

Chính Sách Trợ Giúp Tài Chính

Mục Lục

I. Mục Đích	3
II. Các Khái Niệm	3
III. Quy Định Chung	4
a. Các Thực Thể Tham Gia.....	4
b. Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm và Bảo Hiểm Dưới Mức của MelroseWakefield Healthcare được định nghĩa là	4
c. Trách Nhiệm của Bệnh Nhân	4
d. Trợ Giúp và Tư Vấn Tài Chính MelroseWakefield Healthcare	4
IV. Các Chương Trình Giảm Giá cho Bệnh Nhân MelroseWakefield Healthcare	5
a. MelroseWakefield Healthcare cung cấp các chương trình giảm giá cho bệnh nhân như sau	5
b. Quá Trình Nộp Đơn và Sàng Lọc	5
c. Phê Duyệt Chi Trả.....	6
d. Giới Hạn Thu Nhập Bệnh Nhân	6
e. Các Dịch Vụ Đủ Điều Kiện.....	6
f. Không Bao Gồm:.....	6
g. Giảm Giá cho Bệnh Nhân Thu Nhập Thấp của MelroseWakefield	6
h. Giảm Giá Medical Hardship của MelroseWakefield Healthcare.....	6
i. Chính Sách Giảm Giá cho Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm và Bảo Hiểm Dưới Mức của MelroseWakefield Healthcare	6
j. Cơ Sở Tính Phí cho Bệnh Nhân.....	7
V. Kế Hoạch Chi Trả	8
VI. Không Thanh Toán	8
VII. Ấn Bản và Phát Hành FAP	8
a. Thông tin về Các Cố Vấn Tài Chính của MelroseWakefield Healthcare, những người cung cấp tư vấn và trợ giúp tài chính, và thông tin về Chính Sách Trợ Giúp Tài Chính có thể được tìm tại địa chỉ https://melrosewakefield.org/FAP	8
b. Đăng Tải trên Internet.....	8
c. Bệnh Viện xuất bản rộng rãi thông tin về những trợ giúp tài chính có sẵn trong chính sách này theo các cách thức sau đây	8
VIII. Quy Định Khác	9
a. Nợ Xấu Medicare:	9
b. Đánh Giá Từng Trường Hợp.....	9
IX. Phê Duyệt Hội Đồng	9

I. Mục Đích

MelroseWakefield Healthcare, thường được nhắc đến là "Bệnh Viện" trong chính sách này, cam kết cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cao cho cộng đồng. Bệnh Viện cung cấp các dịch vụ cần thiết về mặt y tế cho tất cả các bệnh nhân, không phân biệt khả năng chi trả của họ. Bệnh Viện sẽ không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, quốc tịch, là người nước ngoài, tôn giáo, tín ngưỡng, giới tính, định hướng giới tính, xác thực giới tính, tuổi tác, khuyết tật, lạm dụng chất, điều kiện xã hội-kinh tế, không có bảo hiểm, hoặc các biểu hiện thể chất khi cung cấp các dịch vụ của mình. Để cung cấp các dịch vụ chất lượng cao và trợ giúp cho nhu cầu của cộng đồng, MelroseWakefield Healthcare phải duy trì một nền tảng tài chính khả thi, bao gồm việc thu các khoản nợ kịp thời.

MelroseWakefield Healthcare nhận thấy rằng có một số bệnh nhân có các phương tiện hạn chế và có thể không được tiếp cận với bảo hiểm để chi trả cho tất cả các dịch vụ. Chính sách này được xây dựng để thông báo cho những bệnh nhân không có bảo hiểm hoặc bảo hiểm dưới mức có các nguồn tài chính hạn chế về nhiều chương trình trợ giúp tài chính khác nhau của Bệnh Viện có thể dành cho họ.

Những bệnh nhân có phương tiện được mong đợi là sẽ chi trả cho những dịch vụ do MelroseWakefield Healthcare cung cấp. Chính sách này giả định rằng những bệnh nhân được tiếp cận với bảo hiểm vừa túi tiền sẽ nộp đơn và duy trì việc tiếp tục được chi trả. Các chương trình trợ giúp tài chính của MelroseWakefield Healthcare dự định phục vụ các đối tượng chính là những người không có bảo hiểm y tế của chính phủ (ví dụ: Medicare hoặc Medicaid) hoặc tư nhân (ví dụ: Blue Cross Blue Shield, Harvard Pilgrim...) và có một nhu cầu tài chính không được đáp ứng. Nếu đáp ứng các tiêu chí áp dụng, chương trình giảm giá của MelroseWakefield Healthcare có thể dành cho những bệnh nhân thể hiện có nhu cầu tài chính do có thu nhập hạn chế hoặc nếu 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 cần thiết về mặt y tế được cung cấp sau khi bắt đầu một tình trạng y tế, có thể là thể chất hoặc tinh thần, biểu hiện bằng các triệu chứng đủ nghiêm trọng, bao gồm đau dữ dội, hoặc khi không được chăm sóc y tế kịp thời theo như mong đợi của một người người lớn thận trọng và có kiến thức ở mức trung bình về y tế và thuốc sẽ khiến cho sức khỏe của người này hoặc của một người khác vào tình trạng nguy hiểm nghiêm trọng, suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể hoặc rối loạn chức năng nghiêm trọng của bất kỳ cơ quan hoặc bộ phận cơ thể nào, đối với phụ nữ mang thai, như được định nghĩa thêm trong 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B). Kiểm tra sàng lọc y tế và bất kỳ điều trị ổn định nào dành cho tình trạng y tế cấp cứu, bao gồm nhưng không giới hạn ở chăm sóc y tế nội trú hoặc bất kỳ dịch vụ nào khác được cung cấp trong phạm vi yêu cầu theo Đạo Luật Lao Động và Điều Trị Y Tế Cấp Cứu (EMTALA) (42 U.S.C. § 1395(dd)), đủ điều kiện là Dịch Vụ Cấp Cứu.

Các Dịch Vụ Khẩn Cấp: các dịch vụ cần thiết về mặt y tế được cung cấp sau khi bắt đầu đột ngột của một tình trạng y tế, có thể là thể chất hoặc tinh thần, biểu hiện bằng các triệu chứng cấp tính đủ nghiêm trọng (bao gồm đau dữ dội) mà một người người lớn thận trọng tin rằng nếu không có sự lưu ý về mặt y tế trong vòng 24 giờ sẽ đặt sức khỏe của bệnh nhân vào tình trạng nguy hiểm nghiêm trọng, suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể, hoặc rối loạn chức năng nghiêm trọng của cơ quan cơ thể bất kỳ hoặc một phần của cơ quan đó. Các dịch vụ khẩn cấp được cung cấp trong điều kiện không nguy hiểm tính mạng và không có nguy cơ gây hại nghiêm trọng cho sức khỏe của một cá nhân.

Các Dịch Vụ Cần Thiết về Y Tế Không Cấp Cứu, Không Khẩn Cấp: các dịch vụ không đáp ứng khái niệm các dịch vụ Cấp Cứu hoặc Khẩn Cấp, nhưng vẫn cần thiết về mặt y tế. Bệnh nhân thường, nhưng không phải tất cả, lên lịch trước cho những dịch vụ này.

Các Dịch Vụ Không Cần Thiết về Y Tế: một thủ tục, xét nghiệm hoặc dịch vụ không ảnh hưởng đến chất lượng sức khỏe hoặc yêu cầu cung cấp chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp.

