapat na pasyente para sa Pinansyal na Tulong sa loob ng isang taon, maliban kung magkakaroon ng malaking pagbabago sa kanilang pagiging karapat-dapat bago matapos ang taong iyon. Dapat abisuhan ng mga pasyente ang County kaugnay ng malalaking pagbabago sa kanilang pagiging karapat-dapat (tulad ng mga pagbabago sa kanilang kita, pagiging kwalipikado para sa seguro sa kalusugan, o iba pang saklaw para sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, komposisyon ng pamilya, at/o mga medikal na gastos) sa loob ng animnapung (60) araw o sa susunod na punto ng serbisyo, alinman ang mas mauna. Nakalaan sa County ang karapatang muling iberipika ang pagiging karapat-dapat ng pasyente anumang oras.
- Dapat gawin ng mga karapat-dapat na pasyente ang lahat ng makatuwirang pagsisikap upang magsumite ng nakumpletong Aplikasyon sa Pinansyal na Tulong (o maging kwalipikado bilang Itinuturing na Nakatala para sa May Diskwentong Pangangalaga) bilang pagsunod sa patakarang ito sa loob ng 180 araw mula sa petsa ng kanyang paunang pahayag sa pagsingil para sa isang partikular na Yugto ng Pangangalaga at ang kalakip na Abiso sa Programang Access sa Pangangalagang Pangkalusugan. Kung hindi magsusumite ang pasyente ng nakumpletong Aplikasyon sa Pinansyal na Tulong (o maging kwalipikado bilang Itinuturing na Nakatala para sa May Diskwentong Pangangalaga) bilang pagsunod sa patakarang ito sa loob ng 180 araw mula sa petsa ng kanyang paunang pahayag ng pagsingil para sa isang partikular na Yugto ng Pangangalaga at maging kwalipikado para sa Pinansyal na Tulong, ang account ng pasyente ay maaaring ipadala sa mga pagkolekta tulad ng inilalarawan sa Patakarang sa Pagkolekta ng Utang ng Pasyente na nakalakip bilang Kalakip B. Ang Direktor ng Siklo ng Kita o ang kanyang itinalaga ay maaaring magpasyang tanggihan ang pagiging karapat-dapat kung hindi makapagbigay ang pasyente ng impormasyon na makatuwiran at kinakailangan para makapagsagawa ng pagtukoy sa pagiging karapat-dapat ang County. Maaaring tukuyin ng Direktor ng Siklo ng Kita o ng kanyang itinalaga ang pagiging karapat-dapat ng pasyente para sa Pinansyal na Tulong pagkatapos ng 180 araw na ito matapos magpakita ng mabuting layunin, tulad ng inilalarawan sa huling bahagi ng Patakarang ito.
- Sa pangkalahatan, ang mga pasyente na Nagbabayad para sa Sarili at Mataas ang Medikal na Gastos na Mga Hindi Residente ng County ay hindi karapat-dapat para sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na hindi pang-emerhensiya sa mga pasilidad ng Santa Clara County. Sa mga pasilidad na iyon kung saan mayroong labis na kapasidad, ang Mga Hindi Residente ng County ay maaaring makatanggap ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na hindi pang-emerhensiya. Ang Mga Hindi Residente ng County na tumatanggap ng Mga Medikal na Kinakailangang Serbisyo o Panustos sa mga pasilidad ng County at mga pasyente na Nagbabayad para sa Sarili at Mataas ang Medikal na Gastos ay karapat-dapat na makatanggap ng 100% diskwento para sa partikular na Yugto ng Pangangalaga (tulad ng inilalarawan sa ibaba) kung mayroon silang Mga Kita ng Pamilya na nasa o mas mababa sa 400% ng Antas ng Pederal na Kahirapan.

MGA KAHULUGAN:

1. **Pamilya ng Pasyente o Pamilya:** Para sa mga pasyente na edad labingwalo (18) at mas matanda, ang Pamilya ng Pasyente ay kinabibilangan ng pasyente, asawa ng pasyente o kinakasama sa tahanan, at mga umaasang anak na wala pang edad dalawampu't isa (21), nakatira man sa bahay o hindi. Para sa mga pasyente na wala pang edad na labingwalo (18), ang Pamilya ng Pasyente ay kinabibilangan ng mga magulang ng pasyente o kamag-anak na tagapag-alaga, at iba pang mga anak ng mga magulang o kamag-anak na tagapag-alaga na wala pang edad dalawampu't isa (21).
2. **Residente ng County:** Ang Residente ng County ay isang tao na nakatira sa Santa

Clara County.

3. **Hindi Residente ng County:** Ang Hindi Residente ng County ay isang tao na hindi nakatira sa Santa Clara County.
4. **Kita ng Pamilya:** Kasama sa Kita ng Pamilya ang taunang kabuuang kita ng lahat ng miyembro ng Pamilya ng Pasyente, na ibinawas ang anumang bayad na ginawa para sa sustento o suporta sa bata.
5. **Pasyente na Nagbabayad para sa Sarili:** Ang pasyenteng Nagbabayad para sa Sarili ay pasyenteng walang saklaw ng third party mula sa isang insurer ng kalusugan, plano ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, Medicare, o Medi-Cal, na ang pinsala ay hindi mababayaran pinsala para sa danyos sa manggagawa, seguro sa sasakyan, o iba pang seguro, at hindi karapat-dapat para sa seguro sa kalusugan o iba pang saklaw ng third party para sa mga Mga Medikal na Kinakailangang Serbisyo o Panustos na ibinibigay ng County. Kasama sa mga Pasyenteng Nagbabayad para sa Sarili, nang walang limitasyon: (a) ang mga pasyente na karapat-dapat para sa programang seguro ng gobyerno ngunit tumatanggap ng mga serbisyong hindi nasasakop sa ilalim ng naturang programa at (b) ang mga pasyente na ang mga benepisyo ay naubos bago o sa panahon ng pagbibigay ng mga serbisyo.
6. **Pasyente na Mataas ang Medikal na Gastos:** Ang Pasyente na Mataas ang Medikal na Gastos ay isang pasyente na:
 - a. May third party na mapagkukunan ng pambayad para sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan (ibig sabihin, hindi Pasyente na Nagbabayad para sa Sarili), at
 - b. Alinman:
 - i. May utang sa County para sa mga taunang gastos sa pangangalagang pangkalusugan na mula sa sariling bulsa para sa kanilang sarili na lumampas sa mas mababa sa 10% ng kasalukuyang Kita ng Pamilya ng Pasyente o Kita ng Pamilya sa nakaraang labindalawang (12) buwan, o
 - ii. Nagbayad, o may isa o higit pang miyembro ng Pamilya na nagbayad, ng mga taunang medikal na gastos mula sa sariling bulsa sa anumang tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan na lumampas sa 10% ng Kita ng Pamilya ng Pasyente, kung magbibigay ang pasyente ng dokumentasyon ng mga medikal na gastos ng pasyente na binayaran ng pasyente o ng mga miyembro ng Pamilya ng pasyente sa nakaraang 12 buwan.

Ang mga gastos sa pangangalagang pangkalusugan na ito ay maaaring kabilangan ng copayment, coinsurance, mababawas, o iba pang halagang dapat bayaran mula sa isang nakaseguro na pasyente sa ilalim ng plano ng segurong pangkalusugan ng pasyente.

7. **Itinuturing na Nakatala para sa May Diskwentong Pangangalaga:** Ang isang pasyente ay maaaring maituring na karapat-dapat para sa Programang Access sa Pangangalagang Pangkalusugan batay sa impormasyong partikular sa pasyente at pang-sosyo-ekonomiko na natipon mula sa mga mapagkukunan sa merkado. Ang mga pasyente na walang tirahan o mamamatay habang tumatanggap ng mga serbisyo, at walang mapagkukunan ng pondo o responsableng partido o ari-arian, ay maaaring matukoy na karapat-dapat para sa Pinansyal na Tulong kahit na hindi nila nakumpleto ang isang Aplikasyon sa Pinansyal na Tulong. Ang Direktor ng Access ng Pasyente o ang Direktor ng Siklo ng Kita o ang kanilang itinalaga ay susuriin ang mga naturang kaso at gagawa ng pagtukoy batay sa bawat kaso.

8. **Medikal na Kinakailangang Serbisyo o Panustos:** Ang Medikal na Kinakailangang Serbisyo o Panustos ay serbisyong medikal at/o suplay na kinakailangan sa paggamot o pagsuri sa isang kondisyong medikal, ang pagtanggap dito ay maaaring makaapekto nang masama sa kalusugan ng pasyente. Ang mga sumusunod na serbisyo ay hindi karaniwang itinuturing na Mga Medikal na Kinakailangang Serbisyo o Panustos at samakatuwid ay hindi karaniwang saklaw ng patakarang ito:
- a. Mga serbisyo sa pangreproduktibong endocrinology at pagkabaog;
 - b. Mga serbisyong kosmetiko o serbisyong plastic surgery;
 - c. Ang mga serbisyong pagwawasto ng paningin, kabilang ang LASEK, PRK, conductive keratoplasty, mga segment ng ring ng cornea ng Intac, pasadyang contoured C-CAP;
 - d. Transportasyon sa ambulansiya na inisyatibo ng pasyente; at
 - e. Mga gamot sa estilo ng pamumuhay, tulad ng tinukoy ng Komite sa Botika at Therapeutics ng Santa Clara Valley Medical Center (SCVMC).

Inilalaan ng County ang karapatan na baguhin ang listahang ito ng mga karaniwang hindi saklaw na serbisyo at/o mga panustos. Sa mga bihirang sitwasyon, halimbawa, sa rekomendasyon ng isang doktor o kalahok na tagapagbigay, maaaring aprubahan ng Punong Medikal na Opisyal ng County o ng itinalaga ang isa sa mga serbisyo o panustos na ito bilang Medikal na Kinakailangang Serbisyo o Panustos para sa isang partikular na pasyente. Pinal ang desisyon ng Punong Medikal na Opisyal ng County o ng itinalaga.

9. **Yugto ng Pangangalaga:** Para sa mga layunin ng patakarang ito, ang Yugto ng Pangangalaga ay nangangahulugang:
- a. Sa inpatient na setting, Mga Medikal na Kinakailangang Serbisyo o Panustos na natanggap sa pagitan ng petsa ng pag-admit at petsa ng pag-discharge kaugnay ng pag-admit na iyon; o
 - b. Sa setting ng departamento ng emerhensiya o outpatient na setting, indibidwal na pagbisita upang makatanggap ng Mga Medikal na Kinakailangang Serbisyo o Panustos.

PAMAMARAAN:

A. Pagiging Karapat-dapat para sa Pinansyal na Tulong

1. Upang makatanggap ng Pinansyal na Tulong sa ilalim ng patakarang ito, ang pasyente ay dapat na mag-apply para sa Pinansyal na Tulong sa pamamagitan ng pagsusumite ng kumpletong Aplikasyon sa Pinansyal na Tulong o pagiging kwalipikado bilang Itinuturing na Nakatala para sa May Diskwentong Pangangalaga.
 - a. Dapat gawin ng mga karapat-dapat na pasyente ang lahat ng makatuwirang pagsisikap upang magsumite ng nakumpletong Aplikasyon sa Pinansyal na Tulong (o maging kwalipikado bilang Itinuturing na Nakatala para sa May Diskwentong Pangangalaga) bilang pagsunod sa patakarang ito sa loob ng 180 araw mula sa petsa ng kanyang paunang pahayag ng pagsingil para sa isang partikular na Yugto ng Pangangalaga at ang kalakip na Abiso sa Programang Access sa Pangangalagang Pangkalusugan. Kung hindi magsusumite ang pasyente ng nakumpletong Aplikasyon sa Pinansyal na Tulong (o magiging kwalipikado bilang Itinuturing na Nakatala para sa

May Diskwentong Pangangalaga) bilang pagsunod sa patakarang ito sa loob ng 180 araw mula sa petsa ng kanyang paunang pahayag ng pagsingil para sa isang partikular na Yugto ng Pangangalaga at maging kwalipikado para sa Pinansyal na Tulong, ang account ng pasyente ay maaaring ipadala sa mga pagkolekta tulad ng inilalarawan sa Patakaran sa Pagkolekta ng Utang ng Pasyente na nakalakup bilang Kalakip B. Ang Direktor ng Siklo ng Kita o ang kanyang itinalaga ay maaaring magpasyang tanggihan ang pagiging karapat-dapat kung hindi makakapagbigay ang pasyente ng impormasyon na makatuwiran at kinakailangan para makapagsagawa ng pagtukoy sa pagiging karapat-dapat ang County.

- b. Pagkatapos kaagad ng yugto ng panahon na 180 araw, at sa anumang pagkakataon bago maibaba ang pinal na pasya sa isang pagkilos sa sibil na pagkolekta kaugnay ng hindi pa nababayaranang bayarin ng pasyente, maaaring tukuyin ng Direktor ng Siklo ng Kita o kanyang itinalaga ang pagiging karapat-dapat ng naturang pasyente para sa Pinansyal na Tulong matapos magpakita ng mabuting layunin. Kasama ng kanyang nakumpletong Aplikasyon sa Pinansyal na Tulong, dapat magsumite ng nakasulat na pahayag ang pasyente na nagpapaliwanag kung bakit hindi siya nag-apply para sa Pinansyal na Tulong sa loob ng kinakailangang timeframe na 180 araw. Maaaring humiling ang Direktor ng Siklo ng Kita o kanyang itinalaga ng karagdagang impormasyon mula sa pasyente upang suportahan ang kahilingan sa mabuting layunin. Kasama sa mga halimbawa ng mga sitwasyon kung saan maaaring ipakita ng pasyente na mayroong umiiral na mabuting layunin ang, ngunit hindi limitado sa: hindi sinasadyang magbigay ang County ng hindi kumpleto o hindi tumpak na impormasyon sa pasyente tungkol sa Programang Access sa Pangangalagang Pangkalusugan o mga opsyon sa saklaw sa kalusugang nakabatay sa gobyerno; naging hadlang ang limitasyon ng pasyente sa pisikal, pag-iisip, edukasyon, o pananalita upang makapagsumite ang pasyente ng nakumpletong Aplikasyon sa Pinansyal na Tulong sa loob ng timeframe na 180 araw; at/o nagkaroon ng malubhang sakit ang pasyente, o may namatay o nagkasakit nang malubha sa pamilya ng pasyente, na naging hadlang upang makapagsumite ang pasyente ng nakumpletong Aplikasyon sa Pinansyal na Tulong sa loob ng timeframe na 180 araw.
2. Ang mga pasyente ay dapat magbigay ng totoo, tumpak, at kumpletong impormasyon kapag nag-a-apply para sa Pinansyal na Tulong, kasama ang kinakailangang pansuportang dokumentasyon, ayon sa hinihiling ng County. Ang mga pasyente ay maaaring matukoy na hindi karapat-dapat para sa Pinansyal na Tulong kung magbibigay sila ng hindi totoo o hindi kumpletong impormasyon sa panahon ng proseso ng aplikasyon.
 3. Dapat magbigay ang mga pasyente ng isa sa bawat sumusunod na uri ng mga dokumento kasama ng kanilang aplikasyon sa Pinansyal na Tulong:
 - a. Katibayan ng pagkakakilanlan (halimbawa, lisensya sa pagmamaneho, pasaporte, ID card na ibinigay ng gobyerno, ID card sa trabaho o paaralan, o sertipiko ng kapanganakan at iba pang ID, tulad ng membership sa gym o Costco);
 - b. Katibayan ng kita (halimbawa, mga pay stub o income tax return); at
 - c. Katibayan ng paninirahan (halimbawa, kontrata sa pag-upa/pagpapa-upa, pahayag ng mortgage, utility bill, rehistro ng sasakyan, lisensya sa pagmamaneho, deklarasyon ng kawalan ng tirahan, o liham ng suporta mula sa isang tao kung saan nakatira ang aplikante at patunay ng

paninirahan para sa taong iyon).

- d. Ang sinumang pasyenteng naglalayong maging kwalipikado para sa Pinansyal na Tulong sa ilalim ng bahagi (b)(ii) ng kahulugan ng “Pasyenteng Mataas ang Medikal na Gastos” sa itaas ay dapat ding magsumite ng dokumentasyon ng mga medikal na gastos na binayaran nila at/o ng mga miyembro ng kanilang Pamilya sa nakaraang 12 buwan.
4. Available ang iba’t ibang antas ng Pinansyal na Tulong sa mga karapat-dapat na pasyente batay sa Kita ng Pamilya nila, tulad ng nakalista sa talahanayan sa ibaba at Kalakip A sa Patakarang ito.

Halaga ng Pinansyal na Tulong na Available sa Mga Residente ng County na Mga Pasyente na Nagbabayad para sa Sarili o Mga Pasyente na Mataas ang Medikal na Gastos Batay sa Kita ng Pamilya

KITA NG PAMILYA	Halaga ng Write Off ng mga Halagang Dapat Bayaran mula sa Pasyente Para sa Mga Medikal na Kinakailangang Serbisyo o Panustos
Kita ng Pamilya na nasa o mababa sa 400% ng Antas ng Pederal na Kahirapan	100% ng write off ng Pangangalagang Pangkawanggawa
Kita ng Pamilya sa pagitan ng 401-449% ng Antas ng Pederal na Kahirapan	70% ng write off ng Pangangalagang Pangkawanggawa
Kita ng Pamilya sa pagitan ng 450 – 549% ng Antas ng Pederal na Kahirapan	50% ng write off ng Pangangalagang Pangkawanggawa
Kita ng Pamilya sa pagitan ng 550 – 649% ng Antas ng Pederal na Kahirapan	25% ng write off ng Pangangalagang Pangkawanggawa

Ang mga Antas ng Pederal na Kahirapan ng 2022 ay nakalista sa Kalakip A.

Para sa mga pasyente na hindi nakakumpleto ng aplikasyon o nakapagbigay ng lahat ng kinakailangang dokumentasyon, ang Sistema ng Kalusugan ay maaaring bumuo at umasa sa isang tool upang maituring na maitala ang mga pasyente sa Programang Access sa Pangangalagang Pangkalusugan batay sa umiiral na pagpapatala sa mga programang tulad ng mga serbisyo sa walang tahanan, ang programang para sa mga Kababaihan, mga Sanggol at mga Bata (Women, Infants and Children, WIC), ang Programang Tulong na Suplementong Nutrisyon (SNAP na kilala rin bilang mga food stamp), at ilang partikular na naka-subsidize na tirahan.

5. Ang mga pasyente na walang segurong pangkalusugan (o ibang third party na mapagkukunan ng pambayad para sa Mga Medikal na Kinakailangang Serbisyo o Panustos) ay masasala upang matukoy kung karapat-dapat sila para sa anumang programa sa kalusugan ng estado, pederal, at/o County, at/o anupamang third party na mapagkukunan ng pambayad. Gagawin ng County ang lahat ng makatuwirang pagsisikap upang makakuha ng impormasyon mula sa mga pasyente tungkol sa kung maaaring sagutin nang buo o bahagya ng pribado o pampublikong seguro sa kalusugan o sponsorship ang mga singil para sa pangangalagang ibinigay ng County.

Kapag nakipag-ugnayan ang mga pasyente sa Departamento ng Access ng Pasyente tungkol sa mga available na opsyon sa pinansyal na tulong, magsasagawa rin ng mga hakbang ang County upang tulungan silang kumpletuhin ang mga aplikasyon para sa Medi-Cal, iba pang saklaw ng pangangalagang pangkalusugan na pinopondohan ng gobyerno, at sa Programang Access sa Pangangalagang Pangkalusugan, kung kinakailangan. Kung mag-a-apply ang isang pasyente, o may nakabinbing aplikasyon, para sa ibang programang saklaw ng kalusugan kasabay ng pag-a-apply ng pasyente para sa Pinansyal na Tulong, hindi magiging hadlang ang alinman sa mga aplikasyon sa pagiging karapat-dapat para sa alinman sa dalawang programa.

6. Ang mga pasyente na naghahanap ng Pinansyal na Tulong ay dapat na mag-apply para sa lahat ng segurong pangkalusugan (o iba pang third party na mapagkukunan ng pambayad para sa Mga Medikal na Kinakailangang Serbisyo o Panustos) kung saan sila karapat-dapat, maliban kung ibubukod ng Direktor ng Siklo ng Kita ng County o itinalaga niya ang pasyente mula sa kinakailangan, tulad ng inilalarawan sa ibaba.
7. Ang kabiguan ng pasyente na magsagawa ng lahat ng makatuwirang pagsisikap upang makakuha ng segurong pangkalusugan (o ibang third party na mapagkukunan ng pambayad para sa Mga Medikal na Kinakailangang Serbisyo o Panustos) ay maaaring maging batayan para sa pagtangga sa Pinansyal na Tulong.
8. Ang Direktor ng Siklo ng Kita o itinalaga niya ay maaaring maibukod mula sa kinakailangang ito ng mga pasyente na maaaring makatuwirang makaranas ng mga negatibong resulta sa imigrasyon sa ilalim ng mga pederal na panuntunan gaya ng pinal na panuntunan sa “Diskwalipikasyong Matanggap Batay sa Demanda ng Publiko,” 84 Fed. Reg. 41,292 (Ago. 14, 2019). Halimbawa, ang mga pasyenteng nasa hustong gulang na 21 taong gulang at pataas na naghahanap ng ayon sa batas na permanenteng paninirahan at may mga sumusunod na katayuan sa imigrasyon ay maaaring hindi kinakailangang mag-apply para sa segurong pangkalusugan na pinondohan ng pederal na pamahalaan: (1) mga pasyente na binigyan ng parol sa Estados Unidos nang hindi bababa sa isang taon, (2) mga pasyente na binigyan ng pagpipigil sa pagpapatapon o pagkatanggal, (3) mga pasyente na binigyan ng kondisyunal na pagpasok bago ang Abril 1, 1980, (4) mga entranteng Cuban-Haitian, o (5) mga pasyente na may naka-link sa SSI na Medi-Cal mula noong Agosto 22, 1996.
9. Ang mga karapat-dapat na pasyente ay maaaring makatanggap ng Pinansyal na Tulong para sa mga Serbisyon Medikal na Kinakailangan o mga Panustos mula sa mga tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan sa County. Ang mga pasyente ay hindi karapat-dapat sa Pinansyal na Tulong para sa mga serbisyon hindi Mga Medikal na Kinakailangang Serbisyo o Panustos o para sa hiwalay na sinisingil na mga pampropesyonal na bayad ng doktor o transportasyon ng ambulansya na hindi hiniling ng County. Sa mga bibihirang pangyayari na iyon kung saan kinakailangan ang rekomendasyon sa labas ng sistemang pangkalusugan ng County, maaaring aprubahan ng Punong Medikal na Opisyal ng County o ng itinalaga ang Pinansyal na Tulong para sa Mga Medikal na Kinakailangang Serbisyo at Panustos na kinuha mula sa labas ng sistemang pangkalusugan ng County.

B. Saklaw ng Pinansyal na Tulong para sa Mga Residente ng County

1. Ang Tulong Pinansyal para sa Mga Residente ng County ay karaniwang umaabot ng isang taon simula sa mas maaga sa unang araw ng buwan kung saan isinumite ng pasyente ang kanyang nakumpletong Aplikasyon para sa Tulong Pinansyal o naging kwalipikado bilang Itinuturing na Nakatala para sa May Diskwentong Pangangalaga, o sa unang araw ng Yugto ng Pangangalaga kung saan nauugnay ang nakumpletong Aplikasyon sa Tulong Pinansyal ng pasyente o Itinuturing na Nakatala para sa May Diskwentong Pangangalaga, maliban kung may malaking

pagbabago sa pagiging karapat-dapat ng pasyente bago matapos ang taong iyon (tulad ng pagiging kwalipikado para sa saklaw ng third party mula sa isang insurer ng kalusugan o isa pang third-party na mapagkukunan ng bayad para sa Mga Medikal na Kinakailangang Serbisyo o Panustos). Ang Direktor ng Siklo ng Kita ay mayroon ding kakayanang magpasya na magbigay ng mga karagdagang diskwento matapos magpakita ng mabuting layunin.

2. Ang mga pasyente ay dapat na muling mag-apply para sa Pinansyal na Tulong taun-taon kung naaangkop, sa pamamagitan ng pagsusumite ng Aplikasyon sa Pagpapanibago ng Pinansyal na Tulong o sa pamamagitan ng muling pagiging kwalipikado para sa Itinuturing na Pagpapatala para sa May Diskwentong Pangangalaga.
3. Dapat abisuhan ng mga pasyente ang County kaugnay ng malalaking pagbabago sa kanilang pagiging karapat-dapat (tulad ng mga pagbabago sa kanilang kita, pagiging karapat-dapat sa seguro sa kalusugan, o iba pang serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, komposisyon ng pamilya, o mga medikal na gastos) sa loob ng animnapung (60) araw o sa susunod na punto ng serbisyo, alinman ang mas mauna. Nakalaan sa County ang karapatang muling iberipika ang pagiging karapat-dapat ng pasyente anumang oras.
4. Kung hindi magagawa ng pasyenteng abisuhan kaagad ang County tungkol sa anumang malaking pagbabago sa kanyang pagiging karapat-dapat, maaaring wakasan ang kanyang Pinansyal na Tulong simula sa petsa kung kailan nagkaroon ng bisa ang malaking pagbabago.

