

**Chính sách Hỗ trợ Tài chính
Hallmark Health System**



Chính sách Hỗ trợ Tài chính Hallmark Health

Mục lục

I. Mục đích	2
II. Các Khái niệm	2
III. Điều khoản chung	2
a. Các bên tham gia	2
b. Bệnh nhân Không bảo hiểm và Bảo hiểm dưới mức Hallmark Health:	2
c. Trách nhiệm của bệnh nhân:	3
d. Tư vấn và Hỗ trợ tài chính Hallmark Health:.....	3
IV. Chương trình giảm giá cho Bệnh nhân Hallmark Health	3
a. Các chương trình giảm giá cho bệnh nhân Hallmark Health:	3
b. Quy trình nộp đơn và xem xét:	4
c. Phê duyệt chi trả:	4
d. Hạn chế thu nhập bệnh nhân:	4
e. Các dịch vụ được đáp ứng:.....	4
f. Không bao gồm:.....	4
g. Giảm giá Bệnh nhân thu nhập thấp Hallmark Health:	4
h. Giảm giá Medical Hardship Hallmark Health:	5
i. Chính sách giảm giá bệnh nhân không bảo hiểm và bảo hiểm dưới mức Hallmark Health:	5
j. Khoản tiền cơ bản được tính phí cho bệnh nhân:	5
V. Kế hoạch Chi trả	5
VI. Không Chi trả	6
VII. Xuất bản và Công bố FAP	6
a. Thông tin về Tư vấn Tài chính Hallmark Health, người cung cấp tư vấn và hỗ trợ tài chính, và thông tin về Chính sách Hỗ trợ Tài chính có thể xem trực tuyến tại https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing.html	6
b. Đăng trên Internet	6
c. Bệnh viện thông báo rộng rãi về các hỗ trợ tài chính hiện có của chính sách này theo những cách sau:	6
VIII. Các Điều khoản khác:	7
a. Nợ xấu Medicare:	7
b. Đánh giá theo Trường hợp:	7
IX. Phê duyệt Hội đồng	7

I. Mục đích

Hallmark Health, được gọi chung là “Bệnh viện” trong cả chính sách này, cam kết cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cho cộng đồng. Bệnh viện cung cấp các dịch vụ y tế cần thiết cho tất cả các bệnh nhân, bất kể việc họ có khả năng chi trả hay không. Bệnh viện sẽ không phân biệt đối xử do chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, quốc tịch, ngoại kiều, tôn giáo, tín ngưỡng, giới tính, khuynh hướng giới tính, giới tính được xác minh, tuổi tác, khuyết tật, lạm dụng chất gây nghiện, điều kiện kinh tế - xã hội, không có bảo hiểm hay hình dáng bên ngoài khi cung cấp các dịch vụ của mình. Để có thể cung cấp các dịch vụ và hỗ trợ chất lượng cao như vậy cho nhu cầu của cộng đồng, Hallmark Health phải duy trì một nền tảng chính sách khả thi bao gồm việc thu tiền kịp thời các khoản phải thu.

Hallmark Health nhận ra rằng một số bệnh nhân bị hạn chế bởi phương tiện và không thể tiếp cận được khoản chi bảo hiểm cho tất cả các dịch vụ. Chính sách này được xây dựng để thông báo tới các bệnh nhân không được bảo hiểm và bảo hiểm dưới mức có nguồn lực tài chính hạn chế về các chương trình hỗ trợ tài chính của Bệnh viện mà họ có thể được nhận.

Bệnh nhân có điều kiện sẽ thanh toán các dịch vụ do Hallmark Health cung cấp. Chính sách này giả định rằng những bệnh nhân có thể tiếp cận với nguồn bảo hiểm giá cả phải chăng sẽ áp dụng và duy trì việc đóng bảo hiểm. Chương trình hỗ trợ tài chính của Hallmark Health dự kiến chủ yếu phục vụ các bệnh nhân không có bảo hiểm sức khỏe công (ví dụ, Medicare hoặc Medicaid) và tư nhân (ví dụ, Blue Cross Blue Shield, Harvard Pilgrim...) và có nhu cầu tài chính mà họ không thể đáp ứng. Nếu đáp ứng được các tiêu chí áp dụng, Hallmark Health sẽ đưa ra mức giảm giá cho các bệnh nhân chứng minh được nhu cầu tài chính do thu nhập hạn chế hoặc hóa đơn y tế của họ vượt quá phần thu nhập của họ.

II. Các khái niệm

Các dịch vụ Cấp cứu: các dịch vụ y tế cần thiết được cung cấp sau khi có kết quả xác nhận của một người thận trọng dù không có chuyên môn nhưng sở hữu kiến thức trung bình về sức khỏe và y tế xác nhận một điều kiện y tế, dù là thể trạng hay tinh thần, thể hiện bởi các triệu chứng đủ nghiêm trọng, bao gồm cơn đau dữ dội, và nếu thiếu sự lưu ý kịp thời về mặt y tế, sức khỏe của người đó hoặc một người khác sẽ ở vào trạng thái nguy hiểm nghiêm trọng, suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể hoặc rối loạn chức năng nghiêm trọng của bất kì cơ quan nội tạng hoặc một phần, phụ nữ có thai, được mô tả chi tiết hơn trong mục 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B). Chúng nhận Các Dịch vụ Cấp cứu bởi một cuộc khám nghiệm sàng lọc y tế và bất kì giải pháp điều trị ổn định nào cho điều kiện y tế cấp cứu, bao gồm nhưng không giới hạn cho việc chăm sóc y tế cho bệnh nhân nội trú hoặc các dịch vụ tương tự khác được cung cấp trong phạm vi được yêu cầu thuộc Luật Điều trị Y tế và Chuyển dạ Cấp cứu (EMTALA) (42 U.S.C. § 1395(dd)).

Dịch vụ Khẩn cấp: các dịch vụ y tế cần thiết được cung cấp khi một điều kiện y tế đột xuất bắt đầu, dù là thể trạng hay tinh thần, thể hiện bởi các triệu chứng cấp tính đủ nghiêm trọng (bao gồm cơn đau dữ dội) do một người cẩn trọng dù không có chuyên môn tin rằng nếu không có sự lưu ý y tế trong vòng 24 giờ, hậu quả là khiến sức khỏe của bệnh nhân ở vào tình trạng nguy hiểm, suy giảm chức năng cơ thể, hoặc rối loạn chức năng của cơ quan nội tạng hoặc một phần cơ quan nội tạng. Dịch vụ khẩn cấp được cung cấp trong điều kiện không đe dọa tới tính mạng và vì thế không có nguy cơ cao về những tác hại nghiêm trọng tới sức khỏe của cá nhân.

Các dịch vụ y tế cần thiết nhưng không cần cấp cứu, không khẩn cấp: các dịch vụ không đáp ứng các khái niệm dịch vụ Cấp cứu hoặc Khẩn cấp nhưng vẫn cần thiết về mặt y tế. Về cơ bản, bệnh nhân thường, nhưng không phải tất cả, đặt lịch cho các dịch vụ này trước.

Các dịch vụ không cần thiết về mặt y tế: một quy trình, kiểm tra, hoặc dịch vụ không tác động tới chất lượng sức khỏe hoặc yêu cầu chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp được thực hiện.

