

شماره خط مشی: PSJH RCM 002 LAMKT		موضوع: خط مشی Providence در ارائه کمک هزینه مالی (خدمات درمانی خیریه) – کالیفرنیا جنوبی	
تاریخ: 2019/22/3	جدید <input checked="" type="checkbox"/> اصلاح شده <input type="checkbox"/> بازنگری شده <input type="checkbox"/>	بخش: مدیریت چرخه درآمد	
دارنده خط مشی: Vicki Head، مدیر دسترسی بیماران		حامی مالی در اجرا: Kimberly Sullivan، مسئول ارشد چرخه درآمد SVP	
تاریخ اجرا: 2019/1/5		با تأیید: هیئت مدیره PSJH	

سازمان Providence یک سازمان کاتولیک غیرانتفاعی در زمینه بهداشت و درمان است که موارد زیر موتور محرکه‌اش را تشکیل می‌دهند: تعهد نسبت به رسالتش، یعنی خدمت‌رسانی به همه، بالاخص آنهایی که ضعیف و آسیب‌پذیر هستند؛ ارزش‌های بنیادین که عبارتند از عتوفت، عزت و احترام، عدالت، تعالی و درستکاری؛ و نهایتاً اعتقاد به اینکه بهداشت و درمان از حقوق بشر است. فلسفه و عمل در هر یک از بیمارستان‌های Providence بر این پایه است که خدمات بهداشتی درمانی اورژانسی و با ضرورت پزشکی برای ساکنین جامعه‌ای که خدمت‌رسان آنها هستیم به راحتی در دسترس باشد؛ آن هم بدون توجه به توانایی آنها در پرداخت هزینه‌ها.

### حیطه:

این خط مشی برای کلیه بیمارستان‌های Providence Health & Services – Southern California ("Providence") در شهرستان لس آنجلس ایالت کالیفرنیا و همچنین کلیه خدمات اورژانسی، فوریتی و سایر خدمات دارای ضرورت پزشکی که توسط بیمارستان‌های Providence در شهرستان لس آنجلس ارائه می‌گردد اعمال می‌شود (به استثنای خدمات درمانی تجربی یا پژوهشی). فهرست بیمارستان‌های Providence که تحت پوشش این خط مشی هستند را می‌توان در «پیوست A، فهرست بیمارستان‌های تحت پوشش» مشاهده کرد.

این خط مشی را باید به گونه‌ای همسو با بخش (r) 501 در قانون‌نامه درآمد داخلی مصوب 1986 و نسخه اصلاحی آن تفسیر کرد؛ و در رابطه با بیمارستان‌های Providence در کالیفرنیا، باید مطابق با «خط‌مشی‌های نرخ‌گذاری منصفانه در بیمارستان‌ها» که در قانون‌نامه سلامت و ایمنی کالیفرنیا (بخش‌های 127400 تا 127446) عنوان شده است تفسیر نمود. در مواقع وجود اختلاف بین مفاد این قوانین و خط‌مشی جاری، قوانین مذکور غالب خواهد بود.

### هدف:

هدف از تدوین این خط مشی این است که روشی عادلانه، بدون تبعیض، اثربخش و یکپارچه برای ارائه کمک‌هزینه مالی (خدمات درمانی خیریه) ایجاد شود تا به افراد واجد شرایط که قادر به پرداخت جزء یا کل هزینه خدمات اورژانسی و ضروری پزشکی و سایر خدمات بیمارستانی در بیمارستان‌های Providence نیستند اختصاص یابد.

از مقاصد این خط مشی پیروی از کلیه قوانین فدرال، ایالتی و محلی است. این خط مشی و برنامه‌های کمک‌هزینه مالی مندرج در این سند تشکیل‌دهنده نسخه رسمی «خط‌مشی کمک‌هزینه مالی» (FAP) و «خط‌مشی مراقبت‌های پزشکی اورژانسی» است که برای هر یک از بیمارستان‌های تحت مالکیت، اجاره یا مدیریت Providence اجرا می‌گردد.

