

	<b>Originalgültigkeitsdatum:</b> January 2013 <b>Letztes Änderungsdatum:</b> Oktober 2015 <b>Überarbeitet am:</b> Januar 2016	<b>P Alter</b> 1 von 12	<b>Policy Number</b> CA-FIN-501
	<b>Betreff: California Charity Care Policy</b>		<b>Zulassung: VP Revenue Cycle</b>

### Zweck:

Ziel dieser Politik ist es, dargelegt Providence Health & Services (PH & S) 's finanzielle Hilfe und Notfall Medical Care Politik, die dazu bestimmt sind, den Zugang zu medizinisch notwendigen Versorgung für diejenigen zu fördern, ohne die Fähigkeit zu zahlen, und einen Rabatt von anbieten berechneter Gebühren für Einzelpersonen, die nur für einen Teil der Kosten für ihre Pflege bezahlen. Diese Programme gelten nur im Hinblick auf Not- und anderen medizinisch notwendige Gesundheitsleistungen von PH & S zur Verfügung gestellt. Diese Politik und die hierin beschriebenen Finanzhilfeprogramme bilden den offiziellen Finanzhilfen Politik ("FAP") und Emergency Medical Care Policy für jedes Krankenhaus, das im Besitz, im US-Bundesstaat Kalifornien, deren Mieter oder PH & S betrieben.

PH & S Krankenhäuser in Kalifornien:

Providence St. Joseph Medical Center, Providence Holy Cross Medical Center, Providence Little Company of Mary Medical Center San Pedro, Saint John `s Health Center, Providence Tarzana Medical Center und Providence Little Company of Mary Medical Center in Torrance.

### Politik:

PH & S ist eine katholische Organisation im Gesundheitswesen durch ein Engagement für seine Mission und Kernwerte, entworfen, um die Liebe Gottes zu allen zeigen, vor allem die Armen und Schwachen, durch Dienst am Nächsten geführt. Es ist sowohl die Philosophie und Praxis jedes PH & S Ministerium, das medizinisch notwendige Gesundheitsleistungen zur Verfügung, um Community-Mitgliedern und den in emergent medizinischen Bedarf, ohne Verzögerung, unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit. Für die Zwecke dieser Richtlinie beinhaltet "finanzielle Unterstützung" Charity-Pflege und anderen Finanzhilfeprogramme von PH & S angeboten.

1. PH & S wird mit Bundes- und Landesgesetze und Vorschriften in Bezug auf Rettungsdienst und der Nächstenliebe Pflege entsprechen.
2. PH & S wird Charity-Pflege zu qualifizieren Patienten ohne andere primäre Zahlungsquellen, um sie für alle oder einen Teil ihrer finanziellen Verpflichtungen für die medizinisch notwendige PH & S Gesundheitsdienstleistungen zu erleichtern bieten.
3. In einer Linie mit seinen Kernwerten, PH & S wird Charity-Versorgung für die Patienten in einer respektvollen, mitfühlenden, fair, konsequent, effektive und effiziente Weise qualifizieren.
4. PH & S nicht auf der Grundlage von Alter, Rasse, Hautfarbe, Religion, ethnischer Zugehörigkeit, Religion, Nationalität, Familienstand, Geschlecht, sexueller Orientierung, Geschlechtsidentität oder ein Ausdruck, Behinderung, Veteranen oder militärischen Status, oder einer anderen Grundlage von Bund verboten zu diskriminieren , Bundesland oder lokale Gesetze bei der Charity-Pflege Bestimmungen.
5. In mildernde Umstände, PH & S kann nach eigenem Ermessen genehmigen finanzielle Unterstützung außerhalb des Rahmens dieser Politik. Uneinbringliche / präsuntiven Nächstenliebe wird durch genehmigt, aber nicht beschränkt auf die folgenden: soziale Diagnose, Obdachlosigkeit, Konkurs, ohne Immobilien verstorben, Geschichte der Nicht-Patienten / Garanten Zahlungsunfähigkeit und warum Inkassobüro Zuordnung nicht in der Auflösung des Kontos führen .
6. Diese Politik ist es, interpretiert und umgesetzt werden, um so in voller Übereinstimmung mit California Assembly Bill 774, bei Health and Safety Code Section 127.400 *et kodifizieren. f.*, gültig ab 1. Januar 2007 wie von der California State Senate Bill 350, ab dem 1. Januar 2008 Assembly Bill überarbeitet 1503 zum 1. Januar 2011 und dem SB 1276 wirksam 01.01.2015. Alle Inkassounternehmen, die im Auftrag von Providence Health and Services Southern California (PHSSC) Anlagen müssen Health and Safety Code Section 127.400 *et entsprechen. seq.* in der geänderten Fassung und den anwendbaren PHSS Richtlinien bezüglich Inkassobüros. Siehe zusammenhängende Regional Business Office Politik, GOV-107, Inkasso Standards und Practices Policy.

