AdventHealth

નીચે આપવામાં આવેલી એડવેન્ટ હેલ્થની સંપર્ક માહિતીનો ઉપયોગ કરી આર્થિક સહાયતા માટે દસ્તાવેજો રજૂ કરો

એડવેન્ટ હેલ્થ ફાયનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ વેબ પેજ એડ્રેસ

www.adventhealth.com/legal/financial-assistance

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

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

તમારાં બિલની ચૂકવણી માટે મદદ મેળવવી

આ જાણકારી કોઈ પણ માટે છે જેઓ એડવેન્ટિસ્ટ હેલ્થ સિસ્ટમ ફેસિલિટી અથવા જોડાયેલી આરોગ્ય સંભાળ પરદાતા દવારા સેવાઓ મેળવે છે. તમે એડવેનન્ટસટ હેલથ સિસટમ ફેસિલિટીની યાદી www.adventhealth.com પર જોઈ શકો છો. એક વિશવાસ-આધારિત હોસ્સપટલ સિસટમ તરીકે, અમે મર્યાદિત આવકનાા કારણે સેવાઓ માટે ચૂકવણી કરવામાા મુશકેલી હોય તેવા સહિત તમામ દર્દીઓ ને બતીબી સાભાળ પૂરી પાડીએ છીએ. તમે કોઈપણ સમયે, તમારાા હોસ્સપટલ રોકાણ અથવા બિલિંગ પરક્રિયા દરમયાન, તમારાા બલિ માટે સહાય લેવા પૂછી શકો છો.

મદદ માટેની લાયકાત

જો તમે આપાતકાલીન અથવા તબીબી સેવાઓ મેળવતા હોય અને કમર્શિયલ વીમો ઉતારનાર અથવા સરકારી પ્રોગ્રામ દ્વારા કોઈ તબીબી કવરેજ ન હોય તો, તમે ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ ટન્સ માટે લાયક થઈ શકો છો. સહાયની રકમ તમારી વાર્ષિક આવક અને કુટુંબનાં કદ પર આધાર રાખે છે. જો તમારી વાર્ષિક આવક વર્તમાન ફેડરલ ગરીબી માર્ગદર્શિકાનાં 200% જેટલી અથવા ઓછી હોય તો તમારે તમારાં બિલ ચૂકવવા નહિ પડે.

2021 ફેડરલ ગરીબી માર્ગદર્શિકા	
કુટુંબનું કદ	ગરીબીનાં 200%
1	$25,760
2	$34,840
દરેક વધારાની વયસ્ક્ત માટે, $ 9,080 ઉમેરો કરવો	

તમારી આવક તમારાં સમગ્ર બિલની ચૂકવણી કરવાની ગાઈડલાઈન પૂરી ન કરે તો, હજુ પણ તમે તમારાં બિલનો ભાગ ભરવાની મદદ માટે લાયક બની શકો છો. તમે પણ તમારી એપ્લિકેશન માટે અન્ય પરિબળોનાં આધારે લાયક બની શકો છો.

મદદ માટે એપ્લિકેશન

તમે તમારાં બિલની સહાય માટે વ્યક્તિગતરીતે, મેઇલથી અથવા ફોન પર અરજી કરી શકો છો. એપ્લિકેશન પ્રાપ્ત કરવા માટે, અમારાં ગ્રાહક સેવા વિભાગને કૉલ કરો, અમારી વેબસાઇટની મુલાકાત લો અથવા અમારાં હોસ્પિટલનાં દર્દી નોંધણી ક્ષેત્ર પર જાઓ. અમારી વેબસાઇટનાં ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ વિભાગ અને આ દસ્તાવેજ પ્રિન્ટ કરાય ત્યારે તેના પ્રથમ પાનાં પર અમારો ફોન નંબર, વેબસાઇટ અને સરનામું આવેલ છે. આ માહિતી અન્ય ભાષાઓમાં વેબસાઇટ પર અથવા દર્દી નોંધણી ક્ષેત્રમાં પણ ઉપલબ્ધ છે.

તાત્કાલિક અને તબીબી રીતે આવેલ જરૂરી કાળજી

તમે તમારાં બિલ ની સહાય માટે લાયકાત ધરાવતા હશો તો, તાત્કાલિક અથવા તબીબી રીતે-જરૂરી કાળજી માટે તમને વીમા કવરેજ ધરાવતા લોકો કરતાં વધુ બિલ મંજૂર કરવામાં આવશે નહીં. અમે વીમા દર્દીઓ અને તેમના વીમા કંપનીઓ દ્વારા ચૂકવવામાં આવેલ રકમ સાથે તમને કેટલા મળી શકે તે નક્કી કરવા સરખામણી કરીશું. અમારી વેબસાઇટ પર તમે અમારી સખાવત નીતિ જોઈ શકો છો.

સહાયક દસ્તાવેજો

જો તમે અમારી ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્સ પ્રોગ્રામમાં ભાગ લેવા માંગતા હોવ, તો સમયસર રીતે માહિતી અને કાગળો પૂરા પાડવા માટે તમે જવાબદાર રહેશો. તમારે તમારાં આરોગ્ય લાભો, આવક, મિલ્કતો, અને બીજી કંઈપણ જે તમે સહાય માટે લાયક છો કે કેમ તે અમને નક્કી કરવા મદદ કરે તે વિશે તમામ માહિતી આપ-લે કરવાની જરૂર પડશે. કાગળોમાં બેંક સ્ટેટમેન્ટ, આવક વેરાનાં ફોર્મ્સ અને ચેકનો ભાગનો સમાવેશ થઈ શકે છે.

એકત્રીકરણ પ્રવૃત્તિઓ

પ્રથમ બિલિંગ તારીખ પછી 100 દિવસમાં ચૂકવવામાં ના આવેલ બિલો કલેક્શન એજન્સીને જણાવી શકાય. પ્રથમ બિલિંગ તારીખ પછી 120 દિવસમાં ચૂકવવામાં ના આવેલ બિલો તમારાં અથવા તમારાં બાંયધરી આપનારના ક્રેડિટ ઇતિહાસ પર જાણાવી શકાય. તમે અથવા બાંયધરી આપનાર અરજીપત્રક ભરીને એકત્રીકરણ પ્રક્રિયા દરમ્યાન કોઈપણ સમયે તમારાં બિલ સાથે સહાય માટે અરજી કરી શકો છો.

નાણાકીય સહાય એપ્લિકેશન

(સૂચવાય નહિં ત્યાં સુધી તમામ ફિલ્ડ્સ પૂર્ણ કરવી જ જોઈએ)

દર્દીનું છેલ્લું નામ, પ્રથમ	જન્મ તારીખ	સામાજિક સુરક્ષા નંબર	* ઘરગથ્થુ લોકોની સંખ્યા	છેલ્લા 12 મહિનામાં વાર્ષિક પારિવારિક આવક $
જો સગીર હોય તો, બાંયધરી આપનારનું છેલ્લું નામ, પ્રથમ	જન્મ તારીખ	સામાજિક સુરક્ષા નંબર	બાંયધરી આપનારની આવકનો સોર્સ	

હાઉસહોલ્ડમાં કાર / બોટ /આરવી સહિત વાહનો (વર્ષ / મેઇક / મોડલ)	ચેકિંગ/સેવિંગ્સ એકાઉન્ટ બેલેન્સ	માલિકીની પ્રોપર્ટીઓ અને કિંમતો	સીડી / રિટાયરમેન્ટ / ઇન્વેસ્ટમેન્ટ એકાઉન્ટ બેલેન્સ	અન્ય અસ્કયામતો
(વૈકલ્પિક)	(વૈકલ્પિક)	(વૈકલ્પિક)	(વૈકલ્પિક)	(વૈકલ્પિક)

દર્દીનું સ્ટ્રીટ એડ્રેસ	ઘરનો ફોન નંબર	જો આવક $0 હોય તો કૃપા કરીને એક	
			સંબંધી(ઓ) સાથે રહે
શહેર, રાજ્ય, ઝીપ કોડ	વૈકલ્પિક ફોન નંબર		મિત્ર(ત્રો) સાથે રહે
			નિવૃત્ત
ઘરમાં 21 વર્ષથી નીચેનાં બાળકોની સંખ્યા: _______			બેરોજગાર
			અક્ષમ
			બેઘર