III. Các điều khoản chung

a. Các bên tham gia

Chính sách này áp dụng cho các dịch vụ được cung cấp và thu phí bởi Bệnh viện ở những địa điểm được nêu trong Phụ lục A-Các địa điểm, Các bên tham gia của Hallmark Health. Chính sách này không áp dụng cho các dịch vụ được cung cấp và thu phí bởi các bên liệt kê trong Phụ lục B- Danh sách các nhà cung cấp, các bên tham gia liên kết của Hallmark Health, dù trong trường hợp các dịch vụ này có thể được thực hiện trong Phụ lục A.

b. Các bệnh nhân Không bảo hiểm hoặc Bảo hiểm dưới mức của Hallmark Health được định nghĩa như sau:

1. Các bệnh nhân không có bảo hiểm y tế (“không bảo hiểm”)

2. Các bệnh nhận chỉ có “bảo hiểm” thuộc Massachusetts Health Safety Net
3. Bệnh nhân có khoản cân đối từ các khoản trợ cấp “cạn kiệt” thuộc khoản chi bảo hiểm; hoặc
4. Những bệnh nhân có khoản cân đối từ các dịch vụ “không được chi trả” bởi bảo hiểm xác định rằng bệnh nhân chịu trách nhiệm hoàn toàn cho các khoản phí liên quan đến dịch vụ không bao gồm. Các dịch vụ mà bên bảo hiểm từ chối chi trả do hạn chế trong mạng lưới của bên bảo hiểm.

c. Trách nhiệm của bệnh nhân:

- i. Bệnh nhân có những trách nhiệm cần đáp ứng để được nhận hỗ trợ của Bệnh viện trong chính sách này, bao gồm:
 1. Trách nhiệm có và duy trì các khoản bảo hiểm, nếu họ có thể chi trả mức mức bảo hiểm vừa túi tiền;
 2. Trách nhiệm nộp đơn vào bất kỳ chương trình bảo hiểm do nhà nước tài trợ mà họ có đủ điều kiện;
 3. Trách nhiệm nộp tất cả các tài liệu được yêu cầu theo đúng thời gian liên quan đến thu nhập, tài sản, chứng minh, và nơi ở được yêu cầu để đăng kí khoản chi của Nhà nước và/hoặc để hoàn thành Đơn Hỗ trợ Tài chính của Hallmark Health;
 4. Trách nhiệm thông tin cho Bệnh viện về các thông tin nhân khẩu học và bảo hiểm; và
 5. Trách nhiệm thanh toán tất cả các khoản cân đối liên quan theo khung thời gian đã đồng thuận.

d. Hỗ trợ và Tư vấn Tài chính Hallmark Health

- i. Các điều phối viên bảo hiểm sẽ chủ động xem xét các bệnh nhân được xác định là không bảo hiểm và bảo hiểm dưới mức đã lên lịch cho các dịch vụ và điều phối giữa bệnh nhân và Hội đồng Tư vấn Tài chính của Hallmark Health để lên lịch hẹn và trao đổi về các lựa chọn hỗ trợ tài chính.
- ii. Các bệnh nhân cũng được giới thiệu tới Hội đồng tư vấn tài chính từ các khoa của Hallmark Health.
- iii. Hội đồng tư vấn tài chính lọc nhanh các bệnh nhân đủ điều kiện được tiếp cận với bảo hiểm công và/hoặc tư nhân.
 1. Hallmark Health lọc nhanh các bệnh nhân có điều kiện đáp ứng các chương trình của Nhà nước và liên bang. Để có đủ điều kiện được giảm giá thuộc chính sách này, bệnh nhân có thể được yêu cầu nộp đơn vào nhiều chương trình của nhà nước và liên bang, bao gồm nhưng không hạn chế với MassHealth và/hoặc Medicare.
 2. Nếu bệnh nhân đáp ứng các hướng dẫn về điều kiện của nhà nước, Hội đồng Tư vấn Tài chính sẽ tư vấn về quá trình nộp đơn và hỗ trợ bệnh nhân nộp đơn khi có thể.
 3. Nếu bệnh nhân không đáp ứng các hướng dẫn về điều kiện của nhà nước (ví dụ, dựa trên Mức Nghèo Liên bang (“FPL”) của họ, tình trạng nhập cư...) và bị từ chối vào bất kỳ chương trình công nào hiện có, hoặc chương trình công không chi trả tất cả các chi phí cho bệnh nhân, Hội đồng Tư vấn Tài chính sẽ tư vấn lựa chọn bảo hiểm tư nhân và lọc nhanh các bệnh nhân có đủ điều kiện thuộc Chương trình Giảm giá Hỗ trợ tài chính của Hallmark Health (Mục IV phía dưới).

IV. Chương trình Giảm giá cho Bệnh nhân của Hallmark Health

- a. Hallmark Health cung cấp các chương trình giảm giá cho bệnh nhân như sau:
 - i. Giảm giá cho bệnh nhân có thu nhập thấp, được đánh giá bởi các ngưỡng của Hallmark Health FPL (Mục IV(g)).
 - ii. Giảm giá do khó khăn y tế Medical Hardship, được đánh giá bởi các ngưỡng của Hallmark Health (Mục IV(h)).
 - iii. Giảm giá vì Không bảo hiểm và Bảo hiểm dưới mức (Mục IV(i)).

Các giảm giá thuộc các chương trình này có thể được cấp với tất cả các khoản cân đối dành cho một trách nhiệm bệnh nhân đáp ứng các ngưỡng của Hallmark Health theo Phụ lục C – Số tiền Giảm giá Hỗ trợ tài chính Hallmark Health, không bao gồm đồng thanh toán của bệnh nhân, khấu trừ, và đồng bảo hiểm. Nếu bệnh nhân đáp ứng được nhiều chương trình giảm giá khác nhau, chương trình nhận được mức giảm giá cao nhất sẽ được áp dụng.

Việc giảm giá không phụ thuộc vào bất kỳ mối quan hệ nào giữa bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân với nhân viên hoặc thành viên của ban quản trị của Bệnh viện. Việc giảm giá cũng không được mở rộng dựa trên bất kỳ xem xét nào về “ưu tiên chuyên nghiệp” cho một bác sĩ hoặc người nhà của bác sĩ. Việc giảm giá cũng không được thực hiện cho bệnh nhân để giúp bệnh nhân nhận được dịch vụ hoặc gắn với việc triển khai các hoạt động kinh doanh được trả tiền nhằm nhận dịch vụ bởi các chương trình chăm sóc sức khỏe của liên bang cũng như họ không được chuyển đổi thành tiền mặt cho các mục hoặc dịch vụ được Bệnh viện hoặc bất kỳ bên liên quan nào của Hallmark Health cung cấp (điều này bao gồm các giảm giá cho cửa hàng lưu niệm, quán cà-phê...).

Chính sách Hỗ trợ Tài chính Hallmark Health

b. Quy trình nộp đơn và xét duyệt

- i. Bệnh nhân phải nộp một Đơn xin Hỗ trợ tài chính Hallmark Health (Phụ lục D) được điền đầy đủ thông tin cùng các giấy tờ liên quan để được xem xét hỗ trợ. Các giấy tờ cần thiết có thể bao gồm, nhưng không giới hạn là giấy tờ chứng minh: (1) thu nhập hàng năm của hộ gia đình (bảng lương, hồ sơ chi trả an sinh xã hội, và thư của chủ sử dụng lao động, hoàn thuế, hoặc bảng cân đối ngân hàng), (2) công dân và giấy tờ nhân thân, (3) tình trạng nhập cư với đối tượng không phải công dân (nếu có), (4) tài sản của những cá nhân từ 65 tuổi trở lên, và (5) thông tin bảo hiểm, bao gồm các lợi ích và hạn chế của mạng lưới. Tất cả các giấy tờ phải được nộp trong vòng 30 ngày tính từ lần nộp đầu tiên của đơn để đơn có thể được Bệnh viện xem xét.
- ii. Việc nộp đơn bảo mật có thể nộp cho Bệnh viện với những vị thành niên hoặc các cá nhân bị lạm dụng. Những cá nhân này nên liên hệ với Tư vấn viên Tài chính.
- iii. Hallmark Health không có quyết định ưu đãi nào cho Đơn xin hỗ trợ tài chính của bệnh nhân khi quyết định có đáp ứng được yêu cầu hay không.
- iv. Hallmark Health có quyền xác minh lại việc đáp ứng yêu cầu giảm giá mỗi sáu tháng.

c. Phê duyệt Chi trả

- i. Bệnh viện sẽ thông báo bằng văn bản cho bệnh nhân về quyết định đáp ứng được yêu cầu chương trình của Hallmark Health. Tham chiếu Phụ lục E- Thông báo quyết định đáp ứng được yêu cầu chương trình Hallmark Health.
- ii. Bệnh viện có quyền từ chối đơn xin nếu các giấy tờ đi kèm không được nhận đúng thời hạn.
- iii. Việc khiếu nại về quyết định đáp ứng yêu cầu chương trình có thể được xem xét lại nếu ứng đơn cung cấp được thông tin mới cho Bệnh viện.