### Definitionen:

7. **"Charity Care"** bezieht sich auf die volle finanzielle Unterstützung Qualifying Patienten, um sie an ihre finanziellen Verpflichtungen ganz für medizinisch notwendige oder geeignete Wahlgesundheitsleistungen (Vollwohltätigkeit) zu entlasten.
8. **"Discount Zahlung"** bezieht sich auf teilweise finanzielle Unterstützung für qualifizierte Patienten, um sie an ihre finanziellen Verpflichtungen teilweise für medizinisch notwendige oder geeignete Wahlgesundheitsleistungen (Teilwohltätigkeit) zu entlasten.
9. **Gross Gebühren sind die** Gesamtkosten bei der Einrichtung voll etablierten Angebote für die Bereitstellung der Patientenversorgung Dienstleistungen vor Abzug von Einnahmen angewendet werden. Bruttokosten sind nie zu Patienten, die für die teilweise Nächstenliebe oder privaten Pay Rabatte qualifizieren abgerechnet.
10. **Private Pay Discount** ist ein Rabatt für die Patienten, die nicht für die finanzielle Unterstützung nicht erfüllen und die nicht einem Dritten Zahlenden oder deren Versicherung nicht den Dienst zur Verfügung gestellt werden oder die wegen ihrer Vorteile ausgeschöpft decken haben vorgesehen. Siehe privaten Pay Discount-Politik, CA-FIN-5003.
11. **Notarzt** bedeutet, ein Arzt und Chirurg gemäß Kapitel 2 lizenziert (beginnend mit § 2000) des Business and Professions Code, der von einem Krankenhaus credentialed ist und entweder Arbeitnehmer oder vertraglich durch das Krankenhaus zur medizinischen Notfallversorgung in der Notaufnahme des Krankenhauses zur Verfügung , außer, dass ein "Notarzt" umfasst nicht einen Arzt, Spezialist, der sich in die Notaufnahme eines Krankenhauses oder wer ist auf Mitarbeiter oder nur Privilegien im Krankenhaus außerhalb der Notaufnahme gerufen wird. Notaufnahme Ärzte, die Rettungsdienste bei PHSSC Krankenhäuser die Patienten werden von Kalifornien gesetzlich vorgeschrieben, um Rabatte für nicht versicherte Patienten oder Patienten mit hohen medizinischen Kosten, die bei oder unter 350% der föderalen Ebene Armut eignen.
12. **Anbieter vorbehalten PH & S FAP: Zusätzlich zu** jeder anwendbaren PH & S Krankenhauseinrichtung, unterliegen diesen Richtlinien soweit nicht ausdrücklich anders bezeichnet alle Ärzte und andere Anbieter Rendering darauf, PH & S-Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes. Anhang A zeigt an, in denen die Patienten können die Liste (n) in Bezug auf alle Anbieter, die Betreuung in den PH & S Krankenhausabteilungen machen zu erhalten, und ob sie unter der PH & S Finanzhilfepolitik sind. In dieser Liste finden Sie im Internet zugegriffen werden [www.providence.org](http://www.providence.org), und ist auch auf Anfrage durch die Finanz Counselor an der Klinik in Papierform.
13. **Dienstleistungen, die unter das: Die Vorauszahlung der** Nächstenliebe Pflege und Diskont Zahlungspolitik gilt für alle Dienste, um geeignete Patienten zur Verfügung gestellt Empfangen Notfall oder medizinisch notwendige Versorgung oder qualifizierten elektiven Versorgung, einschließlich Selbstzahler und Co-Zahlungsverpflichtungen Dritter Kostenträger, einschließlich Medicare erforderlich und Medi-Cal Kostenteilung beträgt, in dem festgestellt wird, dass der Patient finanziell nicht bezahlen. Medizinisch notwendige Gesundheitsversorgung beinhaltet:
  - a. Notfalldienste in der Notaufnahme.
  - b. Dienstleistungen für eine Erkrankung, die, wenn nicht sofort behandelt, würde zu einer nachteiligen Veränderung des Gesundheitszustands des Patienten führen kann.
  - c. Nichtwahlleistungen in Abhängigkeit von lebensbedrohlichen Umständen, die außerhalb der Notaufnahme (direkt Aufnahmen) zur Verfügung gestellt.
  - d. Medizinisch notwendigen Dienstleistungen für Medicaid Begünstigten, die nicht abgedeckten Leistungen sind vorgesehen.
  - e. Alle anderen medizinisch notwendigen Leistungen auf einer Fall-zu-Fall-Basis von PH & S ermittelt.
14. **Förderfähige Wahl Health Care umfasst:**
  - a. Patienten und ihre Ärzte können karitative Dienste für elektive, deferrable aufzusuchen. Wahlpflege wird die für wohlthätige und Rabatt Dienstleistungen nur dann, wenn alle der folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
    - i. Ein Mitglied des medizinischen Personals einer PH & S Anlage müssen die gemeinnützigen Leistungen Anfrage vorzulegen;
    - ii. Die Patienten ist bereits ein Patient des anfordernden Arzt und die Pflege ist für eine gute Kontinuität der Versorgung erforderlich ist; ästhetischen Verfahren sind nicht für gemeinnützige Dienste;
    - iii. Der Arzt wird Dienstleistungen zur gleichen Diskontsatz bereitzustellen, wie durch das Krankenhaus pro Nächstenliebe Leitlinien dieser Politik festgelegt, bis zu und einschließlich kostenlose Versorgung;
    - iv. Der Patient lebt in unserem Bereich Dienstleistungen (wie von PH & S festgelegt); und
    - v. Der Patient schließt eine Finanzhilfe Anwendung und erhält Zulassung in von PH & S vor dem Empfang der Wahlbetreuung schriftlich.
15. **Die Berechtigung zur Nächstenliebe** wird durch die Unfähigkeit entschlossen, in dieser Politik, die auf eine oder mehrere der folgenden Kriterien definiert zahlen:
  - a. **Präsumtiven Charity** - Individuelle Beurteilung fest, dass Finanzhilfen Anwendung nicht, weil erforderlich:

- i. Patienten ohne Aufenthaltsadresse (zB Obdachlose);
- ii. Dienstleistungen im Rahmen dieser Richtlinie als förderfähig, aber nicht von einer dritten Partei Zahlenden abgedeckt wurden, um einem Patienten, der in irgendeiner Form von Medicaid (Medi-Cal für Einwohner Kaliforniens) oder Staat Indigency Programm eingeschrieben ist, erbracht (zB außerhalb der Beschränkungs Medi-Cal Abdeckung Empfangsdienste ) oder Dienstleistungen wurden Medi-Cal Behandlung Genehmigung verweigert, als Finanz Qualifikation für diese Programme enthält mit nicht mehr als Grenzanlagen und ein Medi-Cal definierten Anteil der Kosten als die maximale Fähigkeit zu zahlen; und / oder
- iii. Unfähigkeit, Patienten zu zahlen ist über eine Außeninkassobüro Erträge / Asset-Suche identifiziert. Sollte die Agentur feststellen, dass eine Klage nicht verfolgt werden, wird das Konto in einem inaktiven Zustand, in dem eine monatliche PH & S Überprüfung wird das weitere Vorgehen zu bestimmen, einschließlich möglicher Charity Akzeptanz und Stornierung von der Agentur und Entfernung von Kredit-Berichterstattung platziert werden.
- iv. Unfähigkeit, Patienten zu zahlen, wird von Regional Business Office-Mitarbeiter durch ein Einkommen / Asset-Suche mit einem Dritten Unternehmen identifiziert.

b. **Charity** - Individuelle Bewertung der Zahlungsunfähigkeit benötigt:

- i. Abschluss einer Finanzhilfeantrag der Mary Potter-Programm für Menschenwürde für alle Einrichtungen im PHSSC Region;
- ii. Validation, die Brutto-Einkommen des Patienten weniger als das Dreifache (300%) Die Bundes Poverty Guidelines (FPG) zum Zeitpunkt der Patient für die finanzielle Unterstützung angewendet erhoben. Ein Patient mit diesem Einkommensniveau gilt als die für 100% Charity-Pflege werden; und / oder
- iii. Validation, dass Bruttoeinkommen eines Patienten ist zwischen 100% und 350% des FPG die zum Zeitpunkt der Patient für die finanzielle Unterstützung und ihre individuelle finanzielle Situation angewendet (hohe Kosten für medizinische Versorgung, etc.) macht sie Anspruch auf mögliche Skonto (Teil Charity-Pflege) oder 100% Charity-Pflege. Fazilität Einkommen und Geldvermögen des Patienten bei der Beurteilung der individuellen finanziellen Situation des Patienten zu berücksichtigen. Monetäre Vermögenswerte jedoch betreffen nicht den Ruhestand oder Entgeltumwandlung Pläne im Rahmen der Internal Revenue Code qualifizierte oder nicht qualifizierte Deferred Compensation Pläne. Ferner sind die ersten zehntausend Dollar (\$ 10.000) der monetären Vermögenswerte eines Patienten bei der Bestimmung Förderfähigkeit gezählt werden, noch sollen 50 Prozent der Geldvermögen eines Patienten in den ersten zehntausend Dollar (\$ 10.000) bei der Bestimmung Förderfähigkeit gezählt werden. Informationen über Einkommen und Geldvermögen erhalten wird, darf jedoch nicht zu einer Sammlung Aktivitäten verwendet werden.
- iv. Patienten mit Bruttoeinkommen bei oder unter 350% des FPG wird nie schulden mehr als 100% des Betrags der Zahlung das Krankenhaus erwarten würden, in gutem Glauben, um die Dienstleistungen von Medicare, Medi-Cal, der gesunde Familien-Programm zu erhalten, oder weiteres staatlich geförderte Programm der Nutzen für die Gesundheit, in dem das Krankenhaus, wo die Behandlung empfangen wurde, beteiligt ist, welches größer ist. Dieser Betrag wird mindestens einmal jährlich überprüft werden. Wenn das Krankenhaus, in dem die Behandlung empfangen wurde, ist ein Service für die es keine etablierten Zahlung von Medicare oder andere staatlich geförderte Programm der Nutzen für die Gesundheit, in dem das Krankenhaus teilnimmt, muss das Krankenhaus aufzubauen und angemessen abgezinsten Zahlungen. Ein Patient mit einem Bruttoeinkommen von mehr als 350% des FPG wird nicht mehr als die geltenden privaten Pay stationäre oder ambulante abgezinst Erstattungssatz oder erklärt Co-Pay Betrag, welcher Wert kleiner ist schuldig. Darüber hinaus wird nicht versicherte und versicherten Patienten mit Bruttoeinkommen bei oder unterhalb von 350% der FPG, die während der vorherigen 12 Monate Gesamtkrankheitskosten entstehen mehr als zehn Prozent (10%) der Bruttojahreseinkommen 100% Benefiz-Veranstaltung zu erhalten. Die förderfähigen Kosten für einen guten Zweck abschreiben dürfen nur die Patienten Haftungs Preise enthalten nach Versicherung in Rechnung gestellt und Haftpflichtversicherung Mengen gesammelt.

