

**HUNTINGTON HOSPITAL**  
**行政管理政策和程序**

主题: <b>FINANCIAL ASSISTANCE POLICY</b> (财务援助政策)	保单编号: <b>329</b>	第 1 页, 共 17 页
授权批准人: <b>Caroline Balfour</b>	生效日期: <b>2022 年 11 月 7 日</b>	取代/替代 慈善医疗

**目的:**

- a. Pasadena Hospital Association, Ltd. (经营别称 Huntington Hospital) 和 Huntington Medical Foundation (经营别称 Huntington Health Physicians) (“本组织”) 致力于满足社区内所有患者的医疗保健需求, 并基于以下原则:
- i. 以有尊严的方式公平对待所有人, 并给予其同情心和尊重;
  - ii. 满足所有人的紧急医疗保健需求, 无论患者的支付能力如何; 以及
  - iii. 为无法支付部分或全部护理费用的患者提供援助。

本政策致力于满足我们社区内低收入无保险患者和保额不足患者的需求, 以展现本组织对我们使命、愿景和原则的郑重承诺。为履行此承诺, 本组织向符合本政策要求的患者提供免费或优惠的医疗必要服务。

- b. 本政策提供关于确定患者财务援助资格的指南, 并拟定了相应的财务筛选标准, 以协助确定哪些患者有资格获得财务援助。本政策主要以美国卫生与公众服务部 (Department of Health and Human Services) 制定的联邦贫困线指南作为财务筛选标准。
- c. 本政策适用于本组织提供的所有急诊及其他必要医疗护理。
- d. 本政策旨在遵守州和联邦法律。

**政策:**

- a. **定义。**有关所用术语的解释, 请参阅本政策末尾的“定义”部分。定义的术语在“定义”部分以大写形式显示或在本政策的正文中加以定义。
- b. **本政策涵盖的设施、医师和其他提供者。**本政策仅适用于本组织提供的服务, 如由 Huntington Aligned Medical Group (“HAMG”) 和 Huntington Foundation Medical Group (“HFMG”) 提供服务, 则仅适用于医师服务。本组织的 Randall Breast Center 地点、Huntington Ambulatory Surgery Center, LLC 和 Huntington Outpatient Imaging Centers, LLC 不包含在内。

c. **本政策未涵盖的设施、医师及其他提供者可能适用单独的财务援助政策。**本组织其他成员的医务人员可能会向其患者提供财务援助。本组织将应要求提供所拥有的有关这些医师的信息清单，说明特定医师（或其医疗小组）是否会：**(i)** 根据本政策规定的标准，向本组织规定的低收入无保险患者提供医师专业费用的同等折扣；**(ii)** 接受本组织对患者财务援助资格的确定；**(iii)** 遵守所有适用的联邦、州和地方关于消费者欠款账户催收的法律、法规、条例和法令。对于此类医师的财务援助计划管理或其计费做法，本组织概不负责。

#### d. **资格标准**

- i. **财务援助。**全额财务援助适用于家庭收入和资产等于或低于当年 **FPL 400%** 的患者。收入介于 **FPL 401% 至 600%** 的患者也有资格享受护理折扣。即便将资产纳入财务援助申请（“申请”），在确定折扣资格时亦不予考虑。附件 **B** 是申请表，而附件 **C** 列出了本组织可提供的财务援助范围。
- ii. **服务前患者（选择性/非急诊护理）。**被安排为选择性住院患者或非急诊门诊患者的患者需要获得财务援助协调员或其指定人员的事先批准，才能获得财务援助。只有具医疗必要性的程序才有资格获得批准。选择性程序和出院后后续护理的财务援助仅限于居住在本组织服务区域内或经财务援助协调员或其指定人员批准的患者。根据本组织审慎分配其财务和临床资源的需要，本组织保留未来不提供患者所提议的非紧急及其他非医疗必要护理相关财务援助的权利。
- iii. **额外的财务资源和必要的患者合作。**根据本政策而获准获得援助的患者同意始终配合从第三方来源获得本组织服务相关理赔的相应流程，此类第三方来源示例包括 **California Victims of Crime 基金、County Trauma Program、Medi-Cal 计划**，以及通过 **California Health Benefit Exchange（“Exchange”）** 提供保险的健康计划。患者申请第三方承保其医疗保健费用，并不妨碍其获得本政策所规定援助的资格。如需获得财务援助，患者需要申请 **Medi-Cal、Healthy Families 和 County Trauma Program** 的保险（如适用），并在适当情况下申请 **Exchange** 的保险。上述规定也适用于居住在州外的患者及其在州内的 **Medicaid** 申请。