C. Saklaw ng Pinansyal na Tulong para sa Mga Hindi Residente ng County

1. Ang mga pasyente na Nagbabayad para sa Sarili at Mataas ang Medikal na Gastos na Hindi Residente ng County ay karaniwang hindi karapat-dapat para sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na hindi pang-emerhensiya sa mga pasilidad ng Santa Clara County. Sa mga pasilidad na iyon kung saan mayroong labis na kapasidad, ang Mga Hindi Residente ng County ay maaaring makatanggap ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na hindi pang-emerhensiya.
2. Ang mga hindi residente ng County na tumatanggap ng mga Medikal na Kinakailangang Serbisyo o Panustos sa mga pasilidad ng County at mga pasyente na Nagbabayad para sa Sarili at Mataas ang Medikal na Gastos ay karapat-dapat na makatanggap ng 100% write off sa mga serbisyong iyon kung ang Mga Kita ng Pamilya nila ay nasa o mas mababa sa 400% ng Antas ng Pederal na Kahirapan.
3. Maaari lang maging kwalipikado ang mga magiging kwalipikadong Hindi Residente ng County sa Pinansyal na Tulong para sa isang partikular na Yugto ng Pangangalaga, hindi sa kasalukuyan at pang-isang taong batayan. Ang Direktor ng Siklo ng Kita o kanyang itinalaga ay mayroon ding kakayanang magpasya na magbigay ng mga karagdagang diskwento matapos magpakita ng mabuting layunin.

D. Mga Plano ng Pagbabayad

1. Ang isang pasyenteng magiging kwalipikado para sa bahagyang diskwento sa ilalim ng patakarang ito ay maaaring magtakda ng pangmatagalan at walang interes na plano ng pagbabayad sa County upang bigyang-daan ang pagbabayad ng may diskwentong halaga sa paglipas ng panahon.

2. Magkakasundo ang County at ang pasyente tungkol sa mga tuntunin ng plano ng pagbabayad. Sa pakikipagkasundo sa mga tuntunin ng makatuwirang plano ng pagbabayad sa pasyente, isasaalang-alang ng County ang Kita ng Pamilya at mahahalagang gastusin sa pamumuhay ng pasyente. Tumutukoy ang “mahahalagang gastusin sa pamumuhay” sa mga gastusin para sa upa o bayad at pangangalaga sa bahay, pagkain at mga panustos sa bahay, mga utility at telepono, damit, mga bayad sa medikal at dental, seguro, pangangalaga sa paaralan o bata, suporta sa bata o asawa, mga gastos sa transportasyon at sasakyan, kasama ang seguro, gas, at mga pagkumpuni, mga hulugang pagbabayad, pagpapalaba at pagpapalinis, at iba pang katangi-tanging gastusin.
3. Kung hindi magkakasundo ang County at ang pasyente tungkol sa mga tuntunin ng plano ng pagbabayad, gagamitin ng County ang formula na inilalarawan sa subdibisyon (i) ng Code ng Kalusugan at Kaligtasan ng California seksyon 127400 upang makagawa ng makatuwirang plano ng pagbabayad na binubuo ng mga buwanang pagbabayad na hindi hihigit sa 10 porsyento ng Kita ng Pamilya ng pasyente sa loob ng isang buwan, hindi kasama ang mga pagbabawas para sa mahahalagang gastusin sa pamumuhay.

E. Mga Apela

1. Ang County ay maglalabas ng desisyon sa loob ng 30 araw pagkatapos matanggap ang kumpletong Aplikasyon sa Pinansyal na Tulong ng isang pasyente. Magkakaroon ng mga tagubilin sa desisyon tungkol sa kung paano maaaring i-apela ng isang pasyente ang pagtangga at ang timeline para sa pag-apela.
2. Maaaring iapela ng pasyenteng tinanggihan sa Pinansyal na Tulong ang pagtangga sa pamamagitan ng pagsulat. Ang isang apela ay dapat maglaman ng batayan para sa apela at ng hinihiling na ayuda. Available ang mga form ng apela online sa <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> o sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa Access ng Pasyente sa (877) 967-4677.
3. Ang mga apela ay dapat matanggap sa address sa ibaba sa loob ng tatlung (30) araw mula sa pagtangga:

County of Santa Clara Health System Patient Business Services
5750 Fontanoso Way, 1st Floor
San José, CA 95138
Atensyon: Direktor ng Siklo ng Kita

4. Ang Direktor ng Siklo ng Kita ay ang magpapasya sa lahat ng paunang apela sa loob ng tatlung (30) araw matapos matanggap ang mga form ng apela.
5. Kung pagtitibayin ng Direktor ng Siklo ng Kita o kanyang itinalaga ang paunang pagtangga, maaaring magsumite ang pasyente ng pangalawang nakasulat na apela. Ang anumang pangalawang apela ay dapat na matanggap ng Punong Opisyal sa Pananalapi ng County of Santa Clara Health System sa address na nakalista sa ibaba sa loob ng tatlung (30) araw mula sa paunang pagtangga sa apela:

County of Santa Clara Health System Finance Department
2325 Enborg Lane, Suite 360B
San José, CA 95128
Atensyon: Punong Opisyal sa Pananalapi

6. Ang Punong Opisyal sa Pananalapi ay magpapasya sa lahat ng pangalawang apela sa loob ng tatlung (30) araw.

7. Ang desisyon sa anumang pangalawang apela ay magiging pinal.

F. Mga Pamamaraan sa Pag-uulat

1. Ang patakaran ng Pinansyal na Tulong at ang mga kalakip ay ibibigay sa Departamento ng Access sa Pangangalagang Pangkalusugan at Impormasyon (Health Care Access and Information, HCAI) kahit tuwing dalawang taon sa Enero 1, o tuwing may makabuluhang pagbabago.
2. Kung sakaling walang makabuluhang pagbabagong nangyari mula noong naunang pagsusumite, aabisuhan ang HCAI na walang nangyaring makabuluhang pagbabago.

BACKGROUND NG PATAKARAN:

Ang patakarang ito ay inilaan upang sumunod sa mga sumusunod na batas:

- Batas sa Mga Patakaran sa Patas na Pagpepresyo ng Ospital ng California (California Hospital Fair Pricing Policies, HFFP), Code ng Kalusugan at Kaligtasan ng California § 127400 *et seq.*
- Batas sa Mga Patakaran sa Patas na Pagpepresyo ng Pang-emerhensiyang Doktor ng California (California Emergency Physician Fair Pricing Policies, HFFP), Code ng Kalusugan at Kaligtasan ng California § 127450 *et seq.*

Binubuo ng patakarang ito ang programang Pangangalagang Pangkawanggawa ng County. Ang patakarang ito ay patuloy na nailalapat sa lahat ng mga pasyente ng County.

Nalalapat lamang ang patakarang ito sa Mga Medikal na Kinakailangang Serbisyo o Panustos mula sa mga tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan sa County. Available ang kasalukuyang listahan ng mga tagapagbigay ng medikal na pangangalagang pangkalusugan sa County sa pamamagitan ng mga sumusunod na page na “Maghanap ng Tagapagbigay”: <https://www.scvmc.org/find-provider> (Santa Clara Valley Medical Center), <https://och.sccgov.org/find-provider> (O’Connor Hospital), at <https://slrh.sccgov.org/find-provider> (St. Louise Regional Hospital). Available ang isang listahan ng mga ospital at klinika ng County sa: <https://www.scvmc.org/find-health-center>.

Inaabisuhan dito ang mga pasyente na ang mga pang-emerhensiyang doktor, na tinukoy sa seksyon 127450 ng Alituntunin sa Kalusugan at Kaligtasan ng California, na nagbibigay ng mga serbisyong medikal na pang-emerhensiya sa mga pasilidad ng County, ay hinihiling ng batas na magbigay ng mga diskwento sa Mga Pasyente na Nagbabayad para sa Sarili at Mga Pasyente na Mataas ang Medikal na Gastos na nasa o mas mababa sa 400% ng Antas ng Pederal na Kahirapan.

Para sa listahan ng mga mabibiling serbisyo ng County of Santa Clara Health System, mangyaring bumisita sa <https://www.scvmc.org/patients-visitors/services/shoppable-servicesestimate-potential-charges>.

Hindi iwinawaksi o binabago ng patakarang ito ang anumang mga probisyon sa kontrata o mga halaga na napagkasunduan ng at sa pagitan ng County at ng nagbabayad na third party, hindi rin ito nagbibigay ng mga diskwento sa mga hindi nakontrata na mga nagbabayad na third party o iba pang entidad na legal na responsable na magbayad sa ngalan ng benepisyaryo, sakop na tao, o nakaseguro. Hindi pinahihintulutan ng Patakarang ito ang regular na waiver ng mga deductible, co-payment, at/o co-insurance na ipinataw ng mga kumpanya ng seguro para sa mga pasyente na hindi kwalipikado para sa Pinansyal na Tulong.

RESPONSIBILIDAD:

Ang mga katanungan tungkol sa pagpapatupad sa patakarang ito ay dapat na idirekta sa Direktor

ng Access ng Pasyente sa: 770 South Bascom Avenue, San José, CA 95128 o (866) 967-4677.

Pinangingibabawan ng patakaran sa Pinansyal na Tulong na ito ang mga sumusunod na wala nang bisang patakaran: VMC#924.0 Sliding Scale; HHS#735.0 Ability to Pay Determination (APD) Program; O'Connor Hospital #4765025 Financial Assistance Policy; at St. Louise Regional Hospital #5424657 Financial Assistance Policy.

Huling na-update ang Patakaran sa Pinansyal na Tulong na ito noong Disyembre 8, 2022.

Kalakip A

2022 na Tsart ng Mga Antas ng Pederal na Kahirapan

2022 na MGA ANTAS NG PEDERAL NA							
Laki ng Sambahayan	100% Diskwento*	70% Diskwento		50% Diskwento		25% Diskwento	
	Up to 400% FPL	401%	449%	450%	549%	550%	649%
1	\$4,530	\$4,531	\$5,096	\$5,097	\$6,228	\$6,229	\$7,361
	\$54,360	\$54,361	\$61,154	\$61,155	\$74,744	\$74,745	\$88,334
2	\$6,103	\$6,104	\$6,866	\$6,867	\$8,391	\$8,392	\$9,917
	\$73,240	\$73,241	\$82,394	\$82,395	\$100,704	\$100,705	\$119,014
3	\$7,677	\$7,678	\$8,636	\$8,637	\$10,555	\$10,556	\$12,474
	\$92,120	\$92,121	\$103,634	\$103,635	\$126,664	\$126,665	\$149,694
4	\$9,250	\$9,251	\$10,406	\$10,407	\$12,718	\$12,719	\$15,031
	\$111,000	\$111,001	\$124,874	\$124,875	\$152,624	\$152,625	\$180,374
5	\$10,823	\$10,824	\$12,176	\$12,177	\$14,881	\$14,882	\$17,587
	\$129,880	\$129,881	\$146,114	\$146,115	\$178,584	\$178,585	\$211,054
6	\$12,397	\$12,398	\$13,946	\$13,947	\$17,044	\$17,045	\$20,144
	\$148,760	\$148,761	\$167,354	\$167,355	\$204,544	\$204,545	\$241,734
7	\$13,970	\$13,971	\$15,716	\$15,717	\$19,208	\$19,209	\$22,701
	\$167,640	\$167,641	\$188,594	\$188,595	\$230,504	\$230,505	\$272,414
8	\$15,543	\$15,544	\$17,486	\$17,486	\$21,371	\$21,372	\$25,257
	\$186,520	\$186,521	\$209,834	\$209,835	\$256,464	\$256,465	\$303,094



COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

PETSA: Disyembre 8, 2022

PARA SA: County of Santa Clara Health System
Grupo ng Namumunong Executive

MULA KAY: René G. Santiago, Deputy na Executive ng County at
Direktor, County of Santa Clara Health System

PAKSA: **Patakaran sa Pagkolekta ng Utang ng Pasyente**

MGA SANGGUNI AN: Code ng Kalusugan at Kaligtasan ng California, §§ 127400–127462
Civ. Code ng California, §§ 1788–1788.33
15 U.S.C. §§ 1692–1692p
Patakaran ng CSCHS #715.0 (Programang Access sa Pangangalagang Pangkalusugan)

MGA KAHULUGAN:

1. **Pasyente:** Para sa mga layunin ng patakarang ito, ang Pasyente ay kinabibilangan ng sinumang indibidwal na nakatanggap ng mga item at/o serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan mula sa CSCHS at, kung hindi iisang tao, ang kanyang Guarantor.
2. **Guarantor:** Ang indibidwal na tumanggap ng pinansyal na responsibilidad para sa pagbabayad ng Utang ng Pasyente.
3. **Utang ng Pasyente:** Ang halagang dapat bayaran ng Pasyente sa CSCHS para sa mga item at/o serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan.
4. **DTAC:** Ang Departamento sa Buwis at Mga Pagkolekta ng County ng Santa Clara, na nangongolekta ng Utang ng Pasyente sa ngalan ng CSCHS.
5. **Pinansyal na Tulong:** Isang buo o bahagyang diskwento sa Utang ng Pasyente na pinapahintulutan ng CSCHS sa ilalim ng mga tuntunin ng Patakaran sa Pinansyal na Tulong ng CSCHS.
6. **Patakaran ng CSCHS #715.0 o Patakaran sa Pinansyal na Tulong ng CSCHS:** Isang hiwalay na patakarang naglalarawan sa programang Pinansyal na Tulong ng CSCHS, na kilala rin bilang Programang Access sa Pangangalagang Pangkalusugan (Healthcare Access Program, HAP), na nag-aalok ng mga diskwento sa mga item at/o serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na ibinibigay ng CSCHS sa ilang partikular na karapat-dapat na Pasyenteng may mga

mababa o katamtamang kita. Available ang Patakaran sa Pinansyal na Tulong ng CSCHS online sa: <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program>. Maaari ding kumuha ang mga indibidwal ng kopya ng Patakaran sa Pinansyal na Tulong ng CSCHS sa pamamagitan ng pagtawag sa Departamento ng Access ng Pasyente ng CSCHS sa (866) 967-4677 (8am hanggang 5pm, Lunes hanggang Biyernes).

BACKGROUND:

Ang layunin ng patakarang ito ay bigyang-kahulugan ang mga pamantayan at kagawian para sa pagkolekta ng Utang ng Pasyente sa County of Santa Clara Health System (CSCHS).

PATAKARAN:

Ito ang patakaran ng CSCHS na singilin ang Mga Pasyente sa paraang tumpak, napapanahon, at naaayon sa mga naaangkop na batas at regulasyon, kasama ang, ngunit hindi limitado sa, mga naaangkop na probisyon ng Code ng Kalusugan at Kaligtasan ng California, ang Civil Code ng California, at ang Code ng United States.

PAMAMARAAN:

May Pananagutang Partido

Pagkilos

Mga Serbisyo sa Negosyo ng Pasyente ng CSCHS

1. Sa ilalim ng awtoridad ng Punong Opisyal sa Pananalapi ng CSCHS, hahabulin ng CSCHS ang pagbabayad para sa Mga Utang ng Pasyente para sa mga item at/o serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na ibinibigay ng CSCHS, kasama ang sa pamamagitan ng pagtatalaga ng mga hindi nabayarang halaga bilang hindi magandang utang at pagsangguni ng mga naturang halaga sa DTAC para sa pagkolekta. Isasagawa ang mga pagkilos para sa pagkolekta sa pagpapasya ng CSCHS at DTAC at susunod sa lahat ng naaangkop na batas at regulasyon ng estado at pederal, kasama ang batas sa Mga Patakaran sa Patas na Pagpepresyo ng Ospital ng California (Code ng Kalusugan at Kaligtasan ng California, mga seksyon 127400 *et seq.*), batas sa Mga Patakaran sa Patas na Pagpepresyo ng Pang-emerhensiyang Doktor ng California (Code ng Kalusugan at Kaligtasan ng California, mga seksyon 127450 *et seq.*), ang Batas sa Mga Kagawian sa Patas na Pagkolekta ng Utang ng Rosenthal (Civil Code ng California, mga seksyon 1788 *et seq.*), at ang pederal na Batas sa Mga

Kagawian sa Patas na Pagkolekta ng Utang (Code ng United States, Pamagat 15, mga seksyon 1692 *et seq.*).

2. Kukuha ang CSCHS ng nakasulat na kasunduan mula sa DTAC na susunod ang DTAC sa buong Patakarang ito. Hindi bibigyang-kahulugan ang nakasulat na kasunduan upang gumawa ng joint venture sa pagitan ng CSCHS at DTAC, o kung hindi ay upang bigyang-daan ang pamamahala ng CSCHS ng DTAC.
3. Bago irekomenda ang Utang ng Pasyente sa DTAC, gagawin ng CSCHS ang lahat ng sumusunod:
 - a. Gawin ang lahat ng makatuwirang pagsisikap upang malaman mula sa impormasyon ng Pasyente kung maaaring sagutin nang buo o bahagya ng pribado o pampublikong seguro o sponsorship sa kalusugan ang mga singil para sa pangangalaga na ibinigay ng CSCHS.
 - b. Magbigay sa Mga Pasyenteng hindi magsasaad ng saklaw na pangangalagang pangkalusugan ng nagbabayad na third party, o hihiling ng may diskwentong halaga o pangkawangawang pangangalaga, ng aplikasyon para sa programa ng Medi-Cal o iba pang programang saklaw ng kalusugan na pinopondohan ng estado o county.
 - c. Ipaalam sa Mga Pasyente ang kanilang mga responsibilidad sa pananalapi sa pamamagitan ng pagpapadala sa Mga Pasyente sa koreo ng hindi bababa sa apat (4) na pahayag ng account para sa mga serbisyong ibinigay sa CSCHS.
 - d. Ipaalam sa Mga Pasyente ang mga available na opsyon sa pinansyal na tulong sa pamamagitan ng pagbibigay ng abiso sa Patakarang sa Pinansyal na Tulong ng CSCHS at aplikasyon sa o pagkatapos kaagad ng (mga) petsa ng serbisyo, sa

panahon ng pagsingil, at hindi bababa sa 30 araw bago irekomenda ang Utang ng Pasyente sa DTAC.

- e. Magsagawa ng mga hakbang, kapag nakipag-ugnayan ang Mga Pasyente sa Departamento ng Access ng Pasyente ng CSCHS tungkol sa mga available na opsyon sa pinansyal na tulong, upang tulungan ang Mga Pasyenteng kumpletuhin ang mga aplikasyon para sa Medi-Cal, iba pang saklaw ng pangangalagang pangkalusugan na pinopondohan ng gobyerno, at ang Programang Access sa Pangangalagang Pangkalusugan, kung naaangkop.
- f. Magpadala sa Mga Pasyente ng abiso—na kilala rin bilang “Liham Pamamaalam”—nang hindi bababa sa 60 araw bago irekomenda ang Utang ng Pasyente sa DTAC. Mapapabilang sa abisong ito ang:
 - i. Ang (mga) petsa ng serbisyo ng pagsingil na inirerekomenda sa DTAC;
 - ii. Buong pangalan at address ng DTAC;
 - iii. Isang pahayag na nagpapaalam sa Pasyente kung paano kumuha ng naka-itemize na singil mula sa CSCHS;
 - iv. Ang pangalan at uri ng saklaw ng kalusugan para sa Pasyente na nakatala sa CSCHS sa panahon ng serbisyo, o isang pahayag na walang ganoong impormasyon ang CSCHS;
 - v. Isang kopya ng aplikasyon sa Pinansyal na Tulong ng CSCHS; at
 - vi. Ang (mga) petsa kung kailan orihinal

na pinadalhan ng abiso ang Pasyente tungkol sa pag-apply para sa Pinansyal na Tulong, ang (mga) petsa kung kailan orihinal na pinadalhan ang Pasyente ng aplikasyon para sa Pinansyal na Tulong, at, kung naaangkop, ang petsa kung kailan gumawa ng desisyon ang CSCHS tungkol sa aplikasyon ng Pasyente para sa Pinansyal na Tulong.

- g. Maghintay nang hindi bababa sa 180 araw pagkatapos ng paunang pagsingil bago irekomenda ang isang Utang ng Pasyente sa DTAC.
4. Kapag kumpleto na ang mga hakbang na nakalista sa talata (3) sa itaas, maaaring irekomenda ng CSCHS ang Utang ng Pasyente sa DTAC upang habulin ang isa o higit pa sa mga sumusunod na pagkilos sa pagkolekta:
- a. Makipag-ugnayan sa mga karaniwang pagsisikap sa pagkolekta, kasama ang, ngunit hindi limitado sa, paggamit ng mga pahayag sa pagsingil, nakasulat na pakikipag-ugnayan, at mga tawag sa telepono;
 - b. Magsimula ng aksyong sibil laban sa Pasyente sa paraang sumusunod sa lahat ng naaangkop na batas. Sa pamamagitan ng nakasulat na interagency na kasunduan, titiyakin ng CSCHS na hindi magsisimula ng aksyong sibil ang DTAC laban sa isang Pasyente kung ang Pasyenteng iyon ay may nakabinbing apela para sa saklaw ng mga item o serbisyo kung saan sila nakatanggap ng singil mula sa CSCHS (tulad ng tinutukoy sa Code ng Kalusugan at Kaligtasan ng California, seksyon 127426, subdibisyon (b)), hanggang sa maisagawa ang pinal na pagtukoy ng apelang iyon, kung gagawa ang Pasyente ng makatuwirang pagsisikap

na makipag-ugnayan sa CSCHS at DTAC tungkol sa pag-usad ng anumang nakabinbing apela. Kasama sa nakabinbing apela ang mga hinaing sa planong pangkalusugan, mga independiyenteng medikal na pagsusuri na isinagawa ng Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan o Departamento ng Seguro, mga patas na pagdinig ng Medi-Cal, at mga apela sa Medicare, na inilalarawan sa Code ng Kalusugan at Kaligtasan ng California, seksyon 127426, subdibisyon (b).

5. Sa pamamagitan ng nakasulat na interagency na kasunduan, titiyakin ng CSCHS na sa anumang dokumentong nagsasaad na posibleng magsimula ang mga aktibidad ng pagkolekta, papadalan ng DTAC ang Pasyente ng abisong naglalaman ng buod ng mga karapatan ng Pasyente na may simpleng pananalita alinsunod sa batas sa Mga Patakaran sa Patas na Pagpepresyo ng Ospital, ang Batas sa Mga Kagawian sa Patas na Pagkolekta ng Utang ng Rosenthal, at ang pederal na Batas sa Mga Kagawian sa Patas na Pagkolekta ng Utang na maglalaman ng pahayag na posibleng maging available ang mga nonprofit na serbisyo sa pagpapayo sa credit sa lugar ng Pasyente, alinsunod sa Code ng Kalusugan at Kaligtasan seksyon 127430; at sa unang nakasulat na pakikipag-ugnayan sa Pasyente, magbibigay ang DTAC ng kopya ng Liham Pamamaalam at isang pahayag na 180 araw na ang lumipas mula noong petsa kung kailan unang siningil ang Pasyente para sa mga medikal na serbisyo na batayan ng utang, na maaaring magsampa ng kaso ang DTAC laban sa pasyente upang singilin ang utang, at hindi mag-uulat ang DTAC ng mapanganib na impormasyon sa isang ahensyang nag-uulat ng credit.
6. Hindi gagawin ng CSCHS ang anuman sa mga sumusunod na pagkilos sa pagkolekta:
 - a. Mag-ulat ng mapanganib na impormasyon tungkol sa Utang ng Pasyente sa isang ahensyang nag-uulat ng credit ng

consumer o bureau ng credit;

- b. Magbenta ng utang ng Pasyente sa isang bumibili ng utang;
 - c. Magpaliban o tumanggi sa, o humiling ng bayad bago magbigay ng, medikal na kinakailangang pangangalaga dahil sa hindi pagbabayad ng Pasyente ng isa o higit pang singil para sa nakaraang ibinigay na pangangalaga;
 - d. Iremata ang real property ng Pasyente;
 - e. Maglakip o magsamsam ng bank account ng Pasyente o iba pang personal na ari-arian; o
 - f. Gumamit ng mga garnishment ng sahod o lien sa isang pangunahing tirahan bilang paraan ng pagkolekta ng mga hindi binayarang singil sa ospital mula sa isang Pasyenteng karapat-dapat para sa Pinansyal na Tulong.
7. Maaaring humiling ang sinumang Pasyente na magtakda ng walang interes na plano ng pagbabayad para sa pagbabayad sa Utang ng Pasyente.
- a. Sa pakikipagkasundo sa Pasyente tungkol sa mga tuntunin ng plano ng pagbabayad, isasaalang-alang ng CSCHS ang kita ng pamilya at mga gastusin sa pamumuhay ng Pasyente.
 - b. Kung hindi magkakasundo sa plano ng pagbabayad ang CSCHS at isang Pasyente na naging kwalipikado para sa Pinansyal na Tulong, gagamitin ng CSCHS ang formula at mga kahulugang inilalarawan sa subdibisyon (i) ng Code ng Kalusugan at Kaligtasan ng California seksyon 127400 upang gumawa ng makatuwirang plano ng pagbabayad na binubuo ng mga buwanang pagbabayad na hindi hihigit sa 10 porsyento ng kita ng

pamilya ng Pasyente sa loob ng isang buwan, hindi kasama ang mga deduction para sa mahahalagang gastusin sa pamumuhay.

