



使用以下的AdventHealth 联系信息提交财务援助文件

AdventHealth 财务援助网页地址: [www.adventhealth.com/legal/financial-assistance](http://www.adventhealth.com/legal/financial-assistance)

服务地点	邮寄信息	电话/传真
<b>Altamonte Springs</b>	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	电话: 407-303-0500 传真: 407-200-4977
<b>Apopka</b>	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	电话: 407-303-0500 传真: 407-200-4977
<b>Celebration</b>	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	电话: 407-303-0500 传真: 407-200-4977
<b>East Orlando</b>	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	电话: 407-303-0500 传真: 407-200-4977
<b>Kissimmee</b>	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	电话: 407-303-0500 传真: 407-200-4977
<b>Orlando</b>	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	电话: 407-303-0500 传真: 407-200-4977
<b>Winter Garden</b>	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	电话: 407-303-0500 传真: 407-200-4977
<b>Winter Park</b>	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	电话: 407-303-0500 传真: 407-200-4977
<b>For Children</b>	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	电话: 407-303-0500 传真: 407-200-4977
<b>For Women</b>	Patient Financial Services PO BOX 538815 Orlando, FL 32853-9902	电话: 407-303-0500 传真: 407-200-4977
<b>Heart of Florida</b>	Patient Financial Services PO BOX 865839 Orlando, FL 32886-5839	电话: 866-481-2553 传真: 941-341-3717
<b>Lake Wales</b>	Patient Financial Services PO BOX 865836 Orlando, FL 32886-5836	电话: 866-481-2553 传真: 941-341-3717
<b>Daytona Beach</b>	Patient Financial Services 770 West Granada Blvd Ste 203 Ormond Beach, FL 32174	电话: 888-676-2219 传真: 386-676-2560
<b>DeLand</b>	Patient Financial Services 770 West Granada Blvd Ste 203 Ormond Beach, FL 32174	电话: 888-676-2219 传真: 386-676-2560
<b>Fish Memorial</b>	Patient Financial Services 770 West Granada Blvd Ste 203 Ormond Beach, FL 32174	电话: 888-676-2219 传真: 386-676-2560
<b>New Smyrna Beach</b>	Patient Financial Services 770 West Granada Blvd Ste 203 Ormond Beach, FL 32174	电话: 888-676-2219 传真: 386-676-2560
<b>Palm Coast</b>	Patient Financial Services 770 West Granada Blvd Ste 203 Ormond Beach, FL 32174	电话: 888-676-2219 传真: 386-676-2560
<b>Waterman</b>	Patient Financial Services 1000 Waterman Way Tavares, FL 32778	电话: 352-253-3311 传真: 352-253-3735

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

# 获得医疗费用支付援助

从美国基督复临安息日会健康照护系统(AdventHealth)及其附属医疗保健提供方处获取服务的患者均可使用此信息。如需查阅 AdventHealth 下属的医疗机构列表, 请浏览 [www.adventhealth.com](http://www.adventhealth.com)。作为以信仰为基础的医疗系统, AdventHealth 向所有患者提供医疗保健服务, 包括由于收入有限无力承担医疗服务费用的患者。患者可在住院期间、开具账单的过程中申请医疗费用支付援助。

## 申请援助的资格

接受紧急医疗服务或必要医疗服务且未投保商业医疗保险、或政府医疗保险计划的患者具备申请经济援助的资格。援助金额取决于申请人的年收入和家庭人口。年收入等同于或低于联邦贫困指标(Federal Poverty Guidelines) 200%的申请人可以免付账单。

2020年联邦贫困指标	
家庭人口	贫困指标的200%
1	25,520美元
2	34,480美元
家庭人口每增加一人, 则增加8,960美元	

若收入未达到申请医疗费用账单全免的标准, 依然可以申请部分减免账单。其他因素也会影响申请资格。

## 申请援助

患者可以通过本人、寄送邮件或拨打电话申请援助。如需获取申请表, 请致电客户服务部, 浏览我方网站, 或前往我方医院的挂号处。我方电话号码、网站、地址可在我方网站的经济援助栏目下查看, 或者在本文档打印版本的第一页查询。我方网站、医院挂号区提供此信息的其他语言版本。

