

	Entrée en vigueur initiale: Janvier 2013 Dernière Date de révision: Octobre 2015 révision date d'entrée en vigueur: Janvier 2016	Page 1 of 12	Policy Number CA-FIN-501
Sujet : Soins de charité de Californie et politique sur les paiements de réduction	Autorisation: VP Revenue Cycle		

But :

Le but de la présente politique vise à énoncer la Providence santé & (PH & S) de Services politiques aide financière et des soins médicaux d'urgence, qui visent à promouvoir l'accès aux soins médicalement nécessaires pour ceux sans la capacité de payer, et d'offrir un rabais de facturé frais pour les personnes qui sont en mesure de ne payer qu'une partie des coûts de leurs soins. Ces programmes s'appliquent uniquement à l'égard d'urgence et d'autres services de soins de santé médicalement nécessaires fournis par PH & S. Cette politique et les programmes d'aide financière décrits ci-après constituent la politique d'Assistance financière ("FAP") officiel et la politique de soins médicaux d'urgence pour chaque hôpital qui est possédé, loué ou exploité par PH & S dans l'état de Californie.

Hôpitaux de PH & S en Californie :

Entreprise peu de Providence Saint Joseph Medical Center, Providence Holy Cross Medical Center, Providence de Mary Medical Center San Pedro, centre de santé de Saint John populaire, le centre médical Providence Tarzana et Providence, petite compagnie de Mary Medical Center Torrance.

Politique:

PH & S est un organisme de santé catholique, guidé par un engagement envers sa Mission et valeurs fondamentales, conçu pour révéler l'amour de Dieu pour tous, en particulier les pauvres et les vulnérables, par l'intermédiaire de service compatissant. C'est la philosophie et la pratique de chaque ministère PH & S dont disposent les services de soins de santé médicalement nécessaires aux membres de la communauté et ceux dans le besoin médical emergent, sans délai, quel que soit leur capacité de payer. Aux fins de la présente politique, « aide financière » comprend les soins de charité et autres programmes d'aide financière offerts par PH & S.

1. PH & S se conformera aux fédérales et les lois et les règlements relatifs aux soins médicaux d'urgence de services et de la charité.
2. PH & S offrira des soins de charité aux admissibles patients avec aucune autre source de paiement principal pour les soulager de tout ou partie de leurs obligations financières des services de soins de santé médicalement nécessaires PH & S.
3. Dans l'alignement de ses principales valeurs, PH & S fournira des soins de charité aux admissibles les patients de façon respectueuse, compassion, juste, cohérente, efficace et efficiente.
4. PH & S n'établira pas de discrimination sur la base d'âge, race, couleur, croyance, ethnicité, religion, origine nationale, matrimonial, sexe, orientation sexuelle, l'identité de genre ou expression, handicap, vétéran ou statut militaire ou toute autre base interdite par la loi fédérale, provinciales ou locale lorsque la prise des décisions de soins de la charité.
5. Dans des circonstances atténuantes, PH & S peut approuver, à sa discrétion, une aide financière à l'extérieur de la portée de cette politique. Irrécouvrables/présomptive charité est homologuée en raison de, mais non limitée à ce qui suit : diagnostic social, les sans-abri, les faillites, décédé sans succession, histoire de la non-patient/garants incapacité de payer et pourquoi les affectation d'Office de collection ne donnerait pas lieu à résolution du compte.
6. Cette politique doit être interprété et mis en œuvre afin d'être en pleine conformité avec California Assembly Bill 774, codifié au Health and Safety Code Section 127400 et. suiv., efficace 1er janvier 2007, telle que révisée par la California State Sénat Bill 350, compter du 1er janvier 2008, l'Assemblée Bill 1503 à compter 1er janvier 2011 et SB 1276 efficace 01/01/2015. Toutes les agences de recouvrement, travaillant pour le compte de Providence santé et Services Southern

California (PHSSC) des installations doivent être conformes aux Health and Safety Code Section 127400 et. Seq modifiées et applicables PHSS les politiques concernant les agences de recouvrement. Voir connexes Bureau politique des affaires régionales, GOV-107, normes de collecte de dette et pratiques politiques.