III. Các Quy Định Chung

a. Các Thực Thể Tham Gia

Chính sách này áp dụng cho các dịch vụ được Bệnh Viện cung cấp và tính phí tại các địa điểm được nêu trong Phụ Lục A- Các Địa Điểm, Thực Thể Tham Gia của MelroseWakefield Healthcare. Chính sách này không áp dụng cho các dịch vụ được cung cấp và tính phí bởi các thực thể được liệt kê trong Phụ Lục B- Danh Sách Chi Nhánh Cung Cấp Dịch Vụ MelroseWakefield Healthcare, Các Thực Thể Không Tham Gia dù cho trong trường hợp các dịch vụ này có thể được cung cấp là tại các địa điểm của Bệnh Viện được nêu trong Phụ Lục A.

b. Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm và Bảo Hiểm Dưới Mức của MelroseWakefield Healthcare được định nghĩa:

- i. Các bệnh nhân không có bảo hiểm y tế ("không được bảo hiểm");
- ii. Các bệnh nhân chỉ có "bảo hiểm" duy nhất là Massachusetts Health Safety Net;
- iii. Các bệnh nhân có số dư sau khi nhận được các lợi ích "ở mức tối đa" trong kế hoạch bảo hiểm của họ; hoặc
- iv. Các bệnh nhân có số dư có được từ các dịch vụ "không được chi trả", trong đó bảo hiểm xác định rằng bệnh nhân hoàn toàn chịu trách nhiệm trả phí liên quan đến các dịch vụ không bao gồm. Điều này bao gồm các dịch vụ mà cơ quan bảo hiểm từ chối chi trả do hạn chế mạng lưới của cơ quan bảo hiểm.

c. Trách Nhiệm của Bệnh Nhân:

- i. Bệnh nhân có một số trách nhiệm phải đáp ứng để đủ điều kiện nhận dịch vụ từ Bệnh Viện trong chính sách này, bao gồm:
 1. Trách nhiệm nhận và duy trì chi trả bảo hiểm, nếu có chi trả vừa túi tiền có sẵn sàng cho họ;
 2. Trách nhiệm nộp đơn xin bất kỳ chương trình bảo hiểm nào được chính phủ mà họ có thể đủ điều kiện được nhận;
 3. Trách nhiệm nộp đúng thời hạn tất cả các tài liệu được yêu cầu về thu nhập, tài sản, nhận dạng và cư trú được yêu cầu để đăng ký được Tiểu Bang chi trả và/hoặc hoàn thành đơn xin trợ giúp tài chính của MelroseWakefield Healthcare.
 4. Trách nhiệm để cho Bệnh Viện được thông báo về các thông tin nhân khẩu học và bảo hiểm hiện tại; và
 5. Trách nhiệm thanh toán tất cả các số dư theo như khung thời gian được đồng thuận.

d. Trợ Giúp và Tư Vấn Tài Chính MelroseWakefield Healthcare:

- i. Các Điều Phối Viên Bảo Hiểm chủ động xem xét các bệnh nhân không được bảo hiểm hoặc bảo hiểm dưới mức có thể xác định đã được lên lịch nhận dịch vụ và điều phối với các bệnh nhân và Cố Vấn Tài Chính MelroseWakefield Healthcare để lên lịch hẹn nhằm thảo luận các tùy chọn về trợ giúp tài chính.
- ii. Các bệnh nhân cũng được các phòng ban của MelroseWakefield Healthcare giới thiệu đến Các Cố Vấn Tài Chính.
- iii. Các Cố Vấn Tài Chính sàng lọc bệnh nhân về tình trạng đủ điều kiện nhận chi trả bảo hiểm công lập và/hoặc tư lập.
 1. MelroseWakefield Healthcare sàng lọc các bệnh nhân xem họ có đủ điều kiện tham gia các chương trình của tiểu bang và liên bang. Để đủ điều kiện nhận giảm giá theo như chính sách này, các bệnh nhân có thể phải nộp đơn xin tham gia nhiều chương trình khác nhau của tiểu bang và liên bang, bao gồm nhưng không hạn chế với MassHealth và/hoặc Medicare.
 2. Nếu bệnh nhân đáp ứng các hướng dẫn đủ điều kiện nhận bảo hiểm công lập, Cố Vấn Tài Chính sẽ tư vấn về quá trình nộp đơn và trợ giúp bệnh nhân về quá trình nộp đơn khi có thể.

3. Nếu không đáp ứng theo hướng dẫn đủ điều kiện công lập (ví dụ: dựa trên Mức Nghèo Liên Bang ("FPL"), tình trạng nhập cư...), bệnh nhân bị từ chối cho bất kỳ chương trình công lập có sẵn, hoặc nếu chương trình công lập sẽ không chi trả toàn bộ chi phí của bệnh nhân, Cố Vấn Tài Chính sẽ tư vấn về các tùy chọn chi trả tư lập và sàng lọc bệnh nhân đủ điều kiện thuộc Chương Trình Giảm Giá Trợ Giúp Tài chính của MelroseWakefield Healthcare (Mục IV dưới đây).

IV. Các Chương Trình Giảm Giá cho Bệnh Nhân MelroseWakefield Healthcare

- a. MelroseWakefield Healthcare cung cấp các chương trình giảm giá cho bệnh nhân như sau:
 - i. Giảm Giá cho Bệnh Nhân Thu Nhập Thấp, đáp ứng đủ tiêu chuẩn theo ngưỡng FPL của MelroseWakefield Healthcare (Mục IV(g)).
 - ii. Giảm Giá Medical Hardship, đáp ứng đủ tiêu chuẩn theo ngưỡng FPL của MelroseWakefield Healthcare (Mục IV(g)).
 - iii. Giảm Giá Không Bảo Hiểm và Bảo Hiểm Dưới Mức (Mục IV(i)).

Mức giảm giá trong các chương trình này có thể được cấp cho tất cả (các) số dư tổng phí với trách nhiệm của bệnh nhân là phải đáp ứng ngưỡng xác định của MelroseWakefield Healthcare trong Phụ Lục C - số lượng giảm giá trợ giúp tài chính MelroseWakefield Healthcare, không bao gồm đồng chi trả cùng bệnh nhân, miễn giảm, và đồng bảo hiểm. Nếu bệnh nhân đáp ứng yêu cầu của nhiều chương trình giảm giá, chương trình có mức giảm giá cao nhất sẽ được trao.

Mức giảm giá sẽ không phụ thuộc vào bất kỳ mối quan hệ nào mà bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân có thể có với nhân viên bất kỳ của Bệnh Viện hoặc thành viên của cơ quan quản lý. Mức giảm giá sẽ không được kéo dài dựa trên bất kỳ xem xét về "coi trọng đồng nghiệp" dành cho một bác sĩ điều trị hoặc người nhà của bác sĩ. Giảm giá sẽ không được cung cấp cho bệnh nhân để thúc đẩy bệnh nhân đó nhận dịch vụ hoặc có liên kết trong cách bất kỳ khiến doanh nghiệp trả cho chương trình chăm sóc sức khỏe liên bang và chúng sẽ không được đổi thành tiền mặt thay cho các vật phẩm hoặc dịch vụ do Bệnh Viện hoặc do thực thể bất kỳ nào khác của MelroseWakefield Healthcare (bao gồm giảm giá cho cửa hàng quà tặng, quán ăn...)

- b. Quá Trình Nộp Đơn và Sàng Lọc
 - i. Bệnh nhân phải nộp một Đơn Xin Trợ Giúp Tài Chính MelroseWakefield Healthcare (Phụ Lục D) đã được điền đầy đủ cùng các giấy tờ hỗ trợ cần thiết để có thể được xem xét trợ giúp. Các tài liệu cần thiết có thể bao gồm, nhưng không giới hạn với bằng chứng của: (1) thu nhập hàng năm hộ gia đình (cuống lương, hồ sơ thanh toán an sinh xã hội, và thư của chủ lao động, tờ khai thuế, hoặc bảng sao kê ngân hàng), (2) chứng nhận công dân và nhận dạng, (3) tình trạng nhập cư với những người không phải quốc tịch Hoa Kỳ (nếu áp dụng), (4) tài sản của những cá nhân từ 65 tuổi trở lên, và (5) thông tin bảo hiểm, bao gồm chi trả quyền lợi và giới hạn mạng lưới. Tất cả các tài liệu hỗ trợ phải được nộp trong vòng 30 ngày kể từ ngày ban đầu nộp đơn để đơn xin được Bệnh Viện xem xét.
 - ii. Đơn xin bảo mật có thể được nộp cho Bệnh Viện cho những trẻ vị thành niên và các cá nhân bị lạm dụng. Những cá nhân này lên liên hệ với Cố Vấn Tài Chính.
 - iii. MelroseWakefield Healthcare không đưa ra kết luận về tình trạng đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính MelroseWakefield Healthcare trước khi xem xét quyết định Đơn Xin Trợ Giúp Tài Chính của một bệnh nhân.
 - iv. MelroseWakefield Healthcare có quyền xác minh lại tình trạng đủ điều kiện nhận giảm giá sáu tháng một lần.
- c. Phê Duyệt Chi Trả:
 - i. Bệnh Viện sẽ thông báo bằng văn bản cho bệnh nhân về quyết định tình trạng đủ điều kiện cho chương trình của MelroseWakefield Healthcare. Tham khảo Phụ Lục E- Thông Báo Quyết Định Tính

Đủ Điều Kiện cho Chương Trình MelroseWakefield Healthcare.