### خط‌مشی:

سازمان Providence اقدام به ارائه خدمات بیمارستانی رایگان یا تخفیف‌دار به افراد واجد شرایط کم‌درآمد، فاقد پوشش بیمه یا با پوشش بیمه محدود و نیز بیماران متحمل هزینه‌های پزشکی سنگین از جمله آنهایی که روی 350 درصد از خط فقر فدرال (FPL) یا زیر آن قرار گرفته‌اند، خواهد کرد. این برای زمانی است که عدم توانایی مالی مانع از دسترسی به خدمات اورژانسی با ضرورت پزشکی و سایر خدمات درمانی بیمارستانی شود و منبع جایگزینی نیز برای پوشش هزینه‌ها شناسایی نشده باشد. بیماران برای واجد شرایط شدن لازم است شرایط مقرر در این خط‌مشی را داشته باشند.

بخش‌های اورژانس در بیمارستان‌های Providence بدون قائل شدن تبعیض و بدون توجه به صلاحیت شخص برای برخورداری از کمک‌هزینه مالی، اقدام به ارائه خدمات درمانی برای شرایط پزشکی اورژانسی (در چارچوب معنای «قانون درمان پزشکی و زایمان اورژانسی») خواهد کرد به طوری که با توانایی‌های موجود سازگار باشد. سازمان Providence در تعیین صلاحیت فرد برای برخورداری از کمک‌هزینه مالی، بر مبنای سن، نژاد، رنگ، اعتقادات، قومیت، مذهب، ملیت اصلی، وضعیت تأهل، جنسیت، گرایش جنسی، هویت جنسی یا جنسیت، ناتوانی، وضعیت سربازی و نظامی، یا هر مبنای دیگری که قانون فدرال، ایالتی یا محلی آن را ممنوع دانسته باشد، تبعیض قائل نمی‌شود.

بیمارستان‌های Providence معاینات غربالگری اورژانسی و مداوا را برای پایدارسازی وضعیت بیمار انجام خواهند داد، یا وی را به جای دیگر ارجاع داده و منتقل خواهند کرد، به شرطی که چنین انتقالی طبق 42 C.F.R 482.55 مقتضی باشد. سازمان Providence هرگونه اقدام، رویه‌های پذیرش بیمار، یا خط‌مشی‌هایی را که باعث نامیدی افراد در کسب خدمات درمانی اورژانسی بشود ممنوع می‌داند، از جمله اجازه وصول بدهی‌ها که در ارائه خدمات درمانی اورژانسی اختلال ایجاد کند.

**فهرست ارائه‌دهندگان تابع خط‌مشی دسترسی عادلانه Providence:** تک‌تک بیمارستان‌های Providence اختصاصاً فهرستی از پزشکان، گروه‌های پزشکی و سایر متخصصان ارائه‌دهنده خدمات را ارائه خواهند کرد تا آنهایی که تحت پوشش این خط‌مشی هستند و نیستند مشخص شود. پزشکان بخش اورژانس که خدمات اورژانسی را در بیمارستان‌های Providence کالیفرنیا به بیماران ارائه می‌دهند طبق قانون کالیفرنیا ملزم هستند تخفیفاتی را برای بیماران فاقد پوشش بیمه یا بیماران متحمل هزینه‌های پزشکی سنگین که روی 350 درصد از خط فقر فدرال (FPL) یا زیر آن قرار دارند، در نظر بگیرند (این قانون در «خط‌مشی‌های نرخ‌گذاری منصفانه در بیمارستان‌ها در قانون‌نامه سلامت و ایمنی کالیفرنیا (بخش‌های 127400-127446) تعریف شده است). هریک از بیمارستان‌های Providence فهرست مذکور را به بیمارانی که متقاضی نسخه‌ای از آن باشند ارائه خواهند داد. فهرست ارائه‌دهنده مورد نظر را می‌توان به‌صورت آنلاین نیز در وبسایت‌های Providence یافت: [www.providence.org](http://www.providence.org).

**شرایط برخورداری از کمک‌هزینه مالی:** برخورداری از کمک‌هزینه مالی هم برای بیماران و ضامن‌های بیمه‌دار و هم فاقد بیمه امکان‌پذیر است، به نحوی که کمک‌هزینه مطابق با این خط‌مشی و قوانین فدرال و ایالتی باشد که حکم بر مزایای مجاز برای بیماران است. بیمارستان‌های Providence پیش از صورت دادن هرگونه اقدام در وصول وجه از بیمار، تلاشی را در حد معقول برای تعیین وجود یا عدم وجود پوشش بیمه از شرکت‌های ثالث که ممکن است کل یا جزئی از هزینه خدمات درمانی ارائه‌شده در بیمارستان‌های Providence را تأمین کنند، انجام خواهند داد.