本组织将适当转介至当地县级机构，包括 **Healthy Families、Covered California、Medi-Cal** 或其他计划，以确定潜在资格。

本组织有权向为患者提供保险的任何第三方保险公司开具账单，包括第三方责任的任何来源。健康保险公司和健康计划不得降低其对本组织的理赔报销，即便本组织已根据本政策放弃全部或部分患者账单亦不例外。

- iv. **自费患者。**本组织根据过往经验和当前保险环境做出假定，即没有保险的患者无法负担保险。本组织假定此类患者符合财务援助计划的资格，并将向所有此类患者提供下列援助，除非患者为本组织提供的服务做出其他安排：
  1. 自费患者将自动按本组织的折扣金额予以计费（见附件 **D**）。
  2. 自费患者无需提交申请，即可享受此类折扣。除非本组织与患者之间达成具体协议，否则此类财务援助一律不适用于选择性程序。

- v. **医疗贫困患者（不符合条件）。**如患者属于医疗贫困但不符合本政策所规定的财务援助资格，仍可根据本政策规定的流程提出财务援助申请。因医疗贫困而提出的财务援助申请必须由财务援助协调员或其指定人员自行决定批准。
- e. **财务援助计划。**本计划使用单一、统一的患者财务援助申请流程。此流程旨在确保所有申请人都有机会获得他们可能有资格享受的最高财务援助福利。申请财务援助的所有患者都需要填写申请表。

- i. **启动财务援助申请。**申请流程可由患者或本组织的任何工作人员启动，方法是联系：自费部、客户服务部，电话号码为 **(323) 866-8600**。

具体流程如下：

1. 患者获得申请表、**Medi-Cal** 申请表和信用咨询信息。
2. 以下部门会协助申请人填写表格：自费部、客户服务部、挂号处、入院部和急诊科 (ED)。
3. 申请表可以在本组织工作人员的协助下口头完成，但仍然需要患者或其代表在申请表上签名。

#### ii. 审核申请

1. **确定。**资格指南采用当前 **FPL** 作为资格衡量标准予以计算。
2. **附属机构和核准社区合作伙伴的确定。**如患者的财务援助申请于近期获得本组织特定附属机构或社区合作伙伴的批准，本组织可能会酌情决定加速批准。本组织将告知申请财务援助的患者是否可获此类加速批准。
3. **资产。**在确定资格时，对资产的考量仅限于本政策中的定义。
4. 部分期间的**收入**应纳入使用年化数据的工作表中。
5. **扣除额。**包括生活开支和其他合理且必要项目在内的其他财务义务均将纳入考量。
6. **患者最高自付费用。**患者为本政策所涵盖服务而支付的任何费用不得超过 **AGB**。
7. **重新评估。**如果发生以下任何情况，本组织可能会重新评估资格：
  - a. 患者收入有变。
  - b. 患者家庭人数有变。
  - c. 财务援助申请的任何部分被确定为虚假或误导性信息，在这种情况下，初始财务援助可能会被追溯性地拒绝。

- iii. **提交必要文件。**本组织要求申请财务援助的患者提供各种文件，以证明其资格。这些文件包括但不限于以下各项：

1. 填妥的申请表。
2. 收入文件可能包括：

- a. 近期工资支票存根；
- b. 前一年的纳税申报单；或者
- c. 书面说明。

3. 资产文件可能包括：

- a. 上个月的银行对账单副本（所有页面）；
- b. 金融市场账户报表；
- c. 股票；
- d. 债券；
- e. 存款证明；
- f. 经纪账户（不包括关于退休计划、延期支付计划（根据 IRS 代码，包括合格和不合格）的文件）；以及
- g. 失业救济金、社安金或残疾抚恤金存根。

iv. **提交填妥的申请表。** 如果患者在申请期内提交填妥的申请，则本组织应：

- 1. 立即采取一切合理可用措施，以暂停或撤销针对患者的任何护理费用催收相关 ECA。此类合理可用措施通常包括但不限于：建议催收机构停止催收活动；采取措施以撤销对患者的任何评判；取消对患者财产的任何扣押或留置；从患者的信用报告中删除已上报给消费者报告机构或信用局的任何不利信息。
- 2. 在合理时间内确定资格，或确定申请是否不完整或是否需要额外信息。
- 3. 及时以书面形式向患者告知资格确定结果，包括（如适用）患者有资格获得的援助和决定的依据。
- 4. 如果患者有资格获得财务援助，则本组织应以书面形式向患者告知其资格、可获得的援助、确定依据和所涵盖的服务日期。