- c. Maaaring ideklarang hindi na gumagana ang isang plano ng pagbabayad pagkatapos hindi maisagawa ng Pasyente ang lahat ng sunud-sunod na pagbabayad na dapat isagawa sa loob ng 90 araw.
 - d. Bago ideklarang hindi na gumagana ang isang plano ng pagbabayad, ang CSCHS ay:
 - i. Magsasagawa ng mga makatuwirang pagtatangkang makipag-ugnayan sa Pasyente sa pamamagitan ng pagtawag, magbibigay ng nakasulat na abiso na maaaring hindi na gumana ang plano ng pagbabayad, at ipapaalam sa Pasyente ang tungkol sa pagkakataong subukang makipagkasundong muli tungkol sa mga tuntunin ng na-default na plano ng pagbabayad.
 - ii. Sa kahilingan ng Pasyente, susubukang makipagkasundong muli tungkol sa mga tuntunin ng na-default na plano ng pagbabayad.
 - e. Hindi magsisimula ang CSCHS ng aksyong sibil laban sa Pasyente para sa hindi pagbabayad bago ideklarang hindi na gumagana ang plano ng pagbabayad.
8. Hindi gagamit ang CSCHS ng mga stub ng pagbabayad, income tax return, o dokumentasyon ng mga asset na nakuha mula sa Mga Pasyente sa panahon ng proseso ng aplikasyon sa Pinansyal na Tulong para sa mga aktibidad sa pagkolekta.
9. Kung sakaling susuriin ng Direktor ng Siklo ng Kita ng CSCHS o kanyang itinalaga ang isang aplikasyon

para sa Pinansyal na Tulong na isinumite nang lampas sa 180 araw pagkatapos ng paunang pagsingil, hihilingin ng Direktor ng Siklo ng Kita ng CSCHS o kanyang itinalaga na ihinto muna ng DTAC ang mga aktibidad ng pagkolekta, kasama ang pagpapatigil sa mga aksyong sibil, hanggang sa magbaba ng desisyon ang Direktor ng Siklo ng Kita ng CSCHS o kanyang itinalaga tungkol sa aplikasyon. Kung sakaling makitang karapat-dapat ang isang pasyente para sa Pinansyal na Tulong pagkatapos magsimula ng aksyong sibil, makikipagtulungan ang CSCHS sa DTAC upang permanenteng i-dismiss ang kaso.

10. Walang anuman sa Patakarang ito ang humahadlang sa CSCHS o DTAC sa paghabol sa pananagutan ng third party sa paraang naaayon sa mga naaangkop na batas.

Mga Pasyente

1. Dapat idirekta ng mga pasyente ang mga tanong tungkol sa patakarang ito sa Mga Serbisyo ng Negosyo para sa Pasyente ng CSCHS. Maaaring makipag-ugnayan ang Mga Pasyente sa Mga Serbisyo ng Negosyo para sa Pasyente ng CSCHS sa pamamagitan ng pagtawag sa (408) 885-7470 (8am hanggang 4:30pm, Lunes hanggang Biyernes) o nang personal sa 770 S. Bascom Ave, San Jose, CA 95128 (8am hanggang 4:30pm, Lunes hanggang Biyernes).
2. Dapat gawin ng Mga Pasyente ang lahat ng makatuwirang pagsisikap na makatugon kaagad sa mga pahayag sa pagsingil at mga kaugnay na pakikipag-ugnayan mula sa CSCHS at DTAC.
3. Dapat gawin ng Mga Pasyente ang lahat ng makatuwirang pagsisikap na ipaalam sa CSCHS kung mayroon silang saklaw sa seguro sa kalusugan, Medicare, Medi-Cal, o iba pang saklaw ng third party na maaaring magbayad para sa lahat o ilan sa mga item at/o serbisyo sa pangangalagang pangkalusugang natanggap sa CSCHS.
4. Hinihikayat ang Mga Pasyente na suriin ang Patakarang sa Pinansyal na Tulong ng CSCHS at, kung sa tingin nila ay karapat-dapat sila para sa

Pinansyal na Tulong, kumpletuhin at isumite ang isang aplikasyon sa Pinansyal na Tulong sa lalong madaling panahon. Maaaring suriin ng Mga Pasyente ang buong Patakaran sa Pinansyal na Tulong ng CSCHS at mag-download ng kopya ng aplikasyon sa Pinansyal na Tulong ng CSCHS sa <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program>. Maaari ding makipag-ugnayan ang Mga Pasyente sa Departamento sa Access ng Pasyente ng CSCHS sa (866) 967-4677 (8am hanggang 5pm, Lunes hanggang Biyernes) para sa anumang tanong tungkol sa patakaran sa Pinansyal na Tulong.

Ibinigay
noong:

12/08/2022



HEALTHCARE ACCESS PROGRAM

ਨੀਤੀ ਦਾ ਸਾਰ-ਅੰਸ਼:

The County of Santa Clara Health System (ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, "ਕਾਉਂਟੀ") ਕਿਫਾਇਤੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਨੂੰ ਵਧਾਉਣ ਦਾ ਸਮਰਥਨ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਇਸਲਈ ਕਾਉਂਟੀ ਇਸ Healthcare Access Program (ਜਿਸ ਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ ਵੀ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ) ਦੇ ਜ਼ਰੀਏ ਘੱਟ-ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਦਰਮਿਆਨੀ-ਆਮਦਨੀ ਵਾਲੇ ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਅਤੇ ਉਚੇਰੀ ਮੈਡੀਕਲ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਛੋਟ-ਵਾਲੀਆਂ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਨੀਤੀ ਬਾਰੇ ਸੰਖੇਪ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੀ ਸੰਪੂਰਣ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਪੂਰੀ ਨੀਤੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲਾਂ ਲਈ ਇੱਕ ਕਾਉਂਟੀ ਵਿੱਤੀ ਸਲਾਹਕਾਰ ਦੇ ਨਾਲ (866) 967-4677 (ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5 ਵਜੇ) 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

- ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ ਅਜਿਹੇ ਮਰੀਜ਼ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜਿਹਨਾਂ ਕੋਲ ਕਿਸੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾਕਰਤਾ, ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾ ਯੋਜਨਾ, Medicare, ਜਾਂ Medi-Cal ਵਲੋਂ ਤੀਜੀ-ਪਿਰ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਜਿਹਨਾਂ ਦੀ ਸੱਟ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਦੇ ਮੁਆਵਜ਼ੇ, ਆਟੋਮੋਬਾਈਲ ਬੀਮੇ, ਜਾਂ ਦੂਜੇ ਬੀਮੇ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਮੁਆਵਜ਼ਾ ਦੇਣ ਯੋਗ ਸੱਟ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਅਤੇ ਜੋ ਕਾਉਂਟੀ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਜਾਂ ਦੂਜੀ ਤੀਜੀ-ਪਿਰ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।
- ਉੱਚ ਬੀਮਾ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ ਜਾਂ ਤਾਂ (1) ਉਹ ਮਰੀਜ਼ ਹਨ ਜਿਹਨਾਂ ਨੇ ਸਾਲਾਨਾ ਆਉਟ-ਔਫ-ਪਾਕੇਟ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਲਾਗਤਾਂ ਆਪਣੇ-ਆਪ ਕੀਤੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਵਰਤਮਾਨ ਪਰਿਵਾਰਿਕ ਆਮਦਨੀ ਦੇ 10% ਜਾਂ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਵਿੱਚੋਂ ਜੋ ਵੀ ਘੱਟੋ ਹੋਵੇ, ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹਨ, ਜਾਂ ਫੇਰ (2) ਉਹ ਮਰੀਜ਼ ਹਨ ਜਿਹਨਾਂ ਦੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨੇ ਕਿਸੇ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਖਰਚਿਆਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਹੈ ਜੋ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਦੇ 10% ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਮਰੀਜ਼ ਆਪਣੇ ਵਲੋਂ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਦੱਸਾਂ ਵਲੋਂ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਖਰਚਿਆਂ ਦਾ ਲਿਖਤੀ ਸਬੂਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ।

- ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਅਤੇ ਉਚੇਰੀ ਮੈਡੀਕਲ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ ਉਹ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜੋ ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਵਸਨੀਕ ਹਨ ਅਤੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਪੱਧਰ ਦੇ 400% ਤੋਂ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ, ਉਹ ਕਾਉਂਟੀ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੁਆਰਾ 100% ਛੋਟ ਵਾਲੀਆਂ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਲੋੜਾਂ ਵਾਲੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਦੇ ਯੋਗ ਹਨ।
- ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਅਤੇ ਉਚੇਰੀ ਮੈਡੀਕਲ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ ਉਹ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜੋ ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਵਸਨੀਕ ਹਨ ਅਤੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਪੱਧਰ ਦੇ 400% ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਹੈ ਪਰ 450%, 550%, ਜਾਂ 650% ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ, ਉਹ ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੁਆਰਾ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੋੜੀਂਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਲਈ ਕ੍ਰਮਵਾਰ 70%, 50%, ਜਾਂ 25% ਛੋਟ ਦੇ ਯੋਗ ਹਨ। ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਜੋ ਅੰਸ਼ਕ ਛੋਟ ਲਈ ਪਾਤਰ ਬਣਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਲੰਮੀ-ਮਿਆਦ ਦੀ, ਵਿਆਜ-ਰਹਿਤ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਸਥਾਪਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਆਖ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਛੋਟ ਕੀਤੀ ਕੀਮਤ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਮਿਲੇ।
- ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਦੇ ਪੱਧਰ ਹਰ ਸਾਲ ਬਦਲਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਨੀਤੀ ਵਿੱਚ ਸੰਦਰਭਿਤ 2022 ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਦੇ ਪੱਧਰ ਅਟੈਚਮੈਂਟ ਏ ਵਿੱਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਹਨ।
- ਯੋਗ ਮਰੀਜ਼ ਇੱਕ-ਸਾਲ ਦੀ ਮਿਆਦ ਲਈ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ (Financial Assistance) ਲਈ ਪਾਤਰ ਬਣਦੇ ਹਨ, ਸਿਵਾਏ ਜੇ ਉਸ ਸਾਲ ਦੇ ਖਤਮ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੱਡਾ ਬਦਲਾਵ ਆਉਂਦਾ ਹੈ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਸੱਠ (60) ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਜਾਂ ਸੇਵਾ ਦੇ ਅਗਲੇ ਬਿੰਦੂ 'ਤੇ, ਜੇ ਵੀ ਪਹਿਲਾਂ ਹੋਵੇ, ਆਪਣੀ ਯੋਗਤਾ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਆਮਦਨੀ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ, ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਜਾਂ ਦੂਜੀ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗਤਾ, ਪਰਿਵਾਰਕ ਰਚਨਾ, ਅਤੇ/ਜਾਂ ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚਿਆਂ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ) ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਜ਼ਰੂਰ ਦੇਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਕਾਉਂਟੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਰਾਖਵਾਂ ਰੱਖਦੀ ਹੈ।
- ਯੋਗ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਇੱਕ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਐਪੀਸੋਡ ਲਈ ਆਪਣੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਬਿੱਲਿੰਗ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਐਕਸੈਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨੋਟਿਸ ਨੂੰ ਭੇਜਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਦੇ 180 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇਸ ਨੀਤੀ ਦੇ ਅਨੁਪਾਲਣ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਿਯੋਗ ਅਰਜ਼ੀ (ਜਾਂ ਛੋਟ ਕੀਤੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਕਿਆਸੀ ਭਰਤੀ ਲਈ ਪਾਤਰ ਹੋਣਾ) ਨੂੰ ਦਰਜ ਕਰਨ ਲਈ ਸਾਰੇ ਮੁਨਾਸਿਬ ਯਤਨ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਕਿਸੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਐਪੀਸੋਡ ਲਈ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਬਿੱਲਿੰਗ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਭੇਜਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਦੇ 180 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇਸ ਨੀਤੀ ਦੇ ਅਨੁਪਾਲਣ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਿਯੋਗ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਦਰਜ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹੈ (ਜਾਂ ਛੋਟ ਕੀਤੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਕਿਆਸੀ ਭਰਤੀ ਲਈ ਪਾਤਰ ਹੋਣਾ) ਅਤੇ ਵਿੱਤੀ ਸਹਿਯੋਗ ਲਈ ਪਾਤਰ ਨਹੀਂ ਬਣਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਵੇਰਵਾ ਇਕੱਤਰਨ ਲਈ ਭੇਜਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਅਟੈਚਮੈਂਟ ਬੀ ਵਜੋਂ ਨੱਥੀ ਕੀਤੀ ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ ਉਗਰਾਰੀ ਨੀਤੀ ਵਿੱਚ ਵਰਣਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਸਦੇ ਡਿਜ਼ਾਈਨੀ ਕੋਲ ਯੋਗਤਾ ਲਈ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨ ਦਾ ਵਿਵੇਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਉਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਅਸਫਲ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਨਿਰਧਾਰਨ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਉਂਟੀ ਵਾਸਤੇ ਮੁਨਾਸਬ ਅਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋਵੇ। Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਡਿਜ਼ਾਈਨੀ

ਇਸ 180-ਦਿਨ ਦੀ ਮਿਆਦ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੋਈ ਵਾਜਬ ਕਾਰਨ ਦੱਸੇ ਬਿਨਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਇਸ ਨੀਤੀ ਵਿੱਚ ਮਗਰੋਂ ਵਰਣਨ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਨਿਰਧਾਰਨ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

- ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ, ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਅਤੇ ਉਚੇਰੀ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ ਜੋ ਗੈਰ-ਕਾਉਂਟੀ ਨਿਵਾਸੀ ਹਨ, Santa Clara County ਸਹੂਲਤਾਂ ਵਿੱਚ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਉਨ੍ਹਾਂ ਸਹੂਲਤਾਂ ਵਿੱਚ ਜਿੱਥੇ ਵਧੇਰੇ ਸਮਰੱਥਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਗੈਰ-ਕਾਉਂਟੀ ਨਿਵਾਸੀ ਗੈਰ-ਆਪਾਤਕਾਲੀਨ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਗੈਰ-ਕਾਉਂਟੀ ਨਿਵਾਸੀ ਜੋ ਕਾਉਂਟੀ ਸਹੂਲਤਾਂ 'ਤੇ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਜੋ ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਅਤੇ ਉਚੇਰੀ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ ਹਨ, ਉਹ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਉਸ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਐਪੀਸੋਡ ਲਈ (ਜਿਵੇਂ ਹੇਠਾਂ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ) 100% ਛੋਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹਨ ਜੋ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਪੱਧਰ ਦੇ 400% 'ਤੇ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ।

ਪਰਿਭਾਸ਼ਾਵਾਂ:

1. **ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਪਰਿਵਾਰ ਜਾਂ ਪਰਿਵਾਰ:** ਅਠਾਰਾਂ (18) ਅਤੇ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ, ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼, ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ ਅਤੇ ਇੱਕੀ (21) ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਨਿਰਭਰ ਬੱਚੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਚਾਹੇ ਉਹ ਘਰ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋਣ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਅਠਾਰਾਂ (18) ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ, ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਮਾਪੇ ਜਾਂ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ, ਅਤੇ ਮਾਪਿਆਂ ਦੇ (21) ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਦੂਜੇ ਬੱਚੇ ਜਾਂ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।
2. **ਕਾਉਂਟੀ ਨਿਵਾਸੀ:** ਕਾਉਂਟੀ ਨਿਵਾਸੀ ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਹੈ ਜੋ Santa Clara County ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।
3. **ਗੈਰ-ਕਾਉਂਟੀ ਨਿਵਾਸੀ:** ਗੈਰ-ਕਾਉਂਟੀ ਨਿਵਾਸੀ ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੋ Santa Clara County ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ।
4. **ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ:** ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਕੁੱਲ ਕਮਾਈ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਗੁਜ਼ਾਰਾ ਭੱਤਾ ਜਾਂ ਬਾਲ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਦਾਇਗੀ ਨੂੰ ਘਟਾ ਕੇ।
5. **ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਵਾਲਾ ਮਰੀਜ਼:** ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਵਾਲਾ ਮਰੀਜ਼ ਅਜਿਹਾ ਮਰੀਜ਼ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਕੋਲ ਕਿਸੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾਕਰਤਾ, ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾ ਯੋਜਨਾ, Medicare, ਜਾਂ Medi-Cal ਵਲੋਂ ਤੀਜੀ-ਪਿਰ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਜਿਸ ਦੀ ਸੱਟ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਦੇ ਮੁਆਵਜ਼ੇ, ਆਟੋਮੋਬਾਈਲ ਬੀਮੇ, ਜਾਂ ਦੂਜੇ ਬੀਮੇ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਮੁਆਵਜ਼ਾ ਦੇਣ ਯੋਗ ਸੱਟ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਅਤੇ ਜੋ ਕਾਉਂਟੀ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਜਾਂ ਦੂਜੀ ਤੀਜੀ-ਪਿਰ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਸੀਮਾ ਦੇ, ਨਿਮਨਲਿਖਤ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ: (a) ਉਹ ਮਰੀਜ਼ ਜੋ ਸਰਕਾਰੀ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਪੂਰੀ ਕਰਦੇ ਹਨ ਪਰ ਉਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜੋ

ਅਜਿਹੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਅਧੀਨ ਨਹੀਂ ਹਨ ਅਤੇ (b) ਉਹ ਮਰੀਜ਼ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਲਾਭ, ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਪ੍ਰਾਵਧਾਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਜਾਂ ਦੌਰਾਨ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।

6. **ਉਚੇਰੀ ਮੈਡੀਕਲ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼:** ਉਚੇਰੀ ਮੈਡੀਕਲ ਲਾਗਤ ਵਾਲਾ ਮਰੀਜ਼ ਉਹ ਮਰੀਜ਼ ਹੁੰਦਾ ਹੈ:

a. ਜਿਸਦੇ ਕੋਲ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਦਾ ਸਰੋਤ ਹੈ (ਭਾਵ, ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਵਾਲਾ ਮਰੀਜ਼ ਨਹੀਂ ਹੈ), ਅਤੇ

b. ਜਾਂ ਤਾਂ:

i. ਉਹ ਆਪਣੇ ਕੋਲੋਂ ਕੀਤੀਆਂ ਸਾਲਾਨਾ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਲਾਗਤਾਂ ਲਈ ਕਾਉਂਟੀ ਦਾ ਦੇਣਦਾਰ ਹੈ ਜੋ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਵਰਤਮਾਨ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਦੇ 10% ਜਾਂ ਪਿਛਲੇ ਬਾਰ੍ਹਾਂ (12) ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਵਿੱਚੋਂ ਘੱਟ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਰਕਮ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ

ii. ਜਿਸ ਨੇ ਕਿਸੇ ਸਿਹਤ-ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਕੋਲੋਂ ਕੀਤੇ ਸਾਲਾਨਾ ਮੈਡੀਕਲ ਖਰਚਿਆਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਇੱਕ ਜਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਦੱਸਾਂ ਨੇ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਹੈ ਜੋ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਦੇ 10% ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੈ, ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ ਜਾਂ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਦੱਸਾਂ ਦੁਆਰਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਖਰਚਿਆਂ ਦਾ ਲਿਖਤੀ ਸਬੂਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਦੇ ਇਹਨਾਂ ਖਰਚਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਅਧੀਨ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਸਹਿ-ਬੀਮਾ, ਕਟੌਤੀ-ਯੋਗ ਰਾਸ਼ੀ, ਜਾਂ ਬੀਮਿਤ ਮਰੀਜ਼ ਤੋਂ ਬਕਾਇਆ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭੁਗਤਾਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

7. **ਛੋਟੇ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਪੂਰਵ-ਅਨੁਮਾਨਿਤ ਦਾਖਲਾ:** ਬਾਜ਼ਾਰ ਦੇ ਸਰੋਤਾਂ ਤੋਂ ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਮਰੀਜ਼-ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸਮਾਜਿਕ-ਆਰਥਿਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਮਰੀਜ਼, ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਐਕਸੈਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (Healthcare Access Program) ਲਈ ਯੋਗ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਉਹ ਮਰੀਜ਼ ਜੋ ਬੇਘਰ ਹਨ ਜਾਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੌਰਾਨ ਮੌਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਕੋਲ ਨਾ ਤਾਂ ਫੰਡਿੰਗ ਦਾ ਕੋਈ ਸਰੋਤ ਹੈ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਕੋਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਧਿਰ ਜਾਂ ਜਾਇਦਾਦ, ਉਹ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਭਾਵੇਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਅਰਜ਼ੀ ਪੂਰੀ ਨਹੀਂ ਵੀ ਕੀਤੀ। Patient Access Director ਜਾਂ Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਡਿਜ਼ਾਈਨੀ ਅਜਿਹੇ ਕੇਸਾਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰੇਗਾ ਅਤੇ ਕੇਸ-ਦਰ-ਕੇਸ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ ਫੈਸਲਾ ਲਏਗਾ।

8. **ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈ:** ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੋੜੀਂਦੀ ਸੇਵਾ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈ ਇੱਕ ਅਜਿਹੀ ਡਾਕਟਰੀ ਸੇਵਾ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸਪਲਾਈ ਹੈ ਜੋ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰੀ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਨਿਦਾਨ ਕਰਨ

ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਸਦੀ ਅਣਹੋਂਦ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਸਿਹਤ 'ਤੇ ਮਾੜਾ ਪ੍ਰਭਾਵ ਪਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਨਹੀਂ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸ ਨੀਤੀ ਦੁਆਰਾ ਕਵਰ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀਆਂ:

- a. ਪ੍ਰਜਨਨ ਐਂਡੋਕਰੀਨੋਲੋਜੀ ਅਤੇ ਬਾਂਝਪਨ ਸੇਵਾਵਾਂ;
- b. ਕਾਸਮੈਟਿਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਪਲਾਸਟਿਕ ਸਰਜਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ;
- c. ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀ ਸੁਧਾਰ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ LASEK, PRK, ਕੰਡਕਟਿਵ ਕੇਰਾਟੋਪਲਾਸਟੀ, ਇੰਟੈਕ ਦੇ ਕਾਰਨੀਅਲ ਰਿੰਗ ਸੈਗਮੈਂਟਸ, ਕਸਟਮ ਕੰਟੈਰਡ ਸੀ-ਕੈਪ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ;
- d. ਮਰੀਜ਼ ਦੁਆਰਾ ਅਰੰਭ ਕੀਤੀ ਗਈ ਐਂਬੂਲੈਂਸ ਆਵਾਜਾਈ; ਅਤੇ
- e. ਜੀਵਨ-ਸ਼ੈਲੀ ਦੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ Santa Clara Valley Medical Center (SCVMC) Pharmacy and Therapeutics Committee ਦੁਆਰਾ ਪਰਿਭਾਸ਼ਤ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ।

ਕਾਉਂਟੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਗੈਰ-ਕਵਰ ਕੀਤੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਦੀ ਇਸ ਸੂਚੀ ਨੂੰ ਬਦਲਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਰਾਖਵਾਂ ਰੱਖਦੀ ਹੈ। ਦੁਰਲੱਭ ਸਥਿਤੀਆਂ ਵਿੱਚ, ਉਦਾਹਰਣ ਵਜੋਂ, ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਭਾਗੀਦਾਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ 'ਤੇ, ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਮੁੱਖ ਮੈਡੀਕਲ ਅਧਿਕਾਰੀ ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਡਿਜ਼ਾਈਨੀ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਸੇਵਾ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਖਾਸ ਮਰੀਜ਼ ਲਈ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈ ਵਜੋਂ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਮੁੱਖ ਮੈਡੀਕਲ ਅਧਿਕਾਰੀ ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਡਿਜ਼ਾਈਨੀ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਅੰਤਿਮ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

9. **ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਐਪੀਸੋਡ:** ਇਸ ਨੀਤੀ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ, ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਐਪੀਸੋਡ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ:

- a. ਇਨਪੇਸ਼ੰਟ ਸੈਟਿੰਗ ਵਿੱਚ, ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਉਸ ਦਾਖਲੇ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਛੁੱਟੀ ਮਿਲਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀਆਂ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ; ਜਾਂ
- b. ਆਪਾਤਕਾਲ ਵਿਭਾਗ ਦੀ ਸੈਟਿੰਗ ਜਾਂ ਆਉਟਪੇਸ਼ੰਟ ਸੈਟਿੰਗ ਵਿੱਚ, ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਮੁਲਾਕਾਤ।

ਕਾਰਜਵਿਧੀ:

A. ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗਤਾ

1. ਇਸ ਨੀਤੀ ਦੇ ਅਧੀਨ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਜਾਂ ਤਾਂ ਇੱਕ ਮੁਕੰਮਲ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾ ਕੇ ਜਾਂ ਫਿਰ ਛੋਟ ਵਾਲੀ ਦੇਖਭਾਲ (Discount Care) ਲਈ ਕਿਆਸੀ ਭਰਤੀ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਕੇ ਦੇਣੀ ਹੋਵੇਗੀ।
 - a. ਯੋਗ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਇੱਕ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਐਪੀਸੋਡ ਲਈ ਆਪਣੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਬਿੱਲਿੰਗ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਐਕਸੈਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨੋਟਿਸ ਨੂੰ ਭੇਜਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਦੇ 180 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇਸ ਨੀਤੀ ਦੇ ਅਨੁਪਾਲਣ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਿਯੋਗ ਅਰਜ਼ੀ (ਜਾਂ ਛੋਟ ਕੀਤੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਕਿਆਸੀ ਭਰਤੀ ਲਈ ਪਾਤਰ ਹੋਣਾ) ਨੂੰ ਦਰਜ ਕਰਨ ਲਈ ਸਾਰੇ ਮੁਨਾਸਿਬ ਯਤਨ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਕਿਸੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਐਪੀਸੋਡ ਲਈ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਬਿੱਲਿੰਗ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਨੂੰ ਭੇਜਣ ਦੇ 180 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇਸ ਨੀਤੀ ਦੇ ਅਨੁਪਾਲਣ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਿਯੋਗ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਦਰਜ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹੈ (ਜਾਂ ਛੋਟ ਕੀਤੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਕਿਆਸੀ ਭਰਤੀ ਲਈ ਪਾਤਰ ਹੋਣਾ) ਅਤੇ ਵਿੱਤੀ ਸਹਿਯੋਗ ਲਈ ਪਾਤਰ ਨਹੀਂ ਬਣਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਵੇਰਵਾ ਇਕੱਤਰਨ ਲਈ ਭੇਜਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਅਟੈਚਮੈਂਟ ਬੀ ਵਜੋਂ ਨੱਥੀ ਕੀਤੀ ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ ਉਗਰਾਹੀ ਨੀਤੀ ਵਿੱਚ ਵਰਣਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਸਦੇ ਡਿਜ਼ਾਈਨੀ ਕੋਲ ਯੋਗਤਾ ਲਈ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨ ਦਾ ਵਿਵੇਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਉਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਅਸਫਲ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਜੇ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਨਿਰਧਾਰਨ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਉਂਟੀ ਵਾਸਤੇ ਮੁਨਾਸਬ ਅਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋਵੇ।
 - b. ਇਸ 180 ਦਿਨਾਂ ਦੀ ਮਿਆਦ ਤੋਂ ਤੁਰੰਤ ਬਾਅਦ, ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਨਾ ਕੀਤੇ ਬਿੱਲ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਸਿਵਲ ਉਗਰਾਹੀ ਕਾਰਵਾਈ ਵਿੱਚ ਅੰਤਿਮ ਫੈਸਲਾ ਦਰਜ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸੁਰਤ ਵਿੱਚ, Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਸਦਾ ਡਿਜ਼ਾਈਨੀ ਕੋਈ ਵਾਜਬ ਕਾਰਨ ਦਿਖਾ ਕੇ ਵਿੱਤੀ ਸਹਿਯੋਗ ਲਈ ਦੱਸੇ ਦਏ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਨਿਰਧਾਰਨ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਨਾਲ, ਮਰੀਜ਼ ਲਈ ਲਿਖਤ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਦਰਜ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ ਜੋ ਲਿਖਤ ਵਿੱਚ ਵਰਣਨ ਕਰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਉਹਨਾਂ ਨੇ ਲੋੜੀਂਦੀ 180-ਦਿਨ ਦੀ ਸਮਾਂ-ਸੀਮਾ ਦੇ ਅੰਦਰ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਕਿਉਂ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ। Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਡਿਜ਼ਾਈਨੀ ਵਾਜਬ ਕਾਰਨ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਨੂੰ ਸਿੱਧ ਕਰਨ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਤੋਂ ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਅਜਿਹੇ ਹਾਲਾਤਾਂ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਨਾਂ ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਇਹ ਦਿਖਾਉਣ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਵਾਜਬ ਕਾਰਨ ਮੌਜੂਦ ਹੈ, ਵਿੱਚ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਪਰ ਇਹਨਾਂ ਤਕ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ ਹਨ: ਕਾਉਂਟੀ ਨੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਜਾਣਬੂਝ ਕੇ Healthcare Access Program ਜਾਂ ਸਰਕਾਰ ਵਲੋਂ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਵਿਕਲਪਾਂ ਬਾਰੇ ਅਧੂਰੀ ਜਾਂ ਗਲਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੱਤੀ; ਮਰੀਜ਼ ਦੀਆਂ ਸਰੀਰਕ, ਮਾਨਸਿਕ, ਸਿੱਖਿਅਕ, ਜਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸਬੰਧੀ ਕਮੀਆਂ ਨੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ 180 ਦਿਨ ਦੀ ਸਮਾਂ-ਸੀਮਾ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇੱਕ ਮੁਕੰਮਲ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਸਬਮਿਟ ਕਰਨ ਤੋਂ ਰੋਕਿਆ; ਅਤੇ/ਜਾਂ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ ਹੋਈ ਸੀ, ਜਾਂ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ

ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਸਦੱਸ ਦੀ ਮੌਤ ਜਾਂ ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ ਹੋਈ ਸੀ, ਜਿਸਨੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ 180-ਦਿਨ ਦੀ ਸਮਾਂ-ਸੀਮਾ ਦੇ ਅੰਦਰ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਦਰਜ ਕਰਨ ਤੋਂ ਰੋਕਿਆ।

2. ਕਾਉਂਟੀ ਦੁਆਰਾ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੇ ਅਨੁਸਾਰ, ਲੋੜੀਂਦੇ ਸਹਾਇਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਸਮੇਤ, ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਸਮੇਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਸਹੀ, ਸਟੀਕ ਅਤੇ ਸੰਪੂਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨੀ ਹੋਵੇਗੀ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਯੋਗ ਠਹਿਰਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੇ ਉਹ ਅਰਜ਼ੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਗਲਤ ਜਾਂ ਅਧੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੇ ਹਨ।
3. ਮਰੀਜ਼ ਲਈ ਆਪਣੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਨਾਲ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀਆਂ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਕਿਸਮਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਹਰ ਇੱਕ ਨੂੰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ:
 - a. ਪਛਾਣ ਦਾ ਸਬੂਤ (ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਡ੍ਰਾਈਵਰ ਦਾ ਲਾਇਸੈਂਸ, ਪਾਸਪੋਰਟ, ਸਰਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ID ਕਾਰਜ, ਕੰਮ ਜਾਂ ਸਕੂਲ ਦਾ ID ਕਾਰਡ, ਜਾਂ ਜਨਮ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਦੇ ਨਾਲ ਦੂਜਾ ID, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਜਿਮ ਜਾਂ Costco ਦੀ ਮੈਂਬਰਸ਼ਿਪ);
 - b. ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਸਬੂਤ (ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ: ਤਨਖਾਹ ਦੇ ਸਟੱਬ ਜਾਂ ਇਨਕਮ ਟੈਕਸ ਰੀਟਰਨਸ); ਅਤੇ
 - c. ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦਾ ਸਬੂਤ (ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਕਿਰਾਏ ਦਾ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ/ਲੀਜ਼, ਮਾਰਟਗੇਜ ਸਟੇਟਮੈਂਟ, ਉਪਯੋਗਤਾ ਬਿੱਲ, ਵਾਹਣ ਦਾ ਪੰਜੀਕਰਨ, ਡ੍ਰਾਈਵਰ ਦਾ ਲਾਇਸੈਂਸ, ਬੇਘਰ ਹੋਣ ਦੀ ਘੋਸ਼ਣਾ, ਜਾਂ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਵਲੋਂ ਸਮਰਥਨ ਪੱਤਰ ਜਿਸਦੇ ਨਾਲ ਬਿਨੈਕਾਰ ਰਹਿ ਰਿਹਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦਾ ਸਬੂਤ)।
 - d. ਉਪਰੋਕਤ “ਉਚੇਰੀ ਮੈਡੀਕਲ ਲਾਗਤ ਵਾਲਾ ਮਰੀਜ਼” ਪਰਿਭਾਸ਼ਾ ਦੇ ਭਾਗ (b)(ii) ਦੇ ਤਹਿਤ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਬਣਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰ ਰਹੇ ਕਿਸੇ ਮਰੀਜ਼ ਲਈ ਅਜਿਹੇ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਖਰਚਿਆਂ ਦਾ ਲਿਖਤੀ ਸਬੂਤ ਦਰਜ ਕਰਨਾ ਵੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਹਨਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਉਹਨਾਂ ਨੇ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨੇ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕੀਤਾ।
4. ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦਾ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਪੱਧਰ ਯੋਗ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਦੇ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਹੇਠਾਂ ਸਾਰਣੀ ਅਤੇ ਇਸ ਨੀਤੀ ਦੇ ਅਟੈਚਮੈਂਟ ਏ ਵਿੱਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਹੈ।

ਕਾਉਂਟੀ ਨਿਵਾਸੀਆਂ ਲਈ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਮਾਤਰਾ ਉਪਲਬਧ ਹੈ ਜੇ ਜਾਂ ਤਾਂ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ ਹਨ ਜਾਂ ਉੱਚ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ ਹਨ

ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ	ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੋੜੀਂਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਤੋਂ ਬਕਾਇਆ ਰਕਮ ਦੀ ਰਕਮ
ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਪੱਧਰ ਦੇ 400% 'ਤੇ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਘੱਟ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ	100% ਚੈਰਿਟੀ ਕੇਅਰ ਰਾਇਟ ਆਫ
ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਪੱਧਰ ਦੇ 401-449% ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ	70% ਚੈਰਿਟੀ ਕੇਅਰ ਰਾਇਟ ਆਫ
ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਪੱਧਰ ਦੇ 450 – 549% ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ	50% ਚੈਰਿਟੀ ਕੇਅਰ ਰਾਇਟ ਆਫ
ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਪੱਧਰ ਦੇ 550 – 649% ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ	25% ਚੈਰਿਟੀ ਕੇਅਰ ਰਾਇਟ ਆਫ

2022 ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਦੇ ਪੱਧਰ ਅਟੈਚਮੈਂਟ ਏ ਵਿੱਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਹਨ।

ਉਨ੍ਹਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਜੋ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਜਾਂ ਸਾਰੇ ਲੋੜੀਂਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਸਿਹਤ-ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਬੇਘਰ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਔਰਤਾਂ, ਬੱਚੇ ਅਤੇ ਬਾਲ (Women, Infants and Children, WIC) ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ, Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP, ਜਿਸਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ ਵਜੋਂ ਜਾਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ), ਅਤੇ ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਸਬਸਿਡਾਇਜ਼ਡ ਹਾਉਸਿੰਗ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦਾ ਦਾਖਲੇ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਐਕਸੈਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਕਰਨ ਦੇ ਇੱਕ ਸਾਧਨ ਦਾ ਵਿਕਾਸ ਅਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।

- ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਕੋਲ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ (ਜਾਂ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਦਾ ਸਰੋਤ) ਨਹੀਂ ਹੈ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਇਹ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾਏਗੀ ਕਿ ਕੀ ਉਹ ਕਿਸੇ ਰਾਜ, ਸੰਘੀ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ, ਅਤੇ/ਜਾਂ ਭੁਗਤਾਨ ਦੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਤੀਜੇ ਪੱਖ ਦੇ ਸਰੋਤ ਲਈ ਯੋਗ ਹਨ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਕਾਉਂਟੀ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਤੋਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਦੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਮੁਨਾਸਬ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਕਰੇਗੀ ਕਿ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਜਾਂ ਪਬਲਿਕ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਜਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤੀ ਕਾਉਂਟੀ ਦੁਆਰਾ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਖਰਚਿਆਂ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਵਰ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਅੰਸ਼ਕ ਤੌਰ 'ਤੇ। ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ Patient Access Department ਦੇ ਨਾਲ ਉਪਲਬਧ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਵਿਕਲਪਾਂ ਬਾਰੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਾਉਂਟੀ Medi-Cal, ਸਰਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਫੰਡ ਕੀਤੀ ਹੋਰ ਸਿਹਤ-ਦੇਖਭਾਲ ਕਵਰੇਜ, ਅਤੇ, Healthcare Access Program, ਜਿਵੇਂ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ, ਲਈ ਅਰਜ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ ਵੀ ਕਦਮ ਪੁੱਟੇਗੀ। ਜੇ ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਉਸਦੀ ਅਰਜ਼ੀ ਉਸੇ ਸਮੇਂ 'ਤੇ ਲੰਬਤ ਹੈ ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਵਿੱਤੀ

ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕੋਈ ਵੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੂਜੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਖਤਮ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗੀ।

6. ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਾਰੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ (ਜਾਂ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੋੜੀਂਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਦੇ ਦੂਜੇ ਤੀਜੇ ਪੱਖ ਦੇ ਸਰੋਤਾਂ) ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣੀ ਹੋਵੇਗੀ ਜਿਸਦੇ ਲਈ ਉਹ ਯੋਗ ਹਨ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ County Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਡਿਜ਼ਾਈਨੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਉਸ ਲੋੜ ਤੋਂ ਛੇਟ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦਾ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਹੇਠਾਂ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ।
7. ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ (ਜਾਂ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੋੜੀਂਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਦਾ ਸਰੋਤ) ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਹਰ ਇੱਕ ਵਾਜਬ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਅਸਫਲਤਾ, ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦਾ ਕਾਰਨ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।
8. Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਡਿਜ਼ਾਈਨੀ ਉਨ੍ਹਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਲੋੜ ਤੋਂ ਛੇਟ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜੋ "Public Charge Grounds 'ਤੇ ਅਯੋਗਤਾ" 84 Fed ਦੇ ਅੰਤਮ ਨਿਯਮ ਵਜੋਂ ਸੰਘੀ ਨਿਯਮਾਂ ਦੇ ਅਧੀਨ ਵਾਜਬ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਕਾਰਾਤਮਕ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਭੁਗਤ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਪੰਜੀਕ੍ਰਿਤ 41,292 (14 ਅਗਸਤ, 2019). ਉਦਾਹਰਣ ਦੇ ਲਈ, 21 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਬਾਲਗ ਮਰੀਜ਼ ਜੋ ਕਨੂੰਨੀ ਸਥਾਈ ਨਿਵਾਸ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਰਹੇ ਹਨ ਅਤੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਹੇਠਲੀਆਂ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਥਿਤੀਆਂ ਹਨ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਸੰਘ ਦੁਆਰਾ ਫੰਡ ਪ੍ਰਾਪਤ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਨਹੀਂ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦੀ: (1) ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਘੱਟੋ ਘੱਟ ਇੱਕ ਸਾਲ ਲਈ ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਜ ਵਿੱਚ ਪੈਰੋਲ ਦਿੱਤੀ ਗਈ, (2) ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਦੇਸ਼ ਨਿਕਾਲਾ ਦੇਣ ਜਾਂ ਹਟਾਏ ਜਾਣ 'ਤੇ ਰੋਕ ਲਗਾਉਣ ਦੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦਿੱਤੀ ਗਈ, (3) ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ 1 ਅਪ੍ਰੈਲ 1980 ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸ਼ਰਤ ਨਾਲ ਦਾਖਲਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ, (4) ਕਿਊਬਾ-ਰੈਤੀਆਈ ਪ੍ਰਵੇਸ਼ ਕਰਨ ਵਾਲੇ, ਜਾਂ (5) 22 ਅਗਸਤ, 1996 ਦੇ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ SSI ਨਾਲ ਜੁੜੇ Medi-Cal ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼।
9. ਯੋਗ ਮਰੀਜ਼, ਕਾਉਂਟੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੋਂ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਲਈ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ ਉਨ੍ਹਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੇ ਹੱਕਦਾਰ ਨਹੀਂ ਹਨ ਜੋ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਨਹੀਂ ਹਨ ਜਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਦੁਆਰਾ ਬੇਨਤੀ ਨਾ ਕੀਤੀਆਂ ਵੱਖਰੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿੱਲ ਕੀਤੀਆਂ ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਫੀਸਾਂ ਜਾਂ ਐਂਬੂਲੈਂਸ ਆਵਾਜਾਈ ਲਈ ਹਨ। ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੁਰਲੱਭ ਸਥਿਤੀਆਂ ਵਿੱਚ ਜਦੋਂ ਕਾਉਂਟੀ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਦੇ ਬਾਹਰ ਦਾ ਰੈਫਰਲ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਮੁੱਖ ਮੈਡੀਕਲ ਅਫਸਰ ਜਾਂ ਡਿਜ਼ਾਈਨੀ, ਕਾਉਂਟੀ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਦੇ ਬਾਹਰੋਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤ, ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸਪਲਾਈਆਂ ਲਈ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੂੰ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹਨ।

B. ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਵਸਨੀਕਾਂ ਲਈ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਗੁੰਜਾਇਸ਼

1. ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਵਸਨੀਕਾਂ ਲਈ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਸ ਮਹੀਨੇ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਦਿਨ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦਿਆਂ ਇੱਕ-ਸਾਲ ਦੀ ਮਿਆਦ ਲਈ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ ਨੇ ਆਪਣੀ ਮੁੱਕਮਲ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂ ਛੋਟ ਵਾਲੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਕਿਆਸੀ ਭਰਤੀ ਲਈ ਪਾਤਰ ਬਣਿਆ, ਜਾਂ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਐਪੀਸੋਡ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਦਿਨ ਨੂੰ ਜਿਸ ਦੇ ਨਾਲ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਮੁੱਕਮਲ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਜਾਂ ਛੋਟ ਵਾਲੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਕਿਆਸੀ ਭਰਤੀ ਸਬੰਧ ਰੱਖਦੀ ਹੈ, ਸਿਵਾਏ ਜੇ ਉਹ ਸਾਲ ਖਤਮ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੱਡਾ ਬਦਲਾਵ ਹੁੰਦਾ ਹੈ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਲਈ ਇੱਕ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾਕਰਤਾ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਤੀਜੀ-ਧਿਰ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਸਰੋਤ ਤੋਂ ਤੀਜੀ-ਧਿਰ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਪਾਤਰ ਬਣਨਾ)। Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਡਿਜ਼ਾਈਨੀ ਕੋਲ, ਚੰਗੇ ਕਾਰਨ ਦਿਖਾਏ ਜਾਣ 'ਤੇ, ਵਾਧੂ ਛੋਟ ਦੇਣ ਦਾ ਵਿਵੇਕ ਵੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
2. ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਜਾਂ ਤਾਂ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੂੰ ਨਵਿਆਉਣ ਦੀ ਅਰਜ਼ੀ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਕੇ ਜਾਂ ਫਿਰ ਛੁੱਟ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਸੰਭਾਵਿਤ ਦਾਖਲੇ ਲਈ ਮੁੜ-ਪਾਤਰ ਹੋਣ ਦੁਆਰਾ ਢੁਕਵੇਂ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਲਾਨਾ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਮੁੜ-ਅਰਜ਼ੀ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨੀ ਹੋਏਗੀ।
3. ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਸੱਠ (60) ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਜਦੋਂ ਬਦਲਾਵ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਸੇਵਾ ਦੇ ਅਗਲੇ ਬਿੰਦੂ 'ਤੇ, ਜੇ ਵੀ ਪਹਿਲਾਂ ਹੋਵੇ, ਆਪਣੀ ਯੋਗਤਾ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਆਮਦਨੀ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ, ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਜਾਂ ਦੂਜੀ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗਤਾ, ਪਰਿਵਾਰਕ ਰਚਨਾ, ਅਤੇ/ਜਾਂ ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚਿਆਂ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ) ਵਿੱਚ ਵੱਡੇ ਬਦਲਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ। ਕਾਉਂਟੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਰਾਖਵਾਂ ਰੱਖਦੀ ਹੈ।
4. ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਆਪਣੀ ਯੋਗਤਾ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੱਡੇ ਬਦਲਾਵ ਬਾਰੇ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਖ਼ਬਰ ਦੇਣ ਲਈ ਅਸਫਲ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਬਦਲਾਵ ਦੇ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਕੇ ਪਿਛਲੀ ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਮਿਤੀ ਅਨੁਸਾਰ ਸਮਾਪਤ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

C. ਗੈਰ-ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਵਸਨੀਕਾਂ ਲਈ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਗੁੰਜਾਇਸ਼

1. ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਅਤੇ ਉਚੇਰੀ ਮੈਡੀਕਲ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ ਜੋ ਗੈਰ-ਕਾਉਂਟੀ ਨਿਵਾਸੀ ਹਨ, ਉਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੈਂਟਾ ਕਲਾਰਾ ਕਾਉਂਟੀ ਸਹੂਲਤਾਂ ਵਿੱਚ ਗੈਰ-ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ। ਉਨ੍ਹਾਂ ਸਹੂਲਤਾਂ ਵਿੱਚ ਜਿੱਥੇ ਵਧੇਰੇ ਸਮਰੱਥਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਗੈਰ-ਕਾਉਂਟੀ ਨਿਵਾਸੀ ਗੈਰ-ਆਪਾਤਕਾਲੀਨ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।
2. ਗੈਰ-ਕਾਉਂਟੀ ਨਿਵਾਸੀ ਜੋ, ਕਾਉਂਟੀ ਦੀਆਂ ਸਹੂਲਤਾਂ 'ਤੇ, ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੋੜੀਂਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ

ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਜੇ ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਜਾਂ ਉਚੇਰੀ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ ਹਨ, ਉਹ ਉਨ੍ਹਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ 'ਤੇ 100% ਰਾਈਟ-ਆਫ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹਨ ਜੋ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਪੱਧਰ 'ਤੇ ਜਾਂ ਇਸਦੇ 400% ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ।

3. ਪਾਤਰ ਬਣਦੇ ਨੌਨ-ਕਾਉਂਟੀ ਵਸਨੀਕ ਸਿਰਫ਼ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਉਸ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਐਪੀਸੋਡ ਲਈ ਪਾਤਰ ਬਣ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਨਾ ਕਿ ਨਿਰੰਤਰ, ਇੱਕ-ਸਾਲ ਉੱਤੇ ਆਧਾਰਿਤ। Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਡਿਜ਼ਾਈਨੀ ਕੋਲ, ਚੰਗੇ ਕਾਰਨ ਦਿਖਾਏ ਜਾਣ ਤੇ, ਵਾਧੂ ਛੇਟ ਦੇਣ ਦਾ ਵਿਵੇਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

D. ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾਵਾਂ

1. ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਜੋ ਇਸ ਨੀਤੀ ਦੇ ਤਹਿਤ ਅੰਸ਼ਕ ਛੇਟ ਲਈ ਪਾਤਰ ਬਣਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਲੰਮੀ-ਮਿਆਦ ਦੀ, ਵਿਆਜ-ਰਹਿਤ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਸਥਾਪਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਆਖ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਛੇਟ ਕੀਤੀ ਕੀਮਤ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਮਿਲੇ।
2. ਕਾਉਂਟੀ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਉੱਤੇ ਸੌਦੇਬਾਜ਼ੀ ਕਰਨਗੇ। ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਨਾਲ ਮੁਨਾਸਬ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਉੱਤੇ ਸੌਦੇਬਾਜ਼ੀ ਕਰਨ ਵਿੱਚ, ਕਾਉਂਟੀ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਰਹਿਣ-ਸਹਿਣ ਦੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਖਰਚਿਆਂ ਉੱਤੇ ਸੋਚ-ਵਿਚਾਰ ਕਰੇਗੀ। “ਰਹਿਣ-ਸਹਿਣ ਦੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਖਰਚੇ” ਦਾ ਮਤਲਬ ਕਿਰਾਏ ਜਾਂ ਘਰ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਅਤੇ ਰਖ-ਰਖਾਅ, ਭੋਜਨ ਅਤੇ ਘਰੇਲੂ ਸਪਲਾਈਆਂ, ਉਪਯੋਗਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਟੈਲੀਫੋਨ, ਕੱਪੜੇ, ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ, ਬੀਮਾ, ਸਕੂਲ ਜਾਂ ਬੱਚੇ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ, ਬੱਚੇ ਜਾਂ ਪਤੀ-ਪਤਨੀ ਦਾ ਸਮਰਥਨ, ਆਵਾਜਾਈ ਅਤੇ ਆਟੋ ਦੇ ਖਰਚੇ, ਜਿਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਬੀਮਾ, ਗੈਸ, ਅਤੇ ਮੁਰੰਮਤ, ਕਿਸ਼ਤਾਂ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ, ਲਾਂਡਰੀ ਅਤੇ ਸਫ਼ਾਈ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਅਤੇ ਦੂਜੇ ਅਸਧਾਰਨ ਖਰਚਿਆਂ ਤੋਂ ਹੈ।
3. ਜੇ ਕਾਉਂਟੀ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਇੱਕ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਉੱਤੇ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਅਜਿਹੇ ਮਾਸਿਕ ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਜੋ ਰਹਿਣ-ਸਹਿਣ ਦੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਖਰਚਿਆਂ ਲਈ ਕਟੌਤੀਆਂ ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਕੱਢ ਕੇ ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਦੇ 10 ਪ੍ਰਤੀਸ਼ਤ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਇੱਕ ਮੁਨਾਸਬ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਕੈਲੀਫਾਰਨੀਆ ਹੈਲਥ ਐਂਡ ਸੇਫਟੀ ਕੋਡ ਸੈਕਸ਼ਨ 127400 ਦੇ ਉਪ-ਵਿਭਾਗ (i) ਵਿੱਚ ਵਰਣਨ ਕੀਤੇ ਫਾਰਮੂਲੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੇਗੀ।

E. ਅਪੀਲਾਂ

1. ਕਾਉਂਟੀ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਮੁਕੰਮਲ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਫੈਸਲਾ ਜਾਰੀ ਕਰੇਗੀ। ਫੈਸਲੇ ਵਿੱਚ ਇਸ ਬਾਰੇ ਹਿਦਾਇਤਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣਗੀਆਂ ਕਿ ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਇਨਕਾਰ ਲਈ ਅਪੀਲ ਕਿਵੇਂ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਦੀ ਸਮੇਂ-ਸੀਮਾ ਕੀ ਹੈ।

2. ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਜਿਸਨੂੰ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਉਹ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨ ਦੀ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਅਪੀਲ ਵਿੱਚ ਅਪੀਲ ਅਤੇ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਰਾਹਤ ਦਾ ਆਧਾਰ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਅਪੀਲ ਫਾਰਮ <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> 'ਤੇ ਔਨਲਾਈਨ ਜਾਂ Patient Access ਨਾਲ (877) 967-4677 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰਕੇ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।
3. ਇਨਕਾਰ ਕਰਨ ਦੇ ਤੀਹ (30) ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਪਤੇ 'ਤੇ ਅਪੀਲਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣੀਆਂ ਚਾਹੀਦੀਆਂ ਹਨ:

County of Santa Clara Health System Patient Business
Services 5750 (ਸੈਂਟਾ ਕਲੈਰਾ ਕਾਉਂਟੀ ਹੈਲਥ ਸਿਸਟਮ ਮਰੀਜ਼ ਵਪਾਰ ਸੇਵਾਵਾਂ)
Fontanoso Way, 1st Floor

San José, CA 95138
ਧਿਆਨ ਦਿਓ: Revenue Cycle Director (ਰੇਵੇਨਿਊ ਸਾਈਕਲ ਡਾਇਰੈਕਟਰ)

4. The Revenue Cycle Director ਸਾਰੀਆਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਅਪੀਲਾਂ ਦਾ ਅਪੀਲ ਫਾਰਮ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ ਤੀਹ (30) ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਫੈਸਲਾ ਕਰੇਗਾ।
5. ਜੇ Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਡਿਜ਼ਾਈਨੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਇਨਕਾਰ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਮਰੀਜ਼ ਦੂਜੀ ਲਿਖਤੀ ਅਪੀਲ ਦਰਜ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕੋਈ ਵੀ ਦੂਜੀ ਅਪੀਲ, County of Santa Clara Health System ਦੇ ਮੁੱਖ ਵਿੱਤੀ ਅਧਿਕਾਰੀ ਦੁਆਰਾ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਪਤੇ 'ਤੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਅਪੀਲ ਨਾਮਨਜ਼ੂਰ ਹੋਣ ਦੇ ਤੀਹ (30) ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ:

County of Santa Clara Health System Finance
Department 2325 Enborg Lane, Suite 360B
San José, CA 95128
ਧਿਆਨ ਦਿਓ: Chief Financial Officer (ਮੁੱਖ ਵਿੱਤੀ ਅਫਸਰ)

6. Chief Financial Officer ਤੀਹ (30) ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਸਾਰੀਆਂ ਦੂਜੀਆਂ ਅਪੀਲਾਂ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰੇਗਾ।
7. ਦੂਜੀ ਅਪੀਲ 'ਤੇ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਫੈਸਲਾ ਅੰਤਿਮ ਹੋਵੇਗਾ।

F. ਸੂਚਿਤ ਕਰਨ ਦੀਆਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ

1. ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ ਅਤੇ ਅਟੈਚਮੈਂਟਾਂ, ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਹੁੰਚ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਵਿਭਾਗ (Department of Health Care Access and Information, HCAI) ਨੂੰ ਘੱਟੋ ਘੱਟ 1 ਜਨਵਰੀ ਨੂੰ ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਵੀ ਕੋਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਸੋਧ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਏਗੀ।
2. ਉਸ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ ਜਦੋਂ ਪਿਛਲੀ ਵਾਰ ਦਰਜ ਕਰਨ ਦੇ ਬਾਅਦ ਤੋਂ ਕੋਈ ਵੱਡੀ ਸੁਧਾਈ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ, ਤਾਂ HCAI ਨੂੰ ਖ਼ਬਰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ਕਿ ਕੋਈ ਵੱਡੀ ਸੁਧਾਈ ਨਹੀਂ ਹੋਈ ਹੈ।

ਨੀਤੀ ਦਾ ਪਿਛੋਕੜ:

ਇਸ ਨੀਤੀ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨਾ ਹੈ:

- California Hospital Fair Pricing Policies (ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਹਸਪਤਾਲ ਫੇਅਰ ਪ੍ਰਾਈਸਿੰਗ ਪਾਲਿਸੀਜ਼) (HFFP) ਕਾਨੂੰਨ, ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕੋਡ § 127400 *et seq.*
- California Emergency Physician Fair Pricing Policies (ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਫਿਜ਼ੀਸ਼ੀਅਨ ਫੇਅਰ ਪ੍ਰਾਈਸਿੰਗ ਪਾਲਿਸੀਜ਼) (EPFPP) ਕਾਨੂੰਨ, ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕੋਡ § 127450 *et seq.*

ਇਹ ਨੀਤੀ ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ Charity Care (ਚੈਰਿਟੀ ਕੇਅਰ) ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦਾ ਗਠਨ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਨੀਤੀ ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਸਾਰੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ 'ਤੇ ਨਿਰੰਤਰ ਲਾਗੂ ਕੀਤੀ ਜਾਏਗੀ।

ਇਹ ਨੀਤੀ ਸਿਰਫ ਕਾਉਂਟੀ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਵੱਲੋਂ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਸਿਹਤ-ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਵਰਤਮਾਨ ਸੂਚੀ ਅੱਗੇ ਦਿੱਤੇ "Find A Provider (ਇੱਕ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਲੱਭੋ)" ਪੰਨਿਆਂ ਦੁਆਰਾ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀ ਹੈ: <https://www.scvmc.org/find-provider> (Santa Clara Valley Medical Center), <https://och.sccgov.org/find-provider> (O'Connor Hospital), ਅਤੇ <https://slrh.sccgov.org/find-provider> (St. Louise Regional Hospital). ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਅਤੇ ਕਲੀਨਿਕਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਸੂਚੀ ਇੱਥੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ: <https://www.scvmc.org/find-health-center>।

ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਦੁਆਰਾ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਹੈਲਥ ਐਂਡ ਸੇਫਟੀ ਕੋਡ ਸੈਕਸ਼ਨ 127450 ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਡਾਕਟਰ, ਜੋ ਕਾਉਂਟੀ ਦੀਆਂ ਸਹੂਲਤਾਂ 'ਤੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਨੂੰ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ ਅਜਿਹੇ ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਅਤੇ ਉਚੇਰੀ ਮੈਡੀਕਲ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਛੋਟ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ ਜੋ ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਪੱਧਰ ਦੇ 400% ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹਨ।

County of Santa Clara Health System ਦੀਆਂ ਖਰੀਦਾਰੀ ਯੋਗ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਸੂਚੀ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ <https://www.scvmc.org/patients-visitors/services/shoppable-servicesestimate->

[potential-charges](#) 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਇਹ ਨੀਤੀ ਕਾਉਂਟੀ ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨਕਰਤਾ ਦੁਆਰਾ ਅਤੇ ਦਰਮਿਆਨ ਕਿਸੇ ਸਮਝੌਤੇ ਦੀਆਂ ਵਿਵਸਥਾਵਾਂ ਜਾਂ ਦਰਾਂ ਵਿੱਚ ਛੋਟ ਜਾਂ ਬਦਲਾਵ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ, ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਇਹ ਗੈਰ-ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਵਾਲੇ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਦੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਨੂੰ ਛੋਟ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੀ ਹੈ ਜੋ ਕਾਊਂਟੀ ਤੋਂ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਲਾਭਪਾਤਰੀ, ਕਵਰ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਬੀਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਤਰਫੋਂ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹਨ। ਇਹ ਨੀਤੀ ਉਹਨਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀਆਂ ਦੁਆਰਾ ਲਗਾਏ ਗਏ ਕਟੌਤੀ, ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨਾਂ, ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸਹਿ-ਬੀਮੇ ਦੀ ਨਿਯਮਤ ਛੋਟ ਦੀ ਆਗਿਆ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੀ ਜੋ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹਨ।

ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ:

ਇਸ ਨੀਤੀ ਦੇ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਬਾਰੇ ਪ੍ਰਸ਼ਨ ਮਰੀਜ਼ ਪਹੁੰਚ ਨਿਰਦੇਸ਼ਕ ਨੂੰ ਨਿਰਦੇਸ਼ਤ ਕੀਤੇ ਜਾਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ: 770 South Bascom Avenue, San José, CA 95128 ਜਾਂ (866) 967-4677.

ਇਹ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਹੁਣ-ਅਮਾਨਿਤ ਨੀਤੀਆਂ ਦੀ ਥਾਂ ਲੈਂਦੀ ਹੈ: VMC#924.0 Sliding Scale; HHS#735.0 Ability to Pay Determination (APD) Program; O'Connor Hospital #4765025 Financial Assistance Policy; and St. Louise Regional Hospital #5424657 Financial Assistance Policy.

ਇਹ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ ਆਖਰੀ ਵਾਰ 8 ਦਸੰਬਰ, 2022 ਨੂੰ ਅਪਡੇਟ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ।

ਅਟੈਚਮੈਂਟ ਏ

2022 ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਪੱਧਰਾਂ ਦਾ ਚਾਰਟ

2022 ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਦੇ ਪੱਧਰ							
ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਆਕਾਰ	100% ਛੋਟਾ	70% ਛੋਟਾ		50% ਛੋਟਾ		25% ਛੋਟਾ	
	Up to 400% FPL	401%	449%	450%	549%	550%	649%
1	\$4,530	\$4,531	\$5,096	\$5,097	\$6,228	\$6,229	\$7,361
	\$54,360	\$54,361	\$61,154	\$61,155	\$74,744	\$74,745	\$88,334
2	\$6,103	\$6,104	\$6,866	\$6,867	\$8,391	\$8,392	\$9,917
	\$73,240	\$73,241	\$82,394	\$82,395	\$100,704	\$100,705	\$119,014
3	\$7,677	\$7,678	\$8,636	\$8,637	\$10,555	\$10,556	\$12,474
	\$92,120	\$92,121	\$103,634	\$103,635	\$126,664	\$126,665	\$149,694
4	\$9,250	\$9,251	\$10,406	\$10,407	\$12,718	\$12,719	\$15,031
	\$111,000	\$111,001	\$124,874	\$124,875	\$152,624	\$152,625	\$180,374
5	\$10,823	\$10,824	\$12,176	\$12,177	\$14,881	\$14,882	\$17,587
	\$129,880	\$129,881	\$146,114	\$146,115	\$178,584	\$178,585	\$211,054
6	\$12,397	\$12,398	\$13,946	\$13,947	\$17,044	\$17,045	\$20,144
	\$148,760	\$148,761	\$167,354	\$167,355	\$204,544	\$204,545	\$241,734
7	\$13,970	\$13,971	\$15,716	\$15,717	\$19,208	\$19,209	\$22,701
	\$167,640	\$167,641	\$188,594	\$188,595	\$230,504	\$230,505	\$272,414
8	\$15,543	\$15,544	\$17,486	\$17,486	\$21,371	\$21,372	\$25,257
	\$186,520	\$186,521	\$209,834	\$209,835	\$256,464	\$256,465	\$303,094



COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

ਮਿਤੀ: 8 ਦਸੰਬਰ, 2022

ਸੇਵਾ ਵਿਖੇ: County of Santa Clara Health System
ਕਾਰਜਕਾਰੀ ਲੀਡਰਸ਼ਿਪ ਗਰੁੱਪ

ਇਹਨਾਂ ਵਲੋਂ: René G. Santiago, ਡਿਪਟੀ ਕਾਉਂਟੀ ਕਾਰਜਕਾਰੀ ਅਧਿਕਾਰੀ ਅਤੇ
ਡਾਇਰੈਕਟਰ, County of Santa Clara Health System

ਵਿਸ਼ਾ: ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ ਉਗਰਾਹੀ ਨੀਤੀ

ਹਵਾਲੇ: Cal. Health & Safety Code, §§ 127400–127462
Cal. Civ. Code, §§ 1788–1788.33
15 U.S.C. §§ 1692–1692p
CSCHS Policy #715.0 (Healthcare Access Program)

ਪਰਿਭਾਸ਼ਾਵਾਂ:

- ਮਰੀਜ਼:** ਇਸ ਨੀਤੀ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ, ਮਰੀਜ਼ ਵਿੱਚ ਅਜਿਹਾ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਜਿਸਨੇ CSCHS ਤੋਂ ਅਤੇ, ਜੇ ਸਮਾਨ ਵਿਅਕਤੀ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਗਾਰੰਟਰ ਤੋਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਵਸਤਾਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀਆਂ ਹਨ।
- ਗਾਰੰਟਰ:** ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਜਿਸਨੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਕਰਜ਼ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਲਈ ਵਿੱਤੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਸਵੀਕਾਰ ਕੀਤੀ ਹੈ।
- ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਕਰਜ਼:** ਰਕਮ ਜੋ ਮਰੀਜ਼ ਨੇ CSCHS ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਵਸਤਾਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਦੇਣੀ ਹੈ।
- DTAC:** County of Santa Clara's Department of Tax and Collections (ਕਾਉਂਟੀ ਔਫ਼ ਸਾਂਟਾ ਕਲਾਰਾ ਦਾ ਕਰ ਅਤੇ ਉਗਰਾਹੀ ਵਿਭਾਗ), ਜੋ CSCHS ਦੇ ਵਲੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਕਰਜ਼ ਇਕੱਤਰ ਕਰਦਾ ਹੈ।
- ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ:** CSCHS ਦੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਦੇ ਤਹਿਤ CSCHS ਦੁਆਰਾ

ਅਧਿਕਾਰਤ ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ ਉੱਤੇ ਪੂਰੀ ਜਾਂ ਅੰਸ਼ਕ ਛੋਟ।

6. **CSCHS ਪਾਲਿਸੀ #715.0 ਜਾਂ CSCHS ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ:** ਇੱਕ ਵੱਖਰੀ ਨੀਤੀ ਜੋ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਪਹੁੰਚ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ Healthcare Access Program (HAP) ਵਜੋਂ ਵੀ ਜਾਣੇ ਜਾਂਦੇ CSCHS ਦੇ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਘੱਟ ਜਾਂ ਮੱਧਮ ਆਮਦਨੀ ਵਾਲੇ ਕੁਝ ਖਾਸ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ CSCHS ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਵਸਤਾਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉੱਤੇ ਛੋਟ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਇਹ CSCHS ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ: <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> 'ਤੇ ਔਨਲਾਈਨ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਲੋਕੀ CSCHS Patient Access Department ਨਾਲ (866) 967-4677 'ਤੇ (ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5 ਵਜੇ, ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ) ਕਾਲ ਕਰਕੇ CSCHS ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ ਦੀ ਇੱਕ ਨਕਲ ਵੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਪਿਛੋਕੜ:

ਇਸ ਨੀਤੀ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ County of Santa Clara Health System (CSCHS) ਨੂੰ ਦੇਣ ਯੋਗ ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ ਦੀ ਉਗਰਾਹੀ ਲਈ ਮਿਆਰਾਂ ਅਤੇ ਅਭਿਆਸਾਂ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰਨਾ ਹੈ।

ਨੀਤੀ:

ਇਹ CSCHS ਦੀ ਨੀਤੀ ਹੈ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਤਰੀਕੇ ਵਿੱਚ ਬਿੱਲ ਭੇਜੇ ਜੋ ਸਟੀਕ, ਸਮੇਂ ਸਿਰ, ਅਤੇ ਲਾਗੂ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਅਤੇ ਕਾਇਮੀਆਂ ਦੇ ਨਾਲ ਇਕਸਾਰ ਹੋਵੇ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ California Health and Safety Code (ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕੋਡ), California Civil Code (ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਸਿਵਲ ਕੋਡ), ਅਤੇ United States Code (ਯੂਨਾਈਟਿਡ ਸਟੇਟਸ ਕੋਡ) ਦੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਪ੍ਰਾਵਧਾਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਪਰ ਇਹਨਾਂ ਤਕ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਕਾਰਜਵਿਧੀ:

ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਧਿਰ

CSCHS Patient Business Services

ਕਾਰਵਾਈ

1. CSCHS ਮੁੱਖ ਵਿੱਤੀ ਅਧਿਕਾਰੀ ਦੇ ਇਖਤਿਆਰ ਤਹਿਤ, CSCHS ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਵਸਤਾਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਦੁਆਰਾ ਕਰਜ਼ ਲਿੱਤੀ ਰਕਮ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਅਨੁਸਰਣ CSCHS ਕਰੇਗਾ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਨਾ ਮਿਲਣ ਵਾਲੇ ਪੈਸਿਆਂ ਵਜੋਂ ਮਨੋਨੀਤ ਕੀਤੀਆਂ ਭੁਗਤਾਨ-ਰਹਿਤ ਰਕਮਾਂ ਅਤੇ ਉਗਰਾਹੀ ਲਈ DTAC ਨੂੰ ਅਜਿਹੀਆਂ ਰਕਮਾਂ ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦੇਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਉਗਰਾਹੀ ਦੀਆਂ ਕਾਰਵਾਈਆਂ CSCHS ਦੇ ਅਤੇ DTAC ਦੇ ਵਿਵੇਕ 'ਤੇ ਪੂਰੀਆਂ

ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣਗੀਆਂ ਅਤੇ ਸਾਰੇ ਲਾਗੂ ਰਾਜ ਅਤੇ ਸੰਘੀ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਅਤੇ ਕਾਇਮੀਆਂ ਦਾ ਪਾਲਣ ਕਰਨਗੀਆਂ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ California Hospital Fair Pricing Policies ਕਾਨੂੰਨ (California Health and Safety Code, ਸੈਕਸ਼ਨ 127400 *et seq.*), Emergency Physician Fair Pricing Policies ਕਾਨੂੰਨ (California Health and Safety Code, ਸੈਕਸ਼ਨ 127450 *et seq.*), Rosenthal Fair Debt Collection Practices Act (California Civil Code, ਸੈਕਸ਼ਨ 1788 *et seq.*), ਅਤੇ ਸੰਘੀ Fair Debt Collection Practices Act (United States Code, ਟਾਈਟਲ 15, ਸੈਕਸ਼ਨ 1692 *et seq.*) ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।

2. CSCHS ਨੂੰ DTAC ਵਲੋਂ ਇੱਕ ਲਿਖਤ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਵੇਗਾ ਕਿ DTAC ਇਸ ਨੀਤੀ ਦਾ ਆਪਣੇ ਵਲੋਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪਾਲਣ ਕਰੇਗਾ। ਲਿਖਤ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਦਾ ਅਰਥ CSCHS ਅਤੇ DTAC ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਇੱਕ ਸਾਂਝੇ ਵਪਾਰ ਦਾ ਨਿਰਮਾਣ ਕਰਨ ਵਜੋਂ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਤਰ੍ਹਾਂ DTAC ਦੇ CSCHS ਸ਼ਾਸਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਵਜੋਂ ਨਹੀਂ ਕੱਢਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।
3. DTAC ਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦੇਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, CSCHS ਹੇਠ ਲਿਖਿਆ ਸਾਰਾ ਕੁਝ ਕਰੇਗਾ:
 - a. ਕਾਉਂਟੀ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਤੋਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਦੇ ਸਾਰੀਆਂ ਮੁਨਾਸਬ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਕਰੇਗੀ ਕਿ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਜਾਂ ਪਬਲਿਕ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਜਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤੀ CSCHS ਦੁਆਰਾ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਖਰਚਿਆਂ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਵਰ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਅੰਸ਼ਕ ਤੌਰ 'ਤੇ।
 - b. ਅਜਿਹੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਜੋ ਕਿਸੇ ਤੀਜੀ-ਧਿਰ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨਕਰਤਾ ਦੁਆਰਾ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਦਿਖਾਉਂਦੇ, ਜਾਂ ਜੋ ਛੋਟ ਵਾਲੀ ਕੀਮਤ ਜਾਂ ਚੈਰਿਟੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦੇ ਹਨ, Medi-Cal ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਜਾਂ ਰਾਜ- ਜਾਂ ਕਾਉਂਟੀ-ਦੁਆਰਾ-ਫੰਡ ਕੀਤੇ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨਾ।