Definitions:

7. "Soins de charité » se réfère à l'assistance financière complète pour les patients, pour les soulager de leur obligation financière totale médicalement nécessaires ou admissibles électives services de santé (organisme de bienfaisance complet) de qualification.
8. « Rabais paiement » se réfère à une aide financière partielle pour les patients, pour les soulager de leur obligation financière en partie médicalement nécessaires ou admissibles électives services de santé (organisme de bienfaisance partielle) de qualification.
9. Les frais bruts sont le total des frais à taux plein de la facilité pour la fourniture de services de soins aux patients avant l'appliquent des déductions du revenu. Frais bruts sont jamais facturés aux patients qui se qualifient pour la charité partielle ou les escomptes de paye privé.
10. Privé paye Discount est un rabais fourni aux patients qui ne sont pas admissibles à une aide financière et qui n'ont pas un tiers payeur parti ou dont l'assurance ne couvre pas le service fourni ou qui ont épuisé leurs prestations. Voir le privé paye Discount politique, CA-FIN-5003.
11. Médecin d'urgence signifie un médecin et chirurgien sous licence en vertu du chapitre 2 (commençant avec Section 2000) de l'entreprise et les Professions Code qui est accrédité par un hôpital et soit employée ou engagée par l'hôpital pour fournir des services médicaux d'urgence au service des urgences de l'hôpital, sauf qu'un "médecin" ne doit pas comprendre un médecin spécialiste qui est appelée dans le service des urgences d'un hôpital ou qui fait partie du personnel ou a des privilèges à l'hôpital en dehors de l'urgence. Urgentologues, qui fournissent des services médicaux d'urgence aux patients dans les hôpitaux de PHSSC sont tenus par la Loi de la Californie d'offrir remises aux patients non assurés ou en ayant des frais médicaux élevés qui sont égale ou inférieure à 350 % du seuil de pauvreté fédéral.
12. Sous réserve des fournisseurs FAP de PH & S: en plus de chaque hospitalier PH & S il y a lieu, tous les médecins et autres fournisseurs de rendre les soins aux patients de PH & S pendant un séjour à l'hôpital sont soumis à ces politiques sauf si précisé autrement. L'annexe A indique où les patients peuvent obtenir l'ou les listes relatives à tous les fournisseurs qui rendent les soins dans les départements de l'hôpital de PH & S, et si oui ou non ils sont assujettis à la PH & S Financial Assistance politique. Cette liste peut être consultée en ligne à www.providence.org, et est également disponible sur support papier par demande via le conseiller financier à l'hôpital.
13. Services admissibles en vertu de la politique : la politique de paiements des soins et de remise de charité s'applique à tous les services fournis aux patients admissibles reçoivent des soins médicalement nécessaires d'urgence ou soins électifs admissibles, y compris les patients de péage et les passifs de coassurance exigées par les tiers payeurs, y compris l'assurance-maladie et Medi-Cal montants partage des coûts, dans lequel il est établi que le patient est financièrement incapable de payer. Comprend les soins de santé médicalement nécessaires :
 - a. Services d'urgence au service des urgences.
 - b. Services, une condition qui, si pas rapidement traitée, conduirait à un changement défavorable dans l'état de santé du patient.
 - c. Services non facultatifs fournis en réponse aux circonstances potentiellement mortelle à l'extérieur de la salle d'urgence (admissions directes).
 - d. Services médicalement nécessaires fournis aux bénéficiaires de Medicaid qui sont des services non couverts.
 - e. D'autres services médicalement nécessaires déterminés au cas par cas par PH & S.
14. Soins électifs admissibles comprend :
 - a. Les patients et leurs médecins peuvent demander des services de bienfaisance pour soins optionnel, peut être différée. Soins électifs devient admissible à bienfaisance et services d'escompte que lorsque toutes les conditions suivantes sont remplies :
 - i. Un membre du personnel médical d'une installation de PH & S doit soumettre leur demande de services de bienfaisance ;

- ii. Les patients est déjà un patient du médecin requérant et le soin est nécessaire pour la bonne continuité des soins ; les procédures esthétiques ne sont pas admissibles aux services de bienfaisance ;
- iii. Le médecin fournira des services au même taux d'actualisation tel que déterminé par l'hôpital conformément aux directives de la charité de cette politique, jusques et y compris de la gratuité des soins ;
- iv. Le patient vit au sein de notre secteur des services (telle que déterminée par le PH & S); et
- v. Le patient remplit une demande d'aide financière et obtient l'autorisation écrite de PH & S avant de recevoir les soins électifs.