સહી કરતાં પહેલાં કૃપા કરીને વાંચો. હું પ્રમાણિત કરું છું કે જે માહિતી મે પૂરી પાડી છે તે મારા શ્રેષ્ઠ જ્ઞાનથી સાચી અને ચોક્કસ છે. આ હોસ્પિટલ બિલ ચૂકવવા ફેડરલ, રાજ્ય અને સ્થાનિક સરકાર અને ખાનગી સ્ત્રોતો મારફતે ઉપલબ્ધ હોઇ શકે તેવી કોઈપણ અને તમામ સહાય માટે હું સહાય વગર અથવા એક હોસ્પિટલ કર્મચારીની સહાય સાથે માટે એપ્લિકેશન કરીશ. હું સમજુ છું કે જો હું મારા હોસ્પિટલ પ્રદાતાને વિનંતી કરેલ માહિતી પૂરી પાડવામાં સહકાર ન આપું તો, શક્ય નાણાકીય સહાય માટે મારી એપ્લિકેશન નકારી શકાય. આ સાથે હું અહીં Medicaid પ્રોગ્રામનાં કોઇ અધિકૃત એજન્ટને Medicaid એપ્લિકેશનના સ્ટેટસ સંબંધિત તમામ માહિતી અને જો એપ્લિકેશન મંજૂર ન થઈ હોય તો તેના અને અસ્વીકાર કરવા માટેના કારણો મારા હોસ્પિટલ પ્રદાતાને જાહેર કરવા માટે પરવાનગી આપુ છું અને અધિકૃત કરું છું. હું મારા હોસ્પિટલ પ્રદાતાને આ હોસ્પિટલ બિલ સાથે મદદ કરવા માટે પૂરી પાડવામાં આવતા ઉપર સ્રોતોમાંથી પ્રાપ્ત બધા ભંડોળ અસાઇન કરીશ. મારા હોસ્પિટલ પ્રદાતા દ્વારા મને પૂરી પાડવામાં આવતી સેવાઓ સંબંધિત બાબતો અંગે હું, મારા પોતાની વતી, અને મારા નજીકનાં કુટુંબ સભ્ય(યો) અધિકૃત પ્રતિનિધિ (ઓ), ડોક્ટર (રો), કાઉન્સેલર (રો) (પાદરીઓ સહિત), અને એટર્ની (ઓ) મારા અને મારા હોસ્પિટલ પ્રદાતા વચ્ચે કોઈપણ લેખિત કૉમ્યુનિકેશન અને / અથવા મૌખિક ચર્ચાઓ કડક વિશ્વાસ સાથે ધરાવા અને જાળવવા માટે સંમત છીએ. હું સમજુ છું કે જે માહિતી મે સબમિટ કરી છે તે મારા ક્રેડિટ રીપોર્ટીંગ એજન્સીઓ સહિત હોસ્પિટલ પ્રદાતા દ્વારા ચકાસણી માટે આધીન છે અને જરૂરીયાત પ્રમાણે ફેડરલ અને / અથવા રાજ્ય એજન્સીઓ અને અન્ય લોકો દ્વારા સમીક્ષા કરવા માટે આધીન છે. હું મારા હોસ્પિટલ પ્રદાતાને મારી આવકના પુરાવા આપવા માટે મારા એમ્પ્લોયરને અધિકૃત કરું છું. હું સમજુ છું કે જો મે આપેલી કોઇ માહિતી અસત્ય સાબિત થાય તો મારા હોસ્પિટલ પ્રદાતા મારી નાણાકીય સ્ટેટસ પુન: મૂલ્યાંકન કરશે અને યોગ્ય બને તે પગલાં લેશે. સહાય માટે લાયક ઠરવા માટે ઘરની આવકને સત્યાપિત કરે તેવું ઓછામાં ઓછુ એક સહાયક દસ્તાવેજીકરણ જરૂરી છે. સહાયક દસ્તાવેજીકરણમાં સમાવેશ થઈ શકે, પરંતુ મર્યાદિત નથી, તે છે સૌથી તાજેતર વર્ષનું ટેક્સ રિટર્ન, વર્તમાન W-2, સપોર્ટનો નોટેરાઝ્ડ પત્ર વગેરે. જો સહાયક દસ્તાવેજીકરણ પૂરા પાડવામાં ન આવે તો સહાય માટે વિનંતિઓ નકારવામાં આવશે. કોઈપણ બિન ચુકવેલ બેલેન્સ આગળ કલેક્શન કાર્યવાહીને પાત્ર રહેશે. *["ફ્લોરિડા રાજ્યના અરજદારો" ફ્લોરિડા કાયદો એસ.817.50 (1). આ રાજ્યમાં કોઇ પણ હોસ્પિટલ માંથી સામાન, પ્રોડક્ટો, મર્કેન્ડાઈઝ અથવા સેવાઓ જાણીબૂજીને અને છેતરવું મેળવવા અથવા મેળવવા માટે પ્રયાસ કરવા માટે ઉદ્દેશ સાથે રહેલી વ્યકિતને 775.082 અથવા s.775-083માં કરેલ જોગવાઈ ઓ હેઠળ, બીજા ડિગ્રી દુરાચરણ દોષિત સજા કરવામાં આવશે.]*

અરજદાર / બાંયધરી આપનારની સહી	પૂર્ણ કરવાની તારીખ

* ઘરની લોકોની સંખ્યા ગણવા આવે ત્યારે, માત્ર નીચેના લોકો ગણવા: 1) ઘરમાં રહેતા લોહીના સગાઓ, 2) ઘરમાં રહેતા લગ્નથી બનેલા સગાઓ 3) ઘરમાં રહેતા સગાઓ કાનૂની દત્તક લીધેલ સગાઓ.

<table>
<tr><th colspan="4">માત્ર સરકારી ઉપયોગ માટે</th></tr>
<tr><td>Reason for Service</td><td>GAI</td><td>DOS</td><td>Family Size</td><td>Total Charges</td></tr>
<tr><td>☐ 1.0x
$</td><td>☐ 1.5x
$</td><td>☐ 2.0x
$</td><td>☐ 25% Rule
$</td></tr>
<tr><td colspan="5">Recommendation for account disposition</td></tr>
<tr><td colspan="5">Finance Committee Disposition</td></tr>
<tr><td>Manager</td><td>Date</td><td>Director</td><td>Date</td></tr>
</table>

હેતુ

એડવેન્ટિસ્ટ હેલ્થ સિસ્ટમ (Adventist Health System, AHS) અમારાં સેવા વિસ્તારની આસપાસ રહેતા હોય તેમની વિવિધ જરૂરિયાતો પૂરી પાડવાની સાથે ઉચ્ચ ગુણવત્તાવાળી ઉતકૃષ્ટ આરોગ્ય સંભાળ પૂરી પાડવા પ્રતિબદ્ધ છે. AHS એવી દષ્ટિકોણને સમર્પિત છે કે અકસ્માત અથવા કોઇ વિકલ્પ ન બચતો હોય તેવી તબીબી રીતે જરૂરી સંભાળ ઉંમર, લીંગ, ભૌગોલિક સ્થાન, સાંસ્કૃતિક પાશ્વાદયભૂ, શારિરિક હેર-ફેર કે ખર્ચ ચુકવવાની ક્ષમતા ધ્યાને લીધા વિના બધા માટે ઉપલબ્ધ હોવી જોઇએ. AHS આરોગ્ય સંભાળને લગતી સેવાઓ પૂરી પાડવા માટે પ્રતિબદ્ધ છે અને કેટલાક કિસ્સાઓમાં જે તે વ્યક્તિ પોતે જે સેવાઓ પ્રાપ્ત કરે છે તેની ચૂકવણી કરવા માટે ફાઈનાન્સિયલ રીતે સક્ષમ નહી હોય તે વાતને સમર્થન આપે છે. આ નીતિ ઇન્ટરનલ રેવન્યુ કોડની કલમ 501 (r) અને તેની અંતર્ગત જાહેર કરવામાં આવતા નિયમનોનું પાલન કરવાનો ઇરાદો સેવે છે અને આ પ્રકારના નિયમનો સમજવા વિચારવામાં આવશે અને તે અનુસાર તેને લાગુ પાડવામાં આવશે. કલમ 501 (r) હેઠળના નિયમનો અનુસાર પ્રત્યેક AHS ચિકિત્સાલય સુવિધાની ગવર્નીંગ બોડી દ્વારા અપનાવવામાં આવી છે.

AHS જે તે દર્દીને તેમની ચૂકવણી કરવાની ક્ષમતા, નાણાં સહાય માટે લાયક ઠરવાની ક્ષમતા અથવા થર્ડી પાર્ટી વીમા કવરેજની ઉપલબ્ધિ ચાહે ગમે તે હોય પરંતુ તેમને આકસ્મિક અને અન્ય બીજો વિકલ્પ ન બચતો હોય તબીબી રીતે જરૂરી સંભાળ પૂરી પાડે છે. થર્ડ પાર્ટી વીમા કવરેજ ઉપલબ્ધ ન હોય તેવા કિસ્સામાં ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્સ માટે ભંડોળ ઉપલબ્ધ બને તે માટે પ્રત્યેક વર્ષે ફાળવણી કરવામાં આવે છે. જ્યાં શક્ય હોય ત્યાં એડમિશન પહેલા કે તે સમયે નાણાં સહાય માટેની સક્ષમતા ફાઈનાન્સિયલ સલાહકાર દ્વારા નક્કી કરવામાં આવશે. આ નીતિ એ સંજોગોને ઓળખી કાઢે છે જ્યારે AHS હોસ્પિટલ સંસ્થા અથવા મુળરૂપ સંબંધિત સાહસે (એવી ભાગીદારી કે જે આકસ્મિક અથવા અન્ય તબીબી રીતે જરૂરી સંભાળ પૂરી પાડતી હોય જેમાં AHS હોસ્પિટલ સંસ્થા માલિકીપણાનું હિત ધરાવતી હોય) જે તે વ્યક્તિની ફાઈનાન્સિયલ જરૂરિયાતનો આધાર રાખ્યા વિના નિઃશુલ્ક સંભાળ પૂરી પાડવાની રહેશે.

ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્સ નીતિ સ્વ-ચૂકવણી કરી શકવા પાત્ર વ્યકિતગત દર્દીઓ અને પાત્ર વ્યક્તિગત દર્દીઓ કે જે આકસ્મિક વીમો કે અન્ય બીજો વિકલ્પ ન હોય તેવી તબીબી જરરી સેવાઓ નાણાં જરૂરિયાતને આધારે મેળવ્યા બાદ બેલેન્સીસ ધરાવતા હોય તેમને નાણાં સહાય માટેનું માર્ગદર્શન પૂરૂં પાડે છે. જે લોકો તબીબી રીતે જરૂરી સેવાઓ પ્રાપ્ત કરે છે તેવા દરેક સ્વ ચૂકવણી કરતા દર્દીઓને સંભિવત ચાર્જની રકમ માટે માર્ગદર્શન નાણાં સહાય નીતિ પૂરૂં પાડે છે. દરેક-કેસના-ધોરણે AHS હોસ્પિટલ સવલત દ્વારા મૂનસૂફી અનુસાર નિર્ધારિત કરાયું હોય તે સિવાય દર્દીની અંગત પસંદગીની પ્રક્રિયા માટે નાણાં જરૂરિયાતને આધારે

ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્સ ડિસ્કાઉન્ટસ પૂરૂં પાડવામાં આવશે નહી.

બીજો વિકલ્પ ન હોય તેવી સેવાઓને તાત્કાલિક ધ્યાન આપ્યા સિવાયની તબીબી સ્થિતિ તરીકે વ્યાખ્યાયિત કરવામાં આવી છે.: કે જો તુરત જ ધ્યાન ન આપે તો

- વ્યક્તિની તંદુરસ્તી ગંભીર જોખમમાં મુકાતી હોય.
- શારીરિક ગતિવિધિમાં ગંભીર વિકલાંગતાનું કારણ બને અથવા શરીરના અંગનું ચિંતાજનક સ્થિતિ સુધી બંધ પડી જવું.

એવા દર્દીઓના પ્રકાર કે જેમને આ વ્યાખ્યા દ્વારા આવરી લેવામા આવ્યા છે, તેમાં નીચેનાનો સમાવેશ થાય છે પરંતુ તે મર્યાદિત નથી:

- ઇમર્જન્સી ડિપાર્ટમેન્ટ આઉટપેશન્ટસ
- ઇમર્જન્સી ડિપાર્ટમેન્ટ એડમિશન્સ
- અગાઉની આકસ્મિક મુલાકાતને સંબંધિત IP/OP અનુસરણ.

નીતિ

AHS હોસ્પિટલ સવલત ખાતે ઇમર્જન્સી અથવા અન્ય તબીબી આવશ્યક સંભાળ પૂરી પાડતી હોય તેવી AHS હોસ્પિટલ સવલત સિવાયની તમામ પ્રોવાઇટર્સની યાદી માટે નીતિનું પરિશિષ્ટ જુઓ અને તે પ્રોવાઇડર આ ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્સ નીતિમાં આવરી લેવાયા છે અને ક્યા નથી આવરી લેવાયા તે નિર્દિષ્ટ કરે છે. નીતિના ઉમેરામા સમાવિષ્ટ પ્રોવાઇડર્સની યાદી AHS હોસ્પિટલ સવલતની વેબસાઇટ પર જોઇ શકાય છે. આની પેપર કોપી AHS હોસ્પિટલ સવલતના પેશન્ટ સર્વિસીઝ ડિપાર્ટમેન્ટ પાસેથી વિના મુલ્યે મેળવી શકાય છે.

પ્રોવાઇડર્સની યાદીમાં નવી કે ખૂટતી માહિતી ઉમેરવા, ભૂલવાળી માહિતી સુધારવા અને જૂની માહિતીને કાઢી નાખવા માટે ત્રિમાસિક ધોરણે સુધારો કરવામાં આવે છે. તાજેતરમાં કરાયેલી સુધારાની તારીખને પ્રોવાઇડરના લિસ્ટીંગ પર સમાવી લેવામાં આવી છે.

AHS હોસ્પિટલો વ્યક્તિગત ડૉકટરોના નામ, પ્રેક્ટિસ ગ્રુપ અથવા અન્ય કોઇ પણ સંસ્થા કે જે ઇમર્જન્સી અથવા તબીબી રીતે આવશ્યક સંભાળ પૂરી પાડતી હોય તેમના નામ, હોસ્પિટલ સાથે કરારમાં વપરાતા નામ, અથવા પૂરી પડાયેલી સંભાળ માટે દર્દીના બિલ બનાવવા માટેની યાદી બનાવશે.

A. આકસ્મિક કે બીજો કોઇ વિકલ્પ ન હોય તેવી તબીબી આવશ્યક સંભાળને જો દર્દીમાં નીચેનામાંથી કોઇ સ્થિતિ ધરાવતો હોય તો ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્સ માટે ધ્યાનમાં

લઇ શકાય છે:

1. થર્ડ પાર્ટી કવરેજ ઉપલબ્ધ ન હોય.
2. દર્દી પહેલેથી નાણાં સહાય માટે લાયક હોય (દા.ત. મેડિકએઇડ), પરંતુ ચોક્સ પ્રકારની સેવાનો સમાવેશ થતો નથી.
3. મેડીકેર અથવા મેડિકેઇડ લાભા-લાભ સમાપ્ત થઇ ગયા હોય અને દર્દીની આગળ ઉપરનું ચૂકવણું કરવાની ક્ષમતા ન હોય.
4. દર્દીનો વીમો હોય પરંતુ વીમા બાદ વ્યક્તિના બેલેન્સના સંદર્ભે ફાઈનાન્સિયલ જરૂરિયાતના આધારે સહાય માટે લાયક ઠરતો હોય.
5. દર્દી સ્થાનિક અને/અથવા રાજ્ય સખાવતી જરૂરિયાતને પરિપૂર્ણ કરતો હોય.
6. આ નીતિમાં દર્શાવવામાં આવેલી માર્ગદર્શિકા અનુસાર નાણાં સહાય માટે એપ્લિકેશન કરતો હોય.

B. નાણા સહાય નીતિઓ, નાણા સહાય અરજી પત્રક અને નાણા સહાય નીતિની સરળ ભાષામાં સારાંશ પારદર્શક છે અને કોઇ પણ સાર-સંભાળના સ્થળે જે AHS ના સર્વિસ વિસ્તાર માટે યોગ્ય તેવી સાતત્ય સાથેની ભાષામાં, લેગ્વેંજ આસિસ્ટન્સ સર્વિસ ધારા મુજબ, કોઇપણ પ્રજાની પ્રાથમિક ભાષાઓમાં જેને અંગ્રેજીમાં મર્યાદિત કુશળતા હોય જે ૧000 લોકો કે ૫% કોમ્યુનિટીના સભ્યો બનાવતું હોય અને જયાં AHS હોસ્પીટલની સેવા થતી હોય (મર્યાદિત કુશળતા ધરાવતી ઉપરની શ્રેણીમાં આવતી વસ્તીને હવે પછી LEP વસ્તી તરિકે વ્યાખ્યા કરી સંદર્ભ આપવામાં આવશે) પ્રાપ્ય છે.

1. વેબસાઇટ: AHS હોસ્પિટલ સવલતો તેમની વેબસાઇટ્સ પર નીચેના ભાષાંતરો વિશિષ્ટ અને સુસ્પષ્ટ રીતે પોસ્ટ કરશે:
    a. ફાઇનાન્સિયલ આસિસ્ટન્સ નીતિ (Financial Assistance Policy, FAP)
    b. ફાઇનાન્સિયલ આસિસ્ટન્સ એપ્લિકેશન ફોર્મ (Financial Assistance Application, FAA Form)
    c. પ્લેઇન લેંગ્વેજ સમરી ઓફ ધી ફાઇનાન્સિયલ આસિસ્ટન્સ પોલિસી (Plain Language Summary of the Financial Assistance Policy, PLS)

d. AHS સવલત ફાઈનાન્સિયલ સલાહકારો માટેની સંપર્ક માહિતી.

2. FAP, FAA ફોર્મ અને PLSની કોપી ઉપલબ્ધ છે અને આવી કોપીઓ LEP વેબસાઇટ નિર્ધારિત વસ્તીની પ્રાથમિક ભાષાઓમાં કેવી રીતે પ્રાપ્ત કરવી તે દર્શાવશે.

3. ઇમર્જન્સી ડિપાર્ટમેન્ટ સહિત દાખલ થવાના અને નોંધણીના વિસ્તારોના દરેક પોઇન્ટસ સહિત AHS હોસ્પિટલ સવલતોના જાહેર સ્થળોએ તરત નજરે પડે તેવા સાઇનેજ દર્શાવવામાં આવશે. તમામ સાઇનેજ જે ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ સૂચવે છે તેમાં નાચેનાં એલિમેન્ટ્સ ઉપલબ્ધ હશે:

e. હોસ્પિટલની સવલતની વેબસાઇટનું એડ્રેસ જ્યાં થી FAP, PLS, અને FAA ફોર્મ મેળવી કરી શકાય.

f. ટેલિફોન નંબર અને ભૌતિક સ્થળ (રુમ નંબર) કે જ્યાં જે તે વ્યક્તિ કોલ કરી શકે અથવા FAP, FAA ફોર્મ અથવા PLSની કોપી મેળવવા માટે મુલાકાત લઇ શકે અથવા FAP, PLS, અથવા એપ્લિકેશનની પ્રક્રિયા વિશે વધુ માહિતી મેળવી શકે.