بیمارانی که متقاضی کمک‌هزینه مالی هستند الزاماً باید فرم استاندارد درخواست کمک‌هزینه مالی Providence را تکمیل کنند، و ضمناً تعیین صلاحیت بر مبنای نیاز مالی‌شان در زمان درخواست خواهد بود. تلاش‌هایی در حد معقول صورت خواهد گرفت تا امکان برخورداری از کمک‌هزینه مالی به اطلاع بیمار برسد؛ بدین صورت که اطلاعاتی در مرحله پذیرش و ترخیص بیمار روی صورتحساب‌های وی و در قسمت‌های قابل دسترسی صورتحساب، بر روی وبسایت بیمارستان Providence، به صورت شفاهی طی صحبت‌های مربوط به پرداخت، و نیز تابلوهایی به تعداد زیاد در قسمت‌های سرپایی و بستری، از جمله پذیرش و بخش اورژانس، ارائه گردد. سازمان Providence مطابق با خط‌مشی خود اطلاعاتی را که برای تعیین صلاحیت بکار رفته در حفظ سوابق حفظ خواهد کرد.

**ثبت درخواست کمک‌هزینه مالی:** بیماران یا ضامن‌ها می‌توانند درخواست کمک‌هزینه مالی ارائه کنند؛ این درخواست رایگان است و در سازمان Providence یا به روش‌های زیر قابل دسترسی می‌باشد: اطلاع‌رسانی به پرسنل خدمات مالی بیماران در هنگام ترخیص، یا قبل از آن در مورد اینکه کمک‌هزینه درخواست شده و کلیه مدارک ارائه شده است؛ با پست، یا با مراجعه به آدرس [www.providence.org](http://www.providence.org)، دانلود و ارائه فرم تکمیل‌شده درخواست به همراه اسناد و مدارک. شخص متقاضی کمک‌هزینه مالی تحت غربالگری اولیه قرار خواهد گرفت. در این غربالگری بررسی می‌شود که آیا شخص از منابع پرداختی ثالث به‌طور کامل استفاده کرده یا اینکه اصلاً شرایط لازم برای آن را دارد یا نه.

هریک از بیمارستان‌های Providence موظف است برای کمک به تکمیل فرم کمک‌هزینه مالی و تعیین صلاحیت برای برخورداری از کمک‌هزینه Providence یا کمک‌هزینه از برنامه‌های بیمه‌ای دولتی (در صورت وجود)، پرسنل بیمارستان را در اختیار متقاضی بگذارد. برای پاسخگویی به هرگونه سؤال یا نگرانی، و همچنین جهت کمک به تکمیل فرم درخواست کمک‌هزینه مالی، امکان استفاده از خدمات ترجمه شفاهی وجود دارد.

بیمار یا ضامن واجد شرایط درخواست کمک‌هزینه مالی می‌تواند هر زمان که از قرار گرفتن درآمد شخص زیر حداقل خط فقر فدرال (FPL) آگاهی یافت، اسناد و مدارک کافی را مطابق با مقررات فدرال و ایالتی ذیربط و برای کمک به Providence در تعیین صلاحیت ارائه دهد.

**وضعیت مالی فردی:** از درآمد، دارایی‌های پولی و مخارج شخص برای ارزیابی موقعیت مالی فردی بیمار استفاده خواهد شد. حقوق بازنشستگی یا طرح‌های پرداخت غرامت معوق که شخص طبق قانون‌نامه درآمد داخلی دارایی‌های مالی واجد شرایطشان است یا طرح‌های پرداخت غرامت معوق بی‌نیاز از واجد شرایط بودن، جزو دارایی‌های پولی محسوب نخواهد شد.

**صلاحیت‌های درآمدی:** براساس خط‌مشی فقط فدرال (FPL) ممکن است معیارهای درآمدی برای تعیین صلاحیت برخورداری از خدمات درمانی رایگان یا تخفیف‌دار استفاده شود. برای جزئیات بیشتر لطفاً به پیوست B رجوع کنید.