**Hinweis:** Bruttokosten nie zu Patienten, die für die teilweise oder privaten Wohltätigkeits Bezahlung Rabatte qualifizieren. Sobald Brutto Gebühren sind in den entsprechenden Medicare oder privaten Lohnsatz eingestellt, wird der Patient Haftung auch nicht ändern, wenn irgendwann an ein Inkassobüro bezeichnet.

16. **Grundlage für die Berechnung der Beträge, um Patienten, die für eine finanzielle Unterstützung Charged**

a. Kategorien der verfügbaren Rabatte und Grenzen auf die Gebühren im Rahmen dieser Politik schließen

i. **100 Percent Discount / Free Pflege:** Jeder Patient oder Garantiegeber, deren Bruttofamilieneinkommen, für Familiengröße angepasst, auf oder unter 300% des derzeitigen föderalen Ebene Armut ("FPL") hat Anspruch auf eine 100-prozentige Ermäßigung der gesamten Krankenhauskosten für den Notfall oder medizinisch notwendige Versorgung, in dem Maße, dass der Patient oder Garant nicht für eine andere private oder öffentliche Krankenversicherung Sponsoring.

ii. **Rabatte O f f Kosten bei 75 Prozent:** Der pH-Wert & S Schiebegebührenordnung, die in Anhang B festgelegt wird verwendet, um die Höhe der finanziellen Unterstützung, um in Form von einem Rabatt von 75 Prozent für die Patienten zur Verfügung gestellt werden, zu bestimmen oder Garanten mit Einkommen

zwischen 301% und 350% des derzeitigen föderalen Ebene Armut, nachdem alle Finanzierungsmöglichkeiten für den Patienten oder Garantiegeber zur Verfügung ausgeschöpft sind oder verweigert und persönlichen finanziellen Ressourcen und Vermögenswerte haben für eine Förderung, um in Rechnung gestellt Gebühren zu zahlen überprüft worden. Die Finanzhilfe kann für den Patienten oder Garanten mit Familieneinkommen von mehr als 350% der föderalen Ebene Armut angeboten werden, wenn Umstände darauf hindeuten, schwerer finanzieller Not oder persönlichen Verlust.

iii. **Begrenzung der Gebühren für alle Patienten, die für eine finanzielle Unterstützung:** Begrenzung der Gebühren für alle Patienten, die für eine finanzielle Unterstützung: Kein Patient oder Garantiegeber, die für eine der oben genannten Rabatte werden persönlich über den "beträgt in der Regel Billed" verantwortlich sein (AGB ) in Prozent des Bruttokosten, wie in Treasury Regulation Section 1.501 (r definiert) -1 (b) (2), nach dem für PH & S Krankenhaus für den Notfall oder andere medizinisch notwendigen Leistungen erhalten. PH & S bestimmt AGB durch Multiplikation Bruttokosten des Krankenhauses für jeden Notfall oder medizinisch notwendige Versorgung um einen festen Prozentsatz der auf Ansprüche aus Medicare erlaubt basiert. : Informationsblättern detailliert die von den einzelnen PH & S Hospital, und wie sie berechnet werden verwendet AGB Prozentangaben können durch den Besuch der folgenden Website erhältlich [www.providence.org](http://www.providence.org) oder telefonisch: **1-866-747-2455**, um eine gedruckte Kopie anfordern. Darüber hinaus ist die maximale Menge, die in einem Zeitraum von 12 Monaten gesammelt werden können 1 für den Notfall oder medizinisch notwendige Gesundheitsversorgung für die Patienten für eine finanzielle Unterstützung von 20 Prozent des Bruttofamilieneinkommen des Patienten, und unterliegt der Patient fort Förderfähigkeit im Rahmen dieses Politik.

