

ساحه خدمات: Corporate Business Services	پالیسی ها و طرزالعمل های سیستم YALE NEW HAVEN HEALTH
عنوان: پالیسی برنامه های کمک مالی	
تاریخ تاییدی: 09/20/2013	تایید شده توسط: معاون رئیس هئیت مدیره، بخش مالی
تاریخ تنفیذ: 09/20/2013 1/1/2017 شفاخانه لالرنس+شفاخانه های میموریال و ویستلی	تاریخ بررسی/بازنگری: 01/21//2015، 09/30/2016، 01/01/2020، 7/15/2018، 12/16/2016، 6/1/2017
تکثیر: مدیر پالیسی MCN	نوعیت پالیسی (I و II): نوعیت I
<p>دارای ارجحیت است بر:</p> <p>برنامه های کمک مالی Yale New Haven Hospital برای خدمات شفاخانه ای (NC:F-4)</p> <p>برنامه های کمک مالی Bridgeport Hospital برای خدمات شفاخانه ای (9-13)</p> <p>مرور کلی برنامه های کمک مالی Greenwich Hospital برای خدمات شفاخانه ای</p> <p>مراقبت خیر خواهانه شفاخانه Lawrence + Memorial Hospital و Westerly Hospital Charity Care، کمک هزینه مالی، پالیسی صندوق تخت رایگان</p>	

#### هدف

سیستم صبحی ("YNHHS") Yale New Haven Health System این مساله را درک می نماید که ممکن است مریضان توانایی پرداخت هزینه های مراقبت های ضروری صبحی را بدون کمک مالی نداشته باشند. در مطابقت با مأموریت این سیستم، YNHHS متعهد است که در زمان تعیین مقادیر قابل پرداخت به جهت دریافت خدمات ضروری صبحی شفاخانه ای یا خدمات عاجل مساله توانایی پرداخت را در نظر بگیرد.

با در نظر داشت نقش خود در کمک به آن اشخاصیکه نیازمند کمک مالی می باشند، YNHHS برنامه های همکاری مالی Financial Assistance Programs ("FAP") را برای کمک به اشخاص در حالت مراقبت عاجل و دیگر مراقبت های صبحی ضروری ایجاد نموده است. اهداف FAP به قرار ذیل می باشند:

- (i) مشخص نمودن تمام کمک مالی موجود مطابق FAP؛
- (ii) ارائه نمودن معلومات واضح در مورد شرایط واجد شرایط شدن، الزامات درخواستی و شیوه ارائه درخواستی برای دریافت کمک مالی؛
- (iii) توضیح مبنای محاسبه مقادیر قابل پرداخت توسط مریضان واجد شرایط- FAP در بدل دریافت خدمات صبحی ضروری یا عاجل، و
- (iv) توضیح قدم هایی که YNHHS برمی دارد تا این FAP را بصورت وسیع در میان جوامع تحت پوشش خدمات YNHHS عمومی نماید.

#### قابلیت اجراء

این پالیسی برای هر شفاخانه دارای مجوز که به YNHHS وابستگی داشته باشد قابل اجراء می باشد، که شامل است بر Bridgeport Hospital، Greenwich Hospital، شفاخانه ("LMH") Lawrence + Memorial Hospital و Yale-New Haven Hospital و شفاخانه Westerly (هر کدام یک "شفاخانه").

## Financial Assistance Programs Policy

پالیسی برنامه های کمک مالی - دری

پالیسی

I.

### حیطه و لست فراهم کنندگان

A. **مراقبت های صبحی ضروری دیگر و عاجل.** FAP برای مراقبت های صبحی ضروری دیگر و عاجل، خدمات مریضان سرپایی و داخل بستر اعمال میشود که قبض آن توسط یک شفاخانه صادر شده باشد. FAP شامل این موارد نمیشود: (a) اتاق خصوصی یا نرس های خصوصی؛ (b) خدماتی که به لحاظ صبحی ضروری نمی باشد، مانند جراحی زیبایی انتخابی؛ (c) فیس های رهایشی انتخابی دیگر، مانند هزینه های تلفن و تلویزیون، و (d) دیگر تخفیف ها و کسری هایی که بطور صریح در این پالیسی تشریح نشده باشد.

B. **لست فراهم کنندگان خدمات.** برای یافتن لست فراهم کنندگان خدمات ضروری صبحی دیگر و عاجل که در یک شفاخانه انجام میشود به این لینک مراجعه نمایید:

[https://www.ynhh.org/~media/files/ynhhs/forms/financial/011117/ynhh\\_fap\\_policy\\_list\\_2017.pdf](https://www.ynhh.org/~media/files/ynhhs/forms/financial/011117/ynhh_fap_policy_list_2017.pdf)

. این لست به شما واضح میسازد که آیا فراهم کننده خدمات مطابق FAP تحت پوشش قرار دارد یا خیر. اگر فراهم کننده مطابق این FAP تحت پوشش نباشد، مریضان باید با دفتر فراهم کننده به تماس شوند و مشخص نمایند که آنها چی نوع کمک مالی را عرضه میکنند و اگر اینطور است چه مواردی را کمک مالی فراهم کننده تحت پوشش قرار میدهد.

C. **تبعیت از EMTALA.** شفاخانه ها موظف هستند که از "قانون نامه تداوی طبی عاجل و نیروی کار فعال" (EMTALA) مطابق به پالیسی های خویش تبعیت نمایند و همچنین مجاز به اشتراک در فعالیت هایی که انگیزه یک شخص در دریافت مراقبت های طبی عاجل را کاهش می دهد، نمی باشند.

### II. برنامه های کمک مالی و شرایط لازم

کمک مالی برای کسانی قابل دسترس می باشد که اقامت یا تابعیت آمریکا را داشته باشند و درخواستی کمک مالی را تکمیل می نمایند و شرایط الزامی اضافی ذیل را نیز برآورده می نمایند.

A. **مراقبت رایگان (Free Care).** برنامه مراقبت رایگان هزینه مراقبت صبحی را برای مریضانی که فامیل آنها کمتر یا مساوی با 250% سطح فقر فدرال (ضمیمه 1 را مشاهده نمایید) درآمد داشته باشند فراهم می کند. برای کسانی که مطابق صلاحدید شفاخانه واجد شرایط کمک های صبحی فدرال می باشند، باید در شش ماه گذشته از ایالت مربوطه شان تصمیم آنها را دریافت کرده باشد.

بر علاوه، YNHHS به نمایندگی از BH، GH و YNHHS یک طرف ثالث را بکار می گمارد تا در قسمت شناسایی اشخاصیکه باید صورت حساب خویش را خودشان پرداخت نمایند و برای کمک های مالی درخواست نکرده اند همکاری کند، اما اینها کسانی اند که درآمد آنها کمتر یا مساوی با 250% سطح فقر فدرال (مثال. واجد شرایط مراقبت رایگان) می باشند. اگر کدام مریضی از طریق این پروسه شناسایی شود و دارای صورت حساب باقیمانده شفاخانه باشد، ممکن است که باقیمانده آن صورت حساب بطور خیریه شامل مراقبت (رایگان) گردد.

B. **مراقبت با تخفیف (Discounted Care).** در صورتیکه درآمد مجموعی یک فامیل بین 251%-550% سطح فقر فدرال باشد، و مریض شفاخانه بیمه صبحی نداشته باشد، شفاخانه به هزینه مراقبت از طریق AGB شفاخانه تخفیف قائل خواهد شد (طوریکه در بخش III ذیل تعریف و در ضمیمه 1 آمده است).

C. **صندوق تخت شفاخانه (Hospital Bed Funds).** شما ممکن است برای دریافت وجوه تخت شفاخانه واجد شرایط باشید، وجوهی که به هدف فراهم آوری مراقبت صبحی برای کسانی که شرایط صندوق را داشته باشند اهداء شده است. هیچ نوع محدودیتی در قسمت درآمد برای دریافت وجوه تخت شفاخانه وجود ندارد. واجد شرایط بودن بصورت موردی توسط نمایندگان صندوق بر اساس نیازمندی مالی افراد مشخص میشود. تمام مریضانی که درخواست کمک مالی YNHHS را تکمیل می نمایند، بصورت اتومات برای دریافت وجوه تخت شفاخانه نیز در نظر گرفته می شوند.

D. **برنامه های کمک مالی دیگر که مشخصا مربوط به شفاخانه ها میشود.**

(i) **Yale برنامه "من و طفلم" (Me and My Baby Program) در Yale New Haven Hospital.** این برنامه مربوط مریضان Yale New Haven Hospital می باشد. این برنامه مراقبت بارداری، خدمات تولد طفل، و بعضی مراقبت های بعد از

## Financial Assistance Programs Policy

پالیسی برنامه های کمک مالی - دری

تولد را برای کسانی که واجد شرایط باشند فراهم میکند. اگر شما در ناحیه نیو هیون زندگی می کنید؛ هیچ گونه بیمه صحت نداشته باشید؛ فامیل شما کمتر از  $2\frac{1}{2}$  برابر سطح فقر فدرال داشته باشد؛ ممکن است واجد شرایط باشید. برای کسب معلومات بیشتر یا درخواست فورم درخواستی، نمایندگان ما را در مرکز زنان Yale New Haven Hospital ملاقات کنید یا به شماره 203-688-5470 تماس حاصل کنید.

**Greenwich Hospital Outpatient Clinic (ii)** مراقبت های رایگان را به دارندگان بیمه میدیک کیر، میدیک اید و بیمه عرضه شده توسط Access Health CT یا دارای تخفیف را برای اشخاصیکه عضویت کلینیک درخواست می دهند و تایید میشوند، فراهم می کند. در صورتیکه باشند گریونج باشید و فامیل شما درآمد کمتر از 4 برابر سطح فقر فدرال داشته باشد، ممکن است واجد شرایط باشید. برای کسب معلومات بیشتر یا درخواست فورم درخواستی به شماره 203-863-3334 تماس حاصل کنید.

### III. محدودیت های هزینه ها - مقدار هزینه های قبض شده برای مریضان واجد شرایط - FAP

در جاییکه کمک مالی اعطاء شده باشد اما بطور 100% هزینه های YNHHS را در بدل خدمات تحت پوشش قرار ندهد، هزینه مریضانی که واجد شرایط کمک مالی مطابق این پالیسی شناخته میشوند بیشتر از هزینه اشخاصیکه بیمه صحت دارند و خدمات عاجل یا دیگر مراقبت های ضروری را دریافت میکنند نخواهد بود ("*Amounts Generally Billed, AGB*"). YNHHS بصورت سالانه AGB را با استفاده از "شیوه مرور گذشته" هر شفاخانه محاسبه می نماید و این محاسبه بر اساس نرخ های فیس خدمات Medicare، به شمول مقادیر سهمیه هزینه مستفید شدگان Medicare و عرضه کنندگان بیمه خصوصی که قبض های شفاخانه ها را در سال مالی قبلی پرداخت کرده اند می باشد. احتمال دارد YNHHS فیصدی تخفیف را بر اساس شفاخانه اعمال کند یا تصمیم بگیرد که فیصدی تخفیف را که بیشتر به فایده مریضان YNHHS است را استفاده کند. AGB در ضمیمه 1 موجود می باشد.

همانگونه که در این سند بکار رفته است، اصطلاح "مبلغی که معمولاً صورت حساب میشود" و "شیوه مرور گذشته" همان معانی را افاده میکند که در قانون عواید داخلی 1.501(r)-5 and §501(r)(5) ذکر شده است.

### IV. شیوه درخواست دادن برای کمک ها

برای اینکه جهت دریافت کمک واجد شرایط محسوب شوید، مریض باید یک درخواست کمک مالی ("درخواستی") که ضروری است را تکمیل نماید. درخواستی این موارد را در بر دارد (i) برنامه های موجود مطابق FAP و شرایط الزامی آن، (ii) اسناد الزامی برای تعیین واجدیت شرایط، و (iii) معلومات ارتباطی کمک های FAP. درخواستی این موارد را نیز مشخص می نماید (i) که شفاخانه بصورت کتبی هر درخواستی را پاسخ میدهد، (ii) که مریضان میتوانند در هر زمانی دوباره برای FAP درخواست بدهند، و (iii) که وجوه تخت رایگان اضافی بصورت سالانه قابل دسترس می شود. شفاخانه ها کمک مالی مطابق FAP را بر اساس عدم فراهم آوری معلومات و اسنادی که آنها را FAP یا درخواستی به عنوان بخشی از درخواستی الزامی نکرده باشد نباید رد کنند.

شفاخانه های YNHHS تلاش کافی را در جهت تعیین واجد شرایط بودن مریضان می نمایند و هر گونه نتیجه مربوطه مبنی بر واجد شرایط بودن کمک مالی را در حساب مریضان مستند می نمایند. بعد از اینکه شفاخانه مشخص نماید که یک مریض واجد شرایط FAP است، اقدامات ذیل را انجام میدهد:

(i) اظهارنامه صورت حساب را که مقدار بدهی شخص مریض واجد شرایط FAP را نشان دهد، به شمول چگونگی تعیین این مقدار و بیان نماید که چگونه شخص میتواند در مورد AGB مراقبت معلومات بدست آورد را فراهم می نماید؛

(ii) هر گونه مبلغ اضافی که شخص در بدل دریافت مراقبت قبلاً پرداخت کرده باشد که این مبلغ بیشتر از آن مقداری باشد که شخص به عنوان مریض واجد شرایط FAP مسولیت آن قرار می گیرد را مسترد نماید، مگر اینکه مبلغ اضافه پرداخت کمتر از \$5 باشد، یا مقداری که توسط IRS تعیین شده است؛ و

(iii) تدابیر کافی را برای توقف هر گونه اقدام جمع آوری بدهی اتخاذ می نماید.

### V. عدم پرداخت - اقدامات حقوقی

یک شفاخانه (و هر شرکت جمع آوری یا طرف دیگر که بدهی به آن ارجاع شده باشد) نباید اقدام به جمع آوری فوق العاده ("*Extraordinary Collection Action, ECA*") قبل از سپری شدن 120 روز از صدور اولین صورتحساب بعد از ترخیص و قبل از بکارگیری تلاش های کافی جهت مشخص کردن اینکه آیا مریض یا شخص دیگر که فعلاً مسولیت پرداخت حساب را بطور شخصی دارد

## Financial Assistance Programs Policy

### پالیسی برنامه های کمک مالی - دری

(شخص/اشخاص مسول) مطابق FAP واجد شرایط کمک مالی می باشد، نماید. هر گونه ECA باید توسط معاون رئیس در امور خدمات تجارتي شرکتی یا نماینده وی که قبل از تأیید، باید تصدیق نماید که الزامات تلاش معقول مندرج در این FAP برآورده شده اند، مورد تأیید قرار گیرد.

شفاخانه از دوره صورت حساب A/R خود در مطابقت با پروسه ها و رویه های عملیاتی داخلی تبعیت می نماید. به عنوان بخشی از این پروسه ها و رویه ها، حداقل، شفاخانه مریضان را در مورد FAP از تاریخ عرضه خدمات مراقبتی و در جریان دوره صورت حساب A/R (یا در دوره ای که توسط قانون الزامی شده باشد، هر کدام که طولانی تر باشد) بر اساس موارد ذیل مطلع می نماید:

1. برای تمامی مریضان خلاصه ای به زبان قابل فهم و یک فورم درخواستی کمک مالی مطابق FAP به عنوان بخشی از بسته پذیرش یا مرخصی از طرف شفاخانه داده میشود.

2. حداقل سه اظهار نامه جداگانه برای جمع آوری حسابات قابل پرداخت شخصی باید به آخرین آدرس معلوم مریض یا هر شخص/اشخاص مسول دیگر از طریق پست ارسال یا ایمیل گردد؛ طوریکه، در صورت ارائه درخواست کمک مالی مطابق FAP یا پرداخت بدهی بصورت تکمیل از طرف شخص/اشخاص مسول هیچ اظهارنامه اضافی دیگر نیاز به ارسال شدن نمی باشد. حداقل باید 60 روز میان اولین و آخرین سه اظهارنامه پست شده فاصله موجود باشد. این مکلفیت شخص/اشخاص مسول می باشد تا در زمان دریافت خدمات یا نقل مکان آدرس پستی صحیح خود را فراهم نمایند. در صورتیکه یک حساب فاقد آدرس پستی صحیح باشد، معیار "تلاش کافی" برآورده شده تلقی میشود. تمام اظهارنامه های حسابات انفرادی و قابل پرداخت شخصی شامل موارد ذیل می باشند و محدود بر این موارد نمی باشند:

a. خلاصه دقیق از خدمات شفاخانه که توسط اظهارنامه پوشش یافته باشد؛

b. هزینه این خدمات؛

c. مقداری که باید توسط شخص/اشخاص مسول پرداخت گردد (یا، اگر این مبلغ نامعلوم باشد، یک تخمین با حسن نیت در مورد مبلغ قابل پرداخت از تاریخ اولین اظهارنامه)؛ و

d. یک اطلاعیه مکتوب واضح که شخص/اشخاص مسول را در مورد موجودیت کمک مالی مطابق FAP مطلع و آگاه نماید و شماره تلفون بخش مربوطه و آدرس وب سایت مستقیم جهت کسب کپی اسناد ضروری در آن ذکر شده باشد.

3. حداقل یکی از اظهارنامه های پست شده یا ایمیل شده یک اطلاعیه مکتوب را خواهد داشت که شخص/اشخاص مسول را در مورد اینکه ECA در صورتیکه شخص/اشخاص مسول به کمک مالی مطابق FAP درخواست ارائه نکنند یا مبلغ صورت حساب را تا پایان وقت آن پرداخت نکنند قابل جمع آوری خواهد بود، آگاه و مطلع می نماید. این نوع اظهارنامه باید حداقل 30 روز قبل از تاریخ پایان وقت مشخص شده در اظهارنامه برای شخص/اشخاص مسول ارسال شود. خلاصه به زبان قابل فهم به این اظهار نامه ضمیمه خواهد شد. این مکلفیت شخص/اشخاص مسول می باشد تا در زمان دریافت خدمات یا نقل مکان آدرس پستی صحیح خود را فراهم نمایند. در صورتیکه یک حساب فاقد آدرس پستی صحیح باشد، معیار "تلاش کافی" برآورده شده تلقی میشود.

4. قبل از آغاز هر گونه ECA، تلاش میشود که بصورت شفاهی با شخص/اشخاص مسول از طریق آخرین شماره تلفون معلوم تماس گرفته شود، در صورتیکه مبلغ بدهی پرداخت نشده باشد، در جریان پست یا ایمیل سلسه ای از اظهارنامه ها حداقل یک دفعه باید تماس گرفته شود. باید در جریان مکالمات تلفونی، به شخص/اشخاص مسول در مورد موجودیت کمک مالی مطابق FAP آگاهی داده شود.

5. به شرط رعایت مواد این پالیسی، یک شفاخانه YNHHS میتواند اقدامات جمع آوری فوق العاده را طوریکه در ضمیمه 2 مطرح شده است جهت بدست آوردن بدهی خدمات صحی عرضه شده عملی نماید.

## Financial Assistance Programs Policy

پالیسی برنامه های کمک مالی – دری

کاپی های FAP، خلاصه FAP به زبان قابل فهم و فورم درخواستی FAP در این آدرس موجود می باشد  
<https://www.ynhhs.org/billing-insurance.aspx>

هر شفاخانه کاپی های FAP، خلاصه FAP به زبان قابل فهم و فورم درخواستی FAP را بدون هزینه توسط پست یا در بخش Emergency شفاخانه و در تمامی محلات پذیرش به شکل چاپی به زبان انگلیسی و زبان اولیه جمعیتی که توانایی زبان انگلیسی آنها محدود باشد و کمتر از 1000 نفر و یا 5% یا بیشتر جمعیت مشتریان شفاخانه را تشکیل دهد را تهیه و در دسترس قرار میدهد. برای مشاهده لیست زبانها به ضمیمه 3 مراجعه کنید.

برای کسب معلومات در مورد شرایط الزامی برنامه های موجود برای شما، درخواست یک کاپی FAP، فورم درخواستی FAP، یا ارسال پستی پالیسی صورت حساب و جمع آوری به آدرس شما، یا در صورت نیاز به کاپی FAP، خلاصه به زبان قابل فهم FAP، یا فورم درخواستی FAP که به زبان غیر انگلیسی ترجمه شده باشد با بخش Corporate Business Services از طریق شماره تماس رایگان 855-547-4584 به تماس شوید. بر علاوه، مریضان میتوانند از Patient Registration، Patient Financial Services، Social Work/Case و Management در مورد شروع پروسه درخواستی FAP معلومات کسب نمایند.

تلاش های بیشتر در عمومی سازی FAP شامل نشر اطلاعیه در روزنامه های کثیرالانتشار عمومی؛ گنجاندن اطلاعیه های کتبی FAP در تمامی اظهارنامه های صورت حساب؛ بیان اطلاعیه در تمامی ارتباطات شفاهی با مریضان در مورد مبالغ بدهی آنها؛ و برگزاری جلسات آگاهی دهی و آزاد می باشد.

### VII. کمیته نظارت بر مدیریت

FAP توسط یک کمیته نظارت بر مدیریت که ریاست آنرا یک معاون ارشد رئیس YNHHS به عهده دارد و متشکل از نمایندگان بخش های Corporate Business Services، patient financial services، ارتباطات بیمار، امور مالی، و کارکنان شفاخانه مطابق ضرورت می باشد نظارت میشود. جلسات این کمیته حداقل ربعوار می باشد.

### VIII. مطابقت با قوانین ایالتی

هر شفاخانه باید با قوانین مربوطه ایالتی مطابقت داشته باشد، به شمول و بدون محدودیت با قوانین عمومی ایالت کانیتیکت حاکم بر جمع آوری هزینه از اشخاص بدون بیمه و استانداردهای ایالتی مربوط به مراقبت خیریه ذکر شده در بخش 11.3 مقررات و طرزالعمل های اداره صحتیه رود اینلند مربوط به تبادلات شفاخانه (مقررات موسوم به RI) و مواد استانداردهای ایالتی مراقبت های بدون پرداخت ذکر شده در بخش 11.4 مقررات RI را رعایت نمایند.

### مراجع

- قانون عواید داخلی 501(c)(3)
- قانون عواید داخلی 501(r)
- Conn. Gen. Stat. § 19a-673 et seq.
- مقررات RI بخش های 11.3 و 11.4

### پالیسی های مرتبط

- پالیسی جمع آوری و صورت حساب YNHHS (xx)
- پالیسی YNHHS EMTALA: تثبیت/سرنزدنی طبی، "در صورت درخواست" و "انتقال"
- پالیسی Yale-New Haven Hospital – توزیع وجوه مراقبت رایگان NC:F-2
- پالیسی Bridgeport Hospital در مورد وجوه مراقبت رایگان (9-14)
- پالیسی ها و طرزالعمل های مرکز مریضان سربای Greenwich Hospital

## Financial Assistance Programs Policy

پالیسی برنامه های کمک مالی - دری

### ضمیمه 1

رهنمود سطح فقر فدرال به مقدار 250% و 550% (FPG)

	550%	250%	100%	وسعت خانواده	
	دلار 70,180	دلار 31,900	دلار 12,760	1	
	دلار 94,820	دلار 43,100	دلار 17,240	2	
	دلار 119,460	دلار 54,300	دلار 21,720	3	
	دلار 144,100	دلار 65,500	دلار 26,200	4	
	دلار 168,740	دلار 76,700	دلار 30,680	5	
	دلار 193,380	دلار 87,900	دلار 35,160	6	
مراقبت رایگان: برای هر عضو بیشتر خانواده، مبلغ \$11,200 علاوه کنید					
مراقبت تخفیف دار: برای هر عضو بیشتر خانواده، مبلغ \$24,640 علاوه کنید					

مبالغی که معمولاً صورت حساب میشود (AGB)

مريضانی که مطابق این پالیسی واجد شرایط کمک مالی باشند، کمک مالی را مطابق جدول ذیل دریافت خواهند کرد:

تمامی شفاخانه های YNHHS:

درآمد سالانه فامیل	مقدار % تخفیف بر هزینه ها	مقدار % قابل پرداخت توسط مریض
< یا = 250% FPG	100%	0
> 250% - 550% FPG	69%	31%

\*در سال تقویمی 2020، AGB (% هزینه ها): YNHHS 33.3%, LMH 39.9%, GH 31.9%, BH 32.4% و WH 32.6%.

2020

## Financial Assistance Programs Policy

پالیسی برنامه های کمک مالی – دری

### ضمیمه 2

#### اقدامات جمع آوری فوق العاده

#### حقوق حبس ملکیت

حقوق حبس بر محل مسکونی شخصی فقط در حالات ذیل مجاز می باشد:

- (a) مریض فرصت درخواست دادن به وجوه تخت رایگان را داشته است و یا اینکه به دلیل عدم پاسخ، رد شدن، یا عدم داشتن شرایط لازم برای دریافت وجوه موفق نشده است؛
- (b) مریض برای کمک های مالی دیگر جهت کمک در پرداخت بدهی خود درخواست نداده است یا مطابق پالیسی کمک مالی شفاخانه ها واجد شرایط نبوده است، یا اینکه بطور قسمی واجد شرایط بوده است اما بخشی که مربوط خودش بوده است را پرداخت نکرده است؛
- (c) مریض برای پرداخت کردن یا توافق بر ترتیبات لازم جهت پرداخت تلاش نکرده است، یا شرایط ترتیبات پرداخت بدهی که میان شفاخانه و مریض توافق شده است را رعایت نکرده است؛
- (d) میزان مبالغ بدهی بالغ میشود بر \$10,000 و ملکیت هایی که بر آن حقوق حبس تعلق می گیرد دارای ارزش حداقل \$300,000 باشد؛ و
- (e) این حق حبس منجر به ضبط رهن محل مسکونی شخصی نمیشود.

Financial Assistance Programs Policy  
پالیسی برنامه های کمک مالی - دری

**ضمیمه 3**

زبان هایی که توانایی انگلیسی محدود دارند

آلبانیایی
عربی
چینی ساده
فرانسوی
کریول فرانسوی (کریول هیتی)
آلمانی
یونانی
هندی
ایتالیایی
جاپانی
کوریایی
پشتو
فارسی دری
فارسی
پولندی
پرتغالی
کریول پرتغالی (کیپ ویردن)
روسی
اسپانیایی
سوئیسی
تاگلوک
ترینیا
ترکی
ویتنامی