**تصمیم‌گیری‌ها و تأییدها:** بیماران ظرف 30 روز از تاریخ تسلیم فرم درخواست کمک‌هزینه مالی و اسناد و مدارک لازم، اطلاعیه تعیین صلاحیت FAP را دریافت خواهند کرد. پس از اینکه درخواست بیمار دریافت گردد، وصول هزینه‌های فوق‌العاده به تعویق می‌افتد تا اینکه گواهی کتبی تعیین صلاحیت به بیمار ارسال شود. بیمارستان برای تعیین صلاحیت برخورداری از کمک‌هزینه، از اطلاعاتی که به عقیده بیمارستان نادرست یا نامعتبر است استفاده نخواهد کرد.

**حل و فصل اختلافات:** بیمار ظرف 30 روز از دریافت اطلاعیه رد درخواست، می‌تواند با ارائه اسناد و مدارک بیشتر به Providence برای عدم صلاحیت نسبت به کمک‌هزینه مالی درخواست تجدید نظر دهد. کلیه درخواست‌های تجدید نظر بررسی خواهد شد و اگر نتیجه آن حاکی از تأیید رد درخواست باشد، اطلاعیه‌ای کتبی به ضامن و در مواقع نیاز و مطابق با قانون ذریبط به اداره سلامت ایالت (State Department of Health) ارسال خواهد شد. روند درخواست تجدید نظر ظرف 10 روز از تاریخ دریافت اطلاعیه رد درخواست از سوی Providence، به نتیجه خواهد رسید. درخواست تجدید نظر را می‌توانید به آدرس زیر ارسال نمایید: PH&S Regional Business Office, P.O. Box 3268, Portland, OR 97208-3395.

**کمک خیریه مفروض:** سازمان Providence ممکن است به روشی غیر از درخواست «کمک‌هزینه مالی کامل»، بیمار را برای برخورداری از تخفیف خیریه در صورت‌تسابش مجاز شمرد. چنین تصمیمی بر مبنای مفروض و با استفاده از ابزار ارزیابی مالی معتبر انجام خواهد شد که توانایی مالی شخص را بر اساس سوابق مالی عمومی موجود یا سایر سوابق ارزیابی می‌کند؛ از جمله آن معیارها عبارتند از درآمد خانوار، تعداد نفرت خانوار، و پیشینه اعتباری و پرداختی.

**سایر شرایط خاص:** بیمارانی که صلاحیت عضویت در برنامه‌های مبتنی بر FPL مانند Medicaid، Medi-Cal و سایر برنامه‌های کمک‌هزینه دولتی بر مبنای درآمد کم را دارند، به عنوان افراد نیازمند تلقی می‌شوند. از این رو، این بیماران در مواقعی که برنامه‌ها پرداخت هزینه را نمی‌پذیرند و در نتیجه هزینه‌ها را توسط بیمار قابل پرداخت می‌دانند، واجد شرایط برخورداری از کمک‌هزینه مالی هستند. مانده حساب ناشی از هزینه‌هایی که بازپرداخت نشده است مشمول تخفیف کامل خیریه‌ای می‌شود. از هزینه‌هایی که بالاخص مشمول طرح فوق هستند عبارتند از:

- هزینه‌های پذیرفته‌نشده در قبال بستری بیمار
- هزینه‌های پذیرفته‌نشده در قبال روزهای مراقبت‌های بستری
- خدمات خارج از پوشش
- موارد رد درخواست مجوز درمان (TAR)
- موارد رد درخواست به دلیل پوشش محدود

**هزینه‌های پزشکی مصیبت‌بار:** سازمان Providence ممکن است به صلاحیت خود در مواقع هزینه‌های پزشکی مصیبت‌بار خدمات خیریه ارائه دهد. به پرونده هر یک از این بیماران جداگانه رسیدگی خواهد شد.

**محدودیت در اعمال هزینه برای کلیه بیماران مشمول کمک‌هزینه مالی:** بیمارانی که برای هر کمک‌هزینه‌ای از انواع فوق‌الذکر واجد شرایط باشند شخصاً مبلغی بیش از درصد «مبالغ کلی صورت‌تساب» (AGB) (در زیر تعریف شده است) از هزینه‌های ناخالص را متحمل نخواهند شد.