- c. ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ CSCHS ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਚਾਰ (4) ਖਾਤੇ ਦੀਆਂ ਸਟੇਟਮੈਂਟਾਂ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜ ਕੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਵਿੱਤੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਦੇਣਾ।
- d. ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਸੇਵਾ ਦੀ ਮਿਤੀ(ਆਂ) ਨੂੰ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਛੇਤੀ ਹੀ, ਬਿੱਲਿੰਗ ਦੇ ਸਮੇਂ 'ਤੇ, ਅਤੇ DTAC ਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦੇਣ ਤੋਂ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 30 ਦਿਨ ਪਹਿਲਾਂ, CSCHS ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ ਅਤੇ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਕੇ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਉਪਲਬਧ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਵਿਕਲਪਾਂ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਦੇਣਾ।
- e. ਕਦਮ ਪੁੱਟਣਾ, ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ CSCHS Patient Access Department ਦੇ ਨਾਲ ਉਪਲਬਧ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਵਿਕਲਪਾਂ ਬਾਰੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਜੋ ਉਹਨਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ Medi-Cal, ਸਰਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਫੰਡ ਕੀਤੀ ਹੋਰ ਸਿਹਤ-ਦੇਖਭਾਲ ਕਵਰੇਜ, ਅਤੇ, Healthcare Access Program, ਜਿਵੇਂ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ, ਲਈ ਅਰਜ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ।
- f. DTAC ਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦੇਣ ਤੋਂ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 60 ਦਿਨ ਪਹਿਲਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਇੱਕ ਨੋਟਿਸ ਭੇਜਣਾ—ਜਿਸ ਨੂੰ ਉੱਝ "ਗੁੱਡਬਾਇ ਲੈਟਰ" ਵਜੋਂ—ਜਾਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਵੇਗਾ:
 - i. ਉਸ ਬਿੱਲ ਦੀ ਸਰਵਿਸ ਦੀ ਮਿਤੀ(ਆਂ) ਜੋ DTAC ਨੂੰ ਭੇਜਿਆ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ;
 - ii. DTAC ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ;
 - iii. ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਸੂਚਨਾ ਦੇ ਰਹੀ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਕਿ CSCHS ਵਲੋਂ ਵਸਤੂ ਅਨੁਸਾਰ ਬਿੱਲ ਕਿਵੇਂ ਹਾਸਲ ਕਰਨਾ ਹੈ;

- iv. ਸੇਵਾ ਦੇ ਸਮੇਂ 'ਤੇ CSCHS ਦੇ ਨਾਲ ਰਿਕਾਰਡ ਉੱਤੇ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ ਲਈ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਕਿਸਮ, ਜਾਂ ਇੱਕ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਕਿ CSCHS ਕੋਲ ਅਜਿਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਹੀਂ ਹੈ;
 - v. CSCHS ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਇੱਕ ਨਕਲ; ਅਤੇ
 - vi. ਮਿਤੀ(ਆਂ) ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਬਾਰੇ ਨੋਟਿਸ ਭੇਜਿਆ ਗਿਆ ਸੀ, ਮਿਤੀ(ਆਂ) ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਅਰਜ਼ੀ ਭੇਜੀ ਗਈ ਸੀ, ਅਤੇ ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ, ਮਿਤੀ ਜਦੋਂ CSCHS ਨੇ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਅਰਜ਼ੀ ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਫੈਸਲਾ ਲਿਆ।
- g. DTAC ਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ (Patient Debt) ਭੇਜਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਬਿਲਿੰਗ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 180 ਦਿਨ ਉਡੀਕ ਕਰਨਾ।
4. ਇੱਕ ਵਾਰ ਉਪਰੋਕਤ ਪੈਰਾਗ੍ਰਾਫ (3) ਵਿੱਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੇ ਕਦਮ ਪੂਰੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, CSCHS ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਇੱਕ ਜਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਉਗਹਾਰੀ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਦਾ ਅਨੁਪਾਲਣ ਕਰਨ ਲਈ DTAC ਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ:
- a. ਮਿਆਰੀ ਉਗਹਾਰੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਰੁੱਝਣਾ ਜਿਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਬਿੱਲਿੰਗ ਸਟੇਟਮੈਂਟਾਂ, ਲਿਖਤ ਪੱਤਰ-ਵਿਹਾਰ, ਅਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਾਲਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਪਰ ਇਹਨਾਂ ਤਕ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ;
 - b. ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਖਿਲਾਫ਼ ਇਸ ਤਰੀਕੇ ਵਿੱਚ ਨਾਗਰਿਕ ਕਾਰਵਾਈ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨਾ ਜੇ ਲਾਗੂ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦਾ ਅਨੁਪਾਲਣ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਇੱਕ ਲਿਖਤ ਇੰਟਰਏਜੰਸੀ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਦੇ ਦੁਆਰਾ,

CSCHS ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਏਗਾ ਕਿ DTAC ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਖਿਲਾਫ਼ ਨਾਗਰਿਕ ਕਾਰਵਾਈ ਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਜੇ ਅਜਿਹੀਆਂ ਵਸਤਾਂ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਪੀਲ ਲੰਬਤ ਹੈ ਜਿਸ ਵਾਸਤੇ ਉਹਨਾਂ ਨੇ CSCHS ਤੋਂ ਬਿੱਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤਾ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ California Health and Safety Code, ਸੈਕਸ਼ਨ 127426, ਉਪ-ਵਿਭਾਗ (b) ਵਿੱਚ ਪਰਿਭਾਸ਼ਿਤ ਹੈ), ਜਦੋਂ ਤਕ ਉਸ ਅਪੀਲ ਦਾ ਅੰਤਿਮ ਫੈਸਲਾ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ, ਜੋ ਮਰੀਜ਼ CSCHS ਅਤੇ DTAC ਦੇ ਨਾਲ ਕਿਸੇ ਲੰਬਤ ਅਪੀਲਾਂ ਦੀ ਤਰੱਕੀ ਬਾਰੇ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਨ ਦੀ ਮੁਨਾਸਬ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਲੰਬਤ ਅਪੀਲ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦੀਆਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤਾਂ, Department of Managed Health Care (ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿਭਾਗ) ਜਾਂ Department of Insurance (ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ) ਦੁਆਰਾ ਸੰਚਾਲਿਤ ਸੁਤੰਤਰ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਸਮੀਖਿਆਵਾਂ, Medi-Cal ਨਿਰਪੱਖ ਸੁਣਵਾਈਆਂ, ਅਤੇ Medicare ਅਪੀਲਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਜਿਹਨਾਂ ਦਾ ਵਰਣਨ California Health and Safety Code, section 127426, ਉਪ-ਵਿਭਾਗ (b) ਵਿੱਚ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

5. ਇੱਕ ਲਿਖਤ ਇੰਟਰਏਜੰਸੀ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਦੁਆਰਾ, CSCHS ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਏਗਾ ਕਿ ਅਜਿਹੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੇ ਨਾਲ ਜੋ ਦਰਸਾ ਰਿਹਾ ਹੈ ਕਿ ਉਗਰਾਹੀ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, DTAC ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਇੱਕ ਨੋਟਿਸ ਭੇਜੇਗਾ ਜਿਸ ਵਿੱਚ Hospital Fair Pricing Policies ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ, Rosenthal Fair Debt Collection Practices Act, ਅਤੇ ਸੰਘੀ Fair Debt Collection Practices Act ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਦਾ ਸਰਲ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਾਰ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਵੇਗੀ ਕਿ ਗੈਰ-ਮੁਨਾਫ਼ਾ ਉਧਾਰ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ, Health and Safety Code ਸੈਕਸ਼ਨ 127430 ਦੇ ਅਨੁਰੂਪ ਉਪਲਬਧ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ; ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਨਾਲ ਪਹਿਲੇ ਲਿਖਤ ਸੰਚਾਰ ਵਿੱਚ, DTAC ਗੁੱਡਬਾਇ ਲੈਟਰ ਦੀ ਇੱਕ ਨਕਲ ਅਤੇ ਇੱਕ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੇਗਾ ਕਿ ਉਸ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 180 ਤੋਂ

ਜ਼ਿਆਦਾ ਦਿਨ ਲੰਘ ਗਏ ਹਨ ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਬਿੱਲ ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ ਜੋ ਕਰਜ਼ ਦਾ ਆਧਾਰ ਸੀ, ਕਿ DTAC ਕਰਜ਼ ਦੀ ਉਗਰਾਹੀ ਕਰਨ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਖਿਲਾਫ਼ ਮੁਕੱਦਮਾ ਚਲਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ DTAC ਉਧਾਰ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਏਜੰਸੀ ਨੂੰ ਪ੍ਰਤੀਕੂਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ।

6. CSCHS ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਉਗਰਾਹੀ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ:

- a. ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ ਬਾਰੇ ਪ੍ਰਤੀਕੂਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਇੱਕ ਉਪਭੋਗਤਾ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਰਿਪੋਰਟਿੰਗ ਏਜੰਸੀ ਜਾਂ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਬਿਊਰੋ ਨੂੰ ਦੇਣਾ;
- b. ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਕਰਜ਼ ਨੂੰ ਕਰਜ਼ ਖਰੀਦਾਰ ਨੂੰ ਵੇਚਣਾ;
- c. ਪਿਛਲੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਇੱਕ ਜਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਬਿੱਲਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਨਾ ਹੋਣ ਕਾਰਨ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨੂੰ ਟਾਲਣਾ ਜਾਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨਾ, ਜਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨਾ;
- d. ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਅਸਲ ਸੰਪੱਤੀ ਉੱਤੇ ਪਾਬੰਦੀ ਲਾ ਦੇਣਾ;
- e. ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ ਜਾਂ ਦੂਜੀ ਨਿੱਜੀ ਸੰਪੱਤੀ ਨੂੰ ਨੱਥੀ ਜਾਂ ਜ਼ਬਤ ਕਰਨਾ; ਜਾਂ
- f. ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਪਾਏ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਮਰੀਜ਼ ਤੋਂ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਨਾ ਕੀਤੇ ਬਿੱਲਾਂ ਨੂੰ ਇਕੱਤਰ ਕਰਨ ਦੇ ਤਰੀਕਿਆਂ ਵਜੋਂ, ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਉੱਤੇ ਵੇਜ ਗਾਰਨਿਸ਼ਮੈਂਟ ਜਾਂ ਹੱਕ-ਰਖਾਈ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨਾ।

7. ਕੋਈ ਵੀ ਮਰੀਜ਼ ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਲਈ ਇੱਕ ਵਿਆਜ-ਰਹਿਤ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਸਥਾਪਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਆਖ ਸਕਦਾ ਹੈ।

- a. ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਨਾਲ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਉੱਤੇ ਸੰਦੇਬਾਜ਼ੀ ਕਰਨ ਵਿੱਚ, CSCHS ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਰਹਿਣ-ਸਹਿਣ ਦੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਖਰਚਿਆਂ ਉੱਤੇ ਸੋਚ-ਵਿਚਾਰ ਕਰੇਗੀ।

- b. ਜੇ CSCHS ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਜੋ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਪਾਤਰ ਬਣਿਆ ਹੈ, ਇੱਕ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਉੱਤੇ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ CSCHS ਅਜਿਹੇ ਮਾਸਿਕ ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਜੋ ਰਹਿਣ-ਸਹਿਣ ਦੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਖਰਚਿਆਂ ਲਈ ਕਟੌਤੀਆਂ ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਕੱਢ ਕੇ ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਦੇ 10 ਪ੍ਰਤੀਸ਼ਤ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਇੱਕ ਮੁਨਾਸਬ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ California Health and Safety Code ਸੈਕਸ਼ਨ 127400 ਦੇ ਉਪ-ਵਿਭਾਗ (i) ਵਿੱਚ ਵਰਣਨ ਕੀਤੇ ਫਾਰਮੂਲੇ ਅਤੇ ਪਰਿਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੇਗੀ।

- c. ਮਰੀਜ਼ ਵਲੋਂ 90-ਦਿਨ ਦੀ ਮਿਆਦ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਸਾਰੇ ਲਗਾਤਾਰ ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਨੂੰ ਕਰਨ ਦੀ ਅਸਫਲਤਾ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਇੱਕ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਬੇਅਸਰ ਘੋਸ਼ਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

- d. ਇੱਕ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਬੇਅਸਰ ਘੋਸ਼ਿਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, CSCHS ਹੇਠ ਲਿਖਿਆ ਕਰੇਗਾ:
 - i. ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਟੈਲੀਫੋਨ ਰਾਹੀਂ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ ਮੁਨਾਸਬ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਕਰਨੀਆਂ, ਲਿਖਤ ਵਿੱਚ ਸੂਚਨਾ ਦੇਣੀ ਕਿ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਬੇਅਸਰ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਡਿਫੋਲਟ ਵਾਲੀ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਦੀ ਮੁੜ-ਸੰਦੇਬਾਜ਼ੀ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਨ ਦੇ ਮੌਕੇ ਬਾਰੇ ਸੂਚਨਾ ਦੇਣਾ।

 - ii. ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਬੇਨਤੀ 'ਤੇ, ਡਿਫੋਲਟ ਵਾਲੀ ਭੁਗਤਾਨ

ਯੋਜਨਾ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ 'ਤੇ ਮੁੜ-ਸੰਦੇਸ਼ਾਜੀ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਨੀ।

- e. CSCHS ਕਿਸੇ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਬੇਅਸਰ ਘੋਸ਼ਿਤ ਹੋਣ ਦੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਖਿਲਾਫ਼ ਭੁਗਤਾਨ ਨਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕੋਈ ਸਿਵਿਲ ਕਾਰਵਾਈ ਸ਼ੁਰੂ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ।
8. CSCHS ਉਗਰਾਹੀ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਲਈ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਤੋਂ ਹਾਸਲ ਤਨਖਾਹ ਸਟੱਬ, ਇਨਕਮਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨਸ, ਜਾਂ ਪੁੰਜੀਆਂ ਦੇ ਲਿਖਤੀ ਸਬੂਤ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ।
9. ਅਜਿਹੀ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ ਜਦੋਂ CSCHS Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਡਿਜ਼ਾਇਨੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਬਿਲਿੰਗ ਤੋਂ 180 ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਦਿਨਾਂ ਬਾਅਦ ਦਰਜ ਕੀਤੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ CSCHS Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਸਦਾ ਡਿਜ਼ਾਇਨੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰੇਗਾ ਕਿ DTAC ਸਿਵਿਲ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਸਮੇਤ ਉਗਰਾਹੀ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਨੂੰ ਰੋਕੇ, ਜਦੋਂ ਤਕ CSCHS Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਸਦਾ ਡਿਜ਼ਾਇਨੀ ਅਰਜ਼ੀ ਉੱਤੇ ਫੈਸਲਾ ਨਹੀਂ ਦੇ ਦਿੰਦੇ। ਉਸ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ ਜਦੋਂ ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਸਿਵਿਲ ਕਾਰਵਾਈ ਦੇ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਪਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ CSCHS ਪੱਖਪਾਤ ਵਾਲੇ ਮੁਕੱਦਮੇ ਨੂੰ ਖਾਰਜ ਕਰਨ ਲਈ DTAC ਦੇ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰੇਗਾ।
10. ਇਸ ਨੀਤੀ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੀ ਚੀਜ਼ CSCHS ਜਾਂ DTAC ਨੂੰ ਲਾਗੂ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਤੀਰਕੇ ਵਿੱਚ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਦੀ ਜਵਾਬਦੇਹੀ ਦਾ ਪਾਲਣ ਕਰਨ ਤੋਂ ਨਹੀਂ ਰੋਕਦੀ।

ਮਰੀਜ਼

1. ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਨੀਤੀ ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ CSCHS Patient Business Services ਨੂੰ ਪੁੱਛਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ CSCHS Patient Business Services ਨਾਲ ਫ਼ੋਨ ਦੁਆਰਾ (408) 885-7470 'ਤੇ (ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 4:30 ਵਜੇ, ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ) ਜਾਂ ਆਪ ਜਾ ਕੇ 770 S. Bascom Ave, San Jose, CA 95128 (ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 4:30 ਵਜੇ, ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ) 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

2. ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ CSCHS ਅਤੇ DTAC ਵਲੋਂ ਬਿੱਲਿੰਗ ਸਟੇਟਮੈਂਟਾਂ ਅਤੇ ਸਬੰਧਤ ਸੰਚਾਰਾਂ ਦਾ ਫੌਰਨ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਰੀਆਂ ਮੁਨਾਸਬ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਕਰਨੀਆਂ ਚਾਹੀਦੀਆਂ ਹਨ।
3. ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ CSCHS ਨੂੰ ਸੂਚਨਾ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਰੀਆਂ ਮੁਨਾਸਬ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਕਰਨੀਆਂ ਚਾਹੀਦੀਆਂ ਹਨ ਜੇ ਉਹਨਾਂ ਕੋਲ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ, Medicare, Medi-Cal, ਜਾਂ ਹੋਰ ਤੀਜੀ-ਪਿਰ ਕਵਰੇਜ ਹੈ ਜੋ ਸ਼ਾਇਦ CSCHS 'ਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਜਾਂ ਕੁਝ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਵਸਤਾਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।
4. ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ CSCHS ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨ ਲਈ ਪ੍ਰੇਰਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ, ਜੇ ਉਹ ਮੰਨਦੇ ਹਨ ਕਿ ਉਹ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਹਨ, ਤਾਂ ਇੱਕ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਜਿੰਨੀ ਛੇਤੀ ਸੰਭਵ ਹੋਵੇ ਪੂਰਾ ਕਰੋ ਅਤੇ ਦਰਜ ਕਰੋ। ਮਰੀਜ਼ ਪੂਰਨ CSCHS ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ CSCHS ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਇੱਕ ਨਕਲ <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> 'ਤੇ ਡਾਊਨਲੋਡ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ ਬਾਰੇ ਕਿਸੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਨਾਲ CSCHS Patient Access Department ਨਾਲ (866) 967-4677 'ਤੇ (ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5 ਵਜੇ, ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ) ਸੰਪਰਕ ਵੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ: 12/08/2022



COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

طرح دسترسی به مراقبت‌های سلامتی

خلاصه خطمشی:

سازمان سلامت شهرستان سانتا کلارا (در سطور بعد «شهرستان»)، از افزایش دسترسی به مراقبت‌های سلامتی مقرون‌به‌صرفه حمایت می‌کند. بنابراین، شهرستان از طریق این طرح دسترسی به مراقبت‌های سلامتی (که تحت عنوان خطمشی پشتیبانی مالی بیمار یا «پشتیبانی مالی» نیز شناخته می‌شود)، خدمات یا لوازم ضروری پزشکی تخفیف‌دار را به بیماران واجد شرایط با درآمد کم یا متوسط که خودپرداز (Self-Pay) هستند و هزینه‌های بالای پزشکی دارند، ارائه می‌دهد. شرح مختصری از این خطمشی به قرار زیر است. بیماران باید برای اطلاعات کامل طرح، تمامی خطمشی‌ها را مرور نمایند و در صورت داشتن هرگونه سؤال، با مشاور مالی شهرستان به شماره (866) 967-4677 (8 صبح تا 5 بعدازظهر، دوشنبه تا جمعه) تماس برقرار نمایند.

- بیماران خودپرداز، بیمارانی هستند فاقد پوشش شخص ثالث از بیمه‌گر سلامت، طرح خدمات مراقبت‌های سلامتی، Medicare یا Medi-Cal، که آسیب‌پذیری آنها برای غرامت کارگران، بیمه خودرو یا سایر بیمه‌ها، آسیب قابل جبرانی نیست و واجد شرایط بیمه درمانی یا سایر پوشش‌های شخص ثالث برای خدمات یا لوازم ضروری پزشکی ارائه‌شده توسط شهرستان نیستند.
- بیماران با هزینه‌های بالای پزشکی یا (1) بیمارانی هستند که متحمل هزینه‌های سالانه مراقبت‌های سلامتی فاقد پوشش بیمه خود از شهرستان شده‌اند که از کمتر از 10٪ درآمد فعلی خانوادگی آنها یا درآمد خانوادگی‌شان در 12 ماه گذشته بیشتر است یا (2) بیمارانی که خانواده آنها هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی که بیش از 10٪ درآمد خانوادگی بیمار است را به ارائه‌دهنده پزشکی پرداخت کرده است، در صورتی که بیمار مدارکی از هزینه‌های پزشکی بیمار که توسط بیمار یا اعضای خانواده بیمار در 12 ماه قبل پرداخت شده است را ارائه نماید.
- بیماران خودپرداز و بیماران دارای هزینه‌های بالای پزشکی که ساکن شهرستان هستند و افرادی که درآمد خانوادگی آنها زیر 400٪ از سطح فقر فدرال است، واجد شرایط 100٪ تخفیف برای دریافت خدمات یا لوازم ضروری پزشکی از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامتی شهرستان هستند.
- بیماران خودپرداز و بیماران دارای هزینه‌های بالای پزشکی که ساکن شهرستان هستند و افرادی که درآمد خانوادگی آنها بالای 400٪ اما زیر 450٪، 550٪ یا 650٪ از سطح فقر فدرال است، به ترتیب، واجد شرایط 70٪، 50٪ یا 25٪ تخفیف برای دریافت خدمات یا لوازم ضروری پزشکی از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامتی شهرستان هستند. بیماری که واجد شرایط دریافت تخفیف نسبی گردد می‌تواند از شهرستان برای تنظیم یک طرح پرداخت بلند مدت و بدون بهره درخواست نماید تا به وی این امکان را بدهد که مبلغ تخفیف خورده را در طول زمان پرداخت کند.
- سطوح فقر فدرال هر سال تغییر می‌کند. سطوح فقر فدرال 2022 که در این خطمشی به آن اشاره شده، در پیوست A ذکر شده است.
- بیماران واجد شرایط برای دریافت یک دوره یک ساله پشتیبانی مالی صلاحیت پیدا می‌کنند، مگر اینکه قبل از اتمام آن سال، در واجد شرایط بودن آنان تغییرات اساسی ایجاد گردد. بیماران باید شهرستان را درباره تغییرات عمده مربوط به واجد شرایط بودن خود (مانند تغییراتی در درآمد، واجد شرایط بودن برای بیمه سلامتی یا پوشش‌های دیگر برای مراقبت‌های سلامتی، ساختار خانواده و/یا هزینه‌های پزشکی آنها) ظرف شصت (60) روز یا در زمان دریافت خدمات بعدی، هر کدام که زودتر باشد، مطلع سازند. شهرستان حق بررسی مجدد و تأیید صلاحیت بیمار را در هر زمان، برای خود محفوظ می‌دارد.

- طبق این خطمشی، بیماران واجد شرایط باید ظرف مدت 180 روز از تاریخ صورت‌حساب اولیه آنها برای یک دوره خاص مراقبت و اعلان الحاقی طرح دسترسی به مراقبت‌های سلامتی، تمام تلاش منصفانه خود را برای ارائه یک درخواست پشتیبانی مالی تکمیل‌شده (یا واجد شرایط ثبت‌نام احتمالی برای خدمات تخفیف‌دار) انجام

دهند. طبق این خطمشی، اگر بیمار طی مدت 180 روز از تاریخ صورتحساب اولیه وی، درخواست پشتیبانی مالی تکمیل شده (یا واجد شرایط ثبت نام احتمالی برای خدمات تخفیف دار) برای یک دوره خاص مراقبت و واجد شرایط پشتیبانی مالی را ارائه ننماید، گزارش حساب بیمار ممکن است به مجموعه‌هایی ارسال شود که در خطمشی وصول بدهی بیمار در پیوست B ضمیمه شده است. سرپرست چرخه درآمد یا نماینده آنها این اختیار را دارد که اگر بیمار، اطلاعات منطقی و مورد نیاز برای تعیین صلاحیت را به شهرستان ارائه نکند، صلاحیت را رد نماید. سرپرست چرخه درآمد یا نماینده آنها می‌تواند واجد شرایط بودن بیمار برای پشتیبانی مالی را پس از این دوره 180 روزه پس از اثبات دلیل موجه، همانطور که بعداً در این خطمشی توضیح داده می‌شود، تعیین نماید.

- به طور کلی، بیماران خودپرداز و بیماران دارای هزینه‌های بالای پزشکی که ساکن شهرستان نیستند، واجد شرایط دریافت مراقبت‌های سلامتی غیراورژانسی در مراکز شهرستان سانتا کلارا نمی‌شوند. در آن مراکز، در صورتی که مازاد ظرفیت وجود داشته باشد، افراد غیر ساکن در شهرستان می‌توانند مراقبت‌های سلامتی غیراورژانسی دریافت کنند. افراد غیر ساکن در شهرستان که در مراکز شهرستان، خدمات یا لوازم ضروری پزشکی دریافت می‌کنند و افرادی که خودپرداز و دارای هزینه‌های بالای پزشکی هستند، اگر درآمد خانوادگی آنها زیر 400٪ از سطح فقر فدرال باشد، واجد شرایط دریافت 100٪ تخفیف برای آن دوره خاص مراقبت (طبق تعریف زیر) می‌باشند.