4. FAP, FAA ફોર્મ અને PLSની કોપીઓ મેળવી શકે તેવા LEP નિર્દિષ્ટ વસ્તીઓના સભ્યો હોય તેવી વ્યક્તિઓ કેવી રીતે અને ક્યાં મેળવી શકે તે માટેની સંપર્ક માહિતી. પ્રત્યેક AHS હોસ્પિટલ સવલત FAP, FAA ફોર્મ અને PLSની પેપર કોપીઓને વિનંતી કર્યેથી કોઇ ચાર્જી વિના હોસ્પિટલ સવલતના જાહેર સ્થળોથી તથા (ઇમર્જન્સી ડિપાર્ટમેન્ટ અને દરેક દાખલ થવાના અને નોંધણી વિસ્તારો સહિત) મેઇલથી ઉપલબ્ધ કરાવશે. પેપર કોપી ઇંગ્લીશમાં અને કોઇ પણ LEP નિર્દિષ્ટ વસ્તીની પ્રાથમિક ભાષાઓમાં ઉપલબ્ધ બનશે. PLSની પેપર કોપી દર્દીઓને દાખલ થવા અથવા ડિસ્ચાર્જ પ્રક્રિયાના ભાગરૂપે ઓફર કરવામાં આવશે.

5. ફાઈનાન્સિયલ સલાહકારની મુલાકાતો: ફાઈનાન્સિયલ સલાહકાર AHS હોસ્પિટલમાં દાખલ કરાયેલા સ્વ-ચૂકવણી તરીકે વર્ગીકૃત્ત કરાયેલા દરેક વ્યકિતઓને અંગત ફાઈનાન્સિયલ સલાહ પૂરી પાડશે. જે લોકો પાસે ઇંગ્લીશ પ્રવીણતા મર્યાદિત હોય તેમની સાથે અર્થપૂર્ણ સંદેશાવ્યવહાર કરવા માટે દર્શાવ્યા પ્રમાણે દ્દુભાષિયાનો ઉપયોગ કરાશે. ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્સ પાત્રતા માનદંડ અને ડિસ્કાઉન્ટ માહિતી ઉપલબ્ધ બનાવવામાં આવશે.

6. જે લોકોને ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટની જરૂરિયાત હોય તેવા સમુદાયના સભ્યો સુધી પહોંચવા માટે વાજબી રીતે ગણતરી કરી હોય તે રીતે AHS હોસ્પિટલ દ્વારા સેવા આપવામાં આવતી હોય તે સમુદાયના સભ્યો વચ્ચે PLSનું વિતરણ કરવું જોઇએ. તેનું એક ઉદાહરણ, ઓછી આવકવાળી વસ્તીની આરોગ્યની જરૂરિયાતો પર ધ્યાન આપતા સમુદાયમાં રહેલી સંસ્થાઓને PLSની કોપીઓનું વિતરણ બની શકે છે.

C. AHS અને જે વ્યક્તગતોને સેવા આપવામાં આવી છે તેવી દરેક વ્યકિત નાણાં સહાયની જોગવાઇ સંબધિત સામાન્ય પ્રક્રિયાઓ માટે જવાબદારી સમજે.

1. AHS ની જવાબદારીઓ:

a. જે તે વ્યક્તિ નાણાં સહાય માટે લાયકાત ધરાવે છે કે કેમ તેનું મુલ્યાંકન અને નિર્ધારણ કરવા માટે AHS ને નાણાં સહાય નીતિ ધરાવે છે.
b. વ્યક્તિ પૂર્ણ સહભાગીતાને પ્રોત્સાહન આપે તે રીતે દરેક વ્યક્તિઓને નાણાં સહાયની ઉપલબ્ધિ વિશે જાહેર પ્રચાર કરવાના અને સંદેશાવહન કરવાના સાધનો AHS ધરાવે છે.
c. પેશન્ટ ફાઇનાન્સિયલ સર્વિસીઝ અને રજિસ્ટ્રેશન વિસ્તારોમાં રહેલા AHS કાર્યદળના સભ્યો AHS નાણાં સહાય નીતિને સમજે છે અને હોસ્પિટલના યોગ્ય પ્રતિનિધિઓને નીતિ અંગે પ્રશ્નો મોકલી આપવા માટે પ્રતિભા સંપન્ન હોય છે.
d. AHSના વતી બિલ્સ એકત્ર કરે તેવા થર્ડ પાર્ટી એજન્ટો સાથે કરાર હોય તેવું AHS જરૂરી માને છે જેમાં કાનૂની રીતે બંધનકર્તા લેખિત કરાર જોગવાઇઓનો સમાવેશ થાય છે જે પ્રબંધ કરે છે કે આ એજન્ટો AHS ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ નીતિઓને અનુસરશે.
e. AHS રેવન્યુ સાયકલ ડિપાર્ટમેન્ટ નાણાં સહાયની જોગવાઇ માટે સંસ્થાકિય નિરીક્ષણ અને નીતિઓ/પ્રક્રિયાઓ પુરી પાડે છે કે જે નાણાં સહાય અને બિલિંગ તથા કલેક્શન પ્રક્રિયાનું સંચાલન કરે છે.
f. નાણાં સહાય માટે જે તે વ્યક્તિની વિનંતી મળ્યેથી, AHS વાજબી સમયગાળામાં જે તે વ્યક્તિને લાયકાત નિર્ધારણ અંગેની જાણ કરે છે.
g. AHS ચૂકવણી વ્યવસ્થા માટેના વિકલ્પો પૂરા પાડે છે.
h. નિર્ણયો ની અપીલ માટે વ્યક્તિના અધિકારોને AHS સમર્થન આપે છે અને

પુનઃવિચારણા કરે છે.

i. AHS ઓછામાં ઓછા સાત વર્ષના ગાળા માટે નાણાં સહાયની ઓફર, એપ્લિકેશન અને જોગવાઇને ટેકો આપતા દસ્તાવેજો જાળવે છે (અને બિલિંગ કોન્ટ્રાક્ટરો પણ જાળવે તેવું માંગે છે).

j. AHS યુનાઇટેડ સ્ટેટ્સ ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હેલ્થ એન્ડ હ્યુમન સર્વિસીઝધ દ્વારા પ્રકાશિત થયેલા સુધારાઓ માટે ફેડરલ સરકારની ગરીબી માર્ગદર્શિકાની સામયિક ધોરણે સમીક્ષા કરશે અને તેનો સમાવેશ કરશે.

2. દર્દીની વ્યકિતગત જવાબદારીઓ

a. નાણાં સહાય નીતિ હેઠળ દરોમાં 100 ટકા ઘટાડાની વિચારણા થાય તે માટે જે તે વ્યક્તિએ AHSને માહિતી અને જરૂરી દસ્તાવેજો આપવા માટે સહકાર આપવો પડશે આરોગ્ય બંને પ્રવર્તમાન ફાઇનાન્સીઅલ સ્રોતો માટે કામમાં લઇ શકાય, જે હેલ્થકેર, જેવી કે મેડીકેર, મેડીકેઇડ, થર્ડ પાર્ટીની જવાબદારી વિ. માટે ચુકવવા પ્રાપ્ય બને.

b. નાણાં સહાય નીતિ હેઠળ દરોમાં 100 ટકા ઘટાડાની વિચારણા થાય તે માટે જે તે વ્યક્તિએ AHSને પ્રાપ્તા નક્કી કરવા નાણાંકિય અને અન્ય માહિતી (આમાં જરૂરી અરજીપત્રક પૂર્ણ ભરવું અને માહિતી એકઠી કરવા તથા આંકલન પ્રક્રિયા માટે સંપૂર્ણ રીતે સહકાર આપવાનો સમાવેશ થાય છે) પુરી પાડશે.

c. સ્વ-ચુકવણું કરનાર દર્દી જે નાણાકીય જરૂરીયાતને આધાર ઉપર ૧૦૦% ચાર્જીસમાં ઘટાડાને પાત્ર નથી તેનું જે વ્યકિત આવી સારવારનો વીમો ધરાવે છે તેનું સામાન્ય રીતે બીલ થતું હોય તેનાથી વધારે બીલ નહિ બને અને તે હોસ્પિટલને વ્યાજબી સહકાર પેમેન્ટ પ્લાન સ્થાપવા આપશે.

d. સ્વ-ચૂકવણી કરનાર દર્દી કે જે ફાઈનાન્સિયલ જરૂરિયાતના આધારે દરોમાં 100 ટકા ઘટાડા માટે લાયક ઠરતો નથી તેણે તેની હોસ્પિટલના બિલ માટે ચૂકવણી પ્લાનને સન્માન આપવાના સારા પ્રયત્નો કરવા જોઇએ. ફાઈનાન્સિયલ સ્થિતિમાં કોઇ પણ ફેરફાર થાય તો AHSને તાત્કાલિક જાણ કરવા માટે જે તે વ્યક્તિ જવાબદાર છે જેથી આ ફેરફારની અસરને નાણાં સહાયની જોગવાઇ, તેમના હોસ્પિટલના બિલ્સ અથવા ચૂકવણી પ્લાનની જોગવાઇઓ પર દેખરેખ રાખતી નાણાં સહાયની નીતિઓ સામે મુલ્યાંકન કરી શકાય.