d. Hạn chế thu nhập bệnh nhân

- i. Với những cư dân ở Hoa Kỳ, FPL được thông báo gần đây nhất về tổng thu nhập của gia đình sẽ được sử dụng là thành tố quyết định cơ bản cho các mức giảm giá được mô tả trong Mục IV(g) và Mục IV(h).
- ii. Những cư dân ở và không ở Hoa Kỳ đáp ứng được các yêu cầu ở Mục III(c) của chính sách này nhưng lại không đáp ứng được các tiêu chí của FPL có thể đăng kí vào mục Giảm giá cho người Không bảo hiểm và Bảo hiểm dưới mức như được mô tả trong Mục IV(i) ở dưới đây.
- iii. Tất cả các bệnh nhân đáp ứng được yêu cầu của Mục III(c) của chính sách này sẽ được nhận Giảm giá Khó khăn Y tế Hallmark Health như được tóm tắt ở Mục IV(h) ở dưới đây.

e. Các dịch vụ được đáp ứng

- i. Chính sách này nhìn chung hạn chế cho các dịch vụ y tế cần thiết được Hallmark Health cung cấp và xuất hóa đơn bao gồm:
 1. Dịch vụ Cấp cứu;
 2. Dịch vụ Khẩn Cấp; và
 3. Dịch vụ không phải Cấp cứu, không phải Khẩn cấp.

f. Không bao gồm:

- i. Hallmark Health không cung cấp hỗ trợ tài chính cho các Dịch vụ không cần thiết về mặt y tế như các dịch vụ được bác sĩ điều trị quyết định. Các ví dụ về dịch vụ không bao gồm trong hỗ trợ này của Bệnh viện bao gồm nhưng không giới hạn gồm: dịch vụ phi y tế (ví dụ, dịch vụ xã hội, giáo dục, hoặc dạy nghề, phẫu thuật thẩm mỹ, nghiên cứu hoặc dịch vụ khác). Việc quyết định dịch vụ nào được xem xét đủ điều kiện cho các mục đích của chính sách này thuộc quyền của Bệnh viện.
- ii. Nhìn chung Hallmark Health không cung cấp việc giảm giá cho các bệnh nhân thực hiện dịch vụ không phải Cấp cứu, không Khẩn cấp khi nhu cầu chăm sóc được thực hiện bởi bệnh nhân và bệnh nhân đến Hallmark Health từ khu vực ngoài để nhận chăm sóc trong khi dịch vụ này hoàn toàn được cung cấp trong khu vực dịch vụ của bệnh nhân.
- iii. Khoản chi trả chung, khấu trừ và đồng bảo hiểm với bệnh nhân không bao gồm trong các khoản chi thuộc chính sách này.

g. Giảm giá cho bệnh nhân thu nhập thấp Hallmark Health:

Chính sách Hỗ trợ Tài chính Hallmark Health

- i. Với những cư dân của Hoa Kỳ, FPL về tổng thu nhập của gia đình được công bố gần đây nhất sẽ được sử dụng là yếu tố quyết định chính. Việc giảm giá chỉ dựa trên thu nhập thường giới hạn cho các bệnh nhân có mức thu nhập gia đình thấp hơn 301% của FPL.
- ii. Bệnh nhân đáp ứng ngưỡng này sẽ được cung cấp giảm giá ở mức hoặc lớn hơn mức Giá trị Xuất hóa đơn Chung (AGB) như được tóm tắt trong Mục IV(i) phía dưới.
- iii. Việc quyết định khoản giảm giá này là trách nhiệm của Hallmark Health.
- iv. Tham chiếu Phụ lục C và Phụ lục D để thêm thông tin chi tiết.

h. Giảm giá Khó khăn Y tế Hallmark Health

- i. Những bệnh nhân không đáp ứng được yêu cầu ngưỡng FPL cần thiết cho chương trình giảm giá Bệnh nhân thu nhập thấp Hallmark Health vẫn có thể được giảm giá nếu họ có thể mô tả rằng chi phí y tế của họ vượt quá 20% thu nhập gia đình của họ. Các chi phí phải xảy ra trong vòng 12 tháng và chỉ là các chi phí có thể xác định là chi phí y tế theo điều lệ Sở Thuế vụ Liên bang (IRS).
- ii. Việc quyết định khoản giảm giá này là trách nhiệm của Hallmark Health.
- iii. Tham chiếu Phụ lục C và Phụ lục D để thêm thông tin chi tiết.

i. Chính sách giảm giá cho Bệnh nhân không bảo hiểm hoặc Bảo hiểm dưới mức Hallmark Health:

- i. Hallmark Health sẽ giảm giá cho các bệnh nhân ở tất cả các mức thu nhập bất kể nơi cư trú với những người đáp ứng được yêu cầu "Bệnh nhân Không bảo hiểm và Bảo hiểm dưới mức" được liệt kê trong Mục III(b) ở trên, đáp ứng được trách nhiệm bệnh nhân theo Mục III(c) ở trên, và hoàn thành Đơn xin hỗ trợ tài chính Hallmark Health.
- ii. Các bệnh nhân Không bảo hiểm và Bảo hiểm dưới mức đáp ứng các điều kiện của chính sách này đủ điều kiện nhận được giảm giá lên đến 40% với Các dịch vụ Đủ điều kiện nếu nhận được thanh toán, hoặc kế hoạch thanh toán được đồng thuận, trong vòng 30 ngày của hóa đơn đầu tiên.
 1. Với các dịch vụ Không phải cấp cứu, không khẩn cấp, việc thanh toán phải được hoàn thiện đầy đủ, hoặc kế hoạch thanh toán được đồng thuận, trước khi dịch vụ được thực hiện. Nếu chi phí thực tế vượt quá dự tính, bệnh nhân phải chi trả cho khoản tăng thêm họ còn nợ trong vòng 30 ngày kể từ ngày của hóa đơn đầu tiên.
 - a. Nếu chi phí tăng thêm không được thanh toán kịp thời, toàn bộ đồng thuận về giảm giá có thể không được tính và bệnh nhân sẽ bị ghi hóa đơn cho toàn bộ chi phí.
 2. Với các dịch vụ Cấp cứu hoặc khẩn cấp, việc thanh toán phải được thực hiện, hoặc một kế hoạch thanh toán được đồng thuận trong vòng 30 ngày của hóa đơn đầu tiên.
- iii. Để đánh giá việc có cấp khoản giảm giá thuộc chính sách này hay không, Hallmark Health có thể xem xét liệu bệnh nhân có khoản nợ nào hay không.

j. Khoản tiền cơ bản được tính phí cho bệnh nhân:

- i. Theo việc quyết định bệnh nhân có đáp ứng được yêu cầu cho chương trình giảm giá được đặt ra trong Mục IV(g) hoặc Mục IV(h) ở trên, một bệnh nhân sẽ không bị tính phí nhiều hơn cho Dịch vụ Được đáp ứng cao hơn Giá trị xuất hóa đơn chung ("AGB") bởi Bệnh viện.
- ii. Hallmark Health quyết định mức AGB bằng cách đầu tiên lấy tổng mức thanh toán chia trên tổng chi phí cho tất cả các phí dịch vụ (FFS) thương mại và Medicare và các kế hoạch Chăm sóc được quản lý Medicare được tổng hợp trong năm tài khóa trước đó để xác định Hệ số Trả trước (PAF) của năm tài khóa trước đó. Việc này thường được thực hiện vào tháng Mười khi hầu hết các dữ liệu về kế hoạch sức khỏe chính xác được cung cấp. Việc giảm giá tối thiểu cho Bệnh nhân có thu nhập thấp Hallmark Health tỉ lệ nghịch hệ số của PAF của năm tài khóa trước đó, chính là AGB.
- iii. Ví dụ, tính toán AGB:
 1. Tổng thanh toán từ FFS thương mại, Medicare, và kế hoạch chăm sóc được quản lý Medicare: \$150
 2. Tổng phí FFS thương mại, Medicare, và kế hoạch chăm sóc được quản lý Medicare: \$350
 3. PAF: 42,28%
 4. Giảm giá AGB cho Bệnh nhân thu nhập thấp Hallmark Health: 57,72%
- iv. Giảm giá tối thiểu cho Bệnh nhân thu nhập thấp Hallmark Health, tức AGB, có hiệu lực từ ngày 1 tháng mười 2016 là 57,72%. Con số này được xác định từ thông tin chi trả của FFS thương mại, Medicare, và kế hoạch chăm sóc được quản lý Medicare trong giai đoạn 1 tháng Mười 2015 tới 30 tháng Chín 2016.

