

शीर्षक: वित्तीय सहायता नीति	
प्रभावी तिथि: 13 दिसम्बर, 2013 पुनर्संशोधन प्रभावी तिथि: 28 फरवरी 2019	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
अनुमोदनकर्ता: St. David's Healthcare Board of Governors	पृष्ठ: 9 में से 1

यह नीति आंतरिक राजस्व अनुच्छेद 501 (r) द्वारा अनिवार्य वित्तीय सहायता नीति के अनुपालन के लिए बनाई गई है। यह नीति एक ऐसा ढाँचा तैयार करती है, जिसके अनुरूप सेंट डेविड्स हेल्थकेयर पार्टनरशिप (SDHP) ऐसे रोगियों की पहचान करेगी, जो आपातकालीन और चिकित्सीय रूप से आवश्यक देखभाल के संदर्भ में वित्तीय सहायता के लिए योग्यता रखते हों।

सभी रोगियों को इस नीति के बारे में समुचित तरीके से सूचित किया जाए, यह सुनिश्चित करने के लिए SDHP ने निम्नांकित कदम उठाए हैं:

- वित्तीय सहायता नीति के बारे में जानकारी, नीति का एक सरल भाषा में सारांश और पूर्णता के लिए वित्तीय सहायता आवेदन तथा निर्देश SDHP वेबसाइट पर उपलब्ध हैं:
<http://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot>.
- पंजीकरण के समय, रोगियों को एक दस्तावेज दिया जाता है, जिसमें अभीमित छूट और साथ ही अन्य छूट विकल्पों की उपलब्धता का वर्णन होता है (प्रदर्शन 1)।
- वित्तीय सहायता आवेदन, संस्थान में और ईमेल द्वारा उपलब्ध कराए जाते हैं।
- इस बात का संकेत देता है कि चैरिटी मिशन के बारे में स्पष्ट मौजूदा जानकारी और दिशानिर्देश दाखिले के समय हर बिंदु पर उपस्थित होते हैं।
- रोगियों को "आपके अस्पताल बिल की मार्गदर्शिका" नामक रोगी दस्तावेज प्रदान किया जाता है। यह दस्तावेज, बिलिंग प्रक्रिया की व्याख्या करता है और साथ ही वित्तीय सहायता नीति पर जानकारी प्रदान करता है।
- इस नीति का सारांश SDHP अस्पतालों के पास स्थानीय गैर-लाभकारी संगठनों को दिया जाता है।

चैरिटी केयर एलिजिबिलिटी सिस्टम

आवेदन। चैरिटी केयर हेतु पात्रता हासिल करने के लिए, SDHP को SDHP की पूर्णता की आवश्यकता होती है।

वित्तीय सहायता आवेदन (प्रदर्शन 2)।

SDHP किसी तृतीय पक्ष वेंडर (अर्थात क्रेडिट स्कोरिंग क्रियाविधि) से इलेक्ट्रॉनिक सत्यापन का इस्तेमाल कर सकता है, ताकि उन रोगियों को वित्तीय सहायता दी जा सके, जिन्होंने वित्तीय सहायता आवेदन की पूर्णता की आवश्यकता को पूरा न किया हो।

वित्तीय सहायता आवेदन, वित्तीय सहायता नीति और एक सरल भाषा।

StDavid's HEALTHCARE

शीर्षक: वित्तीय सहायता नीति

प्रभावी तिथि: 13 दिसम्बर, 2013 पुनर्संशोधन प्रभावी तिथि: 28 फरवरी 2019	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
अनुमोदनकर्ता: St. David's Healthcare Board of Governors	पृष्ठ: 9 में से 2

वित्तीय सहायता नीति का सारांश निम्न पते (कृपया अंग्रेजी, स्पैनिश, वियतनामी, चाइनीज सरलीकृत, कोरियाई या अरबी निर्दिष्ट करें) पर लिखित अनुरोध भेजने पर उपलब्ध होता है। यदि आपको सहायता की आवश्यकता हो, तो आप नीचे दिए पते पर रोगी अकाउंट सेवाएँ से संपर्क करें या नीचे दिए गए टेलीफोन नम्बर पर कॉल करें:

Patient Account Services
10030 N MacArthur Blvd.
Irving, TX 75063

Georgetown Hospital	866-396-1025
Heart Hospital of Austin	866-291-3547
North Austin Medical Center	866-391-2015
Round Rock Medical Center	866-391-2017
South Austin Medical Center	866-391-2018
St. David's Medical Center	866-391-2021
St David's Surgical Hospital	855-890-3304

यह आवेदन राज्य के कानून के अनुरूप जानकारी के संग्रह और नीचे बताई गई आय और प्रलेखन की आवश्यकताओं की अनुमति देता है। बार-बार हॉस्पिटल विजिट्स के मामले में, SDHP, रोगी या उत्तरदायी पक्ष के साथ प्रत्येक आगे आने वाले विजिट के लिए आवेदन और आय की जानकारी पुनः सत्यापित करने का प्रयास करेगा; हालांकि बारह महीनों के बाद एक नया आवेदन और नया सहायक प्रलेखन हासिल करना होगा।