D. નાણાં સહાય લાયકાત નિર્ધારણો અને નાણાં સહાય માટેની એપ્લિકેશનની પ્રક્રિયા સમાન, સાતત્યપૂર્ણ અને સમયસરની રહેશે.

1. *સંભવિત લાયક વ્યક્તિની ઓળખ.* નાણાં સહાય માટેની વિનંતીનો જવાબ જે તે વ્યક્તિને પ્રથમ પોસ્ટ ડિસ્ચાર્જ બિલિંગ સ્ટેટમેન્ટ મેઇલથી કે ઇલેક્ટ્રોનિક બિલથી મોકલી દીધા બાદ 240 દિવસ સુધીમાં જવાબ સ્વીકારવામાં આવશે.

   a. રજિસ્ટ્રેશન અને પૂર્વ-રજિસ્ટ્રેશન પ્રક્રિયાઓ જે વ્યક્તિ નાણાં સહાયની જરૂરિયાતવાળા હોય તેવી ઓળખ ઉભી કરે છે.
   b. ફાઈનાન્સિયલ સલાહકારો દાખલ થયેલા દર્દીઓના રોકાણ અથવા ડિસ્ચાર્જના સમય દરમિયાન દરેક સ્વ ચૂકવણી કરનારાઓનો સંપર્ક કરવા માટે શ્રેષ્ઠ પ્રયત્ન કરશે.
   c. AHS હોસ્પિટલની સવલતના PLS, દરેક વ્યક્તિ દાખલ થાય ત્યારે અથવા હોસ્પિટલ સવલતમાંથી ડિસ્ચાર્જ થાય ત્યારે FAA ફોર્મની સાથે ઓફર કરવામાં આવશે.
   d. તરત નજરે પડતી લેખિત નોટિસ દરેક બિલિંગ સ્ટેટમેન્ટ સાથે સમાવવામાં આવશે કે જે પ્રાપ્તિકર્તાઓને AHS હોસ્પિટલ સવલતના FAP હેઠળ નાણાં સહાયની ઉપલબ્ધિ વિશે જાણ કરે છે અને માહિતી આપે છે અને નીચેનાનો સમાવેશ કરે છે: 1) AHS હોસ્પિટલની સવલતની ઓફિસ અથવા ડિપાર્ટમેન્ટનો ટેલિફોન નંબર જે FAP વિશે અને નાણા સહાય એપ્લિકેશન પ્રક્રિયા વિશે માહિતી પૂરી પાડે; અને 2) વેબ સાઇટ એડ્રેસ કે જ્યાંથી FAP, FAA ફોર્મ અને PLSની કોપીઓ મેળવી શકાય.
   e. AHS હોસ્પિટલની સવલતના FAP વિશે વ્યક્તિઓને તથા તેની પ્રક્રિયાની મૌખીક જાણ કરવા FAA ફોર્મ દ્વારા કેવી રીતે અને પ્રક્રિયા સાથે વ્યક્તિ સહાય પ્રાપ્ત કરી શકે વાજબી પ્રયત્નો કરવામાં આવશે.
   f. જે તે વ્યક્તિને PLSની કોપી સાથે ઓછામાં ઓછી એક લેખિત નોટીસ (લઇ શકાય તેવા પગલાંઓની નોટિસ) પૂરી પાડવામાં આવશે, જે જે તે વ્યક્તિને જાણ કરતી હોય અને માહિતી આપતી હોય કે લાયક વ્યક્તિઓ માટે નાણાં સહાય ઉપલબ્ધ છે અને દર્શાવતી હોય કે હોસ્પિટલ જે તે વ્યક્તિ વિશેની વિપરીત માહિતીની કન્ઝ્યુમર ક્રેડિટ રિપોર્ટીંગ એજન્સીઝ/ક્રેડિટ બ્યુરોને જાણ કરવા પગલાં લઇ શકે છે અથવા જો જે તે વ્યક્તિ FAA ફોર્મ સુપરત ન કરે

અથવા તો નિશ્ચિત સમયમર્યાદામાં રકમની ચૂકવણી ન કરે તો અન્ય ચોક્કસ અસાધારણ કલેક્શન પગલાંઓને સામેલ કરી શકે છે. આ છેલ્લી તારીખ જે તે વ્યક્તિને ડિસ્ચાર્જ બાદનું બિલિંગ સ્ટેટમેન્ટ મોકલ્યા પછીના 120 દિવસો કરતા વહેલી ન હોવી જોઇએ. નોટિસમાં નિર્દિષ્ટ કરેલી છેલ્લી તારીખ પહેલા ઓછામાં ઓછા 30 દિવસોમાં આ નોટિસ પૂરી પાડવાની રહેશે.

2. *નાણાં સહાય માટે વિનંતી.* નાણાં સહાય માટેની વિનંતી કદાચ એક કરતા વધુ સ્ત્રોતો પાસેથી આવેલી હોઇ શકે છે. (દર્દી, પારીવારિક સભ્ય, સામુદાયિક સંસ્થા, ચર્ચ, કલેક્શન એજન્સી, કેરગિવર, એડમિનીસ્ટ્રેશન વગેરે સહિત).

   a. થર્ડ પાર્ટી પાસેથી મળેલી વિનંતીઓ ફાઈનાન્સિયલ સલાહકારને મોકલી આપવામાં આવશે.
   b. જે તે વ્યક્તિને એપ્લિકેશન પ્રક્રિયામાં સહાય કરવા માટે ઉપલબ્ધ સ્ત્રોતો પૂરા પાડવા માટે થર્ડ પાર્ટી સાથે ફાઈનાન્સિયલ સલાહકાર કામ કરશે.
   c. અંદાજિત દરોના લેખિત વર્ણનની જે વિનંતી કરે તે વ્યક્તિને વિનંતી કર્યેથી અંદાજિત દર પત્ર પૂરો પાડવામાં આવશે.

3. *પાત્રતા માપદંડો*

   a. લાગુ પડતા દરોમાં 100 ટકા ઘટાડા માટે લાયક બનવા માટે (એટલે કે સ્વ-ચૂકવણી કરતા દર્દીઓ માટે સંપૂર્ણ માંડવાળ અને વીમા બાદ ચાર્જમાં દર્દીની જવાબદારીવાળા ભાગનું સંપૂર્ણપણે માંડવાળ) જે તે વ્યક્તિની ઘરની આવક ફેડરલ પુઅર્ટી ગાઇડલાઇન્સના 200 ટકા કે તેનાથી નીચે હોવી આવશ્યક છે. પ્રવર્તમાન ફેડરલ પુઅર્ટી ગાઇલાઇન્સના 200 ટકાથી વધતી હોય તેવા દર્દીની ઘરેલુ આવક સાથે સ્વ-ચૂકવણી કરતા દર્દીઓ કે જે આવી સંભાળને આવરી લેતા વીમો ધરાવતા હોય તેવી વ્યક્તિઓને સામાન્ય રીતે વ્યકિતને બિલિંગ કરવામાં આવે છે તેમના કરતા વધુ ચાર્જ કરવામાં આવશે નહી.
   b. ૧. કોઇ પણ FAP લાયક વ્યક્તિને ઇમર્જન્સી અથવા દરેક અન્ય તબીબી સંભાળ માટે જે રકમ ચાર્જ કરવામાં આવી હોય તે રકમ સામાન્ય રીતે વ્યકિતને જેને જે તે ચોક્કસ AHS હોસ્પીટલ ખાતે આવી સારવારનો વીમો હોય અને બીલીંગ થતું હોય તે (AGB) મુજબ થશે. ૨. દરેક AHS હોસ્પિટલ સવલતો તેના AGB માટે AGB ની ટકાવારી નક્કી કરશે અને તે ટકાવારીને વ્યકિતને આપેલી સેવાના ગ્રોસ ચાર્જીસથી ગુણીને નિર્ધારીત કરશે. ૩. દરેક

AHS હોસ્પિટલ સવલતો AGB નક્કી કરવા માટે §1.501(r)-5(b)(3)માં વર્ણવેલ લૂક-બેક પદ્ધતિનો ઉપયોગ કરશે. સંબંધિત AHS હોસ્પિટલ સવલતની AGB ટકાવારી અને AGB ટકાવારી કેવી રીતે નક્કી કરવામાં આવી હતી તેની સમજણ દર્શાવતી મફત લેખિત માહિતી પત્રિકા પ્રાપ્ત કરવા માટે આ નીતિના સાંધણ પર દર્શાવવામાં આવેલા ટેલિફોન નંબર પર AHS હોસ્પિટલની પેશન્ટ ફાઇનાન્સિયલ સર્વિસીઝ ટીમનો જે તે વ્યક્તિ સંપર્ક કરી શકે છે.

c. કોઇ પણ તબીબી સેવાઓ માટે AHS હોસ્પિટલ સવલતના FAP હેઠળ ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ માટે લાયક જે તે વ્યક્તિને લાગતા ચાર્જીસ તે સંભાળ માટેના કુલ ચાર્જીસ કરતા ઓછા હશે.

d. બજાર આધારિત સ્થિતિઓ (સ્પર્ધા અને જાહેર સબંધો સહિત) માટે 200 ટકાની મહત્તમ ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ મર્યાદા વધારવાની જરૂર હોય તો સંસ્થાના પ્રતિનિધિએ મંજૂરી માટે એડવેન્ટિસ્ટ હેલ્થ સિસ્ટમ સિનીયર હોસ્પિટલ ફાઇનાન્સ ગ્રુપ (SHFG) કમિટી સમક્ષ અપવાદો રજૂ કરવાના રહેશે.