15. Admissibilité à l'organisme de bienfaisance est déterminée par une incapacité à payer définies dans cette politique fondée sur un ou plusieurs des critères suivants :

- a. **Présomptive charité** – évaluation individuelle détermine que la demande d'aide financière n'est pas nécessaire car :
 - i. Patient est sans une adresse de résidence (p. ex. sans-abri) ;
 - ii. Services jugés admissibles en vertu de cette politique, mais non couverts par une tierce partie payeur ont été rendus à un patient qui est inscrit dans une certaine forme de Medicaid (Medi-Cal pour les résidents de la Californie) ou état indigence programme (par exemple recevoir des services en dehors de la couverture restreinte Medi-Cal) ou services ont été refusées autorisation de traitement Medi-Cal, comme qualification financière pour ces programmes comprend n'ayant qu'actifs marginales et une part de Medi-Cal défini de coût comme le maximum de la capacité de payer ; et/ou
 - iii. Incapacité du patient à payer est identifiée via une collection extérieur Agence revenu/actif de recherche. Si l'Office détermine qu'un procès ne se poursuivra pas, le compte sera placé dans un état inactif, où un mensuel PH & S revue sera déterminer une action, y compris l'acceptation éventuelle de la charité et l'annulation de l'Agence et la suppression des rapports de crédit.
 - iv. Incapacité du patient à payer est identifiée par le personnel du Bureau régional de l'entreprise grâce à une recherche de revenu/actif à l'aide d'une entité tierce partie.
- b. **Charité** – évaluation individuelle de l'incapacité de payer nécessite :
 - i. Achèvement d'une demande d'aide financière pour le programme de Potter Mary de la dignité humaine pour tous les établissements dans la région de PHSSC ;
 - ii. Validation que le revenu brut du patient est de moins de trois fois (300 %) la pauvreté fédérale directives (FPG) applicable au moment où le patient a demandé d'aide financière. Un patient avec ce niveau de revenu sera considéré comme admissible à 100 % les soins de la charité ; et/ou
 - iii. Validation que revenu brut du patient se situe entre 100 et 350 % de la FPG applicable au moment le patient a demandé une aide financière et que leur situation financière individuelle (frais médicaux élevés, etc.) qui les rend admissibles à possible remise de paiement (soins de charité partielle) ou 100 % les soins de la charité. Installation peut tenir compte des revenus et des actifs monétaires du patient pour évaluer la situation financière individuelle du patient. Actifs monétaires, toutefois, ne comprennent pas retraite ou des plans de rémunération différée admissibles en vertu de l'Internal Revenue Code ou plans de rémunération différée non qualifiées. En outre, la première de dix mille dollars (\$ 10 000) des actifs monétaires du patient n'est pas compté pour déterminer l'admissibilité, ni 50 % des actifs monétaires du patient au cours des premières dix mille dollars (\$ 10 000) est décompté pour déterminer l'admissibilité. Les informations obtenues sur les revenus et les actifs monétaires, cependant, ne doivent pas servir pour les activités de perception.
 - iv. Patients ayant un revenu brut égale ou inférieure à 350 % de FPG devra payer jamais de plus de 100 % du montant du paiement, l'hôpital vous en doutez, de bonne foi, pour recevoir pour la fourniture de services de l'assurance-maladie, Medi-Cal, le programme familles en bonne santé ou un autre programme parrainé par le gouvernement de bienfaits pour la santé auxquels participe l'hôpital où le traitement a été reçu, selon ce qui est plus grand. Ce montant doit être vérifié au moins tous les ans. Si l'hôpital où le traitement a été reçu fournit un service pour lequel il n'y a aucun paiement établi par l'assurance-maladie ou tout autre programme parrainé par le gouvernement de bienfaits pour la santé à laquelle participe l'hôpital, l'hôpital doit établir et approprié réduit le paiement. Un patient ayant un revenu brut supérieur à 350 % de FPG devra payer pas plus que le privé paye aux patients hospitalisés ou ambulatoires remboursement réduit ou les taux montant déclaré co-paiement, correspond au moins élevé. En outre, des patients non assurés et assurés dont le revenu brut est égale ou inférieure à 350 % du groupe des produits forestiers qui engagent des frais médicaux totales supérieure à dix pour cent (10 %) du revenu annuel brut au cours des 12 mois antérieurs recevra 100 % bénéfice de charité. Les coûts admissibles pour la charité radier doivent comprendre seulement les montants de patient passif après que assurance est facturée et les montants d'assurance responsabilité collectées.