## 紧急护理和医疗上必要的护理

患者若具备获得医疗费用援助的资格, 则其为紧急护理或医疗必要的护理支付的费用不会超过投保患者应当支付的费用。我方在确定经济援助申请人应当支付的费用时会参照投保患者及其保险公司支付的费用。申请人可在我方网站上查看我方的慈善政策。

## 证明文件

患者若要申请加入我方的经济援助计划，应当及时提供相关信息和文书。患者应当提供其保健福利、收入、财产以及有助于我方裁定其是否具备援助资格的其他所有信息。相关文书包括银行对账单、所得税税单、支票存根。

## 催款措施

首次记账日期过后 100 天仍未支付的账单将被上报至催款机构。首次记账日期过后 120 天仍未支付的账单将被记入患者或患者担保人的信用记录。患者或患者的担保人可以在收款过程中通过提交申请表申请医疗费用援助。

患者姓名	出生日期	社会安全号码	*家庭人口数目	过去12个月家庭年收入 \$
未成年患者请填写担保人姓名	出生日期	社会安全号码	担保人收入来源	
家庭拥有的交通工具 (包括汽车/船只/房车 (出厂年份/品牌/型号))  (非必填项)	支票/储蓄 账户余额  (非必填项)	拥有的房产及其价值  (非必填项)	定期存款账户/退休金/投资账户余额  (非必填项)	其他资产  (非必填项)
患者住址		家庭电话号码		若收入为\$0, 请勾选一项:
城市、州、邮政编码		备用电话号码		<input type="checkbox"/> 寄居亲属处
家庭里年龄未满21岁的儿童数目: _____				<input type="checkbox"/> 寄居朋友处
				<input type="checkbox"/> 已退休
				<input type="checkbox"/> 失业
				<input type="checkbox"/> 残障
				<input type="checkbox"/> 无家可归

请阅读后再签字。本人保证上述信息为本人如实填写, 信息真实、准确。本人单独或在医院工作人员的帮助下申请由联邦政府、州政府、地方政府或私人渠道提供的任何或全部援助以支付此医疗费用账单。本人理解, 若本人不配合本人的医疗服务提供方提供必要的信息, 本人请求获得经济援助的申请可能被拒绝。本人特此准许并授权Medicaid计划委派代理人向本人的医疗服务提供方披露与本人Medicaid申请状态相关的所有信息以及在申请未获批准时, 提供未获批准的原因。本人把从上述渠道获得的所有资金指派给本人的医疗服务提供方, 用于帮助支付此医疗费用账单。本人, 代表本人自己及本人直系亲属、授权代表、医生、顾问 (含神职人员)、律师, 同意坚持对本人与本人医疗服务提供方之间就相关于本人医疗服务提供方提供给本人的服务的任何书面交流和/或口头交谈内容严格保密。本人理解, 按照规定, 本人提交的信息必须经过本人医疗服务提供方 (包括信用报告机构) 的核实, 并且接受联邦机构和/或州机构及其他机构的审查。本人授权本人的雇主向本人的医疗服务提供方出具本人的收入证明。本人理解, 若本人提供的信息被证实为虚假信息, 则本人的医疗服务提供方可以重新评估本人的经济状况并采取相应的措施。为了证明具备获得援助的资格, 必须提供至少一份可以证明家庭收入的证明文件。此等证明文件包括但不限于, 最近一年的纳税申报单、最近的W2 (工资单)、经过公证的佐证书等。若未提供证明文件, 援助申请可能会被拒绝。医疗服务提供方可以对未付清的余额采取催款措施。 [佛罗里达州申请人请注意: 《佛罗里达州法律》s. 817.50 (1): 任何人若故意或意图通过欺骗获取或企图获取本州任何医院的货物、产品、商品或服务将被定为二级轻罪, 按照 s. 775.082 和 s. 775-083 的规定给予处罚。]