## 17. Charity Care ist nicht:

- a. **Bad Debt:** Eine schlechte Schulden ergibt sich aus einem Patienten, fehlende Bereitschaft zu zahlen oder durch die Verletzung von für die finanzielle Unterstützung in Frage kommen, die das Gegenteil beweisen würde eine Zahlungsunfähigkeit;
- b. **Vertragsanpassung:** Die Differenz zwischen den Endkundenentgelten für Dienstleistungen und den Betrag von einer staatlichen oder zusammengezogenen Managed-Care-Zahlenden für dachte Dienstleistungen, die abgeschrieben ist erlaubt; oder
- c. **Andere Anpassungen:**
  - i. **Service Recovery-Anpassungen** abgeschlossen sind, wenn der Patient identifiziert einen weniger als optimalen Patientenversorgung Erfahrung;
  - ii. **Risk Management Einstellungen:** wo ein potentielles Risiko Haftungssituation identifiziert und Providence Risk Management hat entschieden, die Kosten für die Pflege zu absorbieren und nicht den Patienten in Rechnung gestellt;
  - iii. **Zahlenden Ablehnungen:** wo die Anlage war nicht in der Lage, die Zahlung aufgrund der vorzeitigen Abrechnung pro Vertragsbedingungen zu erhalten; oder rück Denial of Service durch ein Managed-Care-Zahlenden in dem Appell nicht erfolgreich ist.

18. **Angemessene Zahlungsplan:** ein von SB 1276 für Patienten, die Qualifikation für Teil Charity erforderlich, wenn ein ausgehandelten Plan kann nicht reached. SB 1276 sein Standardplan definiert den Plan als monatliche Zahlungen, die nicht für einen Monat sind mehr als 10% des Familieneinkommens eines Patienten, mit Ausnahme Abzüge für wesentliche Lebenshaltungskosten.

- a. **"Essential Lebenshaltungskosten"** bedeutet für die Zwecke dieser Unterteilung, Aufwendungen für einen der folgenden Schritte: Miete oder Haus Zahlung und Wartung, Lebensmittel und Haushaltswaren, Versorgungsunternehmen und Telefon, Kleidung, medizinische und zahnmedizinische Zahlungen, Versicherungen, Schule oder Kinderbetreuung, Kind oder Ehegattenunterhalt, Transport und Autokosten, einschließlich Versicherung, Gas und Reparaturen. Ratenzahlungen, Wäscherei und Reinigung, und andere außergewöhnliche Aufwendungen. Notaufnahme Ärzte und ihre Bevollmächtigten können auf das Krankenhaus der Ermittlung von Erträgen und Aufwendungen bei der Schaffung einer angemessenen Zahlungsplan verlassen.

## Bewertungsvorgang:

Patienten oder Garanten, kann eine finanzielle Unterstützung im Rahmen dieser Politik durch eine der folgenden Maßnahmen anwenden: (1) Beratung von PH & Patienten Finanzdienstpersonal S am oder vor dem Zeitpunkt der Entlassung, dass die Hilfe angefordert wird, und füllen Sie ein Antragsformular und alle Unterlagen auf Wunsch von PH & S; (2) Herunterladen einer Anwendung Form von PH & S Website unter [www.providence.org](http://www.providence.org) und Absenden des Formulars zusammen mit allen erforderlichen Unterlagen; (3) anfordert ein Antragsformular per Telefon, durch den Aufruf: **1-866-747-2455** und Absenden des Formulars; oder (4) andere in PH & S Abrechnung und Sammlungen Politik festgelegten Verfahren. PH & S wird Signage und Informationen über seine finanzielle Unterstützung Politik auf angemessene Zugangsbereiche anzuzeigen. Einschließlich, aber nicht in die Notaufnahme und Zulassungsbereiche beschränkt.

Eine Person, die Charity-Pflege wird eine Vorauswahl gegeben werden und wenn dieses Screening nicht ihn / sie nicht zu disqualifizieren für Nächstenliebe Pflege wird eine Anwendung mit Anweisungen zur Anwendung zur Verfügung gestellt werden. Im Rahmen dieses Screening-Prozess PH & S wird prüfen, ob der Sicherungsgeber erschöpft oder nicht für eine etwaige Zahlungsquellen von Drittanbietern. Wo Identifizierung des Bürgen als mittellose Person ist offensichtlich für PH & S ein Anscheins Bestimmung der Zuschussfähigkeit durchgeführt werden können und in diesen Fällen PH & S kann nicht eine Anwendung oder Unterlagen verlangen.

Ein Garant, die berechtigt, für Nächstenliebe Pflege nach dem ersten Screening-Anwendung sein kann, haben bis vierzehn (14) Tage nach dem der Antrag gestellt wird oder zweihundert (240) Tage nach dem Tag der erste nach der Entlassung Gesetzentwurf wurde dem Patienten geschickt, je nachdem, was höher ist, um eine ausreichende Dokumentation zur PH & S, um eine Wohltätigkeitsbestimmung zu unterstützen. Basierend auf der Dokumentation mit der Charity-Anwendung zur Verfügung gestellt wird PH & S festzustellen, wenn Sie weitere Informationen benötigen, oder ob eine Charity-Bestimmung durchgeführt werden kann. Der Ausfall eines Bürgen, um einigermaßen vollständige entsprechenden Antragsverfahren innerhalb der oben angegebenen Zeiträumen müssen ausreichende Gründe für die PH & S, um Sammlung Bemühungen einzuleiten.

Eine erste Bestimmung der Sponsoren-Status und mögliche Förderfähigkeit für Nächstenliebe Pflege wird so nah wie möglich an das Datum der Zustellung abgeschlossen sein.