Remarque : Brut jamais payant aux patients qui se qualifient pour la charité partielle ou privé paie remises. Une fois les frais bruts sont ajustés au Medicare approprié ou au taux de rémunération privée, la responsabilité du patiente ne changera pas même si finalement confié à une Agence.

16. Base de calcul des montants imputés aux Patients éligibles pour une aide financière

- a. Incluent des catégories de remises disponibles et les limitations sur des accusations en vertu de cette politique
 - i. **100 % Discount/Free Care** : n'importe quel patient ou la caution dont le revenu familial brut, ajusté à la taille de la famille, est à ou inférieur à 300 % de la pauvreté fédérale actuelle niveau ("FPL") est admissible à une remise de 100 % sur frais d'hospitalisation totale pour les soins médicalement nécessaires ou d'urgence, dans la mesure où le patient ou le garant n'est pas admissible pour les autres privé ou le parrainage de couverture de santé publique.
 - ii. **Rabais hors Charges à 75 %**: le PH & S couissant barème énoncée à l'annexe B serviront à déterminer le montant de l'aide financière à fournir sous la forme d'une réduction de 75 % pour les patients ou garants ayant un revenu entre 301 et 350 % du seuil de pauvreté fédéral actuel après tout des possibilités disponibles pour le patient ou le garant de financement ont été épuisées ou refusées et ressources financières personnelles et actifs ont été examinés pour financement possible pour payer facturé frais. Une aide financière peut être offert aux patients ou garants dont le revenu familial dépasse 350 % du seuil de pauvreté fédéral lorsque les circonstances montrent de graves difficultés financières ou la perte personnelle.
 - iii. **Limitation sur les frais pour tous les Patients éligibles pour une aide financière** : Limitation sur les frais pour tous les Patients éligibles pour une aide financière : aucun patient ou garant admissibles pour aucun des remises ci-dessus sera personnellement responsable de plus que le pourcentage de « Montants généralement facturé » (AGB) de redevances brutes, telles que définies dans l'article du règlement du Conseil du Trésor 1.501(r)-1(b)(2), par le S & PH applicable hôpital pour l'état d'urgence ou d'autres services médicalement nécessaires reçus. PH & S détermine AGB en multipliant les frais bruts de l'hôpital pour les soins médicalement nécessaires ou d'urgence par un pourcentage fixe qui est basé sur les revendications acceptées au titre de l'assurance-maladie. Fiches d'information détaillant les pourcentages AGB utilisé par chaque hôpital PH & S et comment elles sont calculées, peuvent être obtenues en visitant le site Web suivant :www.providence.org ou en téléphonant au: 1-866-747-2455 pour demander une copie papier. En outre, le montant maximal qui pourrait être recueilli dans une période de 12 mois pour les services de santé médicalement nécessaires ou d'urgence aux patients de bénéficier d'une aide financière est de 20 % du revenu familial brut du patient et est sous réserve de l'admissibilité continue du patient en vertu de cette politique.