\_\_\_\_\_  
申请人/担保人签名

\_\_\_\_\_  
填表日期

\*在计算家庭人口数目时, 只计算: 1) 住在家里的血亲; 2) 住在家里姻亲; 和 3) 通过合法收养住在家里的亲属。

限由办公人员填写

Reason for Service					GAI		DOS		Family Size		Total Charges				
<input type="checkbox"/> 1.0x		<input type="checkbox"/> 1.5x			<input type="checkbox"/> 2.0x			<input type="checkbox"/> 25% Rule							
\$		\$			\$			\$							
Recommendation for account disposition															
Finance Committee Disposition															
_____				_____				_____							
Manager				Date				Director				Date			

限由办公人员填写

Reason for Service					GAI		DOS		Family Size		Total Charges	
<input type="checkbox"/> 1.0x		<input type="checkbox"/> 1.5x			<input type="checkbox"/> 2.0x			<input type="checkbox"/> 25% Rule				
\$		\$			\$			\$				
Recommendation for account disposition												
Finance Committee Disposition												
_____				_____		_____				_____		
Manager				Date		Director				Date		

经济援助

CW F 50.1

目的

美国基督复临安息日会健康照护系统(AdventHealth , AH) 致力于提供优质医疗保健服务, 满足服务区域内的多样化需求。AH 坚信, 所有人, 不论年龄、性别、所处地理位置、文化背景、身体运动能力、经济能力, 都应当获得紧急救护和医疗上必要的非可选护理。AH 致力于提供医疗保健服务, 并且了解在某些情况下某些人可能无法承担医疗服务费用。本政策符合《国内税收法典》第 501(r)条法规及依据该法颁布的条例, 本政策按此等规章解释, 并按照此等规章的规定实施。AH 各个医疗机构的主管部门已经按照《国内税收法典》第 501(r)条法规的规定采纳政策。

AH 公平地向每位患者提供紧急救护或医疗上必要的非可选护理, 不会因患者的经济能力、申请经济援助的能力、第三方承保而歧视患者。若患者没有第三方承保, AH 会每年提供拨款作为经济援助的资金。只要情况许可, 财务顾问会在患者入院前或入院时裁定其是否具备获得经济援助的资格。本政策所述的此等情况指 AH 医院机构或附属相关实体(提供紧急或其他医疗上必要的护理的合作伙伴, 且 AH 医疗机构拥有所有者权益)应根据患者的经济需要而免费提供服务。

对于符合资格的自付费患者以及在获取紧急或其他医疗上必要的非可选服务后, 赔偿金不足支付医疗费用的患者, 本经济援助政策按照此等患者的经济需要为其设立指导方针。本经济援助政策也对获得医疗上必要的服务的自付费患者的收费金额方面建立指导方针。通常不会对可选医疗程序实行基于经济需要的经济援助折扣, 除非 AH 医疗机构针对个别案例自行决定实行此等折扣。

非可选服务指的是若未及时提供此等护理, 病情会:

- 使患者的健康受到严重危害
- 严重破坏患者的身体机能或致使患者身体器官出现严重功能障碍。

根据此定义, 非可选服务涉及的患者类型包括但不限于:

- 急诊门诊患者
- 急诊住院患者
- 因先前急诊治疗而复诊的门诊患者/住院患者。

政策

请查阅本政策附录中的提供方列表, 此表除了包含 AH 医疗机构外, 还包含在 AH 医疗机构内提供紧急救护及其他医疗上必要的护理的所有提供方, 并还明确指明承保本经济援助政策的提供方。本政策附录中所含的提供方名单可从 AH 医疗机构的网站上获取。AH 医疗机构的患者经济援助部免费提供该名单的印制版本。