PH & S wird die Garant für eine endgültige Entscheidung schriftlich innerhalb von zehn (10) Werktagen nach Erhalt der notwendigen Unterlagen zu unterrichten.

Der Bürge kann die Bestimmung der Sperre für Nächstenliebe Betreuung durch die Bereitstellung relevanter zusätzlicher Dokumentation zu PH & S innerhalb von dreißig (30) Tagen nach Erhalt der Mitteilung der Verleugnung zu appellieren. Alle Appelle werden überprüft und wenn die Feststellung im Berufungsverfahren bestätigt die Ablehnung, wird eine schriftliche Mitteilung des Garantiegebers und des Department of Health in Übereinstimmung mit staatlichen Rechts gesendet werden. Die endgültige Berufungsverfahren wird innerhalb von dreißig (30) Tagen nach Erhalt einer Leugnung von der Klägerin zu schließen.

Andere Methoden der Qualifikationen für Finanzielle Unterstützung kann unter folgendem fallen:

- Die Rechts Statue Sammlung Einschränkungen abgelaufen ist;
- Der Bürge hat verstorben und es gibt keinen Nachlass oder Nachlassgericht;
- Der Bürge hat Konkurs angemeldet;
- Der Bürge hat Finanzunterlagen, die ihn / sie zu qualifizieren für die finanzielle Unterstützung vorgesehen; und / oder
- Finanzielle Unterlagen zufolge der Garantin Einkommen wird nie zu verbessern, um in der Lage, die Schulden mit Garanten auf Lebens festen Einkommen zu zahlen, zum Beispiel.

**Rechnungsstellung und Inkasso:** Alle unbezahlte Salden von Patienten oder Garanten nach Anwendung von Ermäßigungen geschuldet, falls vorhanden, bezogen auf Sammlungen in Übereinstimmung mit PH & einheitliche Rechnungsstellung und Inkasso Politik S. Informationen zur PH & S 'Rechnungsstellung und Inkasso Practices für die Mengen von den Patienten oder Garanten geschuldeten finden Sie PH & S Abrechnung und Sammlungen Politik, die an jedem PH & S Krankenhauses Anmeldeschalter, an kostenlos erhältlich ist: [www.providence.org](http://www.providence.org); oder die an Sie gesendet werden können, wenn Sie anrufen: **1-866-747-2455**.

### **Referenz (en) / bezogenen Politiken**

American Hospital Association Charity-Richtlinien  
California Hospital Association Charity-Richtlinien  
California Allianz katholischer Gesundheitswesen Karitative Dienste Richtlinien  
Providence Health and Services Engagement für die nicht versicherte Richtlinien  
Patientensicherheit und bezahlbare Pflege Act 2010 (Bundes Exemption Standards) Privat Pay Diskontierung Politik CA-FIN-5003  
Regional Business Office Inkasso Standards and Practices Policy, RBO-GOV-107

### **ZUSAMMENARBEIT**

Diese Politik wurde in Zusammenarbeit mit den Abteilungen entwickelt:

PHSSC Finance Division  
Providence Health & Services Abteilung Rechtsangelegenheiten

#### **Authorization:**

Teresa Spalding  
VP Revenue Cycle \_\_\_\_\_

*Signatur-Datei* Datum

## **ANLAGE A**

### **Krankenhaus-basierte Provider unterliegen nicht der PH & S Finanzhilfepolitik und assoziierten Rabatte**

Eine Liste finden Sie alle Provider, die Versorgung in der PH & S Krankenhaus zu machen, und ob sie unter der PH & S Finanzhilfepolitik sind. In dieser Liste finden Sie im Internet zugegriffen werden [www.providence.org](http://www.providence.org) oder ist auf Anfrage über den Finanz Counselor an der Klinik in Papierform. Wenn ein Provider ist nicht Gegenstand der Finanzhilfepolitik dann, dass Provider werden die Patienten separat für professionelle Dienstleistungen in Rechnung stellen, dass die Provider bietet während der Krankenhausaufenthalt eines Patienten, basierend auf eigenen geltenden finanziellen Leitlinien des Anbieters Hilfe, falls vorhanden.

**Anlage B**  
**PH & S CA Charity Pflege Prozentsatz Entgelt-Staffel**

Für Garanten mit Einkommen und Vermögen von mehr als 300% des FPL Haushaltseinkommen und Vermögenswerte werden bei der Bestimmung der Anwendbarkeit der gleitenden Gebührenordnung berücksichtigt.

Vermögenswerte bei der Auswertung berücksichtigt; IRA, 403b, 401 k befreit sind im Rahmen dieser Politik, es sei denn, der Patient aktiv Zeichnung von ihnen. Für alle anderen Vermögenswerte, die erste \$ 10.000 steuerfrei ist.

<b>Einkommen und Vermögen als Prozentsatz des Bundes Armut Leitlinie Ebene</b>	<b>Prozent Rabatt (Abschreibung) von der ursprünglichen Gebühren</b>	<b>Balance Rechnung zu Garanten</b>
<b>100-300%</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>
<b>301 bis 350%</b>	<b>75%</b>	<b>25%</b>



**ANLAGE C**  
**EINLADUNG Sammelpraktiken**  
**PATIENTENRECHTE IN BEZUG AUF Eintreibung von Forderungen nach Krankenhausleistungen**

Landes- und Bundesrechtliches bedürfen Schulden Sammler, Sie fair zu behandeln und zu verbieten Schulden Sammler aus falscher Erklärungen oder Androhung von Gewalt, mit obszöne oder profane Sprache und machen falsche Kommunikation mit Dritten, einschließlich Ihrem Arbeitgeber. Außer unter ungewöhnlichen Umständen, Schulden Sammler können Sie nicht vor 08.00 Uhr kontaktieren oder nach 09.00 Uhr Im Allgemeinen kann eine Schuld Sammler nicht Informationen über Ihre Schulden auf eine andere Person, außer Ihrem Anwalt oder Ehepartner zu geben. Ein Geldeintreiber kann eine andere Person zu kontaktieren, um Ihren Standort zu bestätigen, oder, um ein Urteil zu erzwingen. Für weitere Informationen über Inkassotätigkeiten, können Sie die Federal Trade Commission telefonisch unter 1-877- FTC-HELP (382-4357) oder online unter kontaktieren [www.ftc.gov](http://www.ftc.gov).

Wenn Sie Abdeckung durch Gruppe oder private Versicherungen oder anderen Drittzahler-Programm, und Sie uns, dass die Organisation in Rechnung stellen möchten, müssen Sie uns mit Ihren Anmeldeinformationen zu versorgen. Diese Anforderung wird durch die Präsentation Ihrer Versicherungskarte oder einem anderen geeigneten Dokument, das Richtlinien-Informationen liefert (und abhängige Abdeckung, wo zutreffend) erfüllt. Wenn Sie Hilfe bei der Zahlung dieser Schulden erfordern, können Sie Anspruch auf Medicare, Medi-Cal, gesunde Familien, Kalifornien Kinderbetreuung, Haftung California Opfer von Gewalttaten, Automobil-Krankenversicherung, oder andere Programme von Drittanbietern, einschließlich Wohltätigkeits Sorge sein . Stellen Sie eine Krankenhauseinweisungen oder Geschäftsstelle Geschäftsstelle, wenn Sie möchten, um diese Optionen zu verfolgen. Krankenhaus Nächstenliebe und Selbstzahler-Rabatt Politik kann entweder fragen, eine Zulassung oder Geschäftsstelle um Unterstützung bitten, oder besuchen Sie die Website des Krankenhauses für eine herunterladbare Form erhalten werden.

Non-Profit-Kredit-Beratung kann auch von Nutzen sein. Bitte konsultieren Sie einen Telefonbuch für eine Liste dieser Programme.

Der Patient oder der verantwortlichen Person wird benötigt, um die Bedingungen der Aufnahme ins Krankenhaus oder ambulante Behandlung zu unterschreiben. Dieses Dokument wird auch eine Bestätigung der finanziellen Verantwortung für die Zahlung für die Dienstleistungen, die von der Klinik zur Verfügung gestellt. Das Krankenhaus wird jede Drittzahler, für die Sie Zugangs Informationen in Rechnung stellen. Sie werden aufgefordert, um Zuzahlungen zu zahlen, als von diesen Zahler vorgeschrieben. Sie können für Dienstleistungen diese Programme decken nicht verantwortlich. Sie werden nach dem Abschluss Ihres Service in Rechnung gestellt werden, auch wenn Kautionen können vor der Dienstleistungen gerendert angefordert werden. Sollte die Schulden unbezahlt bleiben, kann das Konto zu einer Außen Sammlung Agentur unter Vertrag mit dem Krankenhaus überwiesen werden. Das Inkassobüro wird durch die oben Inkassogrundsätze einzuhalten. Sollte die Schulden unbezahlt bleiben, das Inkassobüro, im Namen des Krankenhauses, die unbezahlten Schulden mit Kreditauskunfteien Liste und kann Rechtsverfahren, die in Lohn-Pfändung oder ein Pfandrecht an einem Vermögenswert des Patienten oder verantwortlich platziert führen kann zu initiieren Party. Das Providence Health and Services Charity Politik sieht vor, dass Personen mit Haushaltsbruttoeinkommen unter 250% des Bundes Poverty Guidelines (FPG) Anspruch auf volle Unterstützung bei der Einreichung eines Finanzhilfe Anwendung sind. Personen mit Bruttoeinkommen über 250% können auch Anspruch auf teilweise oder vollständige Unterstützung sein, abhängig von den Informationen über die Anwendung zur Verfügung gestellt.

Wenn Sie Fragen zu dieser Mitteilung haben, wenden Sie keine Kinobesuche oder Geschäftsstelle Vertreter oder telefonisch unter 800 (Einsatztelefonnummer für geeignete Krankenhaus).

I. Patient Informationen			
PATIENTENNAME NACHNAME VORNAME MI		SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER	
ADRESSE STRAÙE		STADT, STAAT, PLZ	TELEFON HOME WORK
GEBURTSDATUM	HAUSARZT (PCP)	US-BÜRGER <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	

II. Garant Informationen		
NAME DES VERANTWORTLICHEN FÜR DIE ZAHLUNG DER RECHNUNG		BEZIEHUNG
ADRESSE STRAÙE STADT STATE POSTLEITZAHL		SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER
TELEFONNUMMER HOME WORK	US-BÜRGER <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	GEBURTSDATUM

Please dieses Kontrollkästchen, wenn Sie nicht erhalten Leistungen und anwenden zur Vorqualifizierung.

Haben Sie für finanzielle Unterstützung durch ein anderes Gesundheitsorganisation genehmigt worden?  JA  NEIN

Wenn ja, geben Sie bitte Name der Organisation \_\_\_\_\_

Sind Sie von einem Arzt oder Chirurgen? Bezeichnet?  JA  NEIN

Wenn ja, bitte Namen und die Telefonnummer von der Arzt \_\_\_\_\_

**III. Household Informationen – Bitte alle Menschen, die in Ihrem Haushalt, einschließlich der Klagerin** Einsatz zusätzlicher Papier, wenn nötig

Bitte geben Sie lebende Personen in Ihrem Haushalt (inklusive Dir). Erträge enthalten (vor Steuern) Löhne, Kindergeld Einkommen, Unterhaltszahlungen Einkommen, Mieteinnahmen, Arbeitslosengeld, Leistungen der sozialen Sicherheit, die öffentliche / staatliche Hilfe, Miete oder Lebenshaltungskosten ausgetauscht für erbrachte Dienstleistungen usw.

HAUSHALTSMITGLIEDER	ALTER	VERHÄLTNIS ZU PATIENT	QUELLE VON EINKOMMEN ODER NAME DES ARBEITGEBERS	BRUTTOMONATSVERDIENST VOR DEM TAG OF SERVICE	VERSICHERT? (KREIS JA ODER NEIN) WENN JA, VERSICHERUNG (DH BLUE CROSS, PHP, ETC.)
1.					Ja oder Nein
2.					Ja oder Nein
3.					Ja oder Nein
4.					Ja oder Nein
5.					Ja oder Nein
6.					Ja oder Nein
7.					Ja oder Nein
8.					Ja oder Nein
9.					Ja oder Nein

IV. Aufwendungen und Vermögenswerte

Miete \_\_\_\_\_ Freizeitfahrzeuge \_\_\_\_\_

Hypothekenzahlung \_\_\_\_\_ Senden Sie fest  
Krankenkassen-Prämien \_\_\_\_\_

Hypothek Gleichgewicht \_\_\_\_\_ Senden Sie fest  
Aktien, Anleihen, Rentenkonto usw. \_\_\_\_\_

Kosten der Betriebsmittel \_\_\_\_\_  
Monatliche Kinderbetreuung \_\_\_\_\_

Überprüfen Bilanz \_\_\_\_\_ Immobilien andere als primäre Hause \_\_\_\_\_

Sparkonto Bilanz \_\_\_\_\_ Sonstige Vermögensgegenstände \_\_\_\_\_

Car payment \_\_\_\_\_

Jahr und das Fabrikat der Fahrzeug \_\_\_\_\_

Sind Sie ein Vollzeit-Student? \_\_\_\_\_ Bitte senden Sie Studenten Darlehen Bericht.

Erhalten Sie jede Form der Sozialhilfe (food stamps, HUD housing, etc.) \_\_\_\_\_ Wenn ja, Senden Sie fest.

Was waren Ihre gesamten Krankheitskosten vor zwölf Monaten? (Bitte einen Sie Nachweis über die Zahlung)

---

Sie sind von einem Elternteil oder einer anderen Person gefördert?  JA  NEIN

Wenn ja, bitte geben Sie Einkommen und Steuerinformationen Sie desjenigen, der Sie zu unterstützen.

Wenn Sie ein Schreiben erklärt Ihre individuelle Situation schreiben müssen fügen Sie es bitte dieses Formular.

V. Erfordern Informationen – Müssen bei dieser Anwendung werden

Bitte überprüfen Sie folgende aufgenommen haben:

- Kopie der vorher  Kopie der letzten 3 Monate  Überprüfung der Einkommen zeigen  
jahr steuer intransitives weiblich sachlich das Ergebnis oder  
Ort in bisher für alle Einkommen im  
Jahr zu zahlen

Wenn Sie selbstständig sind, füge bitte eine Kopie der letzten 12 Monate P & L Anweisungen und  
letzjährigen Steuererklärung. Zusätzliche Informationen kann erforderlich sein, um Ihren Antrag zu  
bearbeiten. Wenn ja, werden wir Sie kontaktieren.

VI. Jemanden

Hiermit bestätige ich, dass in den oben genannten finanziellen Fragebogen enthaltene Informationen korrekt und  
vollständig zu den besten meines Wissens ist. Ich ermächtige Providence & Gesundheitsdienste überprüfen alle Angaben  
zu verstehen, dass eine Kreditauskunft als Teil dieses Prozesses Überprüfung ausgeführt werden kann.

X

VERANTWORTLICH WEIBLICH'S UNTERSCHRIFT

DATE