V. Kế hoạch chi trả

Kế hoạch chi trả không lãi suất cho các Dịch vụ được Đáp ứng sẽ được cung cấp cho tất cả những bệnh nhân đáp ứng được tiêu chí đặt ra trong Mục III(c) ở trên nếu được yêu cầu. Việc chấp nhận cuối cùng của kế hoạch chi trả phụ thuộc vào việc xem xét toàn diện điều kiện và lịch sử chi trả của bệnh nhân. Hallmark Health sẽ xử lý tất cả các kế hoạch chi trả của bệnh nhân. Các kế hoạch chi trả được giám sát bởi một nhà cung cấp bên ngoài. Bệnh nhân cần hoàn toàn tuân thủ kế hoạch khi đã đồng thuận. Nếu bệnh nhân bỏ lỡ hai lần thanh toán liên tiếp, kế hoạch thanh toán sẽ bị dừng lại và Bệnh viện có thể chuyển số tiền này thành Nợ Xấu theo quy trình và điều khoản bảo vệ trong Chính sách Tín dụng và truy thu của Bệnh viện (có ở <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>). Khi có thông báo của bệnh nhân về việc thay đổi tình trạng tài chính, Bệnh viện có thể đánh giá lại trách nhiệm chi trả phần còn lại của bệnh nhân.

- a. Các bệnh nhân được xác định là Bệnh nhân có thu nhập thấp hoặc Medical Hardship theo chương trình Massachusetts Health Safety Net (HSN) không cần đáp ứng các tiêu chí đề ra trong Mục III(c) trước khi Bệnh viện đưa ra kế hoạch thanh toán. Với các bệnh nhân Thu nhập thấp HSN hoặc bệnh nhân Medical Hardship có khoản cân đối từ \$1.000 trở xuống, kế hoạch chi trả ít nhất là một năm, miễn lãi suất với khoản thanh toán tối thiểu không cao hơn \$25 mỗi tháng. Với các bệnh nhân Thu nhập thấp HSN hoặc bệnh nhân Medical Hardship có khoản cân đối từ \$1.000 trở lên, kế hoạch thanh toán tối thiểu là hai năm, không lãi suất.

VI. Không chi trả

Bệnh viện duy trì chính sách Tín dụng và Truy thu để xác định các hành động mà Bệnh viện có thể thực hiện trong trường hợp không chi trả và bao gồm một danh sách các bệnh nhân có thể được bảo vệ theo luật của Bang từ bất kỳ hành động truy thu nào. Trước khi thực hiện bất kỳ hành động truy thu bất thường nào theo chính sách đó, Bệnh viện sẽ thực hiện các nỗ lực thỏa đáng để xác định một bệnh nhân cần hỗ trợ tài chính theo chính sách này bằng cách thông báo bằng văn bản cho bệnh nhân về các chương trình hỗ trợ có thể được tiếp cận và trợ giúp cá nhân này hoàn thành việc nộp đơn xin Hỗ trợ tài chính Hallmark Health. Chính sách Tín dụng và Truy thu riêng hiện có thể được công chúng tiếp cận trên trang web của Bệnh viện tại <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>.

VII. Xuất bản và phổ biến Chính sách Hỗ trợ tài chính FAP

- a. Thông tin về Hội đồng tư vấn tài chính Hallmark Health, những người cung cấp tư vấn và hỗ trợ tài chính, và thông tin về Chính sách Hỗ trợ tài chính có thể được đọc trực tuyến tại <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing.html>.
 - i. Để lên lịch hẹn với một tư vấn tài chính qua điện thoại, quý vị có thể gọi số: 781-338-7111.
 - ii. Địa điểm của tư vấn tài chính Hallmark Health tại các địa điểm sau của Hallmark Health:
 1. Bệnh viện Melrose-Wakefield, tầng 1 gần lối vào Phố Porter, 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
 2. Bệnh viện Lawrence Memorial, cạnh phòng Cấp cứu, 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155.
- b. Đăng trên Internet
 - i. Ngoài việc tiếp cận thông qua Hội đồng tư vấn tài chính Hallmark Health, chính sách Hỗ trợ tài chính Hallmark Health, các mẫu đơn, và bảng tóm tắt bằng ngôn ngữ đơn giản có thể được xem tại <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>.
 1. Trang web này có thể được truy cập từ trang chủ của Hallmark Health (<https://www.hallmarkhealth.org/>) bằng cách lựa chọn Bệnh nhân/Khách: Tư vấn và Hóa đơn tài chính - Chính sách Hỗ trợ tài chính.
 2. Trang web bao gồm các cách mà bệnh nhân có thể nộp đơn xin hỗ trợ từ Bệnh viện, bao gồm danh sách các địa điểm có Tư vấn tài chính và số điện thoại trung tâm để đặt lịch hẹn với một tư vấn tài chính. Trang web thông tin cho bệnh nhân biết rằng mẫu đơn và việc hỗ trợ tài chính là miễn phí.
- c. Bệnh viện cũng đăng tải thông tin rộng rãi về việc hỗ trợ tài chính thuộc chính sách này theo các cách sau:
 - i. Biển báo lớn, dễ thấy (8" X 14") được đặt ở tất cả các lối vào và khu vực có lượng giao thông lớn, bao gồm Khoa Cấp cứu, Dịch vụ Khách hàng và Liên kết tài chính.

Chính sách Hỗ trợ Tài chính Hallmark Health

- ii. Tờ rơi với ngôn ngữ đơn giản quảng bá về các lựa chọn hỗ trợ tài chính hiện có của Hallmark Health được đặt ở Khoa Cấp cứu và khu vực tiếp đón.
- iii. Tóm tắt bằng ngôn ngữ đơn giản về FAP được cung cấp cho bệnh nhân trong quá trình tiếp nhận và xuất viện của Bệnh viện.
- iv. Bản sao các chính sách FAP, đơn xin, và tóm tắt bằng ngôn ngữ đơn giản của Bệnh viện được trao cho các bệnh nhân khi họ yêu cầu, trực tiếp, hoặc qua thư và cho bất kỳ bệnh nhân nào có câu hỏi cụ thể.
- v. Các tài liệu, bao gồm chính sách, mẫu đơn, và bảng tóm tắt bằng ngôn ngữ đơn giản có sẵn bằng tiếng Anh, tiếng Trung, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, Bồ Đào Nha, Nga, Hy Lạp, Hindi, Ý, Creole và Ả-rập.
- vi. Nhân viên chương trình cộng đồng của bệnh viện được đào tạo về FAP và được hướng dẫn cần thông báo cho các thành viên trong cộng đồng về sự tồn tại của hỗ trợ tài chính ở Hallmark Health.

VIII. Các điều khoản khác:

a. Nợ Xấu Medicare:

- i. Chính sách này cũng được sử dụng để xác minh tình trạng nghèo khó của bệnh nhân với mục đích chứng thực số dư của họ có từ đồng bảo hiểm hoặc khấu trừ từ các dịch vụ được Medicare chi trả khi Nợ Xấu Medicare được áp dụng. Các yếu tố quyết định sẽ là thu nhập hiện tại của bệnh nhân trên các mức tài sản được báo cáo. Để đáp ứng, bệnh nhân phải có thu nhập thấp hơn 201% FPL và tài sản thấp hơn \$10.000 với thành viên gia đình đầu tiên và thêm \$3.000 cho mỗi thành viên bổ sung trong gia đình. Việc xác định tài sản không bao giờ gồm nơi ở và phương tiện đi lại. Bệnh nhân hoàn thành Đơn xin hỗ trợ tài chính Hallmark Health sẽ là bằng chứng rằng bệnh nhân không có khả năng sử dụng tài sản để thanh toán khoản cân đối còn lại.

b. Đánh giá theo Trường hợp

- i. Bệnh nhân được khuyến khích thông tin tình trạng tài chính riêng của mình để thông báo cho Tư vấn Tài chính hoặc Hồ sơ Bệnh nhân. Hallmark Health có thể bổ sung thêm việc giảm giá trên mức chính sách của chính sách này theo từng trường hợp khi nhận ra các trường hợp riêng biệt trong khó khăn tài chính.
- ii. Khoản giảm giá hiện tại trên mức của chính sách này sẽ được trao khi có sự phê duyệt của Giám đốc Tài chính của Bệnh viện.