提供方名单每季度更新, 增补信息, 纠正错误信息, 删除过期信息。提供方名单上会注明最近一次更新的日期。



AH 医疗机构将在该医院提供急救服务或医疗上必要的护理的医生、执业医疗小组或其他实体的名称，按照与医院签署合约或向患者开具医疗服务帐单所使用的名字依序列出。

- A. 患者若存在以下情况，可以就其急救服务或医疗上必要的非可选护理申请经济援助：
1. 没有第三方承保。
  2. 患者已经具备获得援助（例如 Medicaid）的资格，但特定的医疗服务不在援助范围内。
  3. Medicare 或 Medicaid 保险金已经用尽，患者已无力再承担医疗费用。
  4. 患者已经投保，但其保险金差额表明其存在经济需要，从而符合申请援助的资格。
  5. 患者符合地方和/或州慈善规范。
  6. 患者可以按照本政策所设立的指导方针申请经济援助。
- B. 《经济援助政策》、《经济援助申请表》、《经济援助政策简明摘要》公开透明，接受持续医疗护理的患者可以随时获取；此三个文件配备与 AH 服务区相匹配的语言版本，符合《语言援助服务法案》的规定，在 AH 医疗机构提供服务的社区，只要英语能力有限的少数族裔人数超过 1,000 人或达到占社区总人口的 5%，AH 就会为该少数族裔民众提供其所用主要语言版本的上述三个文件（本政策下文把上述人数达到上述标准的英语能力有限的少数族裔民众称为"LEP"指定人群）。
1. 网站：AH 医疗机构会在其各自网站的明显位置发布下列文件和信息的最新完整版本：
    - a. 《经济援助政策》(Financial Assistance Policy, FAP)
    - b. 《经济援助申请表》(Financial Assistance Application Form, FAA)
    - c. 《经济援助政策简明摘要》(Plain Language Summary, PLS)
    - d. AH 医疗机构财务顾问联系信息。

## 经济援助

## CW F 50.1

2. 相关网站会提示网站上提供 FAP、FAA 表、PLS，以及如何获取 LEP 指定人群的主要语言版本。
  3. AH 医疗机构公共区域（包括入院接待处、挂号处和急诊部）的显著位置会摆放引导标志。所有告知患者可以申请经济援助的引导标志均包含以下内容：
    - e. 可以获取 FAP、PLS、FAA 表的医疗机构网站地址
    - f. 电话号码或实际地点，患者可以致电该号码或到访该地点获取 FAP、FAA 表、PLS，了解与 FAP、PLS 或申请流程相关的详细信息。
  4. 联系信息，属于 LEP 指定人群的患者可通过该联系信息了解如何以及从何处获取相应语言版本的 FAP、FAA 表、PLS。AH 的每个医疗机构均在公共区域（包括急诊部、入院接待处和挂号处）备有 FAP、FAA 表、PLS 的印制副本，可供免费索取，也可通过邮件寄送。印制副本提供英文版本和 LEP 指定人群的主要语言版本。AH 医疗机构会在患者入院、出院时提供 PLS 的纸质印制副本。
  5. 财务顾问访视：财务顾问将争取向在 AH 医院住院的每位自付费患者提供私人财务咨询。财务顾问通过口译人员与英语能力有限的患者沟通，以便信息有效传达。财务顾问会告知患者经济援助资格标准及折扣信息。
  6. 应当以合理的方式把 PLS 分发给 AH 医疗机构所服务的社区民众，使最需要经济援助的民众获悉此等援助。一个示例是，把 PLS 副本分发给社区内解决低收入人群医疗保健需求的组织。
- C. AH 及接受服务的患者对提供经济援助相关的一般流程各自承担责任。
1. AH 的责任：
    - a. AH 制定经济援助政策，评估并裁定患者是否具备申请经济援助的资格。
    - b. AH 采取措施公开宣布并广泛地向所有患者传播其提供经济援助的消息，从而促使患者全面参与。
    - c. 在患者财务服务部和挂号区的 AH 工作人员理解 AH 经济援助政策，能够把与本政策相关的问题转介给相应的医

院代表。

- d. AH 要求代表其收款的第三方机构与其所签订的协议均应包含具有法律约束力的书面合同条款，规定此等机构遵守 AH 经济援助政策。
- e. AH 销售与收款部对经济援助的提供、经管经济援助及开账单和收款流程的政策/流程施以组织监管。
- f. AH 在收到患者的经济援助申请后，会在合理时间期限内通知患者关于其申请资格的裁定结果。
- g. AH 提供多种支付方式供患者选择。
- h. AH 支持、尊重患者就裁定结果提出申诉和寻求复审。
- i. AH 保留（也要求计费承包商保留）可以证明提议、申请、提供经济援助的相关文件资料，保留期限至少为七年。
- j. AH 定期检查并采纳美国卫生与公众服务部公布的最新联邦贫困指标。