- a. 如果患者无支付责任，则除了按“退款”部分所述规定退还已付金额外，无需采取其他步骤。如有剩余积欠金额，则本组织还应以书面形式向患者告知其积欠的护理金额，并说明患者如何获得额外的账户信息。
- b. 一旦患者获得财务援助批准，则在批准期间内，患者不会被收取比本政策所述 **AGB** 更高的急诊或其他医疗必要护理费用。
- c. 资格审批只能由本组织在以下部门特别授权的个人进行：自费部、客户服务部、财务援助协调员

v. **申请信息有限的患者。** 即便本组织缺乏患者的财务数据，亦不妨碍患者获得财务援助的资格。在评估患者临床、个人和人口统计情况以及替代文件（包括其他慈善组织可能提供的信息）相关的所有因素时，本组织可以通过对患者收入做出合理假定来确定

患者是否有资格获得财务援助。

- vi. **不完整的申请。**如果患者所提交的申请不完整，则本组织应及时向患者寄送书面通知，说明申请所需的额外信息和/或文件，以及申请处理的联系信息。如果患者随后在申请期（或本组织设定的更长时间段）内完成申请并提供所需信息，则申请将视为完成。
- vii. **未完整填写的申请表。**如果患者在申请期间提交了未完整填写的申请表，并于随后合理时间内完成申请，以响应有关额外信息和/或文件的请求，则该患者将被视为已提交填妥的申请表，并且只有当本组织针对已填妥申请而采取本政策要求的其他步骤时，本组织才会做出合理努力以确定患者是否符合资格。
- viii. **针对具可疑信息的申请表的反滥用条款。**本组织不得根据其有理由相信不可靠或不正确的信息或者以胁迫方式或强制措施从患者处获得的信息，来确定患者是否有资格获得财务援助。强制措施包括延迟或拒绝向患者提供急诊医疗服务，直到患者提供所要求的信息，以确定患者是否有资格获得遭延迟或拒绝护理相关的财务援助。
- ix. **不完整申请的处理。**如患者未能提供合理且必要的文件，本组织在做出财务援助相关决定时会酌情考虑。但是，本组织将合理行事，并根据现有信息做出最佳决定。
- x. **推定资格。**本组织可能会根据其获得或评估的信息来确定患者是否有资格获得当前服务的财务援助，而无需患者提供常规申请流程所需的全部信息，也不会考虑患者没有健康保险的事实。本组织的决定可能包括依据本组织的先前决定、患者的其他提供者所提供的信息，或者针对本组织工作人员所掌握信息的一般评估。在此类情况下，本组织应：**(a)** 向患者告知推定资格确定的依据以及患者可根据本政策申请更高援助的方式；**(b)** 允许患者在一百二十 (120) 天内申请更高援助；如果患者提交了填妥的申请表以寻求更高援助，则应确定患者是否有资格获得更高折扣，并针对已填妥的申请表采取本政策要求的其他步骤。接受本政策所述折扣的自费患者将通过核对账单所印简明摘要（请参见附件 A）的方式接收此类通知。
- xi. **即便患者弃权，亦不能免除本组织采取合理努力的义务。**从患者处获得口头或书面弃权书，例如患者不希望根据本政策申请援助或接收根据本政策提供给患者的信息的签名声明，其本身并不构成对于患者不符合资格的决定，也不满足对患者采取 ECA 前做出合理努力以确定患者是否符合资格的要求。
- xii. **付款计划。**一旦确定患者有资格获得财务援助且仍存在剩余积欠金额，他们可以选择通过既定的定期付款计划进行付款。本组织将与患者讨论计划选项，并制定通常持续时间不超过十二 (12) 个月且完全免息的分期付款计划。
- xiii. **争议解决。**如有关于财务援助资格的争议，患者可以向本组织提交书面申诉，要求本组织重新审议。书面申诉应解释争议的理由，并提供相应支持文件。本组织的财务援助协调员将立即审查上诉并向患者提供书面决定。如果患者认为在第一次上诉后争议仍然存在，患者可以通过书面方式要求本组织的患者财务服务主管展开审查，并由其提供最终书面决定。

- xiv. **申请信息的保密性。**根据本政策规定，对于要求确定资格的患者所提供的全部信息，本组织应视为机密信息予以维护。申请和批准流程中所获得的收入和资产相关信息应保存于同一个文件内，与可能用于催收欠款的信息分开。
- xv. **完成申请的时间段（“申请期”）。**患者应于两百四十 (240) 天内完成申请。申请期自首次提供申请相关护理之日起计算（如存在多个服务日期，则以最后一个疗程的开始日期为准）。

#### f. 有效期

- i. 对于财务合格患者，批准其初始财务援助的有效期为六 (6) 个月，自申请完成之日起算。初始批准期结束时，应患者要求，可重新评估其资格。处于本组织选择时，无需提出新申请，即可授权新的六 (6) 个月批准期。十二 (12) 个月后，患者必须填写新的申请表。自最终申请获准之日起，未结清的合格账户将根据批准的援助水平减免相应的财务援助金额。针对后续情况，合格账户在未来六 (6) 个月内有资格获得财务援助相应金额减免。

#### g. 通知、书面通信和声明

- i. 本组织提供以下有关财务援助的通知和信息：
  - 1. 本政策。
  - 2. 本政策的简明摘要。简明摘要应当以清晰、简明且易于理解的方式向患者及其他个人告知本组织可根据本政策提供财务援助。起草简明摘要时，应列出各类相关信息，其中包括州和联邦法律要求的信息，例如本政策下的资格要求和提供的援助、关于如何根据本政策申请援助的简要概述，以及关于获取额外信息和帮助的信息，包括索取其他语言的副本。
  - 3. 申请表。
  - 4. 本组织的欠款催收政策。
- ii. 此类材料应以多种方式提供，其中包括：
  - 1. **网站。**财务援助政策、财务援助申请表和财务援助政策简明摘要均发布于本组织的网站上。此类材料的链接也应发布在网站上。
  - 2. **电子邮件或纸质副本。**可致电 (323) 866-8600 向自费部、客户服务部索要本政策中提及的任何材料的副本。
  - 3. **张贴标牌。**简明摘要应张贴于下列位置：急诊室、住院部、收费部、集中和分散挂号区及其他门诊区域（包括观察室）。
- iii. **登记和账单通知。**患者可查看其登记和账单通信，以了解各种信息和通知。例如，请参见本组织的欠款催收政策。
- iv. **通知社区。**本组织应采取各种措施，广泛宣传其财务援助计划，例如向目标社区组织分发信息，或以其他方式提醒社区关注本组织提供的财务援助计划。

- h. **翻译。**患者通信应符合本组织的要求。除前述内容之外，本政策下的通知、正式通信和标牌应使用英语以及州和联邦法律要求的其他语言。其他语言包括中文、波斯语、越南语、阿拉伯语、捷克语、俄语、亚美尼亚语、韩语和西班牙语。
- i. **医疗必要性/临床判定。**无论患者的保险或财务状况如何，在对其展开医疗必要性评估时，均将基于临床判断。根据所有适用的州和联邦法律，一旦出现紧急医疗状况，必须先行安排适当的健康体检，并提供必要的稳定服务，之后才能对财务安排展开各项评估。
- j. **退款。**对于患者所支付的超出本政策规定的应付金额部分，本组织将予以报销，包括以百分之十 (10%) 的年利率支付利息。如果应付给患者的金额低于 \$5.00（或美国国税局规定的此类其他金额），则本组织无需对患者进行报销或支付利息。本组织应在 30 天内向患者退款。
- k. **催收。**有关催收活动的更多信息，请参见欠款催收政策。
- l. **报告。**本组织将在每隔一年的 1 月 1 日当天或之前或者在本政策有任何更新后的三十 (30) 天内将本政策提交给卫生保健获取和信息部（**Health Care Access & Information**，简称“HCAI”）。如果本政策自先前提交政策以来并无变更，本组织将在其下一个双年度报告日期的 1 月 1 日之前三十 (30) 天内通知 HCAI。
- m. **相关政策和计划**
  - i. 欠款催收政策。
  - ii. 美国医院协会患者计费指南。
- n. **联系信息。**如有关于本政策的疑问，应向患者财务服务部主管提出。

### 董事会的批准和持续审查：

本政策、欠款催收政策以及对此类政策的所有重大变更必须取得本组织董事会的批准。本组织应定期审查本政策和欠款催收政策以及催收工作的状态，以确保他们为患者和社区提供理想的服务。

### 定义

- a. **一般收费金额（Amounts Generally Billed，简称“AGB”）**是指 26 C.F.R. §1.501(r)-5(b) 规定通常向拥有此类护理承保的患者所收取的急诊或其他医疗必要护理费用。有关本组织如何计算 AGB 和 AGB 百分比年度更新的其他信息，请参见本政策的附件 D，同时已纳入加州卫生保健获取和信息部网站 <https://syfphr.hcai.ca.gov/> 面向公众的相关文件。
- b. **申请**是指本组织的财务援助申请。
- c. **资产**仅指“货币资产”。其中包括易于转换为现金的资产，例如银行账户和公开交易的股票。退休计划、延期支付计划（根据 IRS 代码，包括合格和不合格）将不予考虑。下列各项未纳入资产中：患者货币资产的前一万美元 (\$10,000) 和患者货币资产除前一万美元 (\$10,000) 之外的百分之五十 (50%)。
- d. **合格**是指患者符合本政策规定的财务援助要求。

- e. **基本生活开支**是指以下任何一项的费用：租金或房屋款项和维修、食物和家庭用品、公用事业和电话、服装、医疗和牙科费用、保险、学校或儿童保育、子女抚养费或配偶赡养费、交通和汽车费，包括保险、汽油和维修、分期付款、洗衣和清洁及其他特殊费用。
- f. **特殊催收行动（Extraordinary Collection Action，简称“ECA”）**是指本组织在尽合理努力确定患者是否有资格获得本政策所规定的财务援助之前不会采取的催收活动。有关欠款催收政策的详细描述，请参见 ECA。
- g. **家庭**是指：(1) 对于年满 18 岁的个人，包括配偶、同居伴侣和 21 岁以下的受抚养子女，无论是否住在家里；(2) 对于未满 18 岁的个人，包括父母、看护亲属及父母或看护亲属未满 21 岁的其他子女。
- h. **联邦贫困线（Federal Poverty Level，简称“FPL”）**是美国用于确定贫困程度的衡量标准，由卫生与公众服务部（简称“DHHS”）定期发布于网站 (<http://www.dhhs.gov/poverty>) 上。
- i. **财务合格患者**是指已向本组织申请财务援助并已填写和提交申请表的患者。申请审查结果表明患者有资格获得财务援助，并且申请已依据本政策获得批准，或者患者经本组织确定为推定有资格根据本政策获得财务援助。
- j. **财务援助**是指根据本政策向患者提供免费或优惠医疗保健服务的安排。优惠费用通常视付款计划而定，自费患者可自动享受折扣。
- k. **高额医疗费用**是指家庭收入超过本组织财务援助门槛的患者的每年自付费用。符合下列条件之一的费用将纳入考量：(i) 患者在本组织下属医院产生的费用超过患者当前的家庭收入或过去十二 (12) 个月的家庭收入，以较低者为准；或者 (ii) 自付医疗费用超过患者家庭收入的百分之十 (10%)，前提是患者已提供患者或患者家属过去十二 (12) 个月内所支付患者医疗费用的证明文件。
- l. **医疗贫困**是指患者无力承担意外高成本护理的相关服务费用，但不符合本政策规定的财务援助资格。
- m. **患者**是指现有或潜在患者。
- n. **付款计划**是本组织与患者之间的书面协议，根据该协议，由本组织向患者提供减免一定费用的机会，且每月费用不超过患者家庭收入的 10%（基本生活开支的扣除额除外）。
- o. **州和联邦法律**包括但不限于：
  - i. 美国《国内税收法典》(Internal Revenue Code) 第 501(r)(3) 节。
  - ii. 《加州健康与安全法典》(California Health & Safety Code) 第 127400-127462 节（医院公平定价政策和急诊医师公平定价政策）。
  - iii. 加州议会第 1020 号法案：医疗保健欠款和公平计费，自 2022 年 1 月 1 日起生效。
  - iv. 加州议会第 532 号法案：公平计费政策，自 2022 年 1 月 1 日起生效。
  - v. 卫生与公众服务部总办公室（Office of General，简称“OIG”）关于向未投保和保额不足患者提供财务援助的指南，以及 IRS 法规。



vi. 有关上述任何内容的任何实施条例和机构指南。

## 附件清单

- A. 简明语言摘要
- B. 财务援助申请
- C. 财务援助折扣说明
- D. 一般收费金额说明

## 附件 A: 简明语言摘要



### 财务援助和意外账单保障摘要

---

作为我们使命的一部分，Pasadena Hospital Association, Ltd.（经营别称 Huntington Hospital）和 Huntington Medical Foundation（经营别称 Huntington Health Physicians）（“本组织”）致力于在社区提供优质医疗服务，以有尊严的方式对待我们的所有患者，并给予其同情心和尊重。其中包括根据我们的财务援助政策（“本政策”）为无力支付护理费用的合格患者免除费用或提供大幅折扣。即使患者不符合获得援助的资格，我们也可以为其提供多种付款计划和选择，以满足其财务需求。本文件是本政策的简明语言摘要（“摘要”）。

#### 资格 - 免费和优惠

如果患者接受具医疗必要性的程序，且收入和货币资产（统称“收入”）等于或低于当年联邦贫困线 (FPL) 的 400%，我们可提供财务援助。收入介于 FPL 401% 至 600% 的患者也有资格享受护理折扣。我们将根据患者的家庭人数、收入水平和保险状况向其提供浮动费率折扣。对于接受选择性服务的患者，如需财务援助，则必须获得患者财务服务部副总裁或其指定人员的事先批准。只有具医疗必要性的程序才有资格获得批准。针对选择性程序和出院后后续护理的财务援助仅限于居住在本组织服务区域内的患者。根据本政策，如果患者没有资格享受完全免费的服务，但有资格享受折扣，我们向患者收取的费用将不超过本组织通常针对急诊或其他医疗必要护理所收取的费用。

#### 医师和服务

本政策仅适用于本组织提供的服务，如由 Huntington Aligned Medical Group (“HAMG”) 和 Huntington Foundation Medical Group (“HFMG”) 提供服务，则仅适用于医师服务。本组织的 Randall Breast Center 地点、Huntington Ambulatory Surgery Center, LLC 和 Huntington Outpatient Imaging Centers, LLC 不包含在内。

#### 申请财务援助

根据本政策申请免费或折扣护理的患者需要填写财务援助申请表（“申请表”），并提交所有必要文件。本组织将对申请表和文件进行审核。

#### 获取申请表、本政策或其他信息的联系方式

本摘要、政策或申请表提供英语、中文、波斯语、越南语、阿拉伯语、捷克语、俄语、韩语和西班牙语版本的免费副本。如需索取副本或获取其他信息，包括有关财务援助流程的疑问，您可以：

- 咨询挂号处或住院接待处的代表。
- 致电 323-866-8600 与患者财务服务部联系。
- 访问本组织的网站 [huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/#financial-assistance](http://huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/#financial-assistance)。

### 自费安排

没有资格享受本政策规定的免费护理或护理折扣的患者可以寻求本组织其他计划的帮助。没有保险的患者可能有资格获得大幅折扣，类似于我们向管理式护理保险计划提供的折扣。合格服务包括门诊、急诊和住院服务。

### 催收监管通知

我们会将部分欠款账户交由第三方催收机构予以处理。此类机构必须遵守所有加州和联邦法律，并遵守本组织的政策和程序。有关欠款催收活动的更多信息，请致电 877-FTC-HELP (877-382-4357) 与联邦贸易委员会 (Federal Trade Commission) 联系。如果您的账户被转至催收机构，并且您遇到问题，请致电 323-866-8600 与我们的患者财务服务部联系以寻求帮助。

### 意外医疗账单保障

所有患者均可获享意外医疗账单保障。请访问我们的网站 [huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/no-surprises-act-nsa-surprise-medical-bills](http://huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/no-surprises-act-nsa-surprise-medical-bills)，查看“患者通知 - 您的权利和意外医疗账单保障”或索要副本。

### 关于账单、费率和价格透明度的其他资源和信息：

- 患者可能有资格参与政府援助计划（例如 Medi-Cal），或者有资格通过 California Health Benefit Exchange (Covered California) 获得保险补贴。如对此类计划、保险范围及其他可提供帮助的组织有所疑问，请致电 626-397-2259 与健康中心 (Health Hub) 联系。
- 有关商业医疗保险自付费用的疑问，请致电 800-233-2771。
- 有关本组织可购买服务的定价和工具的信息，请访问 [huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care](http://huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care)。
- 健康消费者联盟 (Health Consumer Alliance, HCA) 为难以获得或维持健康保险的患者提供免费援助，并帮助他们解决健康计划相关问题。有关更多信息，请访问 [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org)。

**附件 B – 财务援助申请**



**Huntington Health**



**财务援助申请**

如想参与我们的全部或部分援助计划，请填写此申请表以帮助 Pasadena Hospital Association, Ltd. (经营别称 Huntington Hospital) 和 Huntington Medical Foundation (经营别称 Huntington Health Physicians) (“本组织”) 确定您是否有资格获得折扣护理。即使您提出申请，我们也不能保证您一定有资格。在我们收到您填妥的申请表和文件后，我们将向所有等待批准/拒绝的患者提供书面答复。财务援助政策涵盖在本组织提供的具医疗必要性护理。本政策仅适用于本组织提供的服务，如由 Huntington Aligned Medical Group (“HAMG”) 和 Huntington Foundation Medical Group (“HFMG”) 提供服务，则仅适用于医师服务。其中不包括本组织的 Randall Breast Center 地点、Huntington Ambulatory Surgery Center, LLC、Huntington Outpatient Imaging Centers, LLC、选择性美容服务和上述地区以外的任何其他服务提供者。您可以通过邮寄、电子邮件或传真提交填妥的申请表。未能提供所有必要信息将导致申请遭拒。

A. 请注意：如果您没有保险并且符合特定的 MEDI-CAL 推定资格标准，则您无需填写此申请表。

请勾选您是否参与了以下任何一项计划：

- 妇女、婴儿和儿童营养计划 (Women, Infants and Children Nutrition Program, WIC)
- 精神上无行为能力，且无人代表患者行事
- 补充营养援助计划 (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
- 符合 Medi-Cal 资格，但服务日期不符合
- 无家可归
- 已故且无遗产

患者信息			
患者姓名	社会安全号码	出生日期	
家庭住址	城市	州	邮政编码
住宅电话	手机号码	电子邮件地址	
首选联系方式 <input type="checkbox"/> 美国邮政 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 住宅电话 <input type="checkbox"/> 手机		家庭年收入：\$	
婚姻状况： <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 分居 离异 <input type="checkbox"/> 丧偶		家庭人数（根据纳税申报表）：	
就业状况 <input type="checkbox"/> 就业 <input type="checkbox"/> 自雇 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 失业 - 最后工作日期：			
雇主名称		电话号码	
雇主地址	城市	州	邮政编码

**附件 B (续)**

配偶/同居伴侣/父母/担保人信息			
关系 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侣 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 担保人 <input type="checkbox"/> 其他：			
姓名	社会安全号码	出生日期	
就业状况 <input type="checkbox"/> 就业 <input type="checkbox"/> 自雇 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 残疾  <input type="checkbox"/> 失业 - 最后工作日期：			
雇主名称		电话号码	
雇主地址	城市	州	邮政编码
健康保险名称（由雇主提供，包括 COBRA）  <input type="checkbox"/> 未提供健康保险			
保险范围			
1. 您是否有资格获得任何健康保险？			
<input type="checkbox"/> 健康保险	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
<input type="checkbox"/> 退伍军人管理局 (Veterans Administration)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
<input type="checkbox"/> 外交政策	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
如果回答“是”，请提供以下信息。			
投保人	保险公司	保单号码	
投保人	保险公司	保单号码	

**附件 B (续)**

**筛查问题**

1. 所提供的治疗是否与以下任何一项有关?

- 事故       犯罪       工伤       其他:

2. 您是否聘请了律师或正就您的伤害或疾病提出理赔?

a. 如果回答“是”，请提供:

\_\_\_\_\_  
律师姓名

\_\_\_\_\_  
律师电话号码

3. 您是否已申请 Medi-Cal? (我们可能会要求您申请)

- 是 - 等待批准       是 - 不符合资格       否

a. 如果回答“否”，请勾选以下所有适合项:

- 您未满 19 岁
- 您已年满 65 岁
- 您是失明人士
- 您正在服用药物来控制糖尿病、高血压或癫痫发作
- 社会安全局 (Social Security Administration) 认定您是残疾人士
- 您已怀孕
- 您与 19 岁以下子女同住

**开支和资产信息**

当前月收入	患者	配偶	总计
总收入	\$	\$	\$
自雇净收入	\$	\$	\$
利息和股息	\$	\$	\$
不动产或出租物业	\$	\$	\$
社安金/退休金/残疾补贴	\$	\$	\$
赡养费、抚养费	\$	\$	\$
其他	\$	\$	\$
<b>每月总收入</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>
基本生活开支	患者	配偶	总计
租金或抵押贷款	\$	\$	\$
不动产税	\$	\$	\$
公用事业和电话费	\$	\$	\$

## 附件 B (续)

## 财务援助申请表

基本生活开支	患者	配偶	总计
赡养费、抚养费	\$	\$	\$
车贷/租赁付款	\$	\$	\$
教育	\$	\$	\$
学校/儿童保育 (未成年受抚养人)	\$	\$	\$
食物	\$	\$	\$
保险	\$	\$	\$
其他费用	\$	\$	\$
每月总开支	\$	\$	\$
当前医疗欠费	患者	配偶	总计
未付医疗欠费 (Cedars-Sinai)	\$	\$	\$
其他医疗欠费	\$	\$	\$
资产 (不包括退休账户)	患者	配偶	总计
支票/储蓄/信用合作社账户	\$	\$	\$
股票和债券	\$	\$	\$
金融市场/经纪账户	\$	\$	\$
存款证明	\$	\$	\$
总资产	\$	\$	\$

本人证明, 据本人所知, 此申请表中的信息均真实准确。本人同意申请本人可能有资格获得的任何地方、州和联邦援助, 以帮助削减任何医院和专业服务账单的费用。本人理解, 本组织可能会核实本人提供的信息, 并且本人授权他们与第三方联系, 以核实本申请表中所提供信息的准确性。本人理解, 如果本人故意提供不正确的信息, 或者如果申请表中包含重大错误或遗漏, 本人将不再有资格获得财务援助。如果本人之前曾获得财务援助, 届时可能会被撤销资格, 且本人需要负责支付未结欠款。

财务援助申请人签名

日期

配偶/同居伴侣/担保人签名 (如适用)

日期

**附件 C - 财务援助折扣说明**

**财务援助折扣  
2022 年联邦贫困线指南**

无保险折扣	<u>100%</u>	<u>95%</u>	<u>90%</u>	<u>85%</u>	<u>85%</u>
保额不足折扣	<u>100%</u>	<u>90%</u>	<u>80%</u>	<u>70%</u>	<u>60%</u>

家庭人数	2022 年 FPL 年薪					
1	\$13,590	\$54,360	\$61,155	\$67,950	\$74,745	\$81,540
2	\$18,310	\$73,240	\$82,395	\$91,550	\$100,705	\$109,860
3	\$23,030	\$92,120	\$103,635	\$115,150	\$126,665	\$138,180
4	\$27,750	\$111,000	\$124,875	\$138,750	\$152,625	\$166,500
5	\$32,470	\$129,880	\$146,115	\$162,350	\$178,585	\$194,820
6	\$37,190	\$148,760	\$167,355	\$185,950	\$204,545	\$223,140
7	\$41,910	\$167,640	\$188,595	\$209,550	\$230,505	\$251,460
8	\$46,630	\$186,520	\$209,835	\$233,150	\$256,465	\$279,780
每多一人, 增加	\$4,720					
		400%	450%	500%	550%	600%

备注：附表最后修订日期为 2022 年 11 月 7 日



## 附件 D - 一般收费金额说明

一般收费金额（简称“AGB”）是指 26 CFR §1.501(r)-5(b) 规定通常向拥有此类护理承保的患者所收取的急诊或其他医疗必要护理的费用。

本组织将借助回溯法，并采用平均 Medicare 和商业住院报销率来确定向合格住院患者收取的最高金额（请参见附件 D）。为进一步造福于合格住院患者，本组织将使用 AGB 或 Medicare MS-DRG 报销金额中的较低者来确定合格患者的责任。

本组织将借助回溯法，并采用平均 Medicare 和商业门诊报销率来确定向合格门诊患者收取的最高金额（请参见附件 D）。

本组织将借助回溯法，并采用平均 Medicare 和商业急诊室报销率来确定向合格急诊室患者收取的最高金额（请参见附件 D）。

住院部、门诊部和急诊室报销率至少每年采用过去 12 个月内最近结清的 Medicare 和商业账户计算一次。

组织	无保险自费折扣 <sup>(1)</sup>	AGB 报销百分比
急诊室	82%	18%
住院部	82%	18%
门诊部	81%	19%

<sup>(1)</sup> 2022 年 11 月 7 日生效