IX. Phê duyệt Hội đồng

FAP Hallmark Health đã được Hội đồng Quản trị phê duyệt vào ngày 27 tháng Bảy năm 2017.

Phụ lục A– Địa điểm, Các bên Tham gia của Hallmark Health

Chính sách hỗ trợ tài chính này áp dụng cho các dịch vụ được cung cấp và xuất hóa đơn bởi Hallmark Health tại những địa điểm sau:

1. Bệnh viện Melrose-Wakefield, 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
2. Bệnh viện Lawrence Memorial, 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155.
 - a. Trung tâm chăm sóc khẩn cấp Bệnh viện Lawrence Memorial, 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155.
3. Trung tâm Huyết học và Ung bướu Hallmark Health System, 41 Montvale Avenue, tầng 3, 4, và 5, Stoneham, MA 02180.
4. Hallmark Health ở 101 Main, 101 Main Street, Medford, MA 02155
 - a. Dịch vụ phục hồi chức năng Bệnh viện Lawrence Memorial, Suites 105 và 106.
 - b. Dịch vụ tư vấn cộng đồng, Suite 112.
 - c. Dịch vụ Y tế Lawrence Memorial, Suites 113, 114, và 116.
 - d. Liên kết Y khoa Gia đình, Suites 213, 214, và 215.
5. Trung tâm tư vấn cộng đồng, Trung tâm sức khỏe gia đình Malden, 178 Savin Street, tầng 2, Malden, MA 02148.
6. Trung tâm Hình ảnh Phụ nữ Hình ảnh sức khỏe, 830 Main Street, tầng 3, Melrose, MA 02176.
7. Trung tâm Chẩn đoán Ung thư & MRI Chem, 48 Montvale Avenue, Stoneham, MA 02180.
8. Trung tâm Chẩn đoán Ngoại trú và Phục hồi chức năng Hallmark Health, 30 Newcrossing Road, Reading, MA 01867.
 - a. Trung tâm Phục hồi khẩn cấp Reading, 30 Newcrossing Road, Reading, MA 01867.
9. Dịch vụ Phục hồi chức năng Bệnh viện Melrose-Wakefield, 22 Corey Street, Melrose, MA 02176.

Phụ lục B: Danh sách Nhà cung cấp Liên kết Hallmark Health, Các bên không tham gia

Mỗi nhà cung cấp hoặc nhóm nhà cung cấp dưới đây cung cấp các dịch vụ ở một địa điểm của bệnh viện, nhưng hóa đơn và khoản thu của họ không được áp dụng theo Chính sách Hỗ trợ tài chính Hallmark Health ("FAP"). Hallmark Health FAP không bao gồm các dịch vụ được cung cấp và xuất hóa đơn bởi các bên không tham gia sau với Hallmark Health:

1. Tổ chức Bác sĩ của Hallmark Health, Liên kết Y khoa Hallmark Health.
2. Bệnh học Hallmark, P.C.
3. Hallmark Imaging Associates, P.C.
4. Các Khoa mà bệnh nhân được xem xét bởi một nhà cung cấp nhưng không áp dụng bởi FAP này bao gồm: Tim Mạch, Nội tiết tố, Tiêu hoá, Tia X/Huyết học/Ung thư, Bệnh truyền nhiễm, Nội khoa, Chăm sóc OB-GYN, Thận, Chân học, Phổi, Thấp khớp, Thuốc ngủ, Phẫu thuật, Tiết niệu, Chăm sóc vết thương.
5. Bác sĩ Cấp cứu Melrose-Wakefield, Inc.
 - a. Các bác sĩ ở Khoa Cấp cứu Hallmark Health ở địa điểm Bệnh viện Lawrence Memorial tại 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 và Bệnh viện Melrose-Wakefield tại 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
 - b. Các bác sĩ ở Trung tâm chăm sóc khẩn cấp Hallmark Health System tại 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 và 30 Đường New Crossing, Reading, MA 01867.
6. Hiệp hội Y khoa Bệnh viện (Đội Sức khỏe).
 - a. Nhân viên y tế Hallmark Health của Bệnh viện Lawrence Memorial Hospital tại 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 và Bệnh viện Melrose-Wakefield tại 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
7. Hội gây mê thành phố.
8. Hội Tim mạch Mystic, Inc., gồm Bác sĩ Conway, Bác sĩ Pladziewicz, và Bác sĩ Samenuk.
9. Hội Y khoa Mystic, gồm Bác sĩ Weinstein.
10. Nghiền sỏi thận UMS New England.
11. Hội Tim mạch Middlesex, Inc.
12. Tổ chức Bác sĩ Trung tâm Y tế Tufts, Inc. (f/k/a New England Health Care Foundation, Inc.)
13. Eliot.
14. Pediatrics.
15. Chăm sóc Gia đình Khu vực.

Tất cả các bác sĩ và tổ chức bác sĩ liên kết với Hallmark Health bao gồm các nhà cung cấp được liệt kê trên đây được khuyến khích, nhưng không bắt buộc, thực hiện theo chính sách hỗ trợ tài chính của Hallmark Health.

Phụ lục C: Số tiền giảm hỗ trợ tài chính Hallmark Health

Kích thước gia đình	100%	Lên tới 150% FPL	Lên tới 300% FPL	Lớn hơn 301 % FPL
1	\$12,060	\$18,090	\$36,180	\$36,181
2	\$16,240	\$24,360	\$48,720	\$48,721
3	\$20,420	\$30,630	\$61,260	\$61,261
4	\$24,600	\$36,900	\$73,800	\$73,801
5	\$28,780	\$43,170	\$86,340	\$86,341
6	\$32,960	\$49,440	\$98,880	\$98,881
7	\$37,140	\$55,710	\$111,420	\$111,421
8	\$41,320	\$61,980	\$123,960	\$123,961
Mỗi người > 8	\$4,180	\$6,270	\$12,540	\$12,541

Giảm	100%	58%	40%
Dự kiến Bệnh nhân chi trả	0%	42%	60%

FPL được xác định là Mức Nghèo Liên bang, phát hành vào tháng Một năm 2017, theo Công báo Liên bang

Phụ lục D



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

Đơn xin Trợ cấp Tài chính

Hallmark Health tự hào cung cấp dịch vụ chăm sóc tốt nhất cho mỗi bệnh nhân. Hallmark Health cung cấp hỗ trợ tài chính thông qua Chính sách Hỗ trợ Tài chính cho những bệnh nhân không có khả năng chi trả các dịch vụ chăm sóc y tế cấp cứu hoặc cần thiết. Hỗ trợ Tài chính Hallmark Health không có xu hướng chi trả cho dịch vụ chăm sóc không phải cấp cứu, không phải khẩn cấp. Chính sách cũng không có xu hướng cung cấp giảm giá cho việc đồng thanh toán bảo hiểm, đồng bảo hiểm hoặc giảm trừ.

Những bệnh nhân có khả năng tài chính sẽ phải chi trả cho các dịch vụ được nhận tại Hallmark Health. Tuy nhiên, quý vị vẫn có thể tiếp cận với các điều kiện đáp ứng của việc hỗ trợ tài chính. Chúng tôi thực sự khuyến khích các bệnh nhân nộp đơn xin cho các chương trình hỗ trợ của chính phủ như MassHealth, hoặc Health Safety Net trước khi nộp đơn vào Chương trình Hỗ trợ tài chính của Hallmark Health. Việc không nộp đơn cho các chương trình hỗ trợ của chính phủ mà quý vị có khả năng đáp ứng yêu cầu có thể dẫn đến việc chậm trễ hoặc từ chối với đơn của quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp làm đơn xin các chương trình hỗ trợ của chính phủ, một trong các tư vấn tài chính Hallmark Health của chúng tôi có thể giúp đỡ.

Việc quý vị có được chấp nhận trong chương trình hỗ trợ tài chính hoàn toàn phụ thuộc vào việc quý vị điền đủ và chính xác các thông tin trong Đơn xin Hỗ trợ Tài chính này.