- ii. Bệnh Viện có quyền từ chối đơn xin nếu tất cả tài liệu hỗ trợ không được nhận kịp thời.
 - iii. Kháng cáo về quyết định tính đủ điều kiện cho chương trình có thể được xem xét lại nếu một người nộp đơn cung cấp cho Bệnh Viện thông tin mới.
 - iv. Department of Patient Accounts (Phòng Tài Khoản Bệnh Nhân) sẽ chịu trách nhiệm xác nhận Bệnh Viện đã có các nỗ lực hợp lý khi xác định một cá nhân có đủ điều kiện nhận trợ giúp tài chính hay không.
- d. Giới Hạn Thu Nhập Bệnh Nhân:
- i. Với các cư dân Hoa Kỳ, các FPL được đăng tải gần đây nhất về tổng thu nhập gia đình sẽ được sử dụng là yếu tố quyết định chính cho việc được nhận giảm giá trong Mục IV(g) và Mục IV(h).
 - ii. Các cư dân không phải người Hoa Kỳ và cư dân Hoa Kỳ đáp ứng các yêu cầu của Mục III(c) trong chính sách này nhưng không đáp ứng các tiêu chí đủ điều kiện của FPL có thể được xét là Hồ Sơ Không Được Bảo Hiểm hoặc Bảo Hiểm Dưới Mức như được mô tả trong Mục IV(i) dưới đây.
 - iii. Tất cả các bệnh nhân đáp ứng yêu cầu Mục III(c) của chính sách này có thể đáp ứng điều kiện nhận Giảm Giá MelroseWakefield Healthcare Medical Hardship như được mô tả trong Mục IV(h) dưới đây.
- e. Các Dịch Vụ Đủ Điều Kiện:
- i. Chính sách này thường giới hạn các dịch vụ cần thiết về mặt y tế do MelroseWakefield Healthcare cung cấp và tính phí, bao gồm:
 - 1. Các Dịch Vụ Cấp Cứu;
 - 2. Dịch Vụ Khẩn Cấp; và
 - 3. Các Dịch Vụ Không Phải Cấp Cứu, Không Khẩn Cấp.
- f. Không Bao Gồm:
- i. MelroseWakefield Healthcare không cung cấp trợ giúp tài chính cho các Dịch Vụ Cần Thiết Không Thuộc Về Y Tế như các dịch vụ được bác sĩ điều trị quyết định. Các ví dụ về những dịch vụ không đủ điều kiện nhận trợ giúp tài chính của Bệnh Viện bao gồm nhưng không giới hạn: dịch vụ không thuộc y tế (ví dụ: xã hội, giáo dục, hoặc nghề nghiệp, phẫu thuật thẩm mỹ, nghiên cứu hoặc những dịch vụ khác). Việc quyết định dịch vụ nào được xem xét đủ điều kiện theo như các mục đích của chính sách này do Bệnh Viện quy định.
 - ii. MelroseWakefield Healthcare nhìn chung không cung cấp giảm giá cho các bệnh nhân với các dịch vụ Không Phải Cấp Cứu, Không Phải Khẩn Cấp, khi nhu cầu chăm sóc được bệnh nhân yêu cầu và bệnh nhân đến MelroseWakefield Healthcare từ bên ngoài khu vực dịch vụ của Bệnh Viện để được chăm sóc khi dịch vụ đó được đề nghị trong khu vực dịch vụ của bệnh nhân.
 - iii. Đồng chi trả, giảm giá và đồng bảo hiểm của bệnh nhân không được bao gồm chi trả theo như chính sách này.
- g. Giảm Giá cho Bệnh Nhân Thu Nhập Thấp của MelroseWakefield:
- i. Với các cư dân Hoa Kỳ, các FPL được đăng tải gần đây nhất về tổng thu nhập gia đình sẽ được sử dụng là yếu tố quyết định chính. Giảm giá chỉ dựa trên thu nhập thường giới hạn với các bệnh nhân có mức thu nhập gia đình thấp hơn 301% FPL.
 - ii. Các bệnh nhân đáp ứng ngưỡng này sẽ được cung cấp giảm giá bằng hoặc hơn mức tính phí thông thường (AGB) như được yêu cầu trong Mục IV(j) dưới đây.
 - iii. Việc quyết định mức giảm giá này là trách nhiệm của MelroseWakefield Healthcare.
 - iv. Tham khảo Phụ Lục C và Phụ Lục D để biết thêm chi tiết.
- h. Giảm Giá Medical Hardship của MelroseWakefield Healthcare:
- i. Các bệnh nhân không đáp ứng yêu cầu ngưỡng FPL cần thiết để đáp ứng điều kiện giảm giá cho bệnh nhân thu nhập thấp MelroseWakefield Healthcare có thể vẫn đáp ứng điều kiện nhận giảm giá

nếu họ chứng minh được chi phí y tế của họ vượt quá 20% thu nhập của gia đình. Chi phí phải phát sinh trong vòng 12 tháng và giới hạn với những chi phí có thể đáp ứng đủ điều kiện là một chi phí y tế theo như quy định Dịch Vụ Thu Nhập Nội Bộ.

- ii. Việc quyết định mức giảm giá này là trách nhiệm của MelroseWakefield Healthcare.
- iii. Tham khảo Phụ Lục C và Phụ Lục D để biết thêm chi tiết.

i. Chính Sách Giảm Giá cho Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm và Bảo Hiểm Dưới Mức của MelroseWakefield Healthcare:

- i. MelroseWakefield Healthcare sẽ cung cấp giảm giá cho bệnh nhân ở mọi mức thu nhập bất kể họ ở đâu, miễn là họ đáp ứng tiêu chuẩn của "Bệnh Nhân Không Được Bảo Hiểm và Bảo Hiểm Dưới Mức" như được liệt kê trong Mục III(b) ở trên, đáp ứng các trách nhiệm của bệnh nhân trong Mục III(c) ở trên, và là người hoàn thành đơn xin trợ cấp tài chính MelroseWakefield Healthcare.
- ii. Tất cả các bệnh nhân Không Được Bảo Hiểm và Bảo Hiểm Dưới Mức đáp ứng các điều kiện của chính sách này đủ điều kiện nhận giảm giá lên đến 40% Dịch Vụ Đủ Điều Kiện nếu thanh toán được nhận, hoặc nếu một kế hoạch thanh toán được thống nhất, trong vòng 30 ngày từ ngày tính hóa đơn đầu tiên.
 - 1. Với các dịch vụ Không Phải Cấp Cứu, Không Khẩn Cấp, số tiền thanh toán phải được chi trả đầy đủ, hoặc một kế hoạch thanh toán được thống nhất trước khi cung cấp dịch vụ. Nếu mức phí thực tế vượt quá mức dự tính, bệnh nhân phải thanh toán bất kỳ khoản tiền bổ sung nào họ còn nợ trong vòng 30 ngày kể từ ngày tính hóa đơn đầu tiên.
 - a. Nếu mức phí bổ sung không được thanh toán kịp thời, toàn bộ thỏa thuận giảm giá có thể bị đảo ngược và bệnh nhân sẽ bị tính phí toàn bộ.
 - 2. Với các dịch vụ Cấp Cứu hoặc Khẩn Cấp, số tiền thanh toán phải được chi trả, hoặc một kế hoạch thanh toán được thống nhất trong vòng 30 ngày từ ngày tính hóa đơn đầu tiên.
- iii. Khi đánh giá liệu có cấp khoản giảm giá theo như chính sách này hay không, MelroseWakefield Healthcare có thể xem xét việc liệu bệnh nhân hiện tại có tất cả các số dư chưa thanh toán hay không.

j. Cơ Sở Tính Phí cho Bệnh Nhân:

- i. Sau khi có một quyết định bệnh nhân đủ điều kiện cho chương trình giảm giá như nêu ra trong Mục IV(g) hoặc Mục IV(h) ở trên, bệnh nhân sẽ không bị tính phí thêm cho các dịch vụ đủ điều kiện nhiều hơn giá trị tính phí thông thường ("AGB") của Bệnh Viện.
- ii. MelroseWakefield Healthcare xác định AGB bằng cách đầu tiên chia tổng mức thanh toán với tổng phí của tất cả thương mại và phí cho dịch vụ Medicare (FFS) và các kế hoạch Chăm Sóc được Medicare Quản Lý được tính tổng trong năm tài khóa trước đó để xác định Mức Chi Trả với Thành Tố Tài Khoản (PAF) của năm tài khóa trước đó. Việc này thường được thực hiện vào tháng Mười khi đã có các dữ liệu chính xác nhất về các kế hoạch y tế. Mức giảm giá tối đa cho Bệnh Nhân Thu Nhập Thấp MelroseWakefield Healthcare bằng với tỷ số nghịch của PAF của năm tài khóa trước đó, cũng chính là AGB.

iii. Công Thức Tính Toán

AGB: $PAF = \frac{\text{Tổng Số}}{\text{Tiền Chi Trả}}$

Tiền Chi Trả

Tổng Phí thương mại, Medicare FFS, và Các Kế Hoạch Chăm Sóc do Medicare Quản Lý

AGB = tỷ lệ nghịch của PAF

iv. Ví dụ, tính toán AGB:

- 1. Tổng Mức Thanh Toán thương mại, Medicare FFS, và Các Kế Hoạch Chăm Sóc do Medicare Quản Lý: \$431
- 2. Tổng Phí thương mại, Medicare FFS, và Các Kế Hoạch Chăm Sóc do Medicare Quản Lý: \$1,000
- 3. PAF: 43.07%
- 4. Giảm Giá AGB cho Bệnh Nhân Thu Nhập Thấp của MelroseWakefield Healthcare: 56.93%

- v. Giảm giá tối thiểu cho bệnh nhân có thu nhập thấp MelroseWakefield Healthcare, cũng là AGB, có hiệu lực từ ngày 1 tháng 10 với mức 56.93%. Những điều này được xác định từ khoản tiền bồi hoàn được chi trả cho thương mại, Medicare FFS, và Các Kế Hoạch Chăm Sóc do Medicare Quản Lý cho giai đoạn 1 tháng 10, 2017 đến 30 tháng 9, 2018.

V. Kế Hoạch Chi Trả

Kế hoạch chi trả không tính lãi cho Các Dịch Vụ Đủ Điều Kiện sẽ được đưa ra cho tất cả những bệnh nhân đáp ứng được các điều kiện trong Mục III(c) khi được yêu cầu. Việc chấp nhận cuối cùng một kế hoạch chi trả phụ thuộc vào việc xem xét đầy đủ về tình trạng và lịch sử chi trả của bệnh nhân. MelroseWakefield Healthcare sẽ xử lý tất cả các kế hoạch chi trả của bệnh nhân. Kế hoạch chi trả được một nhà cung cấp bên ngoài giám sát. Nếu một kế hoạch chi trả được đồng thuận, việc bệnh nhân hoàn toàn tuân thủ theo kế hoạch đó được mong đợi. Nếu một bệnh nhân bỏ lỡ hai lần chi trả liên tiếp, kế hoạch chi trả sẽ bị chấm dứt và Bệnh Viện có thể chuyển tài khoản của bệnh nhân thành Nợ Xấu theo như thủ tục và các biện pháp bảo vệ được nêu lên trong Chính Sách Tín Dụng và Thu Tiền của Bệnh Viện (có tại www.melrosewakefield.org/FAP). Ngay khi được bệnh nhân thông báo về các tình huống tài chính thay đổi, Bệnh Viện có thể đánh giá lại trách nhiệm chi trả các khoản chưa thanh toán của bệnh nhân.

- a. Những bệnh nhân được xác định là một Bệnh Nhân có Thu Nhập Thấp hoặc đủ điều kiện của Medical Hardship theo như chương trình Massachusetts Health Safety Net không phải đáp ứng các tiêu chí được nêu lên trong Mục III(c) trước khi Bệnh Viện cung cấp một kế hoạch chi trả. Với các bệnh nhân có Thu Nhập Thấp HSN hoặc Medical Hardship có số dư là \$1,000 hoặc thấp hơn, kế hoạch chi trả này ít nhất sẽ là một kế hoạch một năm, không tính lãi với mức thanh toán tối thiểu không quá \$25 mỗi tháng. Với các bệnh nhân có Thu Nhập Thấp HSN hoặc Medical Hardship có số dư là \$1,000 hoặc cao hơn, kế hoạch chi trả này ít nhất sẽ là một kế hoạch hai năm, không tính lãi.

VI. Không Thanh Toán

Bệnh Viện duy trì một chính sách Tín Dụng và Thu Tiền riêng để xác định những hành động mà Bệnh Viện có thể thực hiện trong trường hợp không thanh toán và có một danh sách các bệnh nhân có thể được luật pháp Tiểu Bang bảo vệ không bị bất kỳ hành động thu tiền nào. Trước khi tham gia bất kỳ hành động thu tiền đặc biệt nào thuộc chính sách này, Bệnh Viện sẽ thực hiện những nỗ lực phù hợp để xác định một bệnh nhân đủ điều kiện trợ giúp tài chính thuộc chính sách này hay không bằng cách thông báo bằng văn bản cho bệnh nhân về những chương trình trợ giúp tài chính có sẵn và trợ giúp cá nhân đó hoàn thành đơn xin trợ giúp tài chính MelroseWakefield Healthcare. Chính sách Tín Dụng và Thu Tiền của Bệnh Viện công khai cho tất cả các thành viên công chúng trên website của Bệnh Viện tại www.melrosewakefield.org/FAP.

VII. Ấn Bản và Phát Hành FAP

- a. Thông tin về Các Cố Vấn Tài Chính của MelroseWakefield Healthcare, những người cung cấp tư vấn và trợ giúp tài chính, và thông tin về Chính Sách Trợ Giúp Tài Chính có thể được tìm tại địa chỉ www.melrosewakefield.org/FAP.
 - i. Để lên lịch một cuộc hẹn với một Cố Vấn Tài Chính, hãy gọi số: 781-338-7111
 - ii. Các Cố Vấn Tài Chính MelroseWakefield Healthcare có mặt ở các địa điểm của MelroseWakefield Healthcare như sau:
 1. MelroseWakefield Hospital, Tầng 1 gần lối vào Porter Street, 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
 2. Lawrence Memorial Hospital, cạnh Emergency Department, 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155.
- b. Đăng Tái trên Internet
 - i. Ngoài việc các cố vấn tài chính MelroseWakefield Healthcare, chính sách hỗ trợ tài chính, các mẫu đơn và tóm tắt ngôn ngữ cơ bản của MelroseWakefield Healthcare có tại: www.melrosewakefield.org/FAP.

1. Trang web này cũng có thể truy cập từ trang chủ của MelroseWakefield Healthcare (www.melrosewakefield.org) bằng cách chọn Patients & Visitors (Bệnh Nhân & Khách) sau đó chọn Financial Assistance Policy (Chính Sách Trợ Giúp Tài Chính).
 2. Website có các cách mà bệnh nhân có thể nộp đơn xin Bệnh Viện trợ giúp, bao gồm danh sách các địa điểm của cố vấn tài chính và một số điện thoại trung tâm để lên lịch hẹn với một cố vấn tài chính. Website giúp bệnh nhân biết rằng các mẫu đơn xin và trợ giúp tài chính hoàn toàn miễn phí.
- c. Bệnh Viện ấn bản rộng rãi những trợ giúp tài chính có sẵn trong chính sách này theo các cách thức sau đây:
- i. Bảng hiệu lớn, dễ nhận thấy (8" X 14") được đăng tại tất cả các cổng vào hoặc những khu vực có mật độ giao thông cao khác, bao gồm khoa cấp cứu, điều phối tài chính và dịch vụ khách hàng.
 - ii. Tài liệu ngôn ngữ cơ bản quảng cáo về các tùy chọn trợ giúp tài chính có sẵn của MelroseWakefield Healthcare được đặt trong khoa cấp cứu và khu vực tiếp đón.
 - iii. Tóm tắt ngôn ngữ cơ bản của FAP có sẵn cho các bệnh nhân trong quá trình nhập viện và xuất viện.
 - iv. Các bản sao Chính Sách Trợ Giúp Tài Chính, đơn xin và tóm tắt ngôn ngữ cơ bản của Bệnh Viện có sẵn cho các bệnh nhân, hoàn toàn miễn phí, và có thể yêu cầu nhận các bản sao bằng cách đích thân đến hoặc qua thư và cho bất kỳ bệnh nhân nào có những câu hỏi cụ thể.
 - v. Các tài liệu, bao gồm chính sách, mẫu đơn xin và tóm tắt ngôn ngữ cơ bản có sẵn bằng tiếng Anh, tiếng Hoa, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Bồ Đào Nha, tiếng Nga, tiếng Hi Lạp, tiếng Hindi, tiếng Ý, tiếng Creole và tiếng Ả-rập.
 - vi. Các nhân viên chương trình cộng đồng của Bệnh Viện được đào tạo về FAP và được hướng dẫn cần thông tin và thông báo cho những thành viên trong cộng đồng họ về sự tồn tại của trợ giúp tài chính tại MelroseWakefield Healthcare.

VIII. Quy Định Khác:

a. Nợ Xấu Medicare:

- i. Chính sách này cũng có thể được sử dụng để xác minh tình trạng nghèo đói của một bệnh nhân để thực hiện mục đích xác định tính đủ điều kiện với các số dư của họ có được từ một đồng bảo hiểm hoặc miễn giảm từ các dịch vụ được Medicare chi trả và áp dụng Nợ Xấu Medicare. Yếu tố quyết định sẽ là thu nhập hiện tại của bệnh nhân trong mức tài sản được báo cáo. Để đủ điều kiện, bệnh nhân phải có thu nhập thấp hơn 201% mức FPL và tài sản ít hơn \$10,000 với thành viên gia đình đầu tiên và tính thêm \$3,000 cho mỗi thành viên gia đình bổ sung. Việc xác định tài sản sẽ không bao giờ bao gồm nơi cư trú chính hoặc phương tiện xe cộ chính. Đơn xin trợ giúp tài chính MelroseWakefield Healthcare được điền của bệnh nhân sẽ là bằng chứng rằng bệnh nhân không thể sử dụng tài sản để chi trả cho các số dư chưa thanh toán của họ.

b. Đánh Giá Từng Trường Hợp:

- i. Bệnh nhân được khuyến khích đưa ra tình huống tài chính riêng của mình để Cố Vấn Tài Chính hoặc Tài Khoản Bệnh Nhân chú ý. MelroseWakefield Healthcare có thể mở rộng mức giảm giá trên quy định của chính sách này trên cơ sở từng trường hợp để công nhận các trường hợp riêng biệt về khó khăn tài chính.
- ii. Các tài khoản hiện tại ở trên mức của chính sách này có thể được trao khi có sự phê duyệt của CFO (Giám Đốc Tài Chính) của Bệnh Viện.

IX. Phê Duyệt Hội Đồng

FAP của MelroseWakefield Healthcare được Hội Đồng Ủy Viên của MelroseWakefield Healthcare phê duyệt vào ngày 24 tháng Một, 2019.

Phụ Lục A– Các Địa Điểm, Các Thực Thể Tham Gia MelroseWakefield

danh sách các thực thể tham gia, vui lòng xem www.melrosewakefield.org/FAP

Phụ Lục B: Danh Sách Các Chi Nhanh Nhà Cung Cấp, Các Thực Thể Không Tham Gia của MelroseWakefield Healthcare

Để biết danh sách các thực thể không tham gia, vui lòng xem www.melrosewakefield.org/FAP

Phụ Lục C: Số Tiền Giảm Giá Trợ Giúp Tài Chính MelroseWakefield Healthcare

Kích Thước Gia Đình	100% FPL	Lên đến 150% FPL	Lên đến 300% FPL	Cao Hơn 301 % FPL
1	\$12,492	\$18,744	\$37,476	\$37,477
2	\$16,920	\$25,368	\$50,736	\$50,737
3	\$21,336	\$32,004	\$63,996	\$63,997
4	\$25,752	\$38,628	\$77,256	\$77,257
5	\$30,180	\$45,264	\$90,516	\$90,517
6	\$34,596	\$51,888	\$103,776	\$103,777
7	\$39,012	\$58,524	\$117,036	\$117,037
8	\$43,440	\$65,148	\$130,296	\$130,297
Mỗi Người > 8	\$4,428	\$6,636	\$13,260	\$13,261
Giảm Giá		100%	58%	40%
Số Tiền Bệnh Nhân được Mong Đợi Phải Trả		0%	42%	60%

FPL là Mức Nghèo Liên Bang, phát hành tháng Một 2019, do Công Báo Liên Bang đưa ra

Đơn Xin Trợ Giúp Tài Chính

MelroseWakefield Healthcare tự hào cung cấp dịch vụ chăm sóc tốt nhất cho mọi bệnh nhân. MelroseWakefield Healthcare cung cấp hỗ trợ tài chính thông qua chính sách hỗ trợ tài chính cho các bệnh nhân không có khả năng chi trả dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hoặc cần thiết về mặt y tế. Trợ giúp tài chính của MelroseWakefield Healthcare không dự định chi trả cho các dịch vụ không phải cấp cứu và không khẩn cấp. Hỗ trợ cũng không dự định cung cấp các khoản giảm giá hoặc đồng chi trả bảo hiểm, đồng bảo hiểm, hoặc giảm trừ.

Những bệnh nhân có phương tiện được mong đợi là sẽ chi trả cho những dịch vụ được nhận tại MelroseWakefield Healthcare. Tuy nhiên, việc đủ điều kiện nhận trợ giúp tài chính vẫn có thể đáp ứng với trường hợp của quý vị. Bệnh nhân được khuyến khích nộp đơn xin bất kỳ chương trình trợ giúp nào của chính phủ, như MassHealth, hoặc Health Safety Net, trước khi nộp đơn vào chương trình trợ giúp tài chính của MelroseWakefield Healthcare. Việc không nộp đơn vào chương trình trợ giúp của chính phủ mà quý vị có khả năng đủ điều kiện được nhận có thể dẫn đến việc đơn xin của quý vị bị chậm trễ hoặc bị từ chối. Nếu quý vị cần trợ giúp trong việc nộp đơn các chương trình trợ giúp của chính phủ, một trong những cố vấn tài chính MelroseWakefield Healthcare của chúng tôi có thể trợ giúp.

Việc quý vị có đủ điều kiện cho các chương trình trợ giúp tài chính hay không phụ thuộc vào việc quý vị hoàn thành đầy đủ và chính xác đơn xin trợ giúp tài chính này.

Hướng Dẫn Nộp Đơn

Xin hãy điền đầy đủ thông tin trong đơn xin trợ cấp tài chính và gửi kèm các bản sao những tài liệu dưới đây của tất cả các ứng đơn. Việc không gửi lại tất cả các tài liệu cần thiết trong vòng 30 ngày sẽ khiến đơn xin bị từ chối. Xin hãy đính kèm bản sao tài liệu bất kỳ được nộp vì rất tiếc là những tài liệu này sẽ không được trả lại.

- Điền tất cả các mục áp dụng trong đơn xin và đảm bảo ký tên vào tuyên bố tuyên thệ trên trang 4.
- Gửi kèm một bản sao bằng lái xe, giấy tờ nhận dạng có ảnh khác, hoặc các tài liệu xác thực địa chỉ hiện tại của quý vị. Bất kỳ tài liệu nào được nộp phải có tên và địa chỉ hiện tại của quý vị.
- Bao gồm một bản sao (những) thẻ bảo hiểm của quý vị.
- Bao gồm một số mẫu xác thực thu nhập:
 - Bao gồm một bản sao (các) bản W2 hoặc cường lương (4 bản nếu trả hàng tuần, 2 bản nếu trả hai tuần một) gần đây nhất
 - Nếu có thay đổi gần đây về thu nhập, bao gồm các tài liệu như xác nhận thất nghiệp, xác nhận ngân hàng/đầu tư, xác nhận chăm sóc lâu dài, xác nhận hưu trí, và/hoặc xác nhận an sinh xã hội.
- Nếu bệnh nhân đã qua đời, xin hãy cung cấp một bản sao giấy chứng tử và một bức thư nêu rõ tình trạng về bất động sản.

Cố Vấn Tài Chính:

Để được hỗ trợ điền đơn xin của quý vị, xin hãy liên hệ chúng tôi theo số máy **781-338-7111** để lên lịch hẹn với một trong những cố vấn tài chính của MelroseWakefield Healthcare. Các cố vấn tài chính tại các địa chỉ: MelroseWakefield Hospital, 585 Lebanon Street, trên Tầng 1 gần lối vào Porter Street tại Melrose hoặc Lawrence Memorial Hospital, 170 Governors Avenue, gần khoa cấp cứu tại Medford.

Xin Gửi Đơn Đã Được Điền của Quý Vị đến:

MelroseWakefield Healthcare
Financial Counselors
170 Governors Avenue
Medford, MA 02155

Phần I: Thông Tin về Bệnh Nhân		
Tên Bệnh Nhân:		
Ngày Sinh của Bệnh Nhân:	Số An Sinh Xã Hội (SSN) của Bệnh Nhân	Điện Thoại:
Địa Chỉ Hiện Tại:		
Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã Zip:
Quý vị có phải là công dân Hoa Kỳ không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		
Nếu KHÔNG, quý vị có phải thường trú nhân, đang cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		
Thông Tin của Người Nộp Đơn (nếu khác với Thông Tin của Bệnh Nhân ở trên)		
Người nộp đơn có thể là bệnh nhân hoặc người chịu trách nhiệm tài chính cho bệnh nhân.		
Tên Người Nộp Đơn:		
Địa chỉ hiện tại của người nộp đơn:		
Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã Zip:
Điện Thoại Người Nộp Đơn:		
Thông Tin về Hộ Gia Đình của Bệnh Nhân		
Liệt kê tất cả thành viên hộ gia đình, ngày sinh của họ và mối quan hệ với người nộp đơn. Một thành viên hộ gia đình là một cá nhân có quan hệ với quý vị hoặc sống cùng quý vị cả năm với vai trò là một thành viên hộ gia đình của quý vị mà quý vị khai trên tờ khai thuế thu nhập của quý vị.		
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 không?	
<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Quý vị có đơn xin Medicaid đang chờ hoặc đã được phê duyệt không?	
<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Đơn xin Medicaid của quý vị có từng bị từ chối?	
<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Quý vị có bảo hiểm y tế không?	
Thông Tin Bảo Hiểm Chính:		
Tên Bảo Hiểm:		
Địa Chỉ Cơ Quan Bảo Hiểm:		
Chính Sách/ID #:	Nhóm #:	
Tên Người Đăng Ký:		
Ngày Sinh của Người Đăng Ký:	Quan Hệ với Người Đăng Ký:	
Chủ Lao Động của Người Đăng Ký:	Ngày Hiệu Lực:	
Thông Tin Bảo Hiểm Phụ		
Tên Bảo Hiểm:		
Địa Chỉ Cơ Quan Bảo Hiểm:		
Chính Sách/ID #:	Nhóm #:	
Người Đăng Ký:	Ngày Sinh của Người Đăng Ký:	
Quan Hệ với Người Đăng Ký:	Chủ Lao Động của Người Đăng Ký:	
Ngày Hiệu Lực:		

Phần 3: Thu Nhập Gộp Hàng Tháng và Tài Sản

Xin hãy điền thông tin vào phần này về thu nhập được nhận và tài sản của bệnh nhân và từng thành viên hộ gia đình được liệt kê trong Mục 1 với những người đi làm. Xin hãy liệt kê thu nhập gộp, tức là thu nhập trước khi đóng thuế và khấu 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
Tiền Công/Lương/Tip						
Trợ Cấp Thất Nghiệp						
An Sinh Xã Hội						
Trợ Cấp Nuôi Con + Trợ Cấp Vợ (Chồng)						
Thu Nhập Tự Kinh Doanh, sau khi trừ Chi Phí						
Lãi/Thu Nhập Cổ Tức						
Lương Hưu Trí						
IRA/Cổ Phần/Trái Phiếu						
Thu Nhập Cho Thuê						
Chi Trả của Quỹ Tín Thác						
Trợ Cấp Việc Làm						
Quyền Lợi Cựu Chiến Binh						

Xác Nhận Không Có Thu Nhập

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

Nếu quý vị trả lời có với câu hỏi trên, và quý vị hiện đang được một người khác hỗ trợ tài chính, xin hãy yêu cầu họ điền thông tin và ký tên vào bảng xác nhận dưới đây.

Tên Bệnh Nhân: _____, hiện tại không có thu nhập. Tôi hiện đang hỗ trợ họ thức ăn, nơi trú ngụ và bất kỳ đồ dùng quần áo cần thiết nào. Tôi cũng cho họ trợ giúp tài chính với khoản tiền \$ _____ trung bình mỗi tháng.

Chữ Ký của Người Cung Cấp Hỗ Trợ: _____

Ngày: _____

Tài Sản Hộ Gia Đình

Liệt kê thông tin về bất kỳ tài khoản giao dịch hoặc tiết kiệm nào ở dưới đây.

Loại Tài Khoản	Tổ Chức Ngân Hàng	Số Dư vào _____

Tài Sản Tính Được Khác của Hộ Gia Đình

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

Loại Tài Khoản	Tổ Chức Ngân Hàng	Số Dư vào _____
Cổ Phần/Trái Phiếu		
Chứng Chỉ Tiền Gửi		
Trái Phiếu Tiết Kiệm Hoa Kỳ		
Tài Khoản Tiết Kiệm Y Tế		
Chứng Chỉ Tiết Kiệm		
Giáng Sinh hoặc Câu Lạc Bộ Nghỉ Ngơi		
Khác		

Phần 4: Medical Hardship

Mục này có thể không áp dụng với quý vị. Xin hãy điền vào mục này nếu quý vị có hoa đơn y tế đáng kể. Liệt kê tất cả chi phí dịch vụ sức khỏe của Melrose Wakefield Healthcare và các nhà cung cấp khác. Có thể sẽ yêu cầu các giấy tờ, nhưng vào thời điểm này chưa cần phải cung cấp.

Tên Nhà Cung Cấp	Tổng Chi Phí Y Tế	Mức Độ Thường Xuyên Chi Phí Phát Sinh?		
		<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 NHỮNG NGƯỜI NỘP ĐƠN PHẢI KÝ TÊN

Tất cả người nộp đơn **PHẢI** ký vào phần tuyên thệ ở dưới để đơn xin của họ được xem xét.

Tôi xin thề và xác nhận rằng tất cả các thông tin được liệt kê trong biểu mẫu này là sự thật, chính xác và đầy đủ theo như khả năng, hiểu biết và niềm tin cao nhất của tôi. Tôi đồng ý sẽ báo cáo cho Melrose Wakefield Healthcare về bất kỳ và tất cả những thay đổi trong thu nhập, nguồn tài chính hoặc thông tin khác được liệt kê trong biểu mẫu này, những nội dung có thể ảnh hưởng tới tình trạng đủ điều kiện để tôi được nhận trợ giúp tài chính tại Melrose Wakefield Healthcare. Tôi hiểu rằng thông tin tin dụng và thông tin tài chính khác của tôi có thể được tham khảo để xác thực xác nhận và tình trạng đủ điều kiện tham gia chương trình của tôi. Tôi hiểu rằng tôi có ba mươi (30) ngày để nộp các tài liệu trợ giúp chính xác và cần thiết để được xem xét giảm giá.

Những tuyên bố gian lận do bệnh nhân đưa ra với mục đích được nhận trợ giúp tài chính sẽ được chuyển tiếp đến cho Văn Phòng Tổng Trưởng Lý Massachusetts. Những bệnh nhân khai man trong đơn xin Chương Trình sẽ không còn đủ điều kiện tham gia Chương Trình và sẽ phải chịu trách nhiệm chi trả tất cả các khoản phí phát sinh trong khi đăng ký trong Chương Trình có hiệu lực trở về trước tới ngày đầu tiên chi phí đó phát sinh trong Chương Trình.

Chữ Ký Người Nộp Đơn: _____ Ngày: _____

TUYÊN THỆ - CHỈ ÁP DỤNG NẾU VỢ (CHỒNG) NGƯỜI NỘP ĐƠN ĐANG NỘP ĐƠN

Nếu vợ (chồng) người nộp đơn cũng đang nộp xin trợ cấp tài chính, vợ (chồng) người nộp đơn **PHẢI** ký vào phần tuyên thệ dưới đây để đơn xin được xem xét.

Tôi xin thề và xác nhận rằng tất cả các thông tin được liệt kê trong biểu mẫu này là sự thật, chính xác và đầy đủ theo như khả năng, hiểu biết và niềm tin cao nhất của tôi. Tôi đồng ý sẽ báo cáo cho Melrose Wakefield Healthcare về bất kỳ và tất cả những thay đổi trong thu nhập, nguồn tài chính hoặc thông tin khác được liệt kê trong biểu mẫu này, những nội dung có thể ảnh hưởng tới tình trạng đủ điều kiện để tôi được nhận trợ giúp tài chính tại Melrose Wakefield Healthcare. Tôi hiểu rằng thông tin tin dụng và thông tin tài chính khác của tôi có thể được tham khảo để xác thực xác nhận và tình trạng đủ điều kiện tham gia chương trình của tôi. Tôi hiểu rằng tôi có ba mươi (30) ngày để nộp các tài liệu trợ giúp chính xác và cần thiết để được xem xét giảm giá.

Những tuyên bố gian lận do bệnh nhân đưa ra với mục đích được nhận trợ giúp tài chính sẽ được chuyển tiếp đến cho Văn Phòng Tổng Trưởng Lý Massachusetts. Những bệnh nhân khai man trong đơn xin Chương Trình sẽ không còn đủ điều kiện tham gia Chương Trình và sẽ phải chịu trách nhiệm chi trả tất cả các khoản phí phát sinh trong khi đăng ký trong Chương Trình có hiệu lực trở về trước tới ngày đầu tiên chi phí đó phát sinh trong Chương Trình.

Chữ Ký Vợ (Chồng) Người Nộp Đơn: _____ Ngày: _____

PHỤ LỤC E

[Thư Phê Duyệt – Giảm Giá Một Phần]

Ngày

Tên

Tên Phố

Thành phố, tiểu bang, mã zip

V/v: (các) số tài khoản bệnh nhân: _____

Kính gửi _____,

Chúng tôi đã nhận được đơn xin trợ giúp của quý vị về hóa đơn viện phí theo Chính Sách Trợ Giúp Tài Chính MelroseWakefield Healthcare. Dựa trên việc xem xét đơn xin và các tài liệu hỗ trợ của quý vị, chúng tôi đã quyết định rằng quý vị đủ điều kiện được nhận giảm giá với các phí tổn.

Hóa đơn bệnh viện cho ngày cung cấp dịch vụ ___/___/___ đến ___/___/___ có tổng phí \$ _____, sẽ được giảm còn \$ _____.

Chúng tôi sẽ liên hệ để trợ giúp quý vị thực hiện các sắp xếp thanh toán số dư còn lại. Xin lưu ý rằng cho đến khi số tiền sau khi giảm giá đã được thanh toán đầy đủ, quý vị sẽ tiếp tục nhận được hóa đơn. Ngay khi các khoản tiền được thanh toán hết, số dư sẽ được điều chỉnh và hóa đơn của quý vị sẽ được xem là đã thanh toán đầy đủ. Xin cũng lưu ý rằng số tiền giảm giá trong chương trình này không áp dụng cho bất kỳ số tiền đồng thanh toán, đồng bảo hiểm hoặc miễn giảm và tiếp tục là trách nhiệm của quý vị theo như các điều khoản trong bảo hiểm y tế 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 hoặc cảm thấy quý vị có thể đủ điều kiện để nhận giảm giá thêm, xin hãy liên hệ với cố vấn tài chính theo số điện thoại được liệt kê ở dưới đây.

Trân trọng,

Tên

Vị Trí

Số điện thoại

[Thư Phê Duyệt – Giảm Giá 100%]

Ngày

Tên

Tên Phố

Thành phố, tiểu bang, mã zip

V/v: (các) số tài khoản bệnh nhân: _____

Kính gửi _____,

Chúng tôi đã nhận được đơn xin trợ giúp của quý vị về hóa đơn viện phí theo Chính Sách Trợ Giúp Tài Chính MelroseWakefield Healthcare. Dựa trên việc xem xét đơn xin và các tài liệu hỗ trợ của quý vị, chúng tôi đã quyết định rằng quý vị đủ điều kiện được nhận dịch vụ và quý vị không bị tính phí.

Hóa đơn bệnh viện cho ngày cung cấp dịch vụ ___/___/___ đến ___/___/___ có tổng phí \$ _____, sẽ được giảm còn \$0.

Quý vị sẽ không nhận được bất kỳ hóa đơn nào nữa từ chúng tôi cho các dịch vụ này.

Phê duyệt này sẽ có hiệu lực trong vòng sáu (6) tháng. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, xin hãy liên hệ với cố vấn tài chính theo số điện thoại được liệt kê dưới đây.

Trân trọng,

Tên

Vị Trí

Số điện thoại

[Thư Quyết định lại - Giảm Giá Một Phần thành Giảm Giá 100%]

Ngày

Tên

Tên Phố

Thành phố, tiểu bang, mã zip

V/v: (các) số tài khoản bệnh nhân: _____

Kính gửi _____,

Chúng tôi viết thư này để nối tiếp với quyết định đầu tiên của chúng tôi ngày ___/___/__. Trong quyết định đó, chúng tôi đã kết luận rằng quý vị chỉ đủ điều kiện nhận mức phí bệnh viện được giảm giá thuộc Chính Sách Trợ Giúp Tài Chính của MelroseWakefield Healthcare.

Theo như yêu cầu của quý vị và dựa trên thông tin cập nhật về thu nhập và/hoặc thành phần hoặc tình huống gia đình, chúng tôi đã quyết định rằng hiện tại quý vị đủ điều kiện được nhận dịch vụ và quý vị không bị tính phí. Do đó, hóa đơn Bệnh Viện cho ngày cung cấp dịch vụ ___/___/__ đến ___/___/__ có tổng phí \$_____, sẽ được giảm còn \$0.

Quý vị sẽ không nhận được bất kỳ hóa đơn nào nữa từ chúng tôi cho các dịch vụ này.

Phê duyệt này sẽ có hiệu lực trong vòng sáu (6) tháng. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, xin hãy gọi điện cho cố vấn tài chính theo số điện thoại được liệt kê dưới đây.

Trân trọng,

Tên

Vị Trí

Số điện thoại

[Thư Quyết định lại - Trước Đây Không Đủ Điều Kiện thành Giảm Giá 100%]

Ngày

Tên

Tên Phố

Thành phố, tiểu bang, mã zip

V/v: (các) số tài khoản bệnh nhân: _____

Kính gửi _____,

Chúng tôi viết thư này để nối tiếp với quyết định đầu tiên của chúng tôi ngày ___/___/__. Trong quyết định đó, chúng tôi đã kết luận rằng quý vị không đủ điều kiện hỗ trợ tài chính thuộc Chính Sách Trợ Giúp Tài Chính của MelroseWakefield Healthcare.

Theo như yêu cầu của quý vị và dựa trên thông tin cập nhật về thu nhập và/hoặc thành phần hoặc tình huống gia đình, chúng tôi đã quyết định rằng hiện tại quý vị đủ điều kiện được nhận dịch vụ và quý vị không bị tính phí. Do đó, hóa đơn Bệnh Viện cho ngày cung cấp dịch vụ ___/___/__ đến ___/___/__ có tổng phí \$_____, sẽ được giảm còn \$0.

Quý vị sẽ không nhận được bất kỳ hóa đơn nào nữa từ chúng tôi cho các dịch vụ này.

Phê duyệt này sẽ có hiệu lực trong vòng sáu (6) tháng. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, xin hãy gọi điện cho cố vấn tài chính theo số điện thoại được liệt kê dưới đây.

Trân trọng,

Tên

Vị Trí

Số điện thoại

[Thư Quyết định lại – Trước Đây Không Đủ Điều Kiện thành Giảm Giá Một Phần]

Ngày

Tên

Tên Phố

Thành phố, tiểu bang, mã zip

V/v: (các) số tài khoản bệnh nhân: _____

Kính gửi _____,

Chúng tôi viết thư này để nối tiếp với quyết định đầu tiên của chúng tôi ngày ___/___/__. Trong quyết định đó, chúng tôi đã kết luận rằng quý vị không đủ điều kiện hỗ trợ tài chính thuộc Chính Sách Trợ Giúp Tài Chính của MelroseWakefield Healthcare.

Theo như yêu cầu của quý vị và dựa trên thông tin cập nhật về thu nhập và/hoặc thành phần hoặc tình huống gia đình, chúng tôi đã quyết định rằng hiện tại quý vị đủ điều kiện được nhận mức phí bệnh viện được giảm giá.

Hóa đơn bệnh viện cho ngày cung cấp dịch vụ ___/___/___ đến ___/___/___ có tổng phí \$ _____, sẽ được giảm còn \$ _____.

Chúng tôi sẽ liên hệ để trợ giúp quý vị thực hiện các sắp xếp thanh toán số dư còn lại. Xin lưu ý rằng cho đến khi số tiền sau khi giảm giá đã được thanh toán đầy đủ, quý vị sẽ tiếp tục nhận được hóa đơn. Ngay khi các khoản tiền được thanh toán hết, số dư sẽ được điều chỉnh và hóa đơn của quý vị sẽ được xem là đã thanh toán đầy đủ. Xin cũng lưu ý rằng số tiền giảm giá trong chương trình này không áp dụng cho bất kỳ số tiền đồng thanh toán, đồng bảo hiểm hoặc miễn giảm và tiếp tục là trách nhiệm của quý vị theo như các điều khoản trong bảo hiểm y tế 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 hoặc cảm thấy quý vị có thể đủ điều kiện để nhận giảm giá thêm, xin hãy liên hệ với cố vấn tài chính theo số điện thoại được liệt kê ở dưới đây.

Trân trọng,

Tên

Vị Trí

Số điện thoại

[Thư Quyết định lại – Giữ Nguyên Quyết Định Ban Đầu – Giảm Giá Một Phần]

Ngày

Tên

Tên Phố

Thành phố, tiểu bang, mã zip

V/v: (các) số tài khoản bệnh nhân: _____

Kính gửi _____,

Chúng tôi viết thư này để nối tiếp với quyết định đầu tiên của chúng tôi ngày ___/___/__. Trong quyết định đó, chúng tôi đã kết luận rằng quý vị chỉ đủ điều kiện nhận mức phí bệnh viện được giảm giá thuộc Chính Sách Trợ Giúp Tài Chính của MelroseWakefield Healthcare.

Theo như yêu cầu của quý vị, chúng tôi đã xét duyệt và xem xét quyết định ban đầu của chúng tôi với đơn xin của quý vị và xác định rằng, dựa trên tất cả thông tin được cung cấp, quyết định ban đầu của chúng tôi vẫn giữ nguyên và quý vị tiếp tục chỉ đủ điều kiện nhận giảm giá một phần.

Như lưu ý trong thư quyết định ban đầu của chúng tôi, các hóa đơn dịch vụ bệnh viện với số tiền \$_____ cho các ngày dịch vụ ___/___/___ đến ___/___/___ vẫn giữ nguyên.

Xin vui lòng gửi tổng số tiền cần thanh toán của quý vị nhanh chóng hoặc gọi điện thoại cho cố vấn tài chính được liệt kê dưới đây nếu quý vị cần thực hiện sắp xếp thanh toán đặc biệt.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định này hoặc có bất kỳ câu hỏi nào, xin hãy liên hệ với cố vấn tài chính được liệt kê dưới đây.

Trân trọng,

Tên

Vị Trí

Số điện thoại

[Thư Quyết định lại – Giữ Nguyên Quyết Định Ban Đầu – Không Đủ Điều Kiện]

Ngày

Tên

Tên Phố

Thành phố, tiểu bang, mã zip

V/v: (các) số tài khoản bệnh nhân: _____

Kính gửi _____,

Chúng tôi viết thư này để nối tiếp với quyết định đầu tiên của chúng tôi ngày ___/___/____. Trong quyết định đó, chúng tôi đã kết luận rằng quý vị không đủ điều kiện hỗ trợ thuộc Chính Sách Trợ Giúp Tài Chính của MelroseWakefield Healthcare.

Theo như yêu cầu của quý vị, chúng tôi đã xét duyệt và xem xét quyết định ban đầu với đơn xin của quý vị và xác định rằng, dựa trên tất cả thông tin được cung cấp, quyết định ban đầu của chúng tôi vẫn giữ nguyên và quý vị không đủ điều kiện được hỗ trợ thuộc chương trình.

Xin vui lòng gửi tổng số tiền cần thanh toán của quý vị nhanh chóng hoặc gọi điện thoại cho cố vấn tài chính được liệt kê dưới đây nếu quý vị cần thực hiện sắp xếp thanh toán đặc biệt.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định này hoặc có bất kỳ câu hỏi nào, xin hãy liên hệ với cố vấn tài chính được liệt kê dưới đây.

Trân trọng,

Tên

Vị Trí

Số Điện Thoại

[Thư Từ Chối - Chung]

Ngày

Tên

Tên Phố

Thành phố, tiểu bang, mã zip

V/v: (các) số tài khoản bệnh nhân: _____

Kính gửi _____,

Cảm ơn quý vị đã nộp đơn xin trợ giúp tài chính về hóa đơn viện phí của quý vị theo Chính Sách Trợ Giúp Tài Chính MelroseWakefield Healthcare.

Chúng tôi đã xét duyệt đơn và các tài liệu hỗ trợ của quý vị và xác định rằng quý vị không đủ điều kiện nhận giảm giá theo chương trình này. Quyết định này được đưa ra bằng cách so sánh thu nhập và kích thước gia đình của quý vị với hướng dẫn Mức Nghèo Liên Bang (FPL). Cụ thể hơn, thu nhập hộ gia đình của quý vị được xác định là cao hơn mức cho phép.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định này hoặc gần đây có thay đổi trong tình huống của quý vị, chúng tôi rất vui mừng được xem xét lại đơn xin của quý vị nếu có bất kỳ thông tin mới nào liên quan đến thu nhập, kích thước gia đình hoặc tình huống của quý vị. Nếu quý vị muốn đơn xin của mình được xem xét lại, xin hãy gửi các tài liệu liên quan, hoặc gọi điện cho cố vấn tài chính theo số điện thoại được liệt kê dưới đây nếu có bất kỳ câu hỏi nào.

Trân trọng,

Tên

Vị Trí

Số Điện Thoại

[Thư Từ Chối - Đơn Không Được Hoàn Thiện]

Ngày

Tên

Tên Phố

Thành phố, tiểu bang, mã zip

V/v: (các) số tài khoản bệnh nhân: _____

Kính gửi _____,

Chúng tôi đã nhận được một đơn xin vào ngày ___/___/___ về việc được trợ giúp về hóa đơn viện phí của quý vị theo Chính Sách Trợ Giúp Tài Chính MelroseWakefield Healthcare.

Cho đến hôm nay, chúng tôi vẫn không nhận được các tài liệu cần thiết để xử lý đơn xin này và đưa ra một quyết định cho quý vị. Vì lý do đó, chúng tôi từ chối đơn xin hỗ trợ lần này.

Nếu quý vị vẫn còn quan tâm đến việc được xem xét trợ giúp tài chính, chúng tôi khuyến khích quý vị hoàn thành một đơn xin mới và gửi cho chúng tôi cùng tất cả các tài liệu hỗ trợ. Chúng tôi sẽ sẵn lòng xét duyệt đơn xin đó và sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính bất kỳ.

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, xin hãy liên hệ với cố vấn tài chính được liệt kê dưới đây.

Trân trọng,

Tên

Vị Trí

Số Điện Thoại

[Thư Từ Chối – Dịch Vụ Không Đủ Điều Kiện]

Ngày

Tên

Tên Phố

Thành phố, tiểu bang, mã zip

V/v: (các) số tài khoản bệnh nhân: _____

Kính gửi _____,

Cảm ơn quý vị đã nộp đơn ngày ___/___/___ để xin trợ giúp tài chính về hóa đơn viện phí của quý vị theo Chương Trình Trợ Giúp Tài Chính MelroseWakefield Healthcare.

Chúng tôi rất tiếc thông báo cho quý vị rằng các dịch vụ mà quý vị được nhận vào ngày ___/___/___ không được xem là cần thiết về mặt y tế và do đó không đủ điều kiện nhận bất kỳ trợ giúp tài chính nào theo chương trình này.

Xin vui lòng gửi tổng số tiền cần thanh toán của quý vị nhanh chóng hoặc gọi điện thoại cho cố vấn tài chính được liệt kê dưới đây nếu quý vị cần thực hiện sắp xếp thanh toán đặc biệt.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định này hoặc có bất kỳ câu hỏi nào, xin hãy liên hệ với cố vấn tài chính được liệt kê dưới đây.

Trân trọng,

Tên

Vị Trí

Số Điện Thoại