## 2. 患者责任：

- a. 按照经济援助政策的规定，患者若希望减免 100% 的医疗费用，必须配合 AH 提供必要的信息和文件资料，申请可以支付医疗保健费用的其他现有经济资源，例如 Medicare、Medicaid、第三方责任等。
- b. 按照经济援助政策的规定，患者若希望减免 100% 的医疗费用，必须向 AH 提供必要的经济信息和其他信息以便裁定其是否具备资格（包括按照要求填写申请表，全面配合信息收集和评估流程）。
- c. 自付费患者若根据其经济需要被认定为不符合减免 100% 的医疗费用的资格，其账单计费金额不会超过投保相关医疗服务的患者的正常账单金额，此等患者应当配合医院制定合理的付款方案。
- d. 自付费患者若根据其经济需要被认定为不符合减免 100% 的医疗费用的资格，必须以诚信的态度按照付款方案支付医疗费用账单。此等患者在其经济状态发生变化时应当及

时通知 AH 以便参照经济援助政策、患者的医疗费用账单、付款方案条款对相关变化产生的影响进行评估。

- D. 经济援助资格判定和申请经济援助的流程应当公正、公平、及时。
1. 识别潜在的合格患者。经济援助请求会在出院后首笔账单通过邮件或电子汇票发送至患者之日起最多 240 天内批准。
    - a. 注册流程和注册前流程促进识别需要经济援助的患者。
    - b. 财务顾问将尽全力在每位自付费患者住院期间或出院时与其联系。
    - c. 每位患者入院、出院时都会获得 AH 医疗机构的 PLS 和 FAA 表。
    - d. 所有账单说明书皆包含明显的书面通知，告知收件人可以根据 ASH 医疗机构的 FAP 获取经济援助，此等通知包含：  
1) AH 医疗机构里可以提供 FAP 和经济援助申请流程信息的办公室或部门的电话号码；2) 可以获取 FAP、FAA 表、PLS 的网站地址。
    - e. 作出合理的努力，以口头告知患者 AH 医疗机构的 FAP 以及患者如何通过 FAA 表按照流程获得援助。
    - f. AH 医疗机构会向患者提供至少一份 PLS 以及一份书面通知（告知可能采取的措施），告知患者 AH 为具备资格的患者提供经济援助，声明 AH 医疗机构可以在患者未提交 FAA 表或未能在指定的截止日期前支付应缴款项的情况下采取措施，向消费者信贷报告机构/个人征信局报告对患者不利的信息，或实施特定的非常规收款措施。此等截止日期不得早于患者出院后首笔账单发送至患者之日后 120 天。此等通知必须在所述截止日期之前至少 30 天提供给患者。
  2. 经济援助请求。经济援助请求可通过多种渠道（包括患者本人、患者家属、社区机构、教会、收款机构、护理提供方、行政机构等）提交。
    - a. 从第三方收到的请求会被转介给财务顾问。
    - b. 财务顾问与第三方合作为患者提供可用资源以帮助患者完成申请流程。
    - c. 患者若要求获取对预估费用的书面说明，则 AH 会在收到请求后开具此等信函。