e. ઉપર દર્શાવ્યા અનુસાર આવક સ્તર મુલ્યાંકનના ઉપરાંત, વૈકલ્પિક એસેટ મીન્સ ટેસ્ટ ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્સ માટેની લાયકાત નક્કી કરવું માટે લાગુ પાડવામાં આવી શકે છે. એસેટ ટેસ્ટ મેડિકેર દર્દીઓ માટે ફરજીયાત છે. મેડિકેર સિવાયના દર્દીઓ માટે એસેટ ટેસ્ટ મરજીયાત છે. આ નીતિના હેત માટે દર્દીના ભાગે દર્દીની જવાબદારી 100 ટકા છે જે નીચેનાથી વધવી જોઇએ નહી: 1) ઉપલબ્ધ એસેટમાંથી સાત ટકા (7%) અથવા 2) ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્સની નીતિ અનુસાર જરૂરી ચૂકવણી. “ઉપલબ્ધ એસેટ્સ”ને રોકડ, રોકડ સમકક્ષ અને નિવૃત્તિ વિનાના રોકાણો તરીકે વ્યાખ્યાયિત કરવામાં આવી છે.

f. જ્યારે વ્યક્તિગત આવક નક્કી કરવા હોય તો, નીચેની શરતો લાગુ પડે છે:

i. ઘરનાં કદ અને ઘરની આવકમાં તમામ નજીકનાં કુટુંબ સભ્યો અને અન્ય આશ્રિતોનો કુટુંબમાંનીચે પ્રમાણે સમાવેશ થાય છે:

1. કોઈ પુખ્ત અને લગ્ન કર્યા હોય તો, તેની પત્ની.
2. પુખ્ત વ્યકિતના અથવા જીવનસાથીનાં કુદરતી કે દત્તક લીધેલા સગીર બાળકો.
3. કોઈપણ સગીર જેમના માટે પુખ્ત વ્યકિતને અથવા

જીવનસાથીને કોર્ટ દ્વારા કાયદેસરની જવાબદારી આપવામાં આવી હોય.

4. કોઈપણ 18 વર્ષથી મોટો વિદ્યાર્થી, ટેકા માટે કુટુંબ પર 50% થી ઉપરનો આધાર રાખે છે (જવાબદાર પુખ્તનું વર્તમાન ટેક્સ રિટર્ન જરૂરી છે).
5. કોઈપણ અન્ય વ્યક્તિઓ જે 50% ઉપર ટેકા માટે કુટુંબની આવક પર આધાર રાખે છે (જવાબદાર પુખ્તનું વર્તમાન ટેક્સ રિટર્ન જરૂરી છે).

g. આવક વ્યક્તિગત ફાઈનાન્સિયલ સ્ટેટમેન્ટનો ઉપયોગ કરીને અથવા અરજદારની સૌથી તાજેતરના W-2ફોર્મ, સૌથી તાજેતરના ફોર્મ 1040, બેંક સ્ટેટમેન્ટ અથવા દસ્તાવેજનો કોઇ પણ સ્વરૂપ જે રીપોર્ટેડ આવકને આધાર આપે તે મેળવીને ચકાસી શકાય છે.

h. આવક ચકાસણી અને ઉપલબ્ધ અસ્કયામતો માટે સહાયક દસ્તાવેજો ભવિષ્યના સંદર્ભ માટે દર્દીની ફાઇલોમાં જાળવવામાં આવે.

i. વ્યક્તિનાં ફાઈનાન્સિયલ સંજોગોની એક સંપૂર્ણ સમજ વિકસાવવામાં મદદ કરવા માટે વધારાનો ખર્ચ, દેવું અને આવક ઓળખવાના હેતુ માટે એક ક્રેડિટ રિપોર્ટ સર્જી શકાય. થર્ડ પાર્ટી સાથે સ્કોરિંગ ટૂલ ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્સ પાત્રતા પૂરવાર કરવાં વાપરી શકાય.

j. નાણાં સહાય એપ્લિકેશન ફોર્મ પ્રથમ પોસ્ટ ડિસ્ચાર્જ બિલિંગ સ્ટેટમેન્ટ દર્દીને મોકલ્યા અથવા જ્યારે ફાઈનાન્સિયલ સ્થિતિ ફેરફાર નક્કી થાય તે પછી 240 દિવસ સુધી ધ્યાનમાં લેવામાં આવશે. એપ્લિકેશન મંજૂરીના છેલ્લી તારીખ પછી ત્રણ (3) મહિના સુધી લીધેલી સેવા તારીખો માટે ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ એપ્લિકેશનને દોહરાવવાની કરવાની જરૂર નથી.

k. સંભાવી પાત્રતા: વીમા વિનાના અને નીચે દ્વારા પ્રતિનિધિત્વ કરતા હોય તે એક અથવા વધુ વ્યક્તિઓને ભરેલ ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ એપ્લિકેશન ફોર્મની ગેરહાજરીમાં સૌથી ઉદાર ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ માટે લાયક ગણવામાં આવે છે:

- વ્યક્તિ બેઘર હોય;
- વ્યક્તિગત મૃત છે અને હોસ્પિટલનાં દેવાની ચૂકવણી કરવા માટે કોઈ સક્ષમ જાણીતી એસ્ટેટ ના ધરાવતા હોય;

- વ્યક્તિ મહાપરાધ માટે જેલમાં હોય;
- • વ્યક્તિ હાલમાં Medicaid માટે લાયક છે, પરંતુ સર્વિસની તારીખ પર ન હતું;
- વ્યક્તિ વોયલેન્ટ ક્રાઈમ્સ વિક્ટીમ્સ કંપેન્સેશન એક્ટ અથવા કે સેક્સુઅલ એસોલ્ટ વિક્ટીમ્સ કંપેન્સેશન એક્ટ હેઠળ રાજ્ય દ્વારા સહાય મેળવવા માટે પાત્ર હોય;
- વ્યક્તિ Scorer® એપ્લિકેશન પર આધારિત "ડી" અથવા "ઈ"નો ચુકવણી જોખમ સ્કોર ધરાવતો હોય. સ્કોરર એપ્લિકેશન એક ટૂલ છે જે વ્યક્તિઓને વિવિધ આર્થિક સાધનોના જૂથોમાં વર્ગીકૃત કરવા માટે ડિઝાઈન કરેલ છે. સ્કોર્સ એલ્ગોરિથમનો બનેલો છે જેમાં વ્યક્તિઓને લાગતાવળગતા આર્થિક સાધનોના વર્ગોમાં સાબિત અને વર્ગીકૃત કરવા માટે ક્રેડિટ બ્યુરો, વસ્તી વિષયક ડેટાબેઝો, અને હોસ્પિટલ વિશિષ્ટ માહિતીનો સમાવેશ થાય છે. સ્કોરર એપ્લિકેશનનાં ઉપયોગ બદલે, હોસ્પિટલના વિવેકાધીન ક્રેડિટ બ્યુરો સ્કોર્સનો પણ સંભાવી પાત્રતા નક્કી કરવા માટે ઉપયોગ કરી શકાય.
- અગાઉના ત્રણ મહિનાના સમય દરમ્યાનના કોઇપણ દિવસે જે દિવસે છેલ્લા ફાઇનાન્સ આસિસ્ટન્સની અરજી મંજુર થઇ હોય અને તે વ્યકિત ફાઇનાન્સ આસિસ્ટન્સ માટે યોગ્ય ઠર્યો હોય.

આ નીતિ મુજબ ફાઇનાન્સ આસિસ્ટન્સ માટે યોગ્ય માની લીધેલ વ્યકિત આ સેકસન-ડી તથા આ આખી પોલીસીમાં જણાવેલા પગલા જેવા જ પગલા વ્યકિતને ફાઇનાન્સ આસિસ્ટન્સ અરજીપત્રક ભર્યુ છે તેમ ગણી લાગુ પડશે.

4. *ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ માટે એપ્લિકેશન કરવાની પદ્ધતિ*

a. AHS ફાઇનાન્સિયલ આસિસ્ટન્સ એપ્લિકેશન ફોર્મ. ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ માટે એપ્લિકેશન કરવાનાં અનુક્રમે, વ્યક્તિ AHS ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ એપ્લિકેશન ફોર્મ ભરશે. આવક ચકાસણી કરતા સહાયક દસ્તાવેજીકરણ સહિત પાત્રતા ચકાસવા માટે વ્યક્તિ તમામ જરૂરી સહાયક માહિતી પૂરી પાડશે. દસ્તાવેજીકરણના સ્વીકાર્ય ફોર્મ્સ માટે CWF 50.1 ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ અમલીકરણ સૂચનો જુઓ.

b. કોઈ વ્યક્તિ AHS હોસ્પિટલોની વેબસાઇટ "the AHS hospitals" પર પહોંચીને,

ટપાલ દ્વારા મફત નકલની વિનંતી કરીને, AHS હોસ્પિટલની પેશન્ટ ફાઈનાન્સિયલ સર્વિસીસ ડિપાર્ટમેન્ટને સંપર્ક કરીને, અથવા AHS હોસ્પિટલના પેશન્ટ પ્રવેશ/નોંધણીનાં કોઈપણ સ્થળ પર વ્યક્તિગત વિનંતિ કરીને AHS ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ એપ્લિકેશન ફોર્મની નકલ મેળવી શકે છે.

c. એક ભરેલું AHS ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ એપ્લિકેશન ફોર્મ પ્રક્રિયા માટે પેશન્ટ ફાઈનાન્સિયલ સર્વિસીસને રજૂ કરવામાં આવશે. વ્યક્તિ તરફથી આવક અને ઉપલબ્ધ અસ્કયામતોનાં પુરાવા જરૂરી રહેશે. વધુમાં, સંઘીય કાયદા અનુસાર મેડિકેર લાભિતો વધારાના એસેટ ટેસ્ટને આધીન છે. વ્યક્તિનાં કુલ સ્રોતો (કુટુંબ આવક સ્તર, અસ્કયામતો (મેડિકેર દર્દીઓ માટે જરૂરી) અને અન્ય પ્રસંગોચિત માહિતી સહિત પરંતુ, મર્યાદિત નથી) પર આધારિત વ્યક્તિગત પાત્રતા નક્કી કરવા માટે સમીક્ષા પૂર્ણ કરાશે.