Hướng dẫn Nộp đơn

Tất cả các ứng đơn vui lòng hoàn thành Đơn xin Hỗ trợ Tài chính và đính kèm bản sao các giấy tờ sau đây. Việc tất cả các giấy tờ cần thiết không được gửi tới trong vòng 30 ngày có thể dẫn đến việc đơn xin bị từ chối. Vui lòng đính kèm bản sao các tài liệu được nộp vì rất tiếc là chúng sẽ không được hoàn trả.

- Hoàn thành tất cả các mục có thể trong đơn và đảm bảo ký tên vào mục tuyên thệ ở trang 4.
- Đính kèm bản sao của bằng lái xe, giấy tờ nhân thân có ảnh khác, hoặc các tài liệu xác minh nơi cư trú hiện tại của quý vị. Mọi tài liệu được nộp phải có tên và địa chỉ hiện tại của quý vị.
- Đính kèm một bản sao thẻ bảo hiểm của quý vị.
- Đính kèm mẫu xác minh thu nhập:
 - Đính kèm bản sao đơn W2 gần đây nhất hoặc bảng lương (4 bản gần nhất nếu được trả theo tuần, 2 bản gần nhất nếu được trả theo 2 tuần một)
 - Nếu có thay đổi mới nhất trong thu nhập, đính kèm tài liệu như chứng nhận thất nghiệp, chứng nhận ngân hàng/đầu tư, chứng nhận được chăm sóc dài hạn, chứng nhận lương hưu, và/hoặc chứng nhận an sinh xã hội.
 - Nếu bệnh nhân qua đời, vui lòng cung cấp bản sao giấy chứng tử và một lá thư mô tả tình trạng về đất đai.

Tư vấn Tài chính:

Để được hỗ trợ hoàn thành đơn xin của quý vị, liên hệ **781-338-7111** để đặt lịch với một trong những nhân viên tư vấn tài chính của Hallmark Health. Tư vấn tài chính có địa điểm tại: Bệnh viện Melrose-Wakefield, 585 Lebanon Street, tầng 1 gần lối vào phố Porter, Bệnh viện Melrose hoặc Lawrence Memorial, 170 Governors Avenue, gần Khoa Cấp cứu, Medford.

Vui lòng gửi Đơn xin đã hoàn thành của quý vị tới:

Hallmark Health
Financial Counselors
170 Governors Avenue
Medford, MA 02155

Phần I: Thông tin về Bệnh nhân		
Tên Bệnh nhân:		
Ngày sinh của Bệnh nhân:	Số SSN của Bệnh nhân:	Điện thoại:
Địa chỉ hiện tại:		
Thành phố:	Bang:	Mã ZIP:
Quý vị có phải công dân Hoa Kỳ? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		
Nếu KHÔNG, quý vị có định cư lâu dài, sinh sống hợp pháp tại Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		
Thông tin Người nộp đơn (nếu khác với Thông tin Bệnh nhân ở trên)		
Người nộp đơn có thể là bệnh nhân hoặc là người chịu trách nhiệm tài chính cho bệnh nhân.		
Tên Người nộp đơn:		
Địa chỉ hiện tại của người nộp đơn:		
Thành phố:	Bang:	Mã ZIP:
Điện thoại Người nộp đơn:		
Về Hộ gia đình của Bệnh nhân		
Liệt kê tất cả các thành viên trong hộ gia đình, ngày sinh và mối quan hệ với người nộp đơn. Thành viên hộ gia đình là người có quan hệ với quý vị hoặc sống chung với quý vị cả năm với vai trò là thành viên hộ gia đình mà quý vị báo cáo trong việc hoàn thuế thu nhập.		
Thành viên Hộ gia đình 1:		
Ngày sinh:	Quan hệ với Bệnh nhân:	
Thành viên Hộ gia đình 2:		
Ngày sinh:	Quan hệ với Bệnh nhân:	
Thành viên Hộ gia đình 3:		
Ngày sinh:	Quan hệ với Bệnh nhân:	
Thành viên Hộ gia đình 4:		
Ngày sinh:	Quan hệ với Bệnh nhân:	
Thành viên Hộ gia đình 5:		
Ngày sinh:	Quan hệ với Bệnh nhân:	
Phần 2: Thông tin Bảo hiểm của Bệnh nhân		
<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Quý vị có nộp đơn Medicaid trong vòng sáu (6) tháng gần đây?		
<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Quý vị có đơn Medicaid đang xem xét hoặc đã được chấp nhận?		
<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Đơn Medicaid của quý vị có bị từ chối?		
<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Quý vị có bảo hiểm y tế không?		
Thông tin Bảo hiểm Cơ bản:		
Tên Bảo hiểm:		
Địa chỉ Bảo hiểm:		
Chính sách/ID #:	Nhóm #:	
Tên người đăng kí:		
Ngày sinh Người đăng kí:	Quan hệ với Người đăng kí:	
Chủ sử dụng lao động của Người đăng kí:	Ngày Hiệu lực:	
Thông tin Bảo hiểm Thứ cấp		
Tên Bảo hiểm:		
Địa chỉ Bảo hiểm:		
Chính sách/ID #:	Nhóm #:	
Tên người đăng kí:	Ngày sinh Người đăng kí:	
Quan hệ với Người đăng kí:	Chủ sử dụng lao động của Người đăng kí:	
Ngày Hiệu lực:		

Phần 3: Thu nhập Thuần Hàng tháng và Tài sản

Vui lòng điền phần này với nội dung thu nhập và tài sản của bệnh nhân và mỗi thành viên hộ gia đình được liệt kê trong Mục 1 cho những người đi làm. Vui lòng liệt kê thu nhập thuần, tức thu nhập trước thuế và giảm trừ.

	Bệnh nhân	Thành viên hộ gia đình 1	Thành viên hộ gia đình 2	Thành viên hộ gia đình 3	Thành viên hộ gia đình 4	Thành viên hộ gia đình 5
Lương/Thưởng						
Trợ cấp Thất nghiệp						
An sinh xã hội						
Hỗ trợ Nuôi con + Cấp dưỡng						
Thu nhập tự kinh doanh, sau Chi phí						
Lãi/Thu nhập Cổ tức						
Lương hưu						
IRA/Cổ/Trái phiếu						
Thu nhập Cho thuê						
Thanh toán Tín chấp						
Hỗ trợ Lao động						
Trợ cấp Cựu binh						

Thiếu Phiếu khai Thu nhập

CÓ KHÔNG Nếu thu nhập của gia đình là không, có ai hỗ trợ quý vị không?

Nếu quý vị trả lời là có ở phía trên, và quý vị đang được hỗ trợ tài chính bởi một người khác, vui lòng để họ hoàn thành phiếu khai và kí dưới đây.

Tên Bệnh nhân: _____, hiện không có thu nhập. Hiện tại tôi đang cung cấp họ thức ăn, nơi ở và quần áo cần thiết. Tôi cũng cung cấp trợ giúp tài chính với khoản tiền là \$ _____ trung bình hàng tháng.

Chữ ký người hỗ trợ: _____ Ngày: _____

Tài sản Gia đình

Liệt kê thông tin bất kỳ tài khoản tiết kiệm hoặc tài khoản séc dưới đây.

Loại Tài khoản	Ngân hàng	Cân đối vào _____

Tài khoản Đếm được khác của Gia đình

Liệt kê thông tin bất kỳ tài khoản nào quý vị có dưới đây.

Loại Tài khoản	Ngân hàng	Cân đối vào _____
Cổ phiếu/Trái phiếu		
Chứng nhận Tiền gửi		
Trái phiếu tiết kiệm Hoa Kỳ		
Tài khoản Tiết kiệm Sức khỏe		
Chứng nhận Tiết kiệm		
Câu lạc bộ Giảng sinh hoặc Kỳ nghỉ		
Khác		

Phần 4: Medical Hardship

Mục này có thể không áp dụng với quý vị. Vui lòng hoàn thành mục này nếu quý vị có hóa đơn y tế đặc biệt. Liệt kê tất cả các chi phí y tế từ Hallmark Health và nhà cung cấp khác. Có thể yêu cầu thêm tài liệu nhưng không phải lúc này.

Tên Nhà cung cấp	Tổng Chi phí Y tế	Mức thường xuyên của Chi phí này?
		<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng năm
		<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng năm
		<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng năm
		<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng năm
		<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng năm
		<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng năm

Phần 5: TUYÊN THỆ – TẤT CẢ NGƯỜI NỘP ĐƠN PHẢI KÝ

Tất cả đương đơn **PHẢI** kí vào bản tuyên thệ dưới đây để đơn xin của họ được xem xét.