### 3. 资格标准

- a. 家庭收入不超过现行联邦贫困指标的 **200%** 的患者才具备资格享受减免 **100%** 相关费用（即自付费患者的全额勾销，以及扣除保险金后患者自担费用的全额勾销）的经济援助。家庭收入超过现行联邦贫困指标 **200%** 的自付费患者，对其收取的医疗费用将不会超过投保相关医疗服务的患者的正常账单金额。
- b. 对具备获取 **FAP** 经济援助资格的患者收取的急救服务或其他医疗上必要的护理的费用应当根据 **AH** 医疗机构对已经投保相关医疗服务的患者的正常收费金额(**AGB**)进行调整。**AH** 的每个医疗机构将以 **AGB** 百分比乘以提供给患者的服务的总支出来确立 **AGB**。所有 **AH** 医疗机构在计算 **AGB** 时均会利用§1.501(r)5(b)(3)所述的顾后方法。患者可以通过本政策附件里列出的电话号码联络 **AH** 医疗机构的患者财务服务小组的成员，以获取一份免费的书面资料表，该表包含相关 **AH** 医疗机构的 **AGB** 百分比并说明确立此百分比的方法。
- c. 根据 **AH** 医疗机构 **FAP** 的规定，对具备获取经济援助资格的患者收取的医疗服务费用应低于该服务的总支出。
- d. 若经济援助资格中 **200%** 的上限需要根据市场条件（包括竞争及公共关系）上调，则机构代表应当向 **AdventHealth** 医院财务高级小组(**SHFG**)委员会提出例外案例以供审批核准。
- e. 在裁定患者是否具备获得经济援助的资格时，除了采用上述收入水平评估，还会选用资产审查。仅对加入 **Medicare** 的患者强制执行资产审查。资产审查对未加入 **Medicare** 的患者是可选的措施。在本政策中，患者承担的金额是患者应当支付的费用 **100%**，此等费用不超过以下两项中金额较高的一项：**1)** 可用资产的百分之七 (**7%**)； **2)** 《经济援助政策》规定的应付金额。“可用资产”指是现金、现金等价物、和非退休投资。
- f. 计算个人收入时采用以下方式：
  - i. 家庭人口和收入包括所有直系亲属及家庭里的其他受赡养者，具体如下：
    1. 一位成年人，如此成年人已婚则包括其配偶。

## 经济援助

## CW F 50.1

2. 该成年人或其配偶亲生或收养的未成年子女。
  3. 按照法院裁决由该成年人或其配偶承担法律责任的未成年人。
  4. 年满 18 岁且 50% 以上的个人开支皆依靠家庭资助的学生（必须提供负此责任的成年人最近的纳税申报单）。
  5. 50% 以上的个人开支皆依靠家庭收入资助的任何其他人（必须提供负此责任的成年人最近的纳税申报单）。
- g. 可以通过下列来源证明收入：申请人的个人财务报表、申请人最近的 W-2 表（工资单）、最近的 1040 表、银行对账单或其他可以证明其申报的收入的文件资料。
- h. 证明收入和可用资产的文件资料应当保存在患者文件中，以备未来参考。
- i. 为了识别其他开支、债务、收入以形成对患者财务状况的全面了解，可以要求制备该患者的信用报告。可以使用第三方评分工具来证明患者是否具备获取经济援助的资格。
- j. 经济援助申请表会在出院后首笔账单发送至患者之日起或在裁定患者财务状况发生变化之日起最多 240 天内审批。患者无需为服务日期在经济援助申请批准最后一日之后三(3)个月内重复提交经济援助申请。
- k. 假定符合资格：未投保且遭受以下一种或多种情形的患者可以在未提交完整《经济援助申请表》的情况下被认定为具备获得最基本经济援助的资格：
- 患者无家可归；
  - 患者已亡故且未发现其有可以偿还医疗欠费的财产；
  - 患者因重罪入狱；
  - 患者在接受服务之日不具备获得 Medicaid 的资格，但目前已经具备此资格；
  - 根据州法《暴力犯罪受害者赔偿法案》、《性侵犯受害者赔偿法案》裁定患者具备获得援助的资格；
  - Scorer®应用程序认定患者的支付风险评分为“D”或“E”。Scorer 应用程序是一个用来将个体分为不同经济类型组别的工具。其评分方法包含多种算法，这些算法吸纳来自个人信用局的数据、人口统计学数据库、特定的医疗数据，据此做出推断并把患者划分到相应的经济类型组别。医院也可以使用个人信用局评分代替 Scorer 应用程序，自主裁定患者