17. Soins de la charité ne sont pas :

- a. **Créance irrécouvrable** : Une créance irrécouvrable résulte d'un refus de patients de payer ou d'un échec à se qualifier pour une aide financière qui serait autrement une incapacité à payer ;
- b. **Réglage contractuelle** : la différence entre le prix de détail pour les services et le montant alloué par un payeur de soins gérés gouvernementales ou sous contrat pour des services couverts qui est radiée ; ou
- c. **Other Adjustments**:
 - i. Récupération les réglages sont terminés lorsque le patient identifie une expérience de soins moins qu'optimales ;
 - ii. Rajustements de gestion de risque : lorsqu'une situation de responsabilité risque potentiel est identifiée et gestion des risques de Providence a élu pour absorber le coût des soins et pas le patient ont facturés ;
 - iii. Payeur démentis : où l'installation n'a pas pu obtenir le paiement en raison de la facturation intempestive par des clauses contractuelles ; ou rétroactive par déni de service par un payeur de soin contrôlé où l'appel n'a pas réussi.

18. Plan de paiement raisonnable : un plan par défaut requis par SB 1276 pour les patients bénéficiant de la charité partielle lorsqu'un plan négocié n'est pas joignable. SB 1276 définit le plan comme paiements mensuels qui ne sont pas plus de 10 % du revenu familial du patient pendant un mois, à l'exclusion des déductions pour frais de subsistance essentiel.

- a. **“Des moyens de subsistance essentiels”**, aux fins de la présente sous-section, les dépenses pour l'une des opérations suivantes : louer ou maison de paiement et fournitures d'entretien, de nourriture et de ménage, utilitaires et téléphone, vêtements, paiements médicaux et dentaires, assurance, soins école ou enfant, enfant ou conjoint soutien, frais de transport et auto, y compris les assurances, les gaz et les réparations. Acomptes provisionnels, blanchisserie et nettoyage et autres dépenses extraordinaires. Médecins d'urgence et de leurs ayants droit peut se fonder sur la détermination de l'hôpital des revenus et dépenses en établissant un plan de paiement raisonnable.

Processus d'évaluation :

Patients ou garants peuvent demander une aide financière en vertu de cette politique par l'un des moyens suivants: (1) conseiller patient PH & S financial services personnel à ou avant la date de décharge que l'aide est demandée et soumettre un formulaire de demande et toute documentation demandée par PH & S; (2) télécharger un formulaire de demande du site Web de PH & S , à www.providence.org et en soumettant le formulaire ainsi que toute documentation nécessaire ; (3) demandant un formulaire de demande par téléphone, en composant le: 1-866-747-2455 et en soumettant le formulaire ; ou (4) toute autre méthode spécifiée dans la facturation et la politique des Collections PH & S. PH & S affichera la signalisation et des informations sur sa politique d'aide financière aux zones d'accès appropriés. Y compris mais non limité aux zones département et l'admission d'urgence.

Une personne demandant des soins de l'organisme de bienfaisance sera donnée une sélection préliminaire et si ce dépistage ne l'empêche pas lui/elle pour les soins de la charité, une demande sera fournie avec des instructions sur la façon d'appliquer. Dans le cadre de ce processus de présélection PH & S examinera si la caution a épuisé ou n'est pas admissible pour une source de paiement tiers. Où l'identification de la caution comme une personne indigente est évidente pour PH & S une preuve prima-facie détermination de l'admissibilité peut être faite et dans ces cas le PH & S ne peut exiger qu'une demande ou les pièces justificatives.

Un garant qui peut-être être admissible aux soins de l'organisme de bienfaisance après que la présélection auront jusqu'à quatorze 14 jours après que la demande est présentée ou 240 de deux cent quarante jours après la date de la première décharge après bill a été envoyé au patient, si elle est postérieure, de fournir une documentation suffisante aux PH & S pour étayer une détermination de la charité. D'après la documentation fournie avec l'application de la charité, PH & S permettra de déterminer si des renseignements supplémentaires sont requis, ou si une décision de l'organisme de bienfaisance peut être établie. L'échec d'un garant pour raisonnablement toutes les procédures d'application appropriées dans les délais précisés ci-dessus doit être un motif suffisant pour PH & S d'engager des efforts de collecte.

Une détermination initiale d'admissibilité situation et le potentiel de parrainage pour les soins de la charité se terminera aussi près que possible de la date de service.