Tôi thề và xin xác nhận rằng tất cả những thông tin được khai trong mẫu biểu này là đúng sự thật, và được hoàn thành với khả năng, kiến thức và niềm tin tốt nhất của tôi. Tôi đồng ý báo cáo cho Hallmark Health về mọi thay đổi trong thu nhập, nguồn tài chính hoặc thông tin khác được khai trong mẫu biểu này có thể tác động tới khả năng đáp ứng điều kiện nhận hỗ trợ tài chính của Hallmark Health của tôi. Tôi hiểu rằng thông tin về tin dụng và tài chính khác của tôi có thể được tham chiếu để xác minh lời khai của tôi và khả năng đáp ứng điều kiện của chương trình. Tôi hiểu rằng tôi có ba mươi (30) ngày để nộp các tài liệu hỗ trợ chính xác và cần thiết để được xem xét giảm giá.

Lời khai không đúng sự thật của bệnh nhân với mục đích nhận được hỗ trợ tài chính sẽ được chuyển tới Văn phòng Tổng Chương lý của Massachusetts. Các bệnh nhân khai man trong đơn xin Chương trình sẽ không đủ điều kiện cho Chương trình và sẽ phải chịu trách nhiệm về tất cả các chi phí phát sinh trong Chương trình hồi tố cho tới ngày đầu tiên mà các chi phí phát sinh trong Chương trình.

Chữ ký:

Ngày:

TUYÊN THỆ – CHỈ ÁP DỤNG NẾU VỢ CỦA ĐƯƠNG ĐƠN ĐANG LÀM ĐƠN

Nếu vợ của Ứng đơn cũng nộp đơn xin hỗ trợ, Vợ của Ứng đơn **PHẢI** ký vào lời tuyên thệ phía dưới để đơn xin được xem xét.

Tôi thề và xin xác nhận rằng tất cả những thông tin được khai trong mẫu biểu này là đúng sự thật, và được hoàn thành với khả năng, kiến thức và niềm tin tốt nhất của tôi. Tôi đồng ý báo cáo cho Hallmark Health về mọi thay đổi trong thu nhập, nguồn tài chính hoặc thông tin khác được khai trong mẫu biểu này có thể tác động tới khả năng đáp ứng điều kiện nhận hỗ trợ tài chính của Hallmark Health của tôi. Tôi hiểu rằng thông tin về tin dụng và tài chính khác của tôi có thể được tham chiếu để xác minh lời khai của tôi và khả năng đáp ứng điều kiện của chương trình. Tôi hiểu rằng tôi có ba mươi (30) ngày để nộp các tài liệu hỗ trợ chính xác và cần thiết để được xem xét giảm giá.

Lời khai không đúng sự thật của bệnh nhân với mục đích nhận được hỗ trợ tài chính sẽ được chuyển tới Văn phòng Tổng Chương lý của Massachusetts. Các bệnh nhân khai man trong đơn xin Chương trình sẽ không đủ điều kiện cho Chương trình và sẽ phải chịu trách nhiệm về tất cả các chi phí phát sinh trong Chương trình hồi tố cho tới ngày đầu tiên mà các chi phí phát sinh trong Chương trình.

Chữ ký của Vợ Ứng đơn:

Ngày:

PHỤ LỤC E



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

Tháng Ngày, Năm

[Thư Phê Duyệt – Giảm giá Một phần]

Tháng Ngày, Năm

tên

địa chỉ

thành phố, bang, mã zip

Số tài khoản bệnh nhân:

Kính gửi :

Cảm ơn quý vị đã nộp đơn xin hỗ trợ cho hóa đơn của mình theo Chương trình Hỗ trợ Tài chính Hallmark Health (gọi tắt "Chương trình"). Chúng tôi đã xem xét đơn xin và các tài liệu đính kèm của quý vị và quyết định rằng, dựa trên thu nhập của quý vị, quý vị đủ điều kiện nhận được dịch vụ giảm giá thuộc Chương trình.

Chúng tôi đã quyết định rằng thu nhập của quý vị là _____ với kích thước gia đình _____, từ đó quý vị chỉ phải trả _____ so với phí thông thường của chúng tôi. Hóa đơn dịch vụ được nhận bởi _____ vào ngày ___/___/___ được giảm giá còn _____. Chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị để hỗ trợ quý vị sắp xếp việc thanh toán số tiền còn lại của hóa đơn và sẽ gửi cho quý vị hóa đơn chi tiết khi có yêu cầu. Vui lòng lưu ý rằng khoản giảm giá trong Chương trình này không được áp dụng cho việc đồng thanh toán, đồng bảo hiểm hoặc khấu trừ thuộc trách nhiệm của quý vị.

Phê duyệt này sẽ có hiệu lực trong vòng sáu (6) tháng. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định này và tin rằng quý vị có thể đáp ứng được chương trình giảm giá cao hơn trong chi phí của mình, vui lòng liên hệ với Tư vấn Tài chính được liệt kê dưới đây.

Trân trọng,

Tên

Chức danh, Điện thoại

[Thư Phê Duyệt – Giảm giá 100%]

Tháng Ngày, Năm

tên

địa chỉ

thành phố, bang, mã zip

Số tài khoản bệnh nhân:

Kính gửi :

Cảm ơn quý vị đã nộp đơn xin hỗ trợ cho hóa đơn của mình theo Chương trình Hỗ trợ Tài chính Hallmark Health (gọi tắt "Chương trình"). Chúng tôi đã xem xét đơn xin và các tài liệu đính kèm của quý vị và quyết định rằng, dựa trên thu nhập của quý vị, quý vị đủ điều kiện nhận được dịch vụ không mất tiền thuộc Chương trình. Vì vậy chúng tôi miễn trừ hóa đơn.....của dịch vụ được nhận bởi _____ vào ngày __/__/____. Quý vị sẽ không nhận được bất kỳ hóa đơn nào khác từ chúng tôi cho những dịch vụ này.

Phê duyệt này sẽ có hiệu lực trong vòng sáu (6) tháng. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ Tư vấn Tài chính được liệt kê phía dưới.

Trân trọng,

Tên

Chức danh, Điện thoại

[Thư Xác Nhận Lại – Giảm giá Một phần sang Giảm giá 100%]

Tháng Ngày, Năm

tên
địa chỉ
thành phố, bang, mã zip

Số tài khoản bệnh nhân:

Kính gửi :

Chúng tôi gửi thư cho quý vị để thông báo sau đó về quyết định ban đầu của chúng tôi vào ngày __/__/____ rằng quý vị chỉ đáp ứng điều kiện được nhận phí giảm giá thuộc Chương trình Hỗ trợ Tài chính Hallmark Health (gọi tắt "Chương trình"). Theo như quý vị yêu cầu, chúng tôi đã xem xét quyết định ban đầu của chúng tôi về đơn xin của quý vị và quyết định rằng, dựa trên thu nhập của quý vị, quý vị đủ điều kiện nhận được dịch vụ không mất tiền dành cho quý vị thuộc Chương trình. Vì vậy chúng tôi miễn trừ hóa đơn _____ của dịch vụ được nhận bởi _____ vào ngày __/__/____. Quý vị sẽ không nhận được bất kỳ hóa đơn nào khác từ chúng tôi cho những dịch vụ này. Phê duyệt này sẽ có hiệu lực trong vòng sáu (6) tháng. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ Tư vấn Tài chính được liệt kê phía dưới.

Trân trọng,

Tên
Chức danh, Điện thoại

[Thư Xác Nhận Lại – Không đủ điều kiện trước đó sang Giảm giá 100%]

tên
địa chỉ
thành phố, bang, mã zip

Số tài khoản bệnh nhân:

Kính gửi :

Chúng tôi gửi thư cho quý vị để thông báo sau đó về quyết định ban đầu của chúng tôi quý vị không đáp ứng điều kiện được nhận hỗ trợ tài chính thuộc Chương trình Hỗ trợ Tài chính Hallmark Health (gọi tắt "Chương trình"). Theo như quý vị yêu cầu, chúng tôi đã xem xét quyết định ban đầu của chúng tôi về đơn xin của quý vị và quyết định rằng, dựa trên thu nhập của quý vị, quý vị đủ điều kiện nhận được dịch vụ không mất tiền dành cho quý vị thuộc Chương trình. Vì vậy chúng tôi miễn trừ hóa đơn _____ của dịch vụ được nhận bởi _____ vào ngày __/__/____. Quý vị sẽ không nhận được bất kỳ hóa đơn nào khác từ chúng tôi cho những dịch vụ này. Phê duyệt này sẽ có hiệu lực trong vòng sáu (6) tháng. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ Tư vấn Tài chính được liệt kê phía dưới.