的假定符合资格。

- 患者在其最近一次经济援助申请获得批准后首三个月内始终被认定为具备获取经济援助的资格。

对于按照本政策被假定符合获取经济援助资格的患者，第 D 条所述的措施以及本政策内的所有措施对其的适用程度与已经提交完整《经济援助申请表》的患者相同。

#### 4. 申请经济援助的方法

a. 《AH 经济援助申请表》为了申请经济援助，患者应当填写《AH 经济援助申请表》患者应当提供所有必要的支持性数据以证明其符合资格，包括证明收入的证明性文件资料。请参阅《CW F 50.1 经济援助实施指示》了解此等文件资料的恰当形式。

b. 患者获取《AH 经济援助申请表》的渠道包括：从 AH 医院网站获取，通过邮件索取免费副本，联系 AH 医院的患者财务服务部，在 AH 医院的患者入院接待处/挂号处当面索取。

c. 填写完整的《AH 经济援助申请表》将提交至患者财务服务处理。患者必须提供收入和可用资产证明。此外，按照联邦法律规定，Medicare 受益人还必须接受额外的资产审查。根据患者的全部资源（包括但不限于家庭收入水平、资产（对加入 Medicare 的患者的要求）及其他患者信息）执行评估，裁定患者是否符合资格。

5. *在未支付情况下可以采取的措施*：患者出院后首笔账单发送至该患者之日起 120 天后，AH 医疗机构可就提供给该患者的医疗服务向消费者信贷报告机构或美国个人信用局报告该患者存在未偿债务，或者采取售债这种非常规收款措施(ECA)（请参阅本政策第 F.6.条），或者仅在向该患者实施 ECA 之前至少 30 天做出如下通知后才可实行其他特定的 ECA 措施：1)向该患者发出一份附带 PLS 的书面通知，指出符合资格的患者可以申请获取经济援助，声明在规定的截止日期之后将实行特定的 ECA（此等截止日期不能是此书面通知出具日期之后 30 天内）2)尽合理努力口头告知患者 AH 医疗机构的 FAP 以及如何通过经济援助申请流程获取援助。

a. *未提交《AH 经济援助申请表》*：

若患者在出院后首笔账单发送到患者处之日后 120 天内未提交《AH 经济援助申请表》且书面通知中规定的截止日

期已过，则 AH 医疗机构可以实行 ECA。

b. *提交不完整的《AH 经济援助申请表》：*

若患者在首笔账单发送到患者处之日后 240 天内（申请期）提交的《AH 经济援助申请表》不完整，则 AH 医院必须采取以下措施：

i. 暂缓实行 ECA；

- ii. 向该患者发出书面通知，指出该患者必须在合理时间期限内提交《经济援助政策》规定或《经济援助申请表》需要的其他信息和/或文件资料，此书面通知还应当包含相关联系信息，包括 AH 医疗机构内可以提供 FAP 信息的办公室或部门的电话号码、实际地址；医疗机构内可以协助经济援助流程的办公室或部门的联系信息；或者，在相关 AH 医疗机构无法提供协助的情况下，提供可以协助患者申请经济援助的非营利性组织或政府机关的联系信息；

- iii. iii. 若患者未在上述合理时间期限内提交完整的《经济援助申请表》，相关医疗机构可以实行或重新开始实行 ECA。在收款流程方面，附属于（汽车、责任、人寿、健康）保险的抵押权属于患者因人身伤害而拥有的潜在所得，若 AH 医疗机构为此等人身伤害提供医疗服务，则此等抵押权为许可抵押权。将不会对符合 FAP 资格的患者提起诉讼或实施抵押权。

c. *提交完整的《经济援助申请表》*

若患者在申请期限内（患者出院后首笔账单发出之日起 240 天内）提交完整的《经济援助申请表》，AH 医疗机构必须采取以下措施：

- i. 暂缓实行 ECA。
- ii. 在考量患者提交的完整《经济援助申请表》期间暂缓实行收款措施。在患者的账户添加一条备注以暂缓收款措施，直至经济援助流程结束为止。若患者的账户已交给某家收款机构，则应当通知该机构暂缓收款工作，直至做出申请决定为止。此等通知应当记录在账户备注里。
- iii. 就患者是否具备获取经济援助的资格做出裁定并予以记录。
- iv. 通常应当在收到完整的《经济援助申请表》后 60 天内以书面形式及时通知患者 AH 对申请的裁定以及做出此等裁定