**طرح اقساطی معقول:** وقتی بیمار برای دریافت کمک‌هزینه مالی جزئی تأیید شود اما همچنان بدهی قابل پرداخت داشته باشد، PSJH طرحی را برای پرداخت اقساطی تدارک می‌بندد. طرح اقساطی معقول شامل پرداخت‌های ماهانه خواهد بود به طوری که مبلغ هر قسط بیش از 10 درصد درآمد ماهانه بیمار یا خانواده نباشد، بدون احتساب کسری‌های «مخارج ضروری زندگی» که بیمار فهرست آن را در فرم درخواست کمک‌هزینه مالی وارد کرده است. طرح‌های اقساطی بدون بهره خواهد بود. برای بیمارانی که درخواست تجدید نظر معوق برای پوشش هزینه‌ها دارند، مدت طرح اقساط افزایش خواهد یافت.

**صورتحساب و وصول بدهی:** هرگونه بدهی معوقه احتمالی را که بیماران یا ضامن‌ها پس از اعمال تخفیف‌های موجود مسئول پرداخت آن باشند، «وصول بدهی» می‌نامند. اقدام به وصول بدهی‌های معوقه تا زمان تعیین صلاحیت طرح FAP متوقف خواهد شد. سازمان Providence از انجام یا مجاز شمردن وصول بدهی‌های فوق‌العاده قبل از انجام موارد زیر، یا دادن اجازه به شرکت‌های وصول مطالبات در انجام این کار خودداری خواهد کرد: (الف) اقدامی در حد معقول برای تعیین صلاحیت بیمار در برخورداری از کمک‌هزینه مالی، یا (ب) 120 روز پس از تاریخی که اولین صورتحساب بیمار ارسال می‌شود. برای کسب اطلاعات در خصوص رویه‌های Providence در صدور صورتحساب و وصول بدهی‌های بیماران، لطفاً خط مشی بیمارستان Providence را ملاحظه فرمایید؛ دریافت نسخه‌های رایگان از آن با مراجعه به بخش پذیرش بیمارستان‌های Providence یا مراجعه به آدرس اینترنتی زیر امکان‌پذیر است: [www.providence.org](http://www.providence.org).

**بازپرداخت‌های بیماران:** در مواقعی که بیمار یا ضامن مبلغی را برای خدمات پرداخت کرده و متعاقباً مشخص شده که وی برای خدمات درمانی رایگان یا تخفیف‌دار واجد شرایط است، کلیه مبالغی که در ارتباط با آن خدمات و طی دوره مشمول FAP پرداخت شده باشد و از تعهدات مالی فراتر رفته باشد، مطابق با مقررات ایالتی بازپرداخت خواهد شد.

**بازبینی سالانه:** خط مشی کمک‌هزینه مالی (خدمات درمانی خیریه) Providence هر ساله توسط مدیریت چرخه درآمد بازبینی خواهد شد.

### استثناها:

به بخش «حیطه» در بالا مراجعه کنید.

## تعاریف:

تعاریف و الزامات زیر برای اهداف این خط مشی قابل اعمال است:

1. خط فقر فدرال (FPL): خط فقر فدرال به معیارهای فقر اشاره دارد که به صورت دوره‌ای در Federal Register و توسط وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده به روزرسانی می‌شود.
2. مبالغ کلی صورتحساب (AGB): در این سند خط مشی، مبالغی که به صورت کلی برای خدمات اورژانسی و سایر مراقبت‌های دارای ضرورت پزشکی به حساب بیمارانی که بیمه سلامت دارند لحاظ می‌شود، «مبالغ کلی صورتحساب» (AGB) نامیده شده است. سازمان درصد AGB قابل اعمال برای هر یک از بیمارستان‌های Providence را طبق فرمول زیر محاسبه می‌کند: هزینه‌های ناخالص بیمارستان برای هر یک از خدمات اورژانسی یا دارای ضرورت پزشکی ضریدر درصدی ثابت که بر مبنای مطالبات مجاز تحت Medicare است. می‌توان برگه‌های اطلاعاتی بیانگر درصد AGB و نحوه محاسبه آنها در هر یک از بیمارستان‌های Providence را با مراجعه به وبسایت زیر دریافت کرد: [www.providence.org](http://www.providence.org) همچنین می‌توانید با شماره‌گیری 1-866-747-2455 نسخه‌ای از آن را درخواست دهید.
3. وصول فوق‌العاده (ECA): وصول‌های فوق‌العاده عبارتند از اقدامات نیازمند رویه قانونی یا قضایی که طی آن مطالبه‌ای به شخص دیگر فروخته می‌شود یا اطلاعات منفی به سازمان‌ها یا دفاتر اعتبارسنجی گزارش می‌شود. اقداماتی که به رویه قانونی یا قضایی در این جهت نیاز دارند عبارتند از حق گروبی؛ سلب حق رهن ملک؛ الحاق یا توقیف حساب بانکی یا سایر املاک شخصی؛ اقامه دعوی مدنی علیه شخص؛ اقداماتی که منجر به دستگیری شخص می‌شود؛ اقداماتی که منجر به بازداشت شخص می‌شود؛ و توقیف حقوق.
4. هزینه‌های پزشکی سنگین: هزینه‌های پزشکی سنگین که در خط مشی نرخ‌گذاری منصفانه در بیمارستان - قانون‌نامه سلامت و ایمنی کالیفرنیا (بخش‌های 127400-127446) تعریف شده است، به قرار زیر می‌باشد: (1) هزینه‌های سالانه پرداختی از جیب که فرد در بیمارستان SJH متحمل شده و در 12 ماه قبل، از 10 درصد درآمد خانواده بیمار فراتر رفته باشد، (2) مخارج سالانه پرداختی از جیب که از 10 درصد درآمد خانواده بیمار فراتر رفته باشد، به شرطی که بیمار اسناد و مدارکی را در تأیید اینکه هزینه‌های پزشکی بیمار توسط خود بیمار یا خانواده‌اش در 12 ماه قبل پرداخت شده است ارائه کند، یا (3) سطح پایین‌تری از درآمد که طبق خط مشی خدمات درمانی خیریه در بیمارستان SJH تشخیص داده شده باشد.