تعاریف:

- 1. خانواده بیمار یا خانواده:** برای بیماران هجده (18) ساله به بالا، خانواده بیمار شامل خود بیمار، همسر یا شریک خانگی بیمار و فرزندان تحت تکفل زیر بیست و یک (21) سال می‌شود، چه در همان خانه زندگی کنند، چه نکنند. برای بیماران زیر هجده (18) سال، خانواده بیمار شامل والدین بیمار یا خویشاوندان مراقب و سایر فرزندان والدین یا خویشاوندان مراقب زیر بیست و یک (21) سال می‌شود.
- 2. ساکن شهرستان:** ساکن شهرستان، فردی است که در شهرستان سانتا کلارا زندگی می‌کند.
- 3. فرد غیر ساکن شهرستان:** فرد غیر ساکن، شخصی است که در شهرستان سانتا کلارا زندگی نمی‌کند.
- 4. درآمد خانواده:** درآمد خانواده شامل درآمد ناخالص سالانه همه اعضای خانواده بیمار، منهای هر گونه پرداختی است که بابت نفقه یا حق اولاد صورت می‌گیرد.
- 5. بیمار خودپرداز:** بیمار خودپرداز بیماری است فاقد پوشش شخص ثالث از بیمه‌گر سلامت، طرح خدمات مراقبت‌های سلامتی، Medicare یا Medi-Cal، که آسیب‌دیدگی او برای غرامت کارگران، بیمه خودرو یا سایر بیمه‌ها، آسیب قابل جبرانی نیست و واجد شرایط بیمه درمانی یا سایر پوشش‌های شخص ثالث برای خدمات یا لوازم ضروری پزشکی ارائه شده توسط شهرستان نمی‌باشد. بیماران خودپرداز، بدون محدودیت شامل موارد زیر است: (a) بیمارانی که واجد شرایط یک طرح بیمه دولتی هستند اما خدماتی را دریافت می‌کنند که تحت پوشش چنین طرحی نیست و (b) بیمارانی که مزایای آنها قبل یا در طول ارائه خدمات، به اتمام رسیده است.
- 6. بیمار دارای هزینه‌های بالای پزشکی:** بیمار دارای هزینه‌های بالای پزشکی، بیماری است که:

ا. یک منبع ثالث پرداختی بابت مراقبت‌های سلامتی دارد (یعنی بیمار خودپرداز نیست) و

ب. یا:

- 1. هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی سالانه فاقد پوشش بیمه خود که کمتر از 10٪ از درآمد کنونی خانوادگی بیمار یا درآمد خانوادگی در دوازده (12) ماه قبل فراتر رود را به شهرستان بدهکار است، یا**
- 2. خودش یا یک یا چند نفر از اعضای خانواده وی، هزینه‌های پزشکی سالانه فاقد پوشش بیمه که از 10٪ درآمد خانوادگی بیمار فراتر می‌رود را به ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامتی پرداخت کرده‌اند، در صورتی که بیمار مدارکی دال بر هزینه‌های پزشکی پرداخت شده بیمار توسط بیمار یا اعضای خانواده بیمار در 12 ماه گذشته را ارائه دهد.**

این هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی ممکن است شامل پرداخت مشترک بیمه، پرداخت مشترک پس از پرداخت مبلغ قابل کسر (coinsurance)، فرانشیز یا سایر مبالغی باشد که پرداخت آن به عهده بیمار

تحت پوشش بیمه سلامت است.

7. **ثبت نام احتمالی برای خدمات درمانی تخفیف‌دار:** یک بیمار ممکن است بر اساس اطلاعات اجتماعی-اقتصادی خاص بیمار که از منابع بازار جمع آوری شده است، واجد شرایط طرح دسترسی به خدمات درمانی تعیین گردد. بیمارانی که بی‌خانمان هستند یا در حین دریافت خدمات، فوت می‌شوند و نه منبع تأمین بودجه و نه یک طرف یا ورثه مسئول دارند، ممکن است واجد شرایط دریافت پشتیبانی مالی شوند حتی اگر درخواست پشتیبانی مالی را تکمیل نکرده باشند. سرپرست دسترسی بیمار یا سرپرست چرخه درآمد یا معاون آنها، به صورت موردی این موارد را بررسی و در مورد آنها تصمیم‌گیری می‌کند.

8. **خدمات یا لوازم ضروری پزشکی:** منظور از خدمات یا لوازم ضروری پزشکی، خدمات و/یا لوازم پزشکی‌ای است که برای درمان یا تشخیص یک بیماری لازم است و حذف آن ممکن است تأثیر نامطلوبی بر سلامتی بیمار بگذارد. خدمات زیر به طور کلی به عنوان خدمات یا لوازم ضروری پزشکی تلقی نمی‌شوند و بنابراین معمولاً تحت پوشش این خطمشی قرار نمی‌گیرند:

ا. خدمات متخصص غدد درون‌ریز و ناباروری؛

ب. خدمات زیبایی یا خدمات جراحی پلاستیک؛

ت. خدمات اصلاح بینایی از جمله لیزیک، PRK، کراتوپلاستی هدایتی، کارگذاری رینگ داخل قرنیه‌ای یا INTACS، عمل لیزر C-CAP؛

ث. حمل و نقل با آمبولانس درخواستی از سوی بیمار؛ و

ج. داروهای مربوط به سبک زندگی طبق تعریف کمیته داروخانه و داروهای درمانی مرکز پزشکی دره سانتا کلارا (SCVMC).

شهرستان حق تغییر فهرست خدمات و/یا لوازمی را که عموماً تحت پوشش نیستند برای خود محفوظ می‌دارد. در موارد نادر، به عنوان مثال بر اساس توصیه یک پزشک یا ارائه‌دهنده طرف قرارداد، مسئول ارشد پزشکی شهرستان یا نماینده وی می‌تواند یکی از این خدمات یا لوازم را به عنوان خدمات یا لوازم ضروری پزشکی برای یک بیمار خاص تأیید کند. تصمیم مسئول ارشد پزشکی شهرستان یا نماینده وی، نهایی و قطعی است.

9. **دوره مراقبت:** در این خطمشی، دوره مراقبت یعنی:

ا. خدمات یا لوازم ضروری پزشکی دریافت‌شده در شرایط بستری، از تاریخ پذیرش تا تاریخ ترخیص مرتبط با آن پذیرش؛ یا

ب. ویزیت فردی برای دریافت خدمات یا لوازم ضروری پزشکی در بخش اورژانس یا بخش سرپایی.

دستورالعمل:

ا. واجد شرایط بودن برای پشتیبانی مالی

1. طبق این خطمشی، بیمار به منظور دریافت پشتیبانی مالی باید یا از طریق ارسال یک درخواست پشتیبانی مالی تکمیل‌شده و یا با تعیین صلاحیت‌شدن برای ثبت‌نام احتمالی خدمات درمانی تخفیف‌دار، جهت دریافت پشتیبانی مالی اقدام نماید.

ا. طبق این خطمشی، بیماران واجد شرایط باید ظرف مدت 180 روز از تاریخ صورتحساب اولیه آنها برای یک دوره خاص مراقبت و اعلان الحاقی طرح دسترسی به مراقبت‌های سلامتی، تمام تلاش منصفانه خود را برای ارائه یک درخواست پشتیبانی مالی تکمیل‌شده (یا واجد شرایط ثبت‌نام احتمالی برای خدمات تخفیف‌دار) انجام دهند. طبق این خطمشی، اگر بیمار طی مدت 180 روز از تاریخ صورتحساب اولیه وی، درخواست پشتیبانی مالی تکمیل‌شده (یا واجد شرایط ثبت‌نام احتمالی برای خدمات تخفیف‌دار) برای یک دوره خاص مراقبت و واجد شرایط پشتیبانی مالی را ارائه ننماید، گزارش حساب بیمار ممکن است به مجموعه‌هایی ارسال شود که در خطمشی وصول بدهی بیمار در پیوست B ضمیمه شده است. سرپرست چرخه درآمد یا نماینده آنها این اختیار را دارد که اگر بیمار، اطلاعات منطقی و موردنیاز برای تعیین صلاحیت را به شهرستان ارائه نکند، صلاحیت را رد نماید.

ب. سرپرست چرخه درآمد یا نماینده آنها می‌تواند بلافاصله پس از این دوره 180 روزه و در هر حال، قبل از اینکه داوری نهایی در اقدام دعوی وصول مدنی مربوط به صورتحساب پرداخت‌نشده بیمار وارد شود، واجد شرایط بودن بیمار مذکور برای پشتیبانی مالی را با نشان دادن یک دلیل موجه، تعیین نماید. بیمار علاوه بر درخواست پشتیبانی مالی تکمیل‌شده خود، طی یک بیانیه کتبی باید توضیح دهد که چرا در بازه زمانی مشخص‌شده 180 روزه برای درخواست پشتیبانی مالی اقدام نکرده است. سرپرست چرخه درآمد یا نماینده وی ممکن است از بیمار بخواهد که اطلاعات بیشتری را برای اثبات درخواست دلیل موجه خود ارائه کند. موارد زیر مثال‌هایی است از شرایطی که در آنها بیمار می‌تواند وجود دلیل موجه را ثابت نماید (اما محدود به این موارد نیست): شهرستان سهوا اطلاعات ناقص یا نادرستی در مورد طرح دسترسی به مراقبت‌های سلامتی یا گزینه‌های پوشش سلامتی دولتی را در اختیار بیمار قرار داده است؛ محدودیت‌های جسمی، ذهنی، آموزشی یا زبانی بیمار مانع از ارائه درخواست پشتیبانی مالی تکمیل‌شده در بازه زمانی 180 روزه گردیده است؛ و/یا بیمار به یک بیماری جدی مبتلا بوده، یا در بستگان درجه یک وی، فوت یا بیماری جدی وجود داشته که مانع از ارائه درخواست پشتیبانی مالی تکمیل‌شده توسط بیمار در بازه زمانی 180 روزه گردیده است.

2. بیماران باید هنگام درخواست پشتیبانی مالی، اطلاعات درست، دقیق و کامل از جمله مدارک تصدیق‌کننده لازم مورد درخواست شهرستان را ارائه دهند. در صورتی که بیماران در طول فرایند درخواست، اطلاعات غلط یا ناقص ارائه دهند ممکن است فاقد شرایط لازم برای دریافت پشتیبانی مالی تعیین شوند.

3. بیماران در کنار درخواست پشتیبانی مالی، باید یک مورد از هر کدام از انواع مدارک زیر را ارائه دهند:

أ. مدرک شناسایی (مثلاً گواهینامه رانندگی، گذرنامه، کارت شناسایی صادره توسط دولت، کارت شناسایی کار یا مدرسه یا گواهی تولد به علاوه سایر کارت‌های شناسایی از قبیل کارت عضویت باشگاه ورزشی یا Costco)؛

ب. مدرک درآمد (مثلاً فیش‌های حقوقی یا اظهارنامه مالیات بر درآمد)؛ و

ت. مدرک اقامت (مثلاً قرارداد اجاره/رهن، اظهارنامه وام مسکن، قبض خدمات شهری، کارت خودرو، گواهینامه رانندگی، اعلامیه بی‌خانمانی یا نامه پشتیبانی از فردی که متقاضی با او زندگی می‌کند و مدرک اقامت برای آن فرد).

ث. هر بیماری که بر اساس بخش (ii) (b) از تعریف "بیمار با هزینه‌های بالای پزشکی" در بالا، متقاضی واجد شرایط شدن برای پشتیبانی مالی است باید همچنین مدارکی از هزینه‌های پزشکی که وی و/یا اعضای خانواده او در 12 ماه قبل پرداخت کرده‌اند را ارائه کند.

4. همانطور که در جدول زیر و پیوست A این خطمشی ذکر شده، سطوح مختلف پشتیبانی مالی برای بیماران واجد شرایط بر اساس درآمد خانوادگی آنها موجود است.

مبلغ پشتیبانی مالی موجود برای ساکنین شهرستان که یا بیماران خودپرداز هستند یا بر اساس درآمد خانوادگی، دارای هزینه‌های بالای پزشکی هستند

درآمد خانوادگی	مبلغ کسر شده از مبالغ پرداختی بیمار بابت خدمات یا نوازم ضروری پزشکی
درآمد خانوادگی کمتر یا برابر 400٪ از سطح فقر فدرال	100٪ کسر مبلغ به عنوان خدمات درمانی خیریه
درآمد خانوادگی بین 401-449٪ از سطح فقر فدرال	70٪ کسر مبلغ به عنوان خدمات درمانی خیریه
درآمد خانوادگی بین 450-549٪ از سطح فقر فدرال	50٪ کسر مبلغ به عنوان خدمات درمانی خیریه

درآمد خانوادگی بین 550-649٪ از سطح فقر فدرال	25٪ کسر مبلغ به عنوان خدمات درمانی خیریه
--	--

لیست سطح فقر فدرال 2022 در پیوست A ذکر شده است.

برای بیمارانی که قادر به تکمیل درخواست یا ارائه همه مدارک لازم نیستند، سازمان سلامت ممکن است ابزاری را ایجاد و به آن تکیه کند تا در طرح‌های دسترسی مراقبت‌های سلامتی بر اساس ثبت‌نام کنونی در طرح‌هایی مثل خدمات بی‌خانمان‌ها، طرح زنان، شیرخواران و کودکان (WIC)، طرح پشتیبانی تغذیه تکمیلی (SNAP) که عموماً به عنوان بن غذا شناخته می‌شود) و برخی از برنامه‌های ارائه مسکن یارانه‌ای، بیماران را به صورت احتمالی ثبت‌نام کند.

5. بیمارانی که فاقد بیمه سلامت (یا یک منبع ثالث پرداخت دیگر بابت خدمات یا لوازم ضروری پزشکی) هستند، بررسی خواهند شد تا تعیین گردد آیا واجد شرایط هر گونه طرح سلامت ایالتی، فدرالی و/یا شهرستان و/یا هر گونه منبع ثالث پرداخت دیگر هستند یا خیر. شهرستان تمام تلاش منصفانه خود را انجام می‌دهد تا از بیماران اطلاعاتی به دست آورد مبنی بر اینکه آیا بیمه سلامت خصوصی، دولتی یا پشتیبانی مالی، این امکان را دارد که هزینه‌های مراقبت ارائه‌شده توسط شهرستان را به طور کامل یا جزئی تحت پوشش قرار دهد یا خیر. هنگامی که بیماران در مورد گزینه‌های پشتیبانی مالی موجود با بخش دسترسی بیماران تماس می‌گیرند، استان همچنین اقدامات لازم را انجام می‌دهد تا به آن بیماران در تکمیل درخواست‌های Medi-Cal، سایر پوشش‌های مراقبت سلامتی با بودجه دولت و طرح دسترسی به مراقبت‌های سلامتی، در صورت امکان، کمک نماید. اگر بیمار همزمان با درخواست پشتیبانی مالی، برای طرح پوشش سلامت دیگری درخواست دهد یا یک درخواست در دست اجرا داشته باشد، هیچ یک از این درخواست‌ها از صلاحیت طرح دیگر جلوگیری نمی‌کند.

6. بیمارانی که تقاضای پشتیبانی مالی دارند باید برای همه بیمه‌های سلامتی (یا سایر منابع ثالث پرداخت بابت خدمات یا لوازم ضروری پزشکی) که واجد شرایط آن هستند، درخواست دهند مگر این که سرپرست چرخه درآمد شهرستان یا نماینده وی، طبق توضیحات زیر، بیمار را از چنین الزامی معاف بداند.

7. قصور بیمار در به کار گرفتن تمام تلاش خود برای دریافت بیمه سلامت (یا سایر منابع ثالث پرداخت بابت خدمات یا لوازم ضروری پزشکی) ممکن است منجر به رد پشتیبانی مالی شود.

8. سرپرست چرخه درآمد شهرستان یا نماینده وی، مجاز است بیمارانی که ممکن است به طور منطقی در مهاجرت خود با عواقب منفی روبه‌رو شوند را طبق قوانین فدرال از جمله قانون نهایی درباره «عدم پذیرش به علت اتهام عمومی»، 84 فدرال، قانون 41,292 (14 اگوست 2019)، از این الزام معاف نماید. به عنوان مثال، بیماران بزرگسال 21 ساله و بالاتر که تقاضای دریافت اقامت دائم قانونی دارند و از وضعیت‌های مهاجرتی زیر برخوردار هستند ممکن است ملزم به اقدام برای دریافت بیمه سلامت تحت بودجه فدرال نباشند: (1) بیمارانی که حداقل به مدت یک سال به آنها اجازه اقامت مشروط در ایالات متحده اعطا شده است، (2) بیمارانی که در وضعیت تعلیق موقت دیپورت شدن یا اخراج قرار دارند، (3) بیمارانی که اجازه ورود مشروط قبل از 1 آپریل 1980 به آنها اعطا شده است، (4) متقاضیان کوبایی - هائیتی، یا (5) بیماران دارای Medi-Cal مرتبط با SSI از قبل از 22 اگوست 1996.

9. بیماران واجد شرایط می‌توانند بابت خدمات یا لوازم ضروری پزشکی از ارائه‌دهندگان خدمات درمانی شهرستان، کمک مالی دریافت کنند. بیماران بابت خدماتی که جزو خدمات یا لوازم ضروری پزشکی نیستند یا بابت هزینه‌های پزشکی تخصصی که به صورت جداگانه صورتحساب آنها صادر شده است یا حمل و نقل آمبولانس که مورد درخواست شهرستان نبوده است، مستحق دریافت کمک مالی نخواهند بود. در موارد نادری که ارجاع به خارج از سازمان سلامت شهرستان لازم است، مسئول ارشد پزشکی شهرستان یا نماینده وی مجاز است تا پشتیبانی مالی بابت خدمات یا لوازم ضروری پزشکی تأمین شده از خارج از سیستم سلامت شهرستان را تأیید کند.

ب. حوزه پشتیبانی مالی برای ساکنان شهرستان

1. پشتیبانی مالی برای ساکنان شهرستان معمولاً برای یک دوره یک ساله تمدید می‌شود که از اوایل روز اول ماه که در آن بیمار درخواست پشتیبانی مالی تکمیل شده خود را ارسال کرده یا واجد شرایط ثبت‌نام احتمالی برای مراقبت تخفیف‌دار شده است، یا از اولین روز دوره مراقبت که بیمار درخواست پشتیبانی مالی یا ثبت‌نام احتمالی برای مراقبت تخفیف‌دار مربوطه را تکمیل کرده است، شروع می‌شود به جز در مواردی که تغییرات اساسی در صلاحیت بیمار قبل از اتمام سال مذکور ایجاد شود (مانند

واجدشرایط بودن برای پوشش شخص ثالث از یک بیمه درمانی یا منبع پرداخت ثالث دیگر برای خدمات یا لوازم ضروری پزشکی). سرپرست چرخه درآمد یا نماینده وی، همچنین می‌تواند به صلاحدید خود در صورت اثبات یک علت موجه، تخفیف‌های دیگری را نیز ارائه دهد.

2. بیماران باید هر ساله مجدداً در صورت لزوم، از طریق ارائه یک درخواست تجدید پشتیبانی مالی و یا با تعیین صلاحیت مجدد برای ثبت‌نام احتمالی بابت خدمات تخفیف‌دار، برای دریافت پشتیبانی مالی درخواست نمایند.

3. بیماران باید شهرستان را درباره تغییرات عمده مربوط به واجدشرایط بودن خود (مانند تغییراتی در درآمد، واجدشرایط بودن برای بیمه سلامتی یا پوشش‌های دیگر برای مراقبت‌های سلامتی، ساختار خانواده و/یا هزینه‌های پزشکی آنها)، ظرف شصت (60) روز یا در زمان دریافت خدمات بعدی، هر کدام که زودتر باشد، مطلع سازند. شهرستان حق بررسی مجدد و تأیید صلاحیت بیمار در هر زمان را برای خود محفوظ می‌دارد.

4. اگر بیمار نتواند به موقع استان را از هرگونه تغییر اساسی در واجدشرایط بودن خود مطلع سازد، پشتیبانی مالی او ممکن است از تاریخ شروع اعمال آن تغییر، با عطف به ماسبق خاتمه یابد.

ج. حوزه پشتیبانی مالی برای ساکنان غیر شهرستانی

1. به طور کلی، بیماران خودپرداز و بیماران دارای هزینه‌های بالای پزشکی که ساکن شهرستان نیستند، واجد شرایط دریافت خدمات مراقبت‌های سلامتی غیراورژانسی در مراکز شهرستان سانتا کلارا نمی‌شوند. در آن مراکز، در صورتی که مازاد ظرفیت وجود داشته باشد، افراد غیرساکن در شهرستان می‌توانند از خدمات مراقبت‌های سلامتی غیراورژانسی استفاده کنند.

2. افراد غیرساکن در شهرستان که در مراکز شهرستان، خدمات یا لوازم ضروری پزشکی دریافت می‌کنند و بیماران خودپرداز یا دارای هزینه‌های بالای پزشکی، اگر درآمد خانوادگی آنها کمتر یا برابر 400٪ از سطح فقر فدرال باشد، واجد شرایط دریافت 100٪ تخفیف برای آن خدمات هستند.

3. ساکنان غیر شهرستانی دارای صلاحیت، فقط می‌توانند برای یک دوره خاص مراقبت، واجدشرایط پشتیبانی مالی باشند، نه به صورت مداوم و یک ساله. سرپرست چرخه درآمد یا نماینده وی، همچنین می‌تواند به صلاحدید خود در صورت اثبات یک علت موجه، تخفیف‌های دیگری را نیز ارائه دهد.

ح. طرح‌های پرداخت

1. بیماری که بر اساس این خطمشی، واجدشرایط دریافت تخفیف نسبی گردد، می‌تواند تنظیم یک طرح پرداخت بلند مدت و بدون بهره را از شهرستان درخواست نماید تا به وی این امکان را بدهد که مبلغ تخفیف خورده را در طول زمان پرداخت کند.

2. شهرستان و بیمار در مورد شرایط طرح پرداخت، مذاکره خواهند کرد. شهرستان هنگام مذاکره شرایط یک طرح پرداخت معقول با بیمار، درآمد خانوادگی و هزینه‌های لازم زندگی بیمار را مد نظر قرار می‌دهد. "هزینه‌های لازم زندگی" یعنی هزینه‌های اجاره یا پرداخت و نگهداری خانه، غذا و لوازم خانگی، خدمات شهری و تلفن، پوشاک، پرداخت‌های پزشکی و دندانپزشکی، بیمه، مدرسه یا مراقبت از کودک، حمایت از کودک یا همسر، هزینه‌های حمل و نقل و خودرو از جمله بیمه، گاز، تعمیرات و پرداخت اقساط، خشکشویی و نظافت و سایر هزینه‌های اضافی.

3. در صورتیکه شهرستان و بیمار نتوانند در مورشرایط طرح پرداخت به توافق برسند، شهرستان از دستورالعمل و تعاریف تشریح شده در زیر بخش (i) از قانون سلامت و ایمنی کالیفرنیا، بخش 127400 برای ایجاد یک طرح پرداخت منطقی متشکل از پرداخت‌های ماهانه که بیشتر از 10 درصد از درآمد خانوادگی بیمار برای یک ماه نیست، بدون احتساب کسر هزینه‌های ضروری زندگی استفاده می‌کند.

خ. درخواست تجدیدنظر

1. شهرستان ظرف 30 روز پس از دریافت درخواست پشتیبانی مالی تکمیل‌شده بیمار، تصمیم خود را اعلام خواهد کرد. این تصمیم شامل دستورالعمل‌هایی در مورد زمان‌بندی درخواست تجدیدنظر و اینکه چگونه بیمار می‌تواند علیه رد خواست، تقاضای تجدیدنظر کند، خواهد بود.

2. بیماری که درخواست پشتیبانی مالی وی رد می‌شود، می‌تواند به صورت مکتوب علیه رد خواست، تقاضای تجدیدنظر کند. درخواست تجدیدنظر باید حاوی اساس و پایه تجدیدنظر و خواسته مورد تقاضا باشد. فرم‌های تجدیدنظر به صورت آنلاین در <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> یا از طریق تماس با شماره (877) 967-4677 در دسترس هستند.

3. درخواست‌های تجدیدنظر باید ظرف سی (30) روز پس از رد درخواست، به آدرس زیر ارسال شوند:

خدمات تجاری بیماران سازمان سلامت شهرستان سانتا کلارا
5750 Fontanoso Way، طبقه اول
San José, CA 95138
خطاب به: سرپرست چرخه درآمد

4. سرپرست چرخه درآمد، ظرف سی (30) روز پس از دریافت فرم‌های تجدیدنظر، درباره همه درخواست‌های تجدیدنظر اولیه تصمیم‌گیری خواهد کرد.