5. *ચુકવણું ન કરવાના બનાવમાં લેવાનાર પગલા* : વ્યકિતને પ્રથમ ડીસચાર્જ થયા પછીનું બીલ સ્ટેટમેન્ટ મોકલ્યુ હોય, AHS હોસ્પિટલ વ્યકિતને આપેલ સાર-સંભાળ માટે ઉભુ કરેલ દેવાનો રીપોર્ટ કન્ઝયુમર ક્રેડીટ રીપોર્ટીંગ એજન્સી કે ક્રેડીટ બ્યુરો કે દેવાનું વેચાણ કરશે જેને એકસ્ટ્રા ઓર્ડીનરી કલેકશ એકશન (ECA) ગણવામાં આવે છે (જુઓ પોલીસીની કલમ-૬) અથવા વ્યકિતને ECA શરૂ કરતા પહેલા ઓછામાં ઓછા ૩૦ દિવસ પહેલાં નીચે મુજબની નોટીસો આપ્યા પછી ચોક્કસ પ્રકારની ECA ને લગાવશે. : ૧) PLS સાથેની એક લેખીત નોટીસ જે દર્શાવતી હશે કે નાણાકિય સહાય યોગ્ય વ્યકિતને મળવાપાત્ર છે અને જણાવતી હશે કે ચોક્કસ પ્રકારની ECA, નક્કી કરેલી છેલ્લી તારીખ પછી (છેલ્લી તારીખ લેખીત નોટીસ આપ્યા પછીના ૩૦ દિવસ પહેલા નહિ હોય) આપવામાં આવશે. ૨) વ્યકિતને AHS હોસ્પિટલ સવલતોની FAP તથા નાણાકિય સહાય અરજી પ્રક્રિયાથી કેવી રીતે વ્યકિત નાણાકિય સહાય મેળવે તેવી મૌખિક જાણના વ્યાજબી પ્રયત્નો કરવામાં આવ્યા છે.

a. *કોઈ ફાઇનાન્સિયલ આસિસ્ટન્સ એપ્લિકેશન ફોર્મ રજૂ કર્યા નથી:*

જો વ્યકિતને પહેલું પોસ્ટ ડીસચાર્જ બીલીંગ સ્ટેટમેન્ટ મોકલ્યા પછી જો ૧૨૦ દિવસમાં કોઇ ફાઇનાન્સિયલ આસિસ્ટન્સ એપ્લીકેશન ફોર્મ રજુ ન કરે અને લેખીત નોટીસની નિયત છેલ્લી તારીખ પસાર થઇ જાય, AHS હોસ્પિટલ ECA શરૂ કરશે.

b. *અપૂર્ણ ફાઇનાન્સિયલ આસિસ્ટન્સ એપ્લિકેશન ફોર્મ રજૂ કર્યો હોય:*

વ્યકિતને પહેલું પોસ્ટ ડીસચાર્જ બીલીંગ સ્ટેટમેન્ટ મોકલ્યા પછી જો ૨૪૦ દિવસમાં (અરજીનો સમયગાળો) AHS એ નીચે મુજબના પગલા લેવા જોઇએ:

i. કોઈપણ ECAને સ્થગિત કરે;

ii. વ્યકિતને લેખીત નોટીસ આપે જે વધારાની માહિતી અને / અથવા ફાઇનાન્સિયલ આસિસ્ટન્સ પોલીસી કે ફાઇનાન્સિયલ આસિસ્ટન્સ અરજી પત્રક હેઠળ જરૂરી દસ્તાવેજોનું વર્ણન કરતી હોય અને કે વ્યકિતને વ્યાજબી સમયમાં તે મોકલવી જોઇએ અને કે સંપર્ક માહિતી કચેરીનું ટેલીફોન નંબર તથા AHS વિભાગનું સ્થળ જે FAP બાબત માહિતી આપી શકે તેમજ હોસ્પિટલ ઓફિસ કે વિભાગની સંપર્ક માહિતી જે ફાઇનાન્સિયલ આસિસ્ટન્સ પ્રક્રિયામાં મદદ કરી શકે અથવા તેને બદલે નોન પ્રોફિટ સંસ્થા કે સરકારી એજન્સી જે નાણાકીય સહાય પ્રક્રિયામાં મદદ કરી શકે, જો AHS હોસ્પિટલ આમ કરવામાં અસમર્થ હોય તો

iii. iii. જો ઉપર ચર્ચા મુજબ ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ એપ્લિકેશન ફોર્મ વાજબી અંતિમ સમય સુધીમાં પૂર્ણ ન કરવામાં આવે તો હોસ્પિટલ ECA શરૂ અથવા રેઝ્યૂમ કરી શકે છે. વીમા (ઓટો,દેવું, જીવન અને આરોગ્ય) સાથે જોડાયેલ પુર્વાધિકાર જે વ્યક્તિની અંગત ઈજાઓને પરિણામે ભારે રકમ બાકી દેખાતી હોય , જેણે માટે AHS હોસ્પિટલે સાર સંભાળ આપેલ હોય તો તે વસુલાત પ્રક્રિયા બાબત પરવાનગી મળેલ છે . વ્યક્તિના અંગત ચુકાદાઓ કે પુર્વાધીકારો FAP પત્ર વ્યક્તિ સામે ફાઈલ કરવામાં નહી આવે.

c. *પૂર્ણ ફાઇનાન્સિયલ આસિસ્ટન્સ એપ્લિકેશન રજૂ કરી હોય:*

જો વ્યક્તિને પ્રથમ પોસ્ટ-ડિસ્ચાર્જ બિલિંગ સ્ટેટમેન્ટ મોકલવાની તારીખ સાથે શરૂ થતા (240 દિવસનાં સમયગાળા પછી પૂર્ણ ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ એપ્લિકેશન ફોર્મ મોકલવામાં આવે) અને અને લેખિત નોટિસમાં નિયત સમયમર્યાદા જતી રહી હોય તો AHS હોસ્પિટલ નીચેનાં પગલા લેવા પડશે:

i. કોઈપણ ECAને સ્થગિત કરે.

ii. એક પૂર્ણ AHS ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ એપ્લિકેશન ફોર્મ પર વિચારણા દરમ્યાન કોઈપણ કલેક્શન પ્રવૃત્તિ સ્થગિત કરવી. દર્દીના એકાઉન્ટમાં ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ પ્રક્રિયા પૂર્ણ થાય ત્યાં સુધી કલેક્શન પ્રવૃત્તિ સ્થગિત કરવા એક નોંધ દાખલ કરવામાં આવશે. એકાઉન્ટ સંગ્રહ એજન્સી પાસે મૂકવામાં આવ્યો હોય, તો નિર્ણય કરવામાં આવે છે જ્યાં સુધી એજન્સીને સંગ્રહ પ્રયાસો મુલ્તવી રાખવા જાણ કરવામાં આવશે. આ નોટિફિકેશન્સ એકાઉન્ટ નોંધોમાં દસ્તાવેજીકરણ કરવામાં આવશે.

iii. ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ માટે કોઈ વ્યક્તિની યોગ્યતા તરીકે નિર્ણય બનાવો અને દસ્તાવેજીકરણ કરો.

iv. વ્યક્તિને સમયસર લેખિતમાં પાત્રતા નક્કી કરવાના અને નક્કી કરવાના આધારને ભરેલા ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ એપ્લિકેશન ફોર્મ પ્રાપ્ત કર્યા પછી સામાન્ય રીતે 60 દિવસમાં સૂચિત કરો.

v. વ્યક્તિને બિલિંગ સ્ટેટમેન્ટ પૂરો પાડો જે FAP પાત્ર વ્યક્તિ તરીકે મેળવેળ રકમ સૂચવે અને વ્યક્તિ કાળજી માટે કેવી રીતે AGB સંબંધિત માહિતી મેળવી શકે અને AHS હોસ્પિટલ સવલત કેવી રીતે વ્યક્તિએ મેળવેળ રકમ નક્કી કરે તે વર્ણવે છે.

vi. . વ્યક્તિને કોઈપણ વધારાની ચૂકવણીનો રિફંડ કરો.