PH & S avisera le garant d'une décision définitive par écrit dans les dix 10 jours ouvrables suivant réception de la documentation nécessaire.

Le garant peut interjeter appel de la décision de non-admissibilité pour soins de la charité en fournissant des justificatifs supplémentaires au PH & S dans les trente 30 jours suivant la réception de l'avis de refus. Tous les appels seront examinés et si la décision en appel affirme la négation, une notification écrite sera envoyée au garant et le ministère de la santé, conformément à la Loi de l'État. Le processus d'appel final se terminera dans les trente 30 jours suivant la réception d'un refus par le demandeur.

Autres méthodes de qualités d'aide financière peuvent tomber sous le texte suivant :

- La statue légale des limitations de la collection a expiré ;
- Le garant est décédé et il n'y a aucune succession ou homologation ;
- Le garant a déposé le bilan ;
- Le garant a fourni les documents financiers que lui/elle admissibles à une aide financière ; et/ou
- Dossiers financiers indiquent que les revenus de la caution ne s'améliorera jamais pour être en mesure de payer la dette, par exemple avec les garants sur la durée de vie fixé des revenus.

Facturation et Collections : les soldes impayés dus par les patients ou les garants après application des remises disponibles, cas échéant, visées aux collections conformément aux politiques de facturation et de collections uniformes PH & de S. Pour plus d'informations sur la facturation et les collections des PH & S pratiques des montants dus par les patients ou les garants, s'il vous plaît de voir PH & S facturation et politique des Collections, qui est disponible gratuitement au bureau d'inscription de chaque hôpital PH

& S, à: www.providence.org; ou qui peuvent être envoyées à vous si vous appelez: 1-866-747-2455.

REFERENCE(S)/RELATED POLICIES

American Hospital Association Charity Guidelines
California Hospital Association Charity Guidelines
California Alliance of Catholic Healthcare Charitable Services Guidelines
Providence Health and Services Commitment to the Uninsured Guidelines
Patient Protection and Affordable Care Act of 2010 (Federal Exemption Standards) Private Pay Discounting Policy CA-FIN-5003
Regional Business Office Debt Collection Standards and Practices Policy, RBO-GOV-107

COLLABORATION

Cette politique a été élaborée en collaboration avec les départements suivants:

PHSSC Finance Division
Providence Health & Services Department of Legal Affairs

AUTHORIZATION:

Teresa Spalding
VP Revenue Cycle _____
Signature on file

_____ Date

ATTACHMENT A

Hospitalier de fournisseurs non soumis à des PH & S aide financière politique et tarifs associés

Il existe une liste de tous les fournisseurs qui rendent des soins à l'hôpital de PH & S, et si oui ou non ils sont soumis à la PH & S Assistance politique financière. Cette liste peut être consultée en ligne à www.providence.org, ou est disponible sur support papier par demande via le conseiller financier à l'hôpital. Si aucun fournisseur n'est assujéti à la politique d'Assistance financière alors que le fournisseur facturera patients séparément pour tous les services professionnels que ce fournisseur propose au cours de l'hôpital du patient restent, basé sur les directives de l'aide financière applicable propre du fournisseur, le cas échéant.

ATTACHMENT B
PH & CA S charité soin pourcentage glissant le barème d'honoraires

Pour garants avec le revenu et des actifs de plus de 300 % de la FPL actifs et revenu des ménages sont considérés pour déterminer l'applicabilité de l'échelle coulissante de frais.

Actifs, objet d'une évaluation ; IRA, 403b, 401 k est exonérés en vertu de cette politique, à moins que le patient élabore activement de leur part. Dans tous les autres biens, le premier \$ 10 000 est exonérée.