निकट परिजनों की गणना वित्तीय सहायता का अनुरोध करने वाले रोगियों को अपने परिवार के सदस्यों की संख्या की पुष्टि करनी होगी।

वयस्क / किसी वयस्क रोगी के परिवार के परिवार सदस्यों की संख्या की गणना करने में रोगी, रोगी के जीवन-साथी और उस पर आश्रितों को शामिल करें।

नाबालिग / किसी नाबालिग रोगी के परिवार के सदस्यों की संख्या की गणना करने में रोगी, रोगी की माँ, रोगी की माँ के आश्रितों, रोगी का पिता और रोगी के पिता के आश्रितों को शामिल करें।

आय की गणना / रोगियों को अपने परिवार की वार्षिक आय बतानी होगी।

शीर्षक: वित्तीय सहायता नीति	
प्रभावी तिथि: 13 दिसम्बर, 2013 पुनर्संशोधन प्रभावी तिथि: 28 फरवरी 2019	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
अनुमोदनकर्ता: St. David's Healthcare Board of Governors	पृष्ठ: 9 में से 3

वयस्क/वयस्कों के लिए, इस नीति के अनुरूप वित्तीय रूप से या मेडिकल रूप से गरीब के रूप में वर्गीकरण के उद्देश्यों से "वार्षिक आय" पदावली का अर्थ है- रोगी और रोगी के जीवन-साथी के कुल वार्षिक सकल आय का योगफल है।

नाबालिग/यदि रोगी नाबालिग हो, तो "वार्षिक आय" का अर्थ रोगी, रोगी की माँ और रोगी के पिता से प्राप्त कुल वार्षिक सकल आय।

आय का सत्यापन/रोगी या उत्तरदायी पक्ष को नीचे बताई गई प्रलेखन आवश्यकताओं के अनुरूप वित्तीय सहायता आवेदन में दर्ज आय का सत्यापन करना होगा।

प्रलेखन आवश्यकताएँ/वित्तीय सहायता आवेदन में दर्ज आय का सत्यापन निम्नांकित में से किसी एक प्रणाली के जरिए किया जा सकता है:

आय सूचक/तृतीय पक्ष के वित्तीय प्रलेखन के प्रावधान द्वारा, जिसमें शामिल होते हैं लेकिन इस तक सीमित नहीं है- IRS फॉर्म W-2, वेतन तथा कर विवरण; पे चेक रेमिटेंस; व्यक्तिगत टैक्स रिटर्न्स; नियोक्ता द्वारा टेलीफोन सत्यापन; बैंक विवरण; सामाजिक सुरक्षा भुगतान रेमिटेंस, बेरोजगारी बीमा भुगतान नोटिस, बेरोजगारी क्षतिपूर्ति निर्धारण पत्र या किसी तृतीय पक्ष वेंडर (जैसे कि क्रेडिट स्कोरिंग क्रियाविधि) से इलेक्ट्रॉनिक मान्यता। इसके अलावा, कंपनी उस जिप कोड वाले स्थान की आर्थिक जनांकिकी पर विचार करती है जहाँ वह रोगी रहता करता है।

किसी सार्वजनिक लाभ कार्यक्रम में भागीदारी। किसी सार्वजनिक लाभ कार्यक्रम में मौजूदा भागीदारी दिखाने वाले प्रलेखन के प्रावधान द्वारा, जैसे कि मेडिकेड; काउंटी इंडिजेंट हेल्थ प्रोग्राम; AFDC; फुड स्टैम्स, WIC; टेक्सास हेल्दी किड्स; चिल्ड्रेंस हेल्थ इंश्योरेंस प्रोग्राम; या अन्य ऐसे ही इंडिजेंसी संबंधित प्रोग्राम। भरे हुए वित्तीय सहायता आवेदन के साथ उपरोक्त कार्यक्रमों में से किसी एक में भागीदारी का प्रमाण आवश्यक है।

सत्यापन प्रक्रिया/किसी रोगी की कुल आय के निर्धारण में, SDHP रोगी की अन्य वित्तीय सम्पत्तियों और देयताओं और साथ ही रोगी के परिवार की आय एवं रोगी के परिवार की भुगतान करने की क्षमता पर विचार कर सकता है। यदि किसी निर्धारण में यह तय किया जाता है कि रोगी की शेष बिल चुकाने की क्षमता है, तो ऐसा निर्धारण अतिरिक्त प्रलेखन को प्रस्तुत करने

शीर्षक: वित्तीय सहायता नीति	
प्रभावी तिथि: 13 दिसम्बर, 2013 पुनर्संशोधन प्रभावी तिथि: 28 फरवरी 2019	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
अनुमोदनकर्ता: St. David's Healthcare Board of Governors	पृष्ठ: 9 में से 4

पर रोगी की भुगतान करने की क्षमता के पुनर्मूल्यांकन को बाधित नहीं करता।

वर्गीकरण लंबित आय सत्यापन। SDHP, सेवा की तिथि से पहले, उसके दौरान या उसके बाद किसी भी समय वित्तीय सहायता के अनुरोध पर विचार कर सकता है। सत्यापन प्रक्रिया के दौरान, SDHP रोगी की आय के निर्धारण के लिए आवश्यक जानकारी को एकत्र करने के दौरान, रोगी का इलाज SDHP नीतियों के अनुसार एक निजी भुगतान करने वाले रोगी के रूप में किया जा सकता है।