的原因。

- v. 为该患者开具账单（账单金额为\$0的情况例外），指明该患者作为符合 FAP 资格的患者仍然亏欠的金额，并说明该患者如何获取与医疗服务 AGB 相关的信息以及 AH 医疗机构如何计算得出其所欠金额。
- vi. 把结余款项退还该患者。
- vii. 采取一切合理可用措施撤销已经对该患者实行的 ECA。
- viii. 对于被裁定为不符合 FAP 资格的患者，应当向其开具书面拒绝通知，此等通知应当包含拒绝的原因以及提交申诉的流程和联系信息。若患者对经济援助申请被拒绝的裁定不满，可以在被拒绝后 45 天内提出申诉。申诉请求必须包含有助于评估该申诉的其他相关信息。经济援助委员会每月审核申诉请求。经济援助委员做出的决定应当在委员会审核后 60 天内告知相关患者，此决定为委员会的最终决定。
- ix. 按照 FAP 的规定，若患者已经提交 Medicaid 援助申请，则 AH 医疗机构在收到该患者提交的完整 FAA 表时，可以推迟裁定患者是否具备资格，直至其 Medicaid 援助申请得到裁定为止。

#### E. 患者财务服务部的职责

1. 经济援助委员会：医院经济援助委员会每月审核患者的经济援助申请摘要以及财务服务部由此摘要所得出的意见。经济援助委员会审核所有经济援助意见，重点审核需要单独考量的介于边界线或非常规的请求。
2. 金额超过 10,000 美元的经济援助必须获得经济援助委员会的审批。
3. 经过经济援助委员会审核、批准后，患者财务服务部会把获得准许的经济援助发放到患者的账户。
4. 患者财务服务部应当判断医院在裁定患者是否具备 FAP 资格时是否尽合理努力，并决定医院是否可以实行 ECA。
5. 与 AH 就收款服务签订合同的结算机构将按照本经济援助政策的规定处理结算和收款事务。
6. 把患者的债务出售给另一方（不是下文所述的非 ECA 销售）将视为 ECA，因此只有在上文第 D 条所述的必要措施已经全部完成后才可实行。拟订的债务出售协议必须得到当地 AH 区域首席财务官的审批并经过 AH 合同审核流程后方可执行。

部分债务出售不属于 ECA。对于非 ECA 债务出售，相关 AH 医疗机构必须与债务的买家签订具有法律约束力的书面协议，协议应当

包含以下规定：

- a. 买家不得实行 ECA；
- b. 严禁买家以高于美国国税局规定的利率对债务收取利息；
- c. 在裁定相关患者具备 FAP 资格时，AH 医疗机构可召回或收回出售的债务；
- d. 若债务不可召回或收回，买家必须确保相关患者偿还的金额不超过其作为具备 FAP 资格的患者应当承担的金额。

F. 患者支付方案

1. 对于按 AGB 收费的自付费患者，AH 单独与此等患者制定支付方案。收款措施应当按照联邦法律和州法律在收款活动方面的规定执行。付款期间不对账户余额收取利息，除非相关患者自愿选择参与第三方金融机构实施的产生利息的长期支付协议。
2. 若患者遵守专门为其制定的支付方案的条款，不会对其实施收款措施。

G. 保持记录

1. 应当保留一份反映经济援助授权的印制的记录或电子记录，以及所有申请表和工作表的副本。
2. 应当保留已处理的申请和已提供的经济援助相关的摘要信息，保存期限为七年。摘要信息包括申请获取 AH 经济援助的患者人数，多少患者获得经济援助，提供给每位患者的经济援助金额，每位患者的总账单。
3. 每年在《社会效益报告》中报告经济援助的费用。在此报告中，应当使用最新适用的经营成本、相关的成本费用比率，把经济援助（慈善护理）转化为护理成本（而非费用）。

H. 遵从法律：目前及将来，经济援助的提供受到联邦法律、州法律、地方法律的约束。若此等法律实行比本政策更加严格的规定，则以此等法律为准。