Revenu et un avoir en pourcentage du niveau fédéral la pauvreté	% De réduction (radiation) à partir des accusations initiale	Balance à bec au garant
100-300%	100%	0%
301-350%	75%	25%

ATTACHMENT C

AVIS DE COLLECTION PRATIQUES DES DROITS DES PATIENTS EN CE QUI CONCERNE LA COLLECTION DES SERVICES HOSPITALIERS POUR DETTES

État et les lois fédérales exigent des agents de recouvrement de vous traiter de façon équitable et d'interdire les agents de recouvrement de faire de fausses déclarations ou menaces de violence, à l'aide d'un langage obscène ou blasphématoire et faire une mauvaise communication avec des tiers, y compris votre employeur. Sauf dans des circonstances inhabituelles, agents de recouvrement ne peuvent pas communiquer avec vous avant 08:00 ou après 21:00. En général, un agent de recouvrement ne peut être donner d'informations sur votre dette à une autre personne, autre que votre avocat ou conjoint. Un agent de recouvrement peut communiquer avec une autre personne afin de confirmer votre emplacement ou d'exécuter un jugement. Pour plus d'informations sur les activités de collecte de dette, vous pouvez contacter la Federal Trade Commission par téléphone au 1-877-FTC-HELP (382-4357) ou en ligne à www.ftc.gov.

Si vous avez une couverture par le biais de groupe ou une assurance privée ou un autre tiers payeur programme et que vous souhaitez que nous facturer cette organisation, vous devez nous fournir vos informations d'inscription. Cette condition est remplie en présentant votre carte d'assurance maladie ou autre document approprié qui fournit politique des informations (et couverture dépendante, le cas échéant). Si vous avez besoin d'aide pour payer cette dette, vous pouvez être admissible à l'assurance-maladie, familles saines, Medi-Cal, California Children' Services, responsabilité Californie victimes d'infractions violentes, assurance automobile ou autres programmes tiers, y compris les soins de la charité. Demandez à un hôpital admissions ou représentant d'un bureau business si vous souhaitez poursuivre ces options. Charité de l'hôpital et les politiques de réduction de péage peuvent être obtenus en soit demandant une admission ou représentant d'entreprise Bureau d'assistance, ou en visitant le site web de l'hôpital pour un formulaire téléchargeable.

Crédit à but non lucratif, des services de consultation peut également être utile. S'il vous plaît consulter un annuaire téléphonique pour obtenir la liste de ces programmes.

La patiente personne responsable devra signer les Conditions d'Admission à l'hôpital ou le traitement ambulatoire. Ce document comprendra une reconnaissance de responsabilité financière pour le paiement des services fournis par l'hôpital. L'hôpital facturera à n'importe quel tiers payeur pour lequel vous fournissez des informations d'inscription. On vous demandera de payer co-paiements, tel que prescrit par les payeurs. Vous pouvez être responsable des services de ces programmes ne couvrent pas. Vous serez facturé après la conclusion de votre service, même si les dépôts peuvent être demandés avant les services rendus. Si la dette demeure impayée, le compte peut être renvoyé à une Agence de recouvrement extérieur sous contrat avec l'hôpital. L'Agence de recouvrement respectera les principes de collecte de dette ci-dessus. Si la dette reste impayée, l'Agence de recouvrement, au nom de l'hôpital, énumérera la dette impayée avec les agences d'évaluation du crédit et peut engager une procédure judiciaire, ce qui peut aboutir à la saisie-arrêt de salaire ou d'un privilège placé contre un actif du groupe de patients ou responsable. La politique de bienfaisance Providence santé et de Services prévoit que les personnes ayant un revenu brut familial inférieur à 250 % des lignes directrices de la pauvreté fédéral (FPG) sont admissibles à une aide complète sur présentation d'une demande d'aide financière. Personnes ayant un revenu brut supérieur à 250 % peuvent être également bénéficier d'une aide partielle ou totale, selon les informations fournies sur l'application.

Si vous avez des questions concernant le présent avis, demandez à n'importe quel admissions ou le Bureau d'affaires représentant ou en composant le 800 (numéro de téléphone d'insertion pour l'hôpital approprié).

ATTACHMENT D



Demande pour Financier Assistance

I. Patient Renseignements

Le nom du patient	DERNIER	PREMIÈRE	MI	SOCIAL SÉCURITÉ NOMBRE
RUE D'ADRESSE	CITY	STATE	POSTAL	TÉLÉPHONE DEVOIRS
DATE DE NAISSANCE	SOINS PRIMAIRES MÉDECIN (PCP)			NOUS CITOYEN <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

II. Garant Renseignements

PRÉNOM DE LA PERSONNE RESPONSABLE De payer les FACTURE	RELATION
ADRESSE RUE VILLE ÉTAT postal	SOCIAL SÉCURITÉ NOMBRE
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE TRAVAIL À DOMICILE	DATE DE NAISSANCE
NOUS CITOYEN <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

S'il vous plaît vérifier ce boîte si tu avoir pas reçu prestations de service et sommes application à pré-qualifier.

Avoir toi était a approuvé pour financier Assistance par un autre La santé Soins organisation? OUI NON

Si Oui, S'il vous plaît fournir prénom de organisation _____

Sommes toi étant visé par un médecin ou chirurgien? OUI NON

Si Oui, S'il vous plaît fournir prénom et téléphone de nombre de médecin _____

III. Ménage Renseignements – S'il vous plait indiquer TOUS personnes vivant dans votre Ménage, y compris demandeur

S'il vous plaît liste n'importe qui vivant dans votre Ménage (y compris toi même). Revenu comprend (avant impôt) les salaires, enfant aider Revenu, pension Revenu, de location Revenu, chômage compensation, social Sécurité avantages, publique/gouvernement assistance, location ou frais de subsistence echangees pour prestations de service/ice fourni, etc.

MÉNAGE DES MEMBRES	ÂGE	RELATION PATIENT	LA SOURCE DEREVENU OU NOM DE L'EMPLOYEUR	BRUT MENSUEL REVENUA vant la date DU SERVICE	ASSURÉ?(cercle Oui ou non) Si Oui, liste Assurance (c'est à dire Bleu Croix, PHP, etc.)
1.					Yes or No
2.					Yes or No
3.					Yes or No
4.					Yes or No
5.					Yes or No
6.					Yes or No
7.					Yes or No

A continué sur la autre côté.

IV. Depenses et Des atouts

Location _____ Loisirs Véhicules _____

Hypothéquer Paiement _____ Envoyer de preuve Envoyer Santé preuve Assurance primes _____

Hypothéquer équilibre _____ Envoyer de preuve Stocks, obligations, la retraite comptes, etc. _____

Coût de les services publics _____ Mensuel enfant soins _____

Vérification compte équilibre _____ Réal biens autre que primaire domicile _____

Des économies compte équilibre _____ Autre des atouts _____

Voiture Paiement _____

Année et faire de véhicule _____

Sommes toi un complet temps élève? _____ S'il vous plaît envoyer élève prêt rapport.

Faire toi recevoir quelconque forme de public assistance (aliments des timbres, HUD logement, etc.) _____ Si Oui, S'il vous plaît envoyer preuve

Quelles ont été vos total des frais médicaux au cours des 12 mois précédents? (S'il vous plaît fournir une preuve de paiement)

Sommes toi étant prise en charge par un parent ou autre personne? Oui Non

Si Oui, S'il vous plaît fournir Revenu et Impôt information du la personne justificatif toi.

Si toi avoir besoin à écrit un lettre expliquant votre individuel situation S'il vous plaît joindre Ceci pour ce forme.

V. Requis, Demande Renseignements – Doit être compris avec ce application

S'il vous plaît vérifier que toi avoir compris la en suivant:

exemplaire de précédente années Impôt retours

exemplaire de la dernière 3mois banque déclarations

Revenu vérification projection gains ou Payer moignons pour tous Revenu an à ce jour

si tu sommes soi employé, S'il vous plaît comprendre un copie du dernière P de 12 mois & L déclarations et dernière l'impôt de l'année retour.

Supplémentaire information mai être requis, demandé dans commandeprocéder votre application. Si alors nous sera contact toi.

VI. Autorisation

E par la présente certifier la information contenue dans la au dessus de financier questionnaire est Corriger et complet à la meilleur de mon connaissance. Je autoriser Providence La santé & Services à vérifier quelconque ou tousinformation donné et comprendre que crédit rapport mai être exécuter dans le cadre de cela vérification processus.

X

RESPONSABLE SIGNATURE PERSONNE

DATE