## ارجاعات:

قانون‌نامه درآمد داخلی، بخش 501(r)؛ 26 C.F.R. 1.501(r)(1) – 1.501(r)(7)
قانون‌نامه سلامت و ایمنی کالیفرنیا، بخش 127446-127000
قانون درمان پزشکی و زایمان اورژانسی (EMTALA)، 42 U.S.C. 1395dd
413.89 و 42 C.F.R. 482.55
ضوابط خیریه انجمن‌های بیمارستانی آمریکا
ضوابط خیریه انجمن بیمارستانی کالیفرنیا
ضوابط پیمان کالیفرنیا در حوزه خدمات خیریه کاتولیک بهداشتی درمانی
ضوابط تعهد Providence St. Joseph Health نسبت به افراد فاقد بیمه
راهنمای بازپرداخت ارائه‌دهنده خدمات، قسمت 1، فصل 3، بخش 312

پیوست A - فهرست مراکز تحت پوشش

بیمارستان‌های Providence در کالیفرنیا جنوبی	
مرکز پزشکی Providence Holy Cross	مرکز پزشکی Providence Saint Joseph
مرکز سلامت Providence Saint John	مرکز پزشکی Providence Little Company of Mary در San Pedro
مرکز پزشکی Providence Little Company of Mary در Torrance	مرکز پزشکی Providence Tarzana

**پیوست B - صلاحیت‌های درآمدی برای بیمارستان‌های Providence در کالیفرنیا جنوبی**

آنگاه ...	اگر...
مشخص می‌شود که بیمار از لحاظ مالی نیازمند است، و واجد شرایط تخفیف 100% کمک‌هزینه مالی برای مبالغی که به گردن بیمار است قرار می‌گیرد.	درآمد سالانه خانواده پس از تعدیل بر اساس تعداد نفرات خانواده برابر با 300% معیارهای جاری خط فقر فدرال (FPL) یا زیر آن باشد،
بیمار برای تخفیف 75 درصدی روی هزینه‌های اصلی که به گردن بیمار است واجد شرایط می‌شود.	درآمد سالانه خانواده پس از تعدیل بر اساس تعداد نفرات خانواده بین 301% و 350% درصد معیارهای جاری فقر فدرال (FPL) باشد،
بیمار برای مزایای خیریه 100 درصدی روی هزینه‌هایی که به گردن بیمار است واجد شرایط می‌شود.	درآمد خانواده پس از تعدیل بر اساس تعداد نفرات خانواده معادل 350% از خط فقر فدرال یا زیر آن باشد و مجموع هزینه‌های پزشکی در قبال خدماتی که تابع این خط مشی هستند در بیمارستان‌های Providence در 12 ماه اخیر بیش از 20% از درآمد سالانه خانواده پس از تعدیل بر اساس تعداد نفرات خانواده باشد،