5. اگر سرپرست چرخه درآمد یا نماینده وی، تصمیم رد درخواست اولیه را تأیید کند، بیمار می‌تواند یک درخواست تجدیدنظر ثانویه ارسال نماید. هرگونه درخواست تجدیدنظر ثانویه باید ظرف سی (30) روز پس از رد درخواست تجدیدنظر اولیه، به دست مسئول ارشد امور مالی سازمان سلامت شهرستان سانتا کلارا به آدرس زیر برسد:

بخش مالی سازمان سلامت شهرستان سانتا کلارا
2325 Enborg Lane, Suite 360B
San José, CA 95128
خطاب به: مسئول ارشد امور مالی

6. مسئول ارشد امور مالی، ظرف سی (30) روز درباره همه درخواست‌های تجدیدنظر ثانویه تصمیم‌گیری خواهد کرد.

7. تصمیمی که برای درخواست تجدیدنظر ثانویه صادر می‌شود، نهایی خواهد بود.

د. رویه گزارش دادن

1. خطمشی پشتیبانی مالی و ضمیمه‌های آن حداقل هر دو سال یک بار در تاریخ 1 ژانویه یا هرگاه یک اصلاح عمده در آن صورت گیرد، در اختیار وزارت دسترسی و اطلاعات مراقبت‌های سلامتی (HCAI) قرار می‌گیرد.

2. در صورتی که از زمان ارسال قبلی، اصلاح عمده‌ای صورت نگرفته باشد، به HCAI اطلاع داده می‌شود که هیچگونه اصلاح قابل توجهی رخ نداده است.

پیشینه خط مشی:

هدف از این خط مشی، پیروی از قوانین زیر است:

- قانون خط مشی‌های قیمت‌گذاری عادلانه بیمارستان کالیفرنیا (HFFP)، قانون سلامت و ایمنی کالیفرنیا، بخش §127400 و مابعد.
- قانون خط مشی‌های قیمت‌گذاری عادلانه شرایط اورژانسی کالیفرنیا (EPFPP)، قانون سلامت و ایمنی کالیفرنیا، بخش §127450 و مابعد.

این خطمشی، طرح خدمات درمانی خیریه شهرستان را تشکیل می‌دهد. این خطمشی به طور منسجم درباره همه بیماران شهرستان اعمال می‌شود.

این خطمشی فقط درباره خدمات یا لوازم ضروری پزشکی از ارائه‌دهندگان خدمات درمانی شهرستان صدق می‌کند. فهرست فعلی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامتی شهرستان از طریق صفحات «یافتن یک ارائه‌دهنده» زیر قابل دسترس است: <https://www.scvmc.org/find-provider> (مرکز پزشکی دره سانتا کلارا)، <https://och.sccgov.org/find-provider> (بیمارستان اوکونور) و <https://slrh.sccgov.org/find-provider> (بیمارستان منطقه‌ای سنت لونیوز). لیست بیمارستان‌ها و کلینیک‌های شهرستان در صفحه زیر موجود است: <https://www.scvmc.org/find-health-center>

بدین وسیله به اطلاع بیماران می‌رساند که پزشکان اورژانس طبق تعریف در بخش 127450 از قانون سلامت و ایمنی کالیفرنیا که در مراکز شهرستان، خدمات پزشکی اورژانسی ارائه می‌دهند، طبق قانون ملزم هستند به بیماران خودپرداز و بیماران دارای هزینه‌های بالای پزشکی که کمتر یا برابر 400٪ از سطح فقر فدرال هستند، تخفیف ارائه دهند.

لطفاً برای دریافت یک فهرست از خدمات قابل خرید سازمان سلامت شهرستان سانتا کلارا، به <https://www.scvmc.org/patients-visitors/services/shoppable-services/estimate-potential-charges> مراجعه کنید.

این خط‌مشی هیچگونه مفاد قرارداد یا نرخ‌های مورد مذاکره توسط و فی‌مابین شهرستان و پرداخت‌کننده ثالث را سلب نمی‌کند یا تغییر نمی‌دهد و همچنین به پرداخت‌کنندگان ثالثی که طرف قرارداد نیستند یا سایر نهادهایی که از لحاظ قانونی مسئول پرداخت از طرف یک ذینفع، فرد تحت پوشش یا بیمه‌شده هستند، تخفیف ارائه نمی‌دهد. این خط‌مشی، اجازه معافیت مداوم از پرداخت فرانشیز، پرداخت‌های بیمه مشترک و/یا پرداخت مشترک بعد از پرداخت مبلغ قابل کسر (CO-insurance) را که توسط شرکت‌های بیمه اعمال شده‌اند به بیماران که واجد شرایط پشتیبانی مالی نیستند نمی‌دهد.

مسئولیت:

سؤالات مربوط به اجرای این خط‌مشی باید به مدیر دسترسی بیماران به آدرس زیر ارسال گردد: خیابان South 770 Bascom، سن خوزه، کالیفرنیا 95128 یا با شماره 967-4677 (866) تماس گرفته شود.

این خط‌مشی پشتیبانی مالی، جایگزین خط‌مشی‌های زیر که اکنون لغو شده‌اند می‌شود: مقیاس متغیر VMC شماره 924.0، طرح تعیین توانایی پرداخت HHS (APD) شماره 735.0، خط‌مشی پشتیبانی مالی بیمارستان اوکونور شماره 4765025 و خط‌مشی پشتیبانی مالی شماره 5424657 بیمارستان منطقه‌ای سنت لونیوز.

این خط‌مشی پشتیبانی مالی، آخرین بار در 8 دسامبر 2022 به‌روزرسانی شده است.

پیوست A

نمودار سطوح فقر فدرال 2022

سطوح فقر فدرال 2022							
تعداد اعضای خانوار	100٪ تخفیف *	70٪ تخفیف *		50٪ تخفیف *		25٪ تخفیف *	
	Up to 400% FPL	401%	449%	450%	549%	550%	649%
1	\$4,530	\$4,531	\$5,096	\$5,097	\$6,228	\$6,229	\$7,361
	\$54,360	\$54,361	\$61,154	\$61,155	\$74,744	\$74,745	\$88,334
2	\$6,103	\$6,104	\$6,866	\$6,867	\$8,391	\$8,392	\$9,917
	\$73,240	\$73,241	\$82,394	\$82,395	\$100,704	\$100,705	\$119,014
3	\$7,677	\$7,678	\$8,636	\$8,637	\$10,555	\$10,556	\$12,474
	\$92,120	\$92,121	\$103,634	\$103,635	\$126,664	\$126,665	\$149,694
4	\$9,250	\$9,251	\$10,406	\$10,407	\$12,718	\$12,719	\$15,031
	\$111,000	\$111,001	\$124,874	\$124,875	\$152,624	\$152,625	\$180,374
5	\$10,823	\$10,824	\$12,176	\$12,177	\$14,881	\$14,882	\$17,587
	\$129,880	\$129,881	\$146,114	\$146,115	\$178,584	\$178,585	\$211,054
6	\$12,397	\$12,398	\$13,946	\$13,947	\$17,044	\$17,045	\$20,144
	\$148,760	\$148,761	\$167,354	\$167,355	\$204,544	\$204,545	\$241,734
7	\$13,970	\$13,971	\$15,716	\$15,717	\$19,208	\$19,209	\$22,701
	\$167,640	\$167,641	\$188,594	\$188,595	\$230,504	\$230,505	\$272,414
8	\$15,543	\$15,544	\$17,486	\$17,486	\$21,371	\$21,372	\$25,257
	\$186,520	\$186,521	\$209,834	\$209,835	\$256,464	\$256,465	\$303,094



COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

تاریخ: 8 دسامبر 2022

به: سازمان سلامت شهرستان سانتا کلارا
گروه مدیریت اجرایی

از طرف: René G. Santiago، معاون اجرایی شهرستان و
سرپرست، سازمان سلامت شهرستان سانتا کلارا

موضوع: خطمشی وصول بدهی بیمار

ارجاعات: کالیفرنیا قانون ایمنی و سلامتی، §§ 127400-127462
کالیفرنیا مدنی قانون، §§ 1788-1788.33
15 U.S.C. §§ 1692-1692p
خطمشی شماره CSCHS 715.0 (طرح دسترسی به مراقبت‌های سلامتی)

تعاریف:

1. بیمار: در جهت اهداف این خطمشی، بیمار به فرد و یا ضامن وی اطلاق میگردد که کالا و/یا خدمات مراقبت‌های سلامتی را از CSCHS دریافت نموده است.
2. ضامن: فردی که مسئولیت مالی پرداخت بدهی بیمار را تقبل کرده است.
3. بدهی بیمار: مبلغی است که بیمار برای کالا و/یا خدمات مراقبت‌های سلامتی به CSCHS بدهکار است.
4. DTAC: اداره مالیات و جمع‌آوری شهرستان سانتا کلارا که بدهی بیماران را به نمایندگی از CSCHS وصول می‌کند.
5. پشتیبانی مالی: یک تخفیف کامل یا جزئی در بدهی بیمار که توسط CSCHS تحت شرایط خطمشی پشتیبانی مالی CSCHS، مجاز است.
6. خطمشی شماره CSCHS 715.0 یا خطمشی پشتیبانی مالی CSCHS: یک خطمشی انحصاری که طرح پشتیبانی مالی CSCHS را شرح می‌دهد، همچنین تحت عنوان طرح دسترسی به مراقبت‌های سلامتی (HAP) شناخته می‌شود که در کالاهای مراقبت سلامتی و/یا خدمات ارائه‌شده توسط CSCHS به بیماران خاص واجد شرایط با درآمد کم یا متوسط، تخفیف ارائه می‌دهد. خطمشی پشتیبانی مالی CSCHS، به طور آنلاین در <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> موجود است. افراد همچنین می‌توانند جهت دریافت یک کپی از خطمشی پشتیبانی مالی CSCHS، با بخش دسترسی بیمار CSCHS به شماره (866) 967-4677 (8 صبح تا 5 بعدازظهر، دوشنبه تا جمعه) تماس برقرار نمایند.

پیشینه:

هدف این خطمشی، تعریف استانداردها و روش‌های وصول بدهی بیمار به سازمان سلامت شهرستان سانتا کلارا (CSCHS) است.

خطمشی:

خطمشی CSCHS که صورتحساب بیماران را به شیوه‌ای دقیق، کارآمد و منطبق با قوانین و مقررات ذیربط، از جمله (اما محدود به این موارد نیست) مفاد ذیربط قانون ایمنی و سلامت کالیفرنیا، قانون مدنی کالیفرنیا و قانون ایالات متحده، صدور می‌نماید.

دستورالعمل:

طرف مسنول اقدام

1. خدمات تجاری بیمار CSCHS تحت اختیار مدیر ارشد مالی CSCHS، پرداخت بدهی‌های بیمار برای کالاهای مراقبت سلامتی و/یا خدمات ارائه‌شده توسط CSCHS را با تعیین مبالغ پرداخت‌نشده به عنوان مطالبات مشکوک الوصول و ارجاع چنین مبالغی به DTAC برای وصول، مورد پیگیری قرار می‌دهد. اقدامات وصولی به صلاحدید CSCHS و DTAC انجام شود و با تمام قوانین و مقررات ذیربط ایالتی و فدرال، از جمله قانون خطمشی‌های قیمت‌گذاری منصفانه بیمارستان کالیفرنیا (قانون ایمنی و سلامت کالیفرنیا، بخش‌های 127400 و مابعد)، قانون خطمشی‌های قیمت‌گذاری منصفانه پزشکان اورژانس (قانون ایمنی و سلامت کالیفرنیا، بخش‌های 127450 و مابعد)، قانون روش‌های وصول بدهی منصفانه روزنتال (قانون مدنی کالیفرنیا، بخش‌های 1788 و مابعد) و قانون روش‌های وصول عادلانه بدهی فدرال (قانون ایالات متحده، عنوان 15، بخش‌های 1692 و مابعد) مطابقت خواهد داشت.

2. CSCHS یک قرارداد کتبی با DTAC منعقد می‌کند که DTAC به طور کامل به خطمشی آن پایبند خواهد بود. این قرارداد کتبی به عنوان ایجاد یک سرمایه‌گذاری مشترک فی‌مابین CSCHS و DTAC تلقی نخواهد شد یا از طرف دیگر به CSCHS، امکان نظارت بر DTAC را نمی‌دهد.

3. CSCHS قبل از ارجاع بدهی بیمار به DTAC، تمام امور زیر را انجام می‌دهد:

أ. تمام تلاش منصفانه خود را انجام می‌دهد تا از بیماران اطلاعاتی به دست آورد مبنی بر اینکه آیا بیمه سلامت خصوصی، دولتی یا پشتیبانی مالی، این امکان را دارد که هزینه‌های مراقبت ارائه‌شده توسط CSCHS را به طور کامل یا جزئی تحت پوشش قرار دهد یا خیر.

ب. به بیماران فاقد پوشش مراقبت‌های سلامتی توسط یک پرداخت‌کننده شخص ثالث یا برای کسانی که تقاضای تخفیف در قیمت یا مراقبت‌های خیریه‌ای دارند، درخواستی برای طرح Medi-Cal یا سایر طرح‌های پوشش سلامتی با بودجه ایالتی یا شهرستانی فراهم می‌کند.

ت. با ارسال حداقل چهار (4) صورتحساب به بیماران برای خدمات ارائه‌شده در CSCHS، آنها را در جریان مسئولیت‌های مالی خود قرار می‌دهد.

ث. از طریق ارائه اطلاعیه در مورد خطمشی و درخواست پشتیبانی مالی CSCHS در تاریخ(های) خدمات یا بلافاصله پس از آن، در زمان صدور صورتحساب و حداقل 30 روز قبل از ارجاع بدهی بیمار به DTAC، در مورد گزینه‌های پشتیبانی مالی موجود به بیماران اطلاع رسانی می‌کند.

ج. هنگامی که بیماران در مورد گزینه‌های پشتیبانی مالی موجود با بخش دسترسی بیمار CSCHS تماس می‌گیرند، اقدامات لازم را انجام می‌دهد تا به آن بیماران در تکمیل درخواست‌های Medi-Cal، سایر پوشش‌های مراقبت سلامتی با بودجه دولت و طرح دسترسی به مراقبت‌های سلامتی کمک نماید.

ح. حداقل 60 روز قبل از ارجاع بدهی بیمار به DTAC، اطلاعیه‌ای — از طرف دیگر تحت عنوان "نامه خداحافظی" شناخته می‌شود — برای بیماران ارسال می‌کند. این اطلاعیه شامل موارد زیر خواهد بود:

1. تاریخ(های) خدمات صورتحساب که به DTAC ارجاع می‌شود.

2. نام و آدرس کامل DTAC؛

3. بیانیه‌ای که به بیمار اطلاع می‌دهد چگونه می‌توان یک صورتحساب دقیق از CSCHS دریافت نمود؛

4. نام و نوع پوشش سلامتی بیمار که در CSCHS در زمان خدمت ثبت گردیده است، یا بیانیه‌ای مبنی بر اینکه CSCHS فاقد آن اطلاعات است؛

5. یک کپی از درخواست پشتیبانی مالی CSCHS؛ و

6. تاریخ(هایی) که برای اولین بار، اطلاعیه‌ای در مورد تقاضای دریافت پشتیبانی مالی به بیمار ارسال شد، تاریخ(هایی) که برای اولین بار، درخواست پشتیبانی مالی به بیمار ارسال شد و در صورت امکان، تاریخی که CSCHS در مورد درخواست بیمار برای پشتیبانی مالی تصمیم‌گیری نمود.

خ. قبل از ارجاع بدهی بیمار به DTAC، حداقل به مدت 180 روز پس از صدور صورتحساب اولیه صبر می‌نماید.

4. CSCHS پس از تکمیل مراحل عنوان‌شده در پاراگراف (3) بالا، ممکن است بدهی بیمار را به DTAC ارجاع دهد تا یک یا چند مورد از اقدامات وصولی زیر را پیگیری نماید:

أ. مشاركت در اقدامات وصولی استاندارد، از جمله (اما محدود به این موارد نیست) استفاده از صدور صورتحساب، مکاتبات کتبی و تماس‌های تلفنی؛

ب. اقامه دعوی مدنی علیه بیمار به نحوی که با تمام قوانین ذیربط مطابقت داشته باشد. اگر بیمار دارای درخواست تجدیدنظر بلا تکلیفی برای پوشش کالاها یا خدماتی که برای آنها صورتحساب از CSCHS دریافت کرده است باشد، تا زمانی که تصمیم نهایی در مورد آن تجدیدنظر گرفته شود در صورتیکه بیمار تلاش منصفانه‌ای برای برقراری ارتباط با CSCHS و DTAC در مورد پیشرفت هرگونه درخواست تجدیدنظر انجام داده باشد، CSCHS توسط یک قرارداد کتبی میان سازمانی، اطمینان حاصل خواهد نمود که DTAC به دعوی مدنی علیه آن بیمار اقدام نکند (همانطور که در قانون ایمنی و سلامت کالیفرنیا تعریف شده است، بخش 127426، زیر بخش (ب)). یک درخواست تجدیدنظر بلا تکلیف شامل شکایات طرح سلامت، بررسی‌های پزشکی مستقل اجرا شده توسط سازمان مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده یا سازمان بیمه، جلسات دادرسی منصفانه Medi-Cal و درخواست‌های تجدیدنظر Medicare است که در قانون ایمنی و سلامت کالیفرنیا، بخش 127426، زیر بخش (b) شرح داده شده است.

5. CSCHS توسط یک قرارداد کتبی میان سازمانی، اطمینان حاصل خواهد نمود که DTAC با هر مدرکی که نشان‌دهنده امکان شروع فعالیت‌های وصولی باشد، اطلاعیه‌ای به زبان قابل فهم به بیمار ارسال می‌کند که خلاصه‌ای است از حقوق بیمار بر اساس قانون خطمشی‌های قیمت‌گذاری منصفانه بیمارستان، قانون روش‌های وصول بدهی منصفانه روزنتال و قانون روش‌های وصول منصفانه بدهی فدرال و شامل بیانیه‌ای است مبنی بر اینکه خدمات مشاوره اعتباری غیرانتفاعی ممکن است در منطقه بیمار در دسترس باشد، مطابق با قانون سلامت و ایمنی بخش 127430 باشد؛ و اینکه در اولین ارتباط کتبی با بیمار، DTAC یک کپی از نامه خداحافظی و بیانیه‌ای ارائه می‌دهد که بیش از 180 روز از تاریخ صدور صورتحساب بیمار برای اولین بار برای خدمات پزشکی که مبنای بدهی است، گذشته است، که DTAC ممکن است علیه بیمار برای وصول بدهی شکایت کند و DTAC اطلاعات مغایری را به مؤسسه اعتبارسنجی گزارش نمی‌کند.

6. CSCHS تعهدی در هیچ‌یک از اقدامات وصولی زیر نخواهد داشت:

- أ. گزارش اطلاعات مغایر در مورد بدهی بیمار به مؤسسه اعتبارسنجی مصرف‌کننده یا مؤسسه اطلاعات اعتباری؛
- ب. فروش بدهی بیمار به خریدار بدهی؛

ت. به تعویق انداختن یا رد کردن یا درخواست پرداخت قبل از ارائه مراقبت‌های پزشکی ضروری، به علت عدم پرداخت یک یا چند صورتحساب از سوی بیمار برای مراقبت‌های قبلی ارائه‌شده؛

ث. ضبط اموال غیرمنقول بیمار؛

ج. توقیف یا ضبط حساب بانکی یا سایر اموال شخصی بیمار؛ یا

ح. بهره‌گیری از توقیف دستمزد یا حق تصرف اقامتگاه اصلی به عنوان وسیله‌ای برای وصول صورتحساب‌های بیمارستانی پرداخت‌نشده از بیمار واجد شرایط پشتیبانی مالی.

7. هر بیمار ممکن است برای تنظیم یک طرح پرداخت بدون بهره به منظور پرداخت بدهی بیمار درخواست نماید.

أ. CSCHS هنگام مذاکره شرایط یک طرح پرداخت با بیمار، درآمد خانواده و هزینه‌های زندگی بیمار را مد نظر قرار می‌دهد.

ب. در صورتیکه CSCHS و بیماری که واجد شرایط دریافت پشتیبانی مالی است نتوانند در مورد طرح پرداخت به توافق برسند، CSCHS از دستورالعمل و تعاریف تشریح شده در زیر بخش (i) از قانون سلامت و ایمنی کالیفرنیا، بخش 127400 برای ایجاد یک طرح پرداخت منطقی متشکل از پرداخت‌های ماهانه که بیشتر از 10 درصد از درآمد خانواده بیمار برای یک ماه نیست، بدون احتساب کسر هزینه‌های ضروری زندگی استفاده می‌کند.

ت. اگر بیمار نتواند تمامی بدهی‌ها در طول یک دوره 90 روزه را به طور مستمر پرداخت نماید، طرح پرداخت ممکن است غیرفعال اعلام گردد.

ث. CSCHS قبل از اعلام غیر فعال شدن طرح پرداخت:

1. به طور منصفانه تلاش خواهد کرد که از طریق تلفن با بیمار تماس برقرار کند، به طور کتبی اعلام کند که طرح پرداخت ممکن است غیرفعال شود و به بیمار در مورد امکان تلاش برای مذاکره مجدد در مورد شرایط طرح پرداخت پیش‌فرض اطلاع‌رسانی نماید.

2. در صورت درخواست بیمار، سعی خواهد کرد که شرایط طرح پرداخت پیش‌فرض را مجدداً مورد مذاکره قرار دهد.

ج. در صورت عدم پرداخت قبل از زمان اعلام غیر فعال شدن طرح پرداخت، CSCHS هیچگونه اقامه دعوی مدنی را علیه بیمار آغاز

نخواهد کرد.

8. CSCHS از فیش حقوقی، اظهارنامه مالیات بر درآمد یا اسناد اموال به دست آمده از بیماران، در طول فرآیند درخواست پشتیبانی مالی برای اقدامات وصولی استفاده نخواهد کرد.

9. در صورتی که سرپرست چرخه درآمد CSCHS یا نماینده آنها، یک درخواست پشتیبانی مالی ارائه شده در بیش از 180 روز پس از صدور صورتحساب اولیه را بررسی نماید، سرپرست چرخه درآمد CSCHS یا نماینده آنها از DTAC درخواست خواهد کرد که اقدامات وصولی، از جمله اقدامات مدنی باقی مانده را تا زمانی که سرپرست چرخه درآمد CSCHS یا نماینده آنها در مورد درخواست تصمیم بگیرد، متوقف نماید. در صورتی که پس از شروع اقامه دعوی مدنی، بیماری واجد شرایط دریافت پشتیبانی مالی تشخیص داده شود، CSCHS با DTAC همکاری خواهد نمود تا دعوی را با پیش‌دآوری رد کند.

10. هیچ چیز در این خطمشی مانع CSCHS یا DTAC برای پیگرد قانونی مسئولیت شخص ثالث به روشی مطابق با قوانین ذیربط نیست.

بیماران

1. بیماران باید سوالات مرتبط با این خطمشی را به خدمات تجاری بیمار CSCHS ارسال نمایند. بیماران می‌توانند از طریق شماره (408) 885-7470 (8 صبح تا 4:30 بعد از ظهر، دوشنبه تا جمعه) و یا به صورت مراجعه حضوری به آدرس خیابان S.Bascom 770، سن خوزه، کالیفرنیا 95128، (8 صبح تا 4:30 بعد از ظهر، دوشنبه تا جمعه)، با خدمات تجاری بیمار CSCHS در تماس باشند.

2. در جهت پاسخگویی به صورتحساب‌ها و ارتباطات مرتبط با CSCHS و DTAC در اسرع وقت، بیماران باید تمام تلاش منصفانه خود را انجام دهند.

3. بیماران باید تمام تلاش منصفانه خود را برای اطلاع‌رسانی به CSCHS انجام دهند، در صورتیکه دارای پوشش بیمه سلامتی، Medicare، Medi-Cal یا سایر پوشش‌های شخص ثالث باشند که ممکن است همه یا برخی از کالاهای و/یا خدمات مراقبت‌های سلامتی دریافت‌شده در CSCHS را پرداخت نماید.

4. از بیماران درخواست می‌شود که خطمشی پشتیبانی مالی CSCHS را مرور نمایند و اگر معتقدند که واجد شرایط دریافت پشتیبانی مالی هستند، یک درخواست پشتیبانی مالی را در اسرع وقت تکمیل و ارسال کنند. بیماران می‌توانند خطمشی کامل پشتیبانی مالی CSCHS را مرور نمایند و یک کپی از درخواست پشتیبانی مالی CSCHS را از طریق <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> دانلود کنند. همچنین در صورت داشتن هرگونه سؤال در مورد خطمشی پشتیبانی مالی، بیماران می‌توانند با بخش دسترسی بیمار CSCHS به شماره (866) 4677-967 (8 صبح تا 5 بعد از ظهر، دوشنبه تا جمعه)

تماس برقرار نمایند.

2022/08/12

صادر شده: