सेवा क्षेत्र: कॉर्पोरेट व्यापार सेवाएँ (Corporate Business Services)	YALE NEW HAVEN HEALTH नीतियां और प्रक्रियाएं
शीर्षक: वित्तीय सहायता कार्यक्रम नीति (Financial Assistance Programs Policy)	
डेटा अनुमोदित: 09/20/2013, 06/15/2020	**अनुमोदनकर्ता:** YNHHS बोर्ड ऑफ ट्रस्टी
दिनांक प्रभावी: 09/20/2013, 06/15/2020 1/1/2017 Lawrence + Memorial Hospital और Westerly Hospital	**समीक्षा करने/संशोधित करने की तारीख:** 01/21//2015, 09/30/2016, 12/16/2016, 6/1/2017, 7/15/2018, 6/15/2020
वितरण: MCN पॉलिसी मैनेजर	**नीति प्रकार (I या II):** प्रकार I
अधिलंघित: Yale New Haven Hospital Financial Assistance Programs for Hospital Services (NC:F-4) Bridgeport Hospital Financial Assistance Programs for Hospital Services (9-13) Greenwich Hospital Overview of Financial Assistance Programs for Hospital Services Lawrence + Memorial Hospital and Westerly Hospital Charity Care, Financial Assistance, Free Bed Fund Policy	

उद्देश्य

येल न्यू हेवन हेल्थ ("Yale New Haven Health" या "YNHHS") योग्य व्यक्तियों को जरूरत में वित्तीय सहायता प्रदान करके चिकित्सीय रूप से आवश्यक देखभाल प्रदान करने हेतु प्रतिबद्ध है। इस वित्तीय सहायता नीति (Financial Assistance Policy, "FAP") का उद्देश्य निम्नलिखित है:

A. व्याख्या करना कि FAP के तहत कौन सी वित्तीय सहायता उपलब्ध है;
B. वर्णन करना कि वित्तीय सहायता के लिए कौन पात्र है और आवेदन कैसे करना है;
C. वर्णन करना कि FAP-पात्र रोगियों के लिए आपातकालीन या अन्य चिकित्सीय रूप से आवश्यक देखभाल के लिए रोगी शुल्क की गणना कैसे की जाती है;
D. उन प्रदाताओं को पहचान करना जो FAP द्वारा कवर किए गए और नहीं किए गए हैं;
E. YNHHS द्वारा सेवा प्रदान किए गए समुदायों के भीतर इस FAP को व्यापक रूप से प्रचारित करने के लिए YNHHS अस्पतालों द्वारा उठाए गए कदमों का वर्णन करना; तथा
F. व्याख्या करना कि Yale New Haven Health बिलों का भुगतान न करने के लिए क्या संग्रहण कार्रवाई की जा सकती है।

प्रयोज्यता

यह नीति YNHHS से संबद्ध प्रत्येक लाइसेंसधारी अस्पताल पर लागू होती है, जिसमें ब्रिजपोर्ट अस्पताल (Bridgeport Hospital, "BH"), ग्रीनविच हॉस्पिटल (Greenwich Hospital, "GH"), लॉरेंस + मेमोरियल हॉस्पिटल (Lawrence + Memorial Hospital, "LMH"), येल न्यू हेवन हॉस्पिटल (Yale New Haven Hospital, "YNHH") और वेस्टरली हॉस्पिटल (Westerly Hospital, "WH") (प्रत्येक एक "अस्पताल" है) शामिल हैं। इसके अलावा, नॉर्थईस्ट मेडिकल ग्रुप, विजिटिंग नर्स एसोसिएशन ऑफ साउथईस्टर्न कनेक्टिकट, और होम केयर प्लस द्वारा वित्तीय सहायता कार्यक्रमों का पालन किया जाता है।

नीति

A. **जिम्मेदार अधिकारी।** YNHHS के वरिष्ठ उपाध्यक्ष, वित्त या उनके नामिती YNHHS FAP की देखरेख करेंगे।

B. **स्कोप और प्रदाता सूची**

1. **आपातकालीन और अन्य चिकित्सीय रूप से आवश्यक देखभाल।** यह FAP आपातकालीन और अन्य चिकित्सीय रूप से आवश्यक देखभाल पर लागू होती है, जिसमें अस्पताल द्वारा बिल का शुल्क लगाई गई इन-पेशेंट और आउट पेशेंट सेवाएं शामिल हैं। FAP में शामिल नहीं है: (ए) निजी कमरे या निजी ड्यूटी नर्स; (बी) सेवाएं जो चिकित्सीय रूप से आवश्यक नहीं हैं, जैसे कि ऐच्छिक कॉस्मेटिक सर्जरी; (ग) अन्य ऐच्छिक सुविधा शुल्क, जैसे कि टेलीविजन या टेलीफोन शुल्क, और (डी) अन्य छूट या शुल्कों में कटौती, जो इस नीति में स्पष्ट रूप से वर्णित नहीं हैं।

2. **प्रदाता सूची** अस्पताल में आपातकालीन और अन्य चिकित्सीय रूप से आवश्यक देखभाल प्रदान करने वाले प्रदाताओं की सूची यहां देख सकते हैं: https://www.ynhh.org/patients-visitors/billing-insurance/Financial-assistance

   सूची इंगित करती है यदि प्रदाता FAP के तहत कवर किया गया है। यदि प्रदाता इस FAP के तहत कवर नहीं किया जाता है, तो रोगियों को प्रदाता के कार्यालय से यह निर्धारित करने के लिए संपर्क करना चाहिए कि प्रदाता वित्तीय सहायता प्रदान करता है या नहीं और यदि करता है तो प्रदाता की वित्तीय सहायता नीति क्या कवर करती है।

3. **EMTALA के साथ अनुपालन।** अस्पतालों को अपनी नीतियों के अनुसार आपातकालीन चिकित्सा उपचार और सक्रिय श्रम अधिनियम (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) का अनुपालन करना आवश्यक है और ऐसी गतिविधियों में संलग्नता को भी निषिद्ध करना

चाहिए जो किसी व्यक्ति को आपातकालीन चिकित्सा देखभाल प्राप्त करने से हतोत्साहित करती है। EMTALA के तहत इस FAP में शामिल कोई भी बात, आपातकालीन चिकित्सा स्थितियों वाले रोगियों के इलाज के लिए अस्पताल के दायित्वों को सीमित नहीं करती है।

C. वित्तीय सहायता कार्यक्रम

वित्तीय सहायता उन व्यक्तियों के लिए उपलब्ध है जो संयुक्त राज्य में रहते हैं जो आवश्यक वित्तीय सहायता आवेदन को पूरा करते हैं और नीचे वर्णित अतिरिक्त पात्रता आवश्यकताओं को भी पूरा करते हैं। सभी रोगियों को सरकारी और निजी सहायता कार्यक्रमों सहित वित्तीय सहायता के सभी उपलब्ध स्रोतों की जांच करने के लिए प्रोत्साहित किया जाना चाहिए।

वित्तीय सहायता के बारे में निर्णय मामला-दर-मामला आधार पर और केवल वित्तीय आवश्यकता के आधार पर किया जाता है। निर्णय कभी भी उम्र, लिंग, जाति, रंग, राष्ट्रीय मूल, वैवाहिक स्थिति, सामाजिक या आप्रवासी स्थिति, यौन अभिविन्यास, लिंग पहचान या अभिव्यक्ति, धार्मिक संबद्धता, विकलांगता, सेवानिवृत्त सैनिक या सैन्य स्थिति या कानून द्वारा निषिद्ध किसी अन्य आधार पर नहीं किए जाते हैं। वित्तीय सहायता आवेदन, परिवार के आकार और आय को सत्यापित करने के लिए आवश्यक दस्तावेजों की रूपरेखा प्रस्तुत करता है। YNHHS या कोई अस्पताल, अपने विवेक से, इस नीति के दायरे से बाहर वित्तीय सहायता को मंजूरी दे सकता है।

1. **निःशुल्क देखभाल।** यदि सकल वार्षिक पारिवारिक आय का संघीय गरीबी स्तर दिशानिर्देशों के 250% या उससे कम पर सत्यापित हो जाता है (<u>अनुलग्नक 1</u> *देखें*), तो आप निःशुल्क देखभाल के लिए अर्हता प्राप्त कर सकते हैं (रोगी के खाते की शेष राशि के सापेक्ष 100% रियायत)।

2. **रियायती देखभाल।** यदि सकल वार्षिक पारिवारिक आय का संघीय गरीबी स्तर दिशानिर्देशों के 251% और 550% के बीच सत्यापित हो जाता है, तो आप <u>अनुलग्नक 1</u> में दिखाए गए अनुसार, स्लाइडिंग पैमाने के आधार पर रियायत के लिए अर्हता प्राप्त कर सकते हैं। जिन रोगियों के पास बीमा है, उन रोगी के खाते की उस शेष राशि पर रियायत लागू की जाएगी, जो बीमा या तीसरे पक्ष के भुगतानकर्ताओं से भुगतान के बाद बनी रहती है।

3. **हॉस्पिटल बेड फंड्स।** आप हॉस्पिटल बेड फंड्स से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए पात्र हो सकते हैं, जो ऐसे फंड हैं जो अस्पताल में उन रोगियों को चिकित्सा प्रदान करने के लिए दान किए गए हैं जो अस्पताल संबंधी देखभाल के खर्च उठाने में असमर्थ हो सकते हैं। मामला-दर-मामला के आधार पर पात्रता निर्धारित की जाती है और दानकर्ता-प्रतिबंधों को ध्यान में रखा जाता है और यदि लागू हो, तो फंड

नामांकनकर्ताओं द्वारा नामांकन भी किया जाता है। सभी रोगी जो अपेक्षित वित्तीय सहायता आवेदन भरते हैं, उनपर स्वचालित रूप से हॉस्पिटल बेड फंड्स हेतु विचार किया जाएगा।

4. अन्य अस्पताल-विशिष्ट वित्तीय सहायता कार्यक्रम। **(Other Hospital-Specific Financial Assistance programs)**

   a **Yale New Haven Hospital Me & My Baby Program.** यह कार्यक्रम Yale New Haven Hospital के रोगियों के लिए उपलब्ध है। यह प्रसव-पूर्व, प्रसव और प्रसूति सेवाएं और कुछ प्रसवोत्तर देखभाल निःशुल्क प्रदान करता है। यदि आप न्यू हेवन काउंटी में रहते हैं तो आप पात्र हो सकते हैं, यदि आपके पास किसी भी प्रकार का स्वास्थ्य बीमा नहीं है और आपका परिवार संघीय गरीबी स्तर से 2 $^{1}/_{2}$ गुना कम कमाता है। अधिक जानकारी के लिए या आवेदन का अनुरोध करने के लिए Yale New Haven Hospital Women's Center में हमारे प्रतिनिधियों से मिलें या **203-688-2481** पर कॉल करें।

   b **Greenwich Hospital Outpatient Clinic** उन रोगियों को सेवा देता है जो मेडिकेयर, मेडिकेड द्वारा बीमित हैं या एक्सेस हेल्थ CT के माध्यम से बीमा की पेशकश करते हैं और जिनकी पारिवारिक आय संघीय गरीबी स्तर के दिशानिर्देशों से 4 गुना से कम है। इसके अलावा, क्लिनिक उन व्यक्तियों को रियायती देखभाल प्रदान करता है जो बीमा के लिए पात्र नहीं हैं और जो ग्रीनविच में रहते हैं और जिनकी पारिवारिक आय संघीय गरीबी स्तर से 4 गुना से कम है। अधिक जानकारी के लिए या आवेदन प्राप्त करने के लिए कृपया 203-863-3334 पर कॉल करें।

5. **चिकित्सीय रूप से गरीब।** वित्तीय सहायता के लिए महत्व उन रोगियों को भी दिया जा सकता है जो मानदंडों को पूरा नहीं करते हैं, लेकिन जिनके चिकित्सा बिल परिवार की आय या पूंजी के एक निश्चित प्रतिशत से अधिक हैं।

D. शुल्क पर सीमा

जब कोई रोगी इस पॉलिसी के तहत, निःशुल्क देखभाल की बजाए रियायती देखभाल के लिए अर्हता प्राप्त करता है, तो उस रोगी से आमतौर पर बिल राशि (amount generally billed, "AGB") से अधिक शुल्क नहीं लिया जाएगा, जो ऐसे व्यक्तियों से लिया जाता है जिनके पास इस तरह की देखभाल का बीमा है।

1. **कैसे परिकलित करें।** YNHHS संघीय कर विनियमों के तहत "लुक बैक विधि" का उपयोग करके और मेडिकेयर लाभार्थी लागत-शेयरिंग राशियों और मेडिकेयर सेवा-हेतु-शुल्क दरों के आधार पर प्रत्येक अस्पताल के लिए वार्षिक रूप से AGB की गणना करता है जिसमें सभी निजी स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं शामिल हैं जो पूर्व वित्त वर्ष के लिए प्रत्येक अस्पताल सुविधा का दावा करते हैं। YNHHS अस्पताल

द्वारा प्रतिशत रियायत लागू कर सकता है, या YNHHS स रोगियों के लिए सबसे अनुकूल प्रतिशत रियायत का उपयोग करने का चुनाव कर सकता है। AGB रियायतें अनुलग्नक 1 में दिखाई गई हैं।

E. वित्तीय सहायता आवेदन (Financial Assistance Application)

1. **आवेदन कैसे करें।** वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने के लिए, आपको वित्तीय सहायता ("आवेदन") के लिए YNHHS आवेदन को पूरा करना होगा, नीचे दिए गए को छोड़कर। आप आवेदन प्राप्त कर सकते हैं:

   a ऑनलाइन www.ynhhs.org/financialassistance पर और प्रत्येक YNHHS अस्पताल की वेबसाइट पर।

   b किसी भी YNHHS अस्पताल में रोगी दाखिला या पंजीकरण क्षेत्र में व्यक्ति रूप से। वित्तीय सहायता के बारे में संकेत और लिखित जानकारी प्रत्येक अस्पताल के आपातकालीन विभागों और रोगी पंजीकरण क्षेत्रों में उपलब्ध होगी।

   c मेल करें, कॉल करें और (855) 547-4584 पर रोगी वित्तीय सेवाओं से नि:शुल्क प्रतिलिपि के लिए अनुरोध करें।

2. **आवेदन।** आवेदन इसका वर्णन करता है - (i) वित्तीय सहायता कार्यक्रम और पात्रता आवश्यकताएं, (ii) पात्रता के निर्धारण के लिए दस्तावेजी आवश्यकताओं और (iii) FAP सहायता के लिए संपर्क जानकारी। आवेदन यह भी व्याख्या करता है कि (i) अस्पताल लिखित रूप में प्रत्येक आवेदन का जवाब देगा, (ii) रोगी किसी भी समय FAP के तहत वित्तीय सहायता के लिए फिर से आवेदन कर सकते हैं, और (iii) अतिरिक्त निःशुल्क बेड फंड हर साल उपलब्ध होते हैं। जानकारी या दस्तावेज प्रदान करने में विफलता के आधार पर, FAP के तहत अस्पताल वित्तीय सहायता से इंकार नहीं कर सकते हैं कि आवेदन के भाग के रूप में FAP या आवेदन की आवश्यकता नहीं है।

3. **FAP-पात्र रोगी।** YNHHS अस्पताल पात्रता निर्धारित करने के लिए उचित प्रयास करेंगे और प्रयोज्य रोगी खातों में वित्तीय सहायता पात्रता के किसी भी निर्धारण का दस्तावेज़ीकरण करेंगे। एक बार जब अस्पताल निर्धारित करता है कि रोगी FAP-पात्र है, तो अस्पताल करेगा:

   a एक बिलिंग स्टेटमेंट प्रदान करेगा, जिसमें राशि कैसे निर्धारित और निर्दिष्ट की गई समेत FAP-पात्र रोगी, के रूप में व्यक्तिगत बकाया राशि को दर्शाया गया हो या यह वर्णन होगा कि कोई व्यक्ति देखभाल के लिए, AGB के बारे में जानकारी कैसे प्राप्त कर सकता है;

b व्यक्ति को किसी भी राशि के रिफंड में वह राशि शामिल है जो उस राशि से अधिक की राशि है जो उसने देखभाल के लिए भुगतान की है, जिसे वह FAP-पात्र व्यक्ति के रूप में भुगतान करने के लिए व्यक्तिगत रूप से जिम्मेदार है, जब तक कि ऐसी अतिरिक्त राशि $5 से कम न हो या IRS द्वारा निर्धारित ऐसी कोई अन्य राशि न हो; तथा

c किसी भी असाधारण संग्रहण कार्यवाही को रोकने के लिए उचित उपाय करें।

4. **संभावित पात्रता।** YNHHS इस नीति के तहत रोगी की जीवन परिस्थितियों के बारे में जानकारी के आधार पर निःशुल्क या रियायती देखभाल के लिए पात्रता निर्धारित कर सकता है, जो निम्न या इसी तरह के स्रोतों सहित, वित्तीय सहायता की खोज करने वाले व्यक्ति के अलावा अन्य स्रोतों से प्राप्त की जाती है:

a प्रत्येक अस्पताल की ओर से YNHHS शेष का स्व-भुगतान करने वाले व्यक्तियों की पहचान करने में सहायता के लिए एक तीसरे पक्ष के स्क्रीनिंग टूल का उपयोग करता है, जिन्होंने वित्तीय सहायता के लिए आवेदन नहीं किया है, पर जिनकी आय संघीय गरीबी स्तर के 250% से कम या उसके बराबर है (*अर्थात्,* निःशुल्ख देखभाल हेतु पात्र)। यदि इस प्रक्रिया के माध्यम से किसी रोगी की पहचान की जाती है तो अस्पताल की बकाया शेष राशि को चैरिटी (निःशुल्क) देखभाल में समायोजित किया जा सकता है।

b YNHHS, येल यूनिवर्सिटी से संबद्ध है और यूल स्कूल ऑफ मेडिसिन का शैक्षणिक स्वास्थ्य केंद्र है। येल यूनिवर्सिटी के छात्रों द्वारा निम्न-आय वाले व्यक्तियों के लिए संचालित प्राथमिक चिकित्सा क्लीनिक के माध्यम से, हेवेन फ्री क्लिनिक सहित, अबीमित रोगियों को सेवा प्रदान की जाती है, और उन्हें किसी वित्तीय सहायता के आवेदन को पूरा करने की आवश्यकता के बिना निःशुल्क या रियायती देखभाल के लिए पात्र माना जा सकता है, यदि YNHHS द्वारा वरिष्ठ उपाध्यक्ष, वित्त की स्वीकृति एक फॉर्म में पुष्टि प्राप्त करने पर दी गई हो कि कोई व्यक्ति इस तरह के किसी भी क्लिनिक का रोगी है।

c YNHHS संभवतः यह निर्धारित करने के लिए पूर्व पात्रता निर्धारण का उपयोग कर सकता है कि व्यक्ति इस नीति के तहत चैरिटी देखभाल हेतु दोबारा पात्र है।

F. YNHHS संग्रहण प्रथाओं से संबंध

कोई अस्पताल (और कोई भी संग्रहण एजेंसी या अन्य पार्टी जिसने इसे ऋण के रूप में संदर्भित किया है) देखभाल के लिए प्रथम पोस्ट-डिस्चार्ज बिलिंग स्टेटमेंट जारी करने के बाद से 120 दिन पूर्व तथा यह निर्धारित करने के लिए उचित प्रयास करने से पहले कि यदि कोई रोगी या किसी अन्य व्यक्ति के पास स्वयं-

भुगतान खाते (जिम्मेदार व्यक्ति) के लिए वित्तीय जिम्मेदारी है, तो इस FAP के तहत वित्तीय सहायता के लिए पात्र है, किसी भी असाधारण संग्रह कार्रवाई (extraordinary collection action, "ECA") में संलग्न नहीं होगा। किसी भी ECA को वरिष्ठ उपाध्यक्ष, वित्त या उनके पदनामित द्वारा अनुमोदित किया जाना जरूरी है, जो इस अनुमोदन से पहले यह पुष्टि करेगा कि इस FAP में उचित प्रयास करने की आवश्यकताओं को पूरा किया गया है।

अस्पताल आंतरिक संचालन प्रक्रियाओं और प्रथाओं के अनुसार अपने A/R बिलिंग चक्र का पालन करेगा। ऐसी प्रक्रियाओं और प्रथाओं के भाग के रूप में, अस्पताल, न्यूनतम रूप से, रोगियों को उसकी FAP के बारे में जिस तिथि से देखभाल प्रदान की जाती है और पूरे A/R बिलिंग चक्र के दौरान (या कानून द्वारा अपेक्षित अवधि के दौरान, जो भी अधिक हो) सूचित करेगा, निम्न के द्वारा:

1. अस्पताल से छुट्टी या प्रवेश प्रक्रिया के भाग के रूप में, FAP के तहत वित्तीय सहायता हेतु सभी रोगियों को एक सादा भाषा सारांश और एक आवेदन पत्र प्रदान किया जाएगा।

2. स्व-भुगतान खातों के संग्रहण के लिए कम से कम तीन अलग-अलग स्टेटमेंट, रोगी और किसी अन्य जिम्मेदार व्यक्ति(ओं) के अंतिम ज्ञात पते पर मेल या ईमेल की जाएगी; हालांकि जिम्मेदार व्यक्ति(यों) को FAP के तहत वित्तीय सहायता के लिए पूर्ण आवेदन प्रस्तुत करने या पूर्ण-भुगतान किए जाने के बाद कोई अतिरिक्त स्टेटमेंट भेजने की आवश्यकता नहीं है। अपेक्षित तीन मेलिंग के पहले और अंतिम के बीच कम से कम 60 दिन गुजर चुके होंगे। सेवा के समय या उसके दौरान, सही मेलिंग पता प्रदान करने का दायित्व जिम्मेदार व्यक्ति(ओं) का है। यदि किसी खाते का पता वैध नहीं है, तो "उचित प्रयास" का निर्धारण किया जाएगा। स्व-भुगतान खातों के सभी एकल रोगी खाते विवरणों में निम्न शामिल होंगे, परंतु यह केवल इन तक सीमित नहीं हैं:

   a. स्टेटमेंट में अस्पताल सेवाओं का सटीक सारांश;

   b. ऐसी सेवाओं के लिए शुल्क;

   c. जिम्मेदार व्यक्ति(यों) द्वारा भुगतान की जाने वाली अपेक्षित राशि (अथवा, यदि ऐसी राशि ज्ञात नहीं है, तो प्रारंभिक स्टेटमेंट के दिनांक के अनुसार ऐसी राशि का अच्छी नीयत से अनुमान लगाएं); और

   d. एक विशिष्ट लिखित सूचना जो जिम्मेदार व्यक्ति(ओं) को FAP के तहत वित्तीय सहायता की उपलब्धता के बारे में सूचित करती है और जानकारी देती है जिसमें विभाग के टेलीफोन नंबर और प्रत्यक्ष वेबसाइट पते शामिल हैं जहां से दस्तावेजों की प्रतियां प्राप्त की जा सकती हैं।

3. मेल या ईमेल की गई कम से कम एक स्टटेमेंट में लिखित सूचना शामिल होगी जो कि ECA के बारे में जिम्मेदार व्यक्ति(ओं) को सूचित करती है, जो कि लेने हेतु अभिप्रेत हैं यदि जिम्मेदार व्यक्ति(यों) FAP के तहत वित्तीय सहायता के लिए आवेदन नहीं करता है या बिलिंग समय सीमा में देय राशि का भुगतान करता है। इस तरह की स्टेटमेंट जिम्मेदार व्यक्ति(यों) को स्टटेमेंट में निर्दिष्ट समय सीमा से कम से कम 30 दिन पहले प्रदान की जानी जरूरी है। इस स्टेटमेंट के साथ एक सरल भाषा सारांश होगा। सेवा के समय या उसके दौरान, सही मेलिंग पता प्रदान करने का दायित्व जिम्मेदार व्यक्ति(ओं) का है। यदि किसी खाते का पता वैध नहीं है, तो "उचित प्रयास" का निर्धारण किया जाएगा।

4. किसी भी ECA को प्रारंभ करने से पूर्व, अंतिम ज्ञात टेलीफोन नंबर पर, यदि कोई हो, टेलीफोन द्वारा जिम्मेदार व्यक्ति(ओं) से संपर्क करने का मौखिक प्रयास किया जाएगा, कम से कम एक बार, मेल या ईमेल किए गए स्टेटमेंट की श्रृंखला के दौरान, यदि खाता अप्रदत्त रहता है। सभी वार्तालापों के दौरान, रोगी या जिम्मेदार व्यक्ति को वित्तीय सहायता के बारे में सूचित किया जाएगा जो FAP के तहत उपलब्ध हो सकती हैं।

5. इस नीति के प्रावधानों के अनुपालन के अधीन, कोई YNHHS अस्पताल प्रदत्त चिकित्सा सेवाओं के लिए भुगतान प्राप्त करने हेतु इस नीति के <u>अनुलग्नक 2</u> में सूचीबद्ध ECA की सूची ले सकता है।

G. नीति की उपलब्धता

FAP, FAP के सादा भाषा सारांश और FAP आवेदन की प्रतियां www.ynhhs.org/financialassistance पर उपलब्ध हैं ।

प्रत्येक अस्पताल FAP, FAP के सादा भाषा सारांश और FAP आवेदन की प्रतियां, अनुरोध पर, निःशुल्क, मेल द्वारा या अस्पताल के आपातकालीन विभाग में और पंजीकरण के सभी बिंदुओं पर पेपर प्रारूप पर अंग्रेजी में और सीमित अंग्रेजी प्रवीणता के साथ 1,000 व्यक्तियों से कम या उस आबादी का 5% अथवा उससे अधिक की किसी भी आबादी की प्राथमिक भाषा में उपलब्ध कराता है, जिनको अस्पताल सेवाएं प्रदान की जाती है। भाषाओं की सूची के लिए <u>अनुलग्नक 3</u> देखें।

पात्रता या कार्यक्रमों के बारे में जानकारी के लिए जो आपके लिए उपलब्ध हो सकते हैं, आपको मेल की जाने वाली FAP, FAP आवेदन फॉर्म, या बिलिंग और संग्रह नीति के नीति की एक प्रति के अनुरोध करने के लिए, अथवा यदि आपको अंग्रेजी के अलावा किसी अन्य भाषा में अनुवादित FAP, FAP की सादी भाषा सारांश या FAP आवेदन फॉर्म की एक प्रति की आवश्यकता है तो कॉर्पोरेट बिजनेस सर्विसेज टोल फ्री (855) 547-4584 पर संपर्क करें। इसके अलावा, रोगी FAP आवेदन प्रक्रिया शुरू करने के बारे में रोगी पंजीकरण, रोगी वित्तीय सेवा और सामाजिक कार्य/मामले प्रबंधन से पूछ सकते हैं।

FAP को व्यापक रूप से प्रचारित करने के अन्य प्रयासों में सामान्य सर्कुलेशन वाले समाचार पत्रों में प्रकाशन नोटिस देना; बिलिंग स्टेटमेंट में FAP की लिखित सूचना प्रदान करना; देय राशि के बारे में रोगियों को मौखिक संचार में FAP की सूचना प्रदान करना; और खुले में और अन्य सूचनात्मक सत्र आयोजित करना, शामिल है।

H. राज्य कानून का अनुपालन

प्रत्येक अस्पताल प्रासंगिक राज्य कानूनों का पालन करेगा जिसमें बिना किसी सीमा के अबीमित रोगी से अस्पतालों द्वारा कनेक्टिकट सामान्य कानून शासन संग्रहण और रोड्स आइलैंड डिपार्टमेंट ऑफ़ हेल्थ रूल्स एंड रेगुलेशंस की धारा 11.3 में निर्धारित *अस्पताल के वार्तालाप से संबंधित चैरिटी केयर के प्रावधान के लिए रोड्स आइलैंड राज्यव्यापी मानक* ("RI विनियम") और RI विनियमों की धारा 11.4 में निर्धारित *असम्बद्ध देखभाल के प्रावधान के लिए राज्यव्यापी मानक* शामिल हैं।

संदर्भ

आंतरिक राजस्व कोड 501(c)(3)
आंतरिक राजस्व कोड 501 (r)
कॉन. Gen. Stat. § 19a-673 et seq.
RI विनियम 11.3 और 11.4

संबंधित नीतियां

YNHHS बिलिंग और संग्रह नीति
YNHHS EMTALA नीति: मेडिकल स्क्रीनिंग/स्थिरीकरण, ऑन-कॉल और ट्रांसफर
Yale New Haven Hospital पॉलिसी - फ्री केयर फंड्स NC:F-2 का वितरण
Greenwich Hospital आउट पेशेंट सेंटर नीतियां और प्रक्रियाएं

अनुलग्नक 1

वित्तीय सहायता के लिए संघीय गरीबी दिशानिर्देश (Federal Poverty Guidelines, FPG) और स्लाइडिंग पैमाना

संयुक्त राज्य अमेरिका के स्वास्थ्य और मानव सेवा (United States Department of Health and Human Services) विभाग द्वारा संघीय रजिस्टर में FPG एमाउंट को समय-समय पर अद्यतन किया जाता है। वर्तमान FPG एमाउंट पर उपलब्ध है http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines पर उपलब्ध है ।

जनवरी 31, 2022 तक, FPG एमाउंट इस प्रकार थीं। ***ये एमाउंट परिवर्तन के अधीन हैं।*** इस नीति के तहत वित्तीय सहायता के लिए पात्र रोगियों को निम्नानुसार सभी Yale New Haven Health Hospitals में सहायता प्राप्त होगी:

	FAP का नाम	निःशुल्क देखभाल	स्लाइडिंग पैमाना ए	स्लाइडिंग पैमाना बी	स्लाइडिंग पैमाना सी	रियायती देखभाल
	कवरेज पात्रता	बीमित या अबीमित रोगी	बीमित रोगी	बीमित रोगी	बीमित रोगी	अबीमित रोगी
	FAP रियायत	100%	35%	25%	15%	70%
	सकल आय पात्रता	0% - 250% FPL	251% - 350% FPL	351% - 450% FPL	451% - 550% FPL	251% - 550% FPL
परिवार का आकार	1	$0 - $33,975	$33,976 - $47.565	$47,566 - $61,155	$61,156 - $74,745	$33,976 - $74,745
	2	$0 - $45,775	$45,776 - $64,085	$64,086 - $82,395	$82,396 - $100,705	$45,776 - $100,705
	3	$0 - $57,575	$57,576 - $80,605	$80,606 - $103,635	$103,636 - $126,665	$57,576 - $126,665
	4	$0 - $69,375	$69,376 - $97,125	$97,126 - $124,875	$124,876 - $152,625	$69,376 - $152,625
	5	$0 - $81,175	$81,176 - $113,645	$113,646 - $146,115	$146,116 - $178,585	$81,176 - $178,585
	6	$0 - $92,975	$92,976 - $130,165	$130,166 - $167,355	$167,356 - $204,545	$92,976 - $204,545

AGB प्रतिशत की गणना वार्षिक रूप से की जाती है। कैलेंडर वर्ष 2022 AGB (शुल्क का %) प्रति अस्पताल हैं: BH 32.01%, GH 34.52%, LMH 38.1%, YNHH 34.29% और WH 30.45%। तदनुसार, 2022 के लिए इस नीति के तहत रियायती देखभाल के लिए पात्र YNHHS रोगियों के लिए सबसे अनुकूल प्रतिशत रियायत सकल शुल्कों के 30% से अधिक का भुगतान नहीं करना होगा।

<u>अनुलग्नक 2</u>

असाधारण संग्रहण कार्यवाहियां

संपत्ति ग्रहणाधिकार

निजी आवासों पर ग्रहणाधिकार की अनुमति केवल तभी दी जाती है यदि:

a) रोगी को नि:शुल्क बेड फंड के लिए आवेदन करने का अवसर मिला है और वह इस तरह के फंड्स के लिए जवाब देने, इंकार करने में विफल रहा है या अयोग्य पाया गया है;

b) रोगी ने अस्पताल की वित्तीय सहायता नीति के तहत, अन्य वित्तीय सहायता के लिए आवेदन नहीं किया या अर्हता प्राप्त नहीं की है, या अपने ऋण के भुगतान में सहायता करने के लिए अथवा हिस्से हेतु अर्हता प्राप्त की है, लेकिन अपने जिम्मेदार हिस्से का भुगतान नहीं किया है;

c) रोगी ने भुगतान की व्यवस्था करने या सहमति देने का प्रयास नहीं किया है अथवा अस्पताल और रोगी द्वारा सहमति प्राप्त भुगतान व्यवस्था का रोगी अनुपालन नहीं कर रहा है;

d) खाते की शेष राशि का योगफल $10,000 से अधिक है और ग्रहणाधिकार के अधीन किए जाने वाली संपत्ति का मूल्यांकन मूल्य कम से कम $300,000 है; तथा

e) ग्रहणाधिकार का परिणाम व्यक्तिगत निवास पर प्रतिबंधात्मक नहीं होगा।

अनुलग्नक 3

सीमित अंग्रेजी प्रवीणता भाषाएं

अल्बानियन
अरबी
बंगाली
सरलीकृत चीनी
चीनी पारंपरिक
फ्रेंच
फ्रेंच क्रियोल (हाईटियन क्रियोल)
जर्मन
यूनानी
हिंदी
इतालवी
जापानी
कोरियाई
लाओटियन
पश्तो
पर्शियन – दारी
पर्शियन – फारसी
पोलिश
पुर्तगाली
पुर्तगाली क्रियोल (केप वर्डीन)
रूसी
स्पेनिश
स्वाहिली
तागालोग
तिग्रीन्या
तुर्की
वियतनामी