vii. કોઈપણ ECA જે વ્યક્તિ સામે લેવામાં આવ્યા છે તે ઊલ્ટાકરવા માટે તમામ ઉપલબ્ધ વ્યાજબી પગલાં લેવા.

viii. કોઈપણ વ્યક્તિના FAP-પાત્ર ના હોઈ શકે તે નક્કી કરવા માટે નકારવાની લેખિત સૂચના પૂરી પાડે છે અને નકારવા માટે કારણ અને અપીલ દાખલ કરવા માટે પ્રક્રિયા અને સંપર્ક માહિતી બંને સામેલ કરે છે. જો વ્યક્તિ ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટની જોગવાઈ નકારવાના નિર્ણય સાથે અસંમત થાય તો, વ્યક્તિ 45 દિવસની અંદર નકારવા માટે લેખિત અપીલ એપ્લિકેશન કરી શકે છે. અપીલમાં અપીલ મૂલ્યાંકન કરવામાં મદદ કરી શકે તેવી કોઈપણ વધારાના સંબંધિત જાણકારીનો સમાવેશ કરવો જ જોઇએ. ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ સમિતિ દ્વારા નકારવાના અપીલ માટે વિનંતિઓની માસિક ધોરણે સમીક્ષા કરવામાં આવશે. ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ સમિતિ દ્વારા લીધેલ નિર્ણયો સમિતિની સમીક્ષાનાં 60 દિવસની

અંદર વ્યક્તિને જણાવવામાં આવશે અને તે સમિતિનાં અંતિમ નિર્ણયને પ્રતિબિંબિત કરશે.

ix. સંપૂર્ણ FAA ફોર્મ મળ્યેથી AHS હોસ્પિટલ સવલત તેની FAP હેઠળ વ્યક્તિની પાત્રતા પર તેના નિર્ણયને Medicaid યોગ્યતા નક્કી કરવામાં ના આવે ત્યાં સુધી મુલતવી કરી શકે છે, જો વ્યક્તિ Medicaid સહાય માટે એપ્લિકેશન કરી હોય.

E. પેશન્ટ ફાઈનાન્સિયલ સર્વિસીસ જવાબદારીઓ

1. ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ સમિતિ: પેશન્ટ ફાઈનાન્સિયલ સર્વિસીસ દ્વારા ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ એપ્લિકેશનોના સારાંશ અને પરિણમેલ ભલામણોની ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ સમિતિ દ્વારા માસિક સમીક્ષા કરવામાં આવશે. ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ સમિતિ બોર્ડરલાઈન અથવા નૉન-રૂટીન વિનંતિઓ પર ધ્યાન રાખીને તમામ ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ ભલામણો સમીક્ષા કરે છે જેમાં કેસ-દીઠ-કેસ સમીક્ષા જરૂરી છે.
2. $10,000થી વધી જાતી ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટની જોગવાઈ ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ સમિતિ દ્વારા માન્ય હોવી જ જોઈએ.
3. ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ સમિતિ દ્વારા સમીક્ષા અને મંજૂરીના અનુસરીને મંજૂર ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ પેશન્ટ ફાઈનાન્સિયલ સર્વિસીસ દ્વારા વ્યક્તિના એકાઉન્ટ પર લાગુ કરવામાં આવશે.
4. પેશન્ટ ફાઈનાન્સિયલ સર્વિસીસ જવાબદારી ધરાવે છે કે હોસ્પિટલે વ્યક્તિ FAP-પાત્ર છે કે કેમ તે નક્કી કરવા વ્યાજબી પ્રયત્નો કર્યા છે શું હોસ્પિટલ કોઈપણ ECAને જોડાવવા માટે પગલા લઈ છે.
5. AHS સાથે કરાર ધરાવતી બિલિંગ એજન્સીઓ તમામ બિલિંગ અને કલેક્શનો બાબતોનાં સંદર્ભે આ ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ નીતિનું પાલન કરશે.
6. અન્ય પક્ષ (નીચે વર્ણવ્યા અનુસાર બિન-ECA વેચાણ કરતાં અન્યો) માટે વ્યક્તિના દેવાનું વેચાણ ECA ગણવામાં આવે છે અને ઉપર વિભાગ ડી દર્શાવેલ જરૂરી પગલાંઓ પૂર્ણ કરવામાં આવ્યા ના હોય ત્યાં સુધી શરૂ કરવા ના જોઈએ. દેવા કરારના કોઇ પણ સૂચિત વેચાણ સંબંધિત AHS પ્રાદેશિક CFO દ્વારા મંજૂર કરેલ હોવા જોઈએ અને ચલાવતા પહેલાં AHS કરાર સમીક્ષા પ્રોસેસને સબમિટ હોવું જ જોઈએ.

કેટલાક દેવા વેચાણ ECAના ગણવામાં આવતા નથી. બિન-ECA દેવું વેચાણ માટે

જરૂરી છે કે AHS હોસ્પિટલ સવલત દેવું ખરીદનાર સાથે એક કાનૂની રીતે બંધનકર્તા લેખિત કરારમાં દાખલ થાય જે નીચેનિર્દીષ્ટ છે:

a. ખરીદનાર કોઇ ECA સાથે સંલગ્ન ના હોઈ શકે ;
b. ખરીદનાર દેવા પર IRS દ્વારા પ્રસ્થાપિત દરથી વધારે વ્યાજ ચાર્જ કરવા પ્રતિબંધિત છે;
c. વ્યક્તિ FAP-પાત્ર છે તે નિર્ણિત થતાં AHS હોસ્પિટલ સુવિધા દ્વારા દેવું પરત અથવા ફરી માંગવા યોગ્ય છે; અને
d. જો દેવું ફરી માંગવામાં આવે અથવા પરત કરાય તો ખરીદનારે ખાતરી કરવી જ જોઈએ કે તે અથવા તેણી એક પાત્ર વ્યક્તિ તે અથવા તેણી વ્યક્તિગત રીતે FAP- પાત્ર વ્યક્તિ જવાબદાર હોય તેના કરતાં વધુ ચૂકવે નહી.

F. વ્યક્તિગત ચુકવણી પ્લાનો

1. સ્વ-ચૂકવણી કરતા દર્દીઓ માટે જેઓ AGB ચાર્જ કરવામાં આવે છે તેઓ વ્યક્તિગત દર્દી સાથે વ્યક્તિગત રીતે વિકસાવવામાં આવશે. તમામ કલેક્શન પ્રવૃત્તિઓ ડેબ્ટ કલેક્શન પ્રેક્ટિસીસ સંચાલિત ફેડરલ અને રાજ્ય કાયદા સાથે અનુરૂપ થઈને હાથ ધરવામાં આવશે. ચૂકવણી કરવામાં આવી રહી હોય ત્યારે કોઈ પણ વ્યાજ એકાઉન્ટ બેલેન્સ જમા કરાશે જ્યાં સુધી કે વ્યક્તિએ સ્વેચ્છાએ લાંબા ગાળાની ચુકવણી વ્યવસ્થામાં ભાગ લેવાનું પસંદ કર્યું હોય જે થર્ડ પાર્ટી ધિરાણ એજન્ટ દ્વારા લાગુ વ્યાજ ધરાવે છે.
2. જો કોઈ વ્યક્તિ તે અથવા તેણીના વ્યક્તિગત વિકસિત ચુકવણી યોજની શરતોનું પાલન કરે, તો કોઈ કલેક્શન પગલાં લેવામાં આવશે નહી.

G. રેકોર્ડ-રાખવા

1. ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ અધિકૃતતા પ્રતિબિંબ કરતાં રેકોર્ડ, કાગળ અથવા ઇલેક્ટ્રોનિક, તમામ એપ્લિકેશન અને વર્કશીટ સ્વરૂપોની નકલો સાથે જાળવવામાં આવશે.
2. પ્રક્રિયા કરેલ એપ્લિકેશનો અને પૂરી પાડવામાં આવેલ ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ અંગે સારાંશ માહિતી સાત વર્ષના ગાળા માટે જાળવવામાં આવશે. સારાંશ

જાણકારીમાં દર્દીઓની સંખ્યા જેઓએ ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ માટે AHSને એપ્લિકેશન કરી હોય, કેટલા દર્દીઓએ ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ પ્રાપ્ત કરી છે, દરેક દર્દી માટે પૂરી પાડવામાં આવેલ ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટની રકમ, અને દરેક દર્દી માટે કુલ બિલનો સમાવેશ થાય છે.

3. ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટનો ખર્ચ કોમ્યુનિટી બેનિફિટ રીપોર્ટમાં વાર્ષિક ધોરણે જાણ કરવામાં આવશે. તાજેતરમાં ઉપલબ્ધ ઓપરેટિંગ ખર્ચ અને સંકળાયેલ ખર્ચનાં રેશિયો વાપરીને ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટ (ચેરિટી કેર)પૂરી પાડવામાં આવેલ કાળજી ખર્ચ (ચાર્જીસ નહી)તરીકે રીપોર્ટ કરવામાં આવશે.

H. કાયદાને તાબે: ફાઈનાન્સિયલ આસિસ્ટન્ટની જોગવાઈ હવે અથવા ભવિષ્યમાં ફેડરલ, રાજ્ય અથવા સ્થાનિક કાયદા આધીન હોઈ શકે છે. આવો કાયદો આ નીતિ કરતાં વધુ કડક જરૂરિયાતો લાદવાની હદ સુધી કાબૂ રાખે છે.