Trân trọng,

Tên
Chức danh, Điện thoại

[Thư Xác Nhận Lại – Không đủ điều kiện sang Giảm giá Một phần]

tên
địa chỉ
thành phố, bang, mã zip

Số tài khoản bệnh nhân:

Kính gửi _____ :

Chúng tôi gửi thư cho quý vị để thông báo sau đó về quyết định ban đầu của chúng tôi quý vị không đáp ứng điều kiện được nhận hỗ trợ tài chính thuộc Chương trình Hỗ trợ Tài chính Hallmark Health (gọi tắt "Chương trình"). Theo như quý vị yêu cầu, chúng tôi đã xem xét quyết định ban đầu của chúng tôi về đơn xin của quý vị và quyết định rằng, dựa trên thu nhập của quý vị, quý vị đủ điều kiện nhận được dịch vụ giảm giá thuộc Chương trình.

Chúng tôi đã quyết định rằng thu nhập của quý vị là _____ với kích thước gia đình _____, từ đó quý vị chỉ phải trả _____ so với phí thông thường của chúng tôi. Hóa đơn dịch vụ được nhận bởi vào ngày ___/___/___ được giảm giá còn _____. Chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị để hỗ trợ quý vị sắp xếp việc thanh toán số tiền còn lại của hóa đơn và sẽ gửi cho quý vị hóa đơn chi tiết khi có yêu cầu. Vui lòng lưu ý rằng khoản giảm giá trong Chương trình này không được áp dụng cho việc đồng thanh toán, đồng bảo hiểm hoặc khấu trừ thuộc trách nhiệm của quý vị.

Phê duyệt này sẽ có hiệu lực trong vòng sáu (6) tháng. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định này và tin rằng quý vị có thể đáp ứng được chương trình giảm giá cao hơn trong chi phí của mình, vui lòng liên hệ với Tư vấn Tài chính được liệt kê dưới đây.

Trân trọng,

Tên
Chức danh, Điện thoại

[Thư Xác Nhận Lại – Quyết định ban đầu giữ nguyên – Một phần]

tên
địa chỉ
thành phố, bang, mã zip

Số tài khoản bệnh nhân:

Kính gửi :

Chúng tôi gửi thư cho quý vị để thông báo sau đó về quyết định ban đầu của chúng tôi vào ngày __/__/____ rằng quý vị chỉ đáp ứng điều kiện được nhận phí giảm giá thuộc Chương trình Hỗ trợ Tài chính Hallmark Health (gọi tắt "Chương trình"). Theo như quý vị yêu cầu, chúng tôi đã xem xét quyết định ban đầu của chúng tôi về đơn xin của quý vị và quyết định rằng, quý vị tiếp tục chỉ đủ điều kiện được giảm giá một phần trong Chương trình.

Như lưu ý trong thư quyết định ban đầu, hóa đơn của _____ cho dịch vụ được nhận bởivào ngày __/__/____ được giảm giá còn _____. Chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị để hỗ trợ quý vị sắp xếp việc thanh toán số tiền còn lại của hóa đơn và sẽ gửi cho quý vị hóa đơn chi tiết khi có yêu cầu. Vui lòng lưu ý rằng khoản giảm giá trong Chương trình này không được áp dụng cho việc đồng thanh toán, đồng bảo hiểm hoặc khấu trừ thuộc trách nhiệm của quý vị.

Phê duyệt này sẽ có hiệu lực trong vòng sáu (6) tháng. Nếu quý vị tiếp tục không đồng ý với quyết định này, vui lòng liên hệ với Tư vấn Tài chính được liệt kê dưới đây.

Trân trọng,

Tên
Chức danh, Điện thoại

[Thư Xác Nhận Lại – Quyết định ban đầu giữ nguyên Không Đáp ứng]

tên
địa chỉ
thành phố, bang, mã zip

Số tài khoản bệnh nhân:

Kính gửi :

Chúng tôi gửi thư cho quý vị để thông báo sau đó về quyết định ban đầu của chúng tôi vào ngày __/__/__ rằng quý vị không đáp ứng điều kiện được nhận hỗ trợ thuộc Chương trình Hỗ trợ Tài chính Hallmark Health (gọi tắt "Chương trình"). Theo như quý vị yêu cầu, chúng tôi đã xem xét quyết định ban đầu của chúng tôi về đơn xin của quý vị và quyết định rằng, dựa trên thu nhập của quý vị, quý vị không đủ điều kiện đáp ứng nhận hỗ trợ thuộc Chương trình.

Nếu quý vị tiếp tục không đồng ý với quyết định này hoặc muốn trao đổi về những tùy chọn sắp xếp thanh toán, vui lòng liên hệ với Tư vấn Tài chính được liệt kê dưới đây.

Trân trọng,

Tên
Chức danh, Điện thoại

[Thư Từ Chối - Chung]

tên
địa chỉ
thành phố, bang, mã zip

Số tài khoản bệnh nhân:

Kính gửi _____ :

Cảm ơn quý vị đã nộp đơn xin hỗ trợ cho hóa đơn thanh toán của mình thuộc Chương trình Hỗ trợ Hallmark Health (gọi tắt "Chương trình"). Chúng tôi đã xem xét đơn xin và các tài liệu đi kèm của quý vị và quyết định rằng, dựa trên thu nhập của quý vị, quý vị không đủ điều kiện nhận giảm giá thuộc Chương trình.

Chúng tôi quyết định rằng thu nhập _____ của quý vị cho kích thước gia đình _____ là vượt mức giới hạn _____.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định này hoặc có thay đổi gần đây trong điều kiện của mình, chúng tôi rất vui được xem xét lại đơn xin của quý vị nếu có thông tin mới mà quý vị phải cung cấp. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ Tư vấn Tài chính được liệt kê dưới đây.

Trân trọng,

Tên
Chức danh, Điện thoại

[Thư Từ Chối – Đơn xin Không hoàn thiện]

tên
địa chỉ
thành phố, bang, mã zip

Số tài khoản bệnh nhân:

Kính gửi :

Cảm ơn quý vị đã nộp đơn xin hỗ trợ cho hóa đơn thanh toán của mình thuộc Chương trình Hỗ trợ Hallmark Health mà quý vị làm hồ sơ vào ngày __/__/____. Bởi đến ngày hôm nay, chúng tôi vẫn chưa nhận được các tài liệu hỗ trợ để xử lý đơn xin của quý vị, và vì thế chúng tôi từ chối đơn xin hỗ trợ của quý vị.

Khi quý vị chuẩn bị đủ các tài liệu hỗ trợ theo yêu cầu, chúng tôi khuyến khích quý vị lập hồ sơ đơn xin hỗ trợ tài chính mới để chúng tôi xem xét. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ Tư vấn Tài chính được liệt kê phía dưới.

Trân trọng,

Tên
Chức danh, Điện thoại

[Thư Từ Chối – Dịch vụ Không đáp ứng điều kiện]

tên
địa chỉ
thành phố, bang, mã zip

Số tài khoản bệnh nhân:

Kính gửi _____ :

Cảm ơn quý vị đã nộp đơn xin hỗ trợ cho hóa đơn thanh toán của mình thuộc Chương trình Hỗ trợ Hallmark Health (gọi tắt "Chương trình") mà quý vị nộp hồ sơ ngày __/__/____. Chúng tôi rất tiếc thông báo rằng dịch vụ mà quý vị nhận vào ngày __/__/____ được xem xét là không cần thiết về mặt y tế và vì thế không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính thuộc Chương trình. Vui lòng nhanh chóng thanh toán để tránh các hoạt động truy thu.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định này hoặc có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ Tư vấn Tài chính được liệt kê bên dưới.

Trân trọng,

Tên
Chức danh, Điện thoại