असंगत या अधूरी जानकारी। यदि आवेदन प्रक्रिया के दौरान रोगी द्वारा दी गई सूचना असंगत या अधूरी पाई जाती है, तो यह नीति किसी भी तरीके से उस रोगी की भुगतान करने की क्षमता से जुड़ी जानकारी पाने के लिए SDHP द्वारा अतिरिक्त प्रयास करने की क्षमता को सीमित नहीं करती है। उदाहरण के लिए, SDHP इस बात की पूछताछ करने का फैसला कर सकता है कि यदि किसी रोगी की आय अधिक है तो क्यों किसी परिसंपत्ति की सूचना नहीं दी गई या काफी कम दी गई।

जानकारी का मिथ्याकरण। जानकारी के मिथ्याकरण की स्थिति में वित्तीय सहायता आवेदन से इंकार किया जा सकता है। यदि किसी रोगी को वित्तीय सहायता की मंजूरी दी जा चुकी हो, और SDHP वित्तीय सहायता आवेदन की सामग्री प्रावधान को झूठा पाता है, तो चैरिटी केयर का दर्जा स्थगित किया जा सकता है और वित्तीय सहायता वापस ली जा सकती है।

वित्तीय रूप से असहाय का वर्गीकरण वित्तीय रूप से असहाय होने का अर्थ वह अभीमित या अपर्याप्त रूप से बीमित व्यक्ति है, जिसे चैरिटी केयर एलिजिबिलिटी सिस्टम के आधार पर प्रदत्त सेवाओं के भुगतान के लिए कोई अनिवार्यता नहीं होती या छूट प्राप्त अनिवार्यता होती।

वर्गीकरण। रोगियों को वित्तीय रूप से असहाय के रूप में केवल तभी वर्गीकृत किया जा सकता है, जब उनकी वार्षिक आय अमेरिका के स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग ("फेडरल पॉवर्टी गाइडलाइंस") द्वारा फेडरल रजिस्टर में वार्षिक रूप से अपडेट किए गए गरीबी संबंधी दिशा-निर्देशों के 200% से कम या उसके बराबर हो। नवीनतम फेडरल पॉवर्टी गाइडलाइंस उनके रिलीज के तुरंत बाद शुरू होने वाले महीने के पहले दिन से लागू होना चाहिए।

चिकित्सीय रूप से असहाय का वर्गीकरण चिकित्सीय रूप से असहाय होने का अर्थ है वह रोगी जिसके मेडिकल या अस्पताल के बिल, तृतीय पक्ष के भुगतानकर्ताओं द्वारा भुगतान किए जाने बाद, उसकी वार्षिक आय के एक निर्धारित प्रतिशत से ज्यादा हो जाते हैं और जो बाकी बिल को चुकाने में अक्षम हो।

आरंभिक मूल्यांकन। चिकित्सीय रूप से असहाय की योग्यता रखने के लिए, तृतीय पक्ष के भुगतानकर्ताओं द्वारा दिए भुगतान के बाद रोगी द्वारा चुकाई जाने वाली राशि, उस रोगी की वार्षिक आय से दर फीसदी (10%) अधिक होनी चाहिए और रोगी बचे बिल को चुकाने में असमर्थ

शीर्षक: वित्तीय सहायता नीति	
प्रभावी तिथि: 13 दिसम्बर, 2013 पुनर्संशोधन प्रभावी तिथि: 28 फरवरी 2019	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
अनुमोदनकर्ता: St. David's Healthcare Board of Governors	पृष्ठ: 9 में से 5

होना चाहिए। यदि रोगी इस आरंभिक मूल्यांकन मापदंड पर खरा नहीं उतरता है, तो उस रोगी को चिकित्सीय रूप से असहाय नहीं माना जा सकता है।

स्वीकृति/SDHP ऐसे रोगी को स्वीकार कर सकता है, जो चिकित्सीय रूप से असहाय होने के आरंभिक मूल्यांकन मापदंड पर खरा उतरता हो और वह नीचे बताए मापदंडों को पूरा करता हो:

- (i) वार्षिक आय फेडरल पॉवर्टी गाइडलाइंस की 200% और 500% के बीच। रोगी की आय फेडरल पॉवर्टी गाइडलाइंस के 200% से अधिक, किंतु 500% से कम या उसके बराबर होनी चाहिए। इन परिस्थितियों में, SDHP इन रोगियों के लिए मंजूर की गई वित्तीय चैरिटी सहायता की राशि का निर्धारण अमेरिका के स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग ("फेडरल पॉवर्टी गाइडलाइंस") द्वारा फेडरल रजिस्टर में वार्षिक रूप से अपडेट किए गए गरीबी संबंधी दिशा-निर्देशों से रोगी की वार्षिक आय की तुलना करते हुए उस आधार पर करेगा। छूट की सीमा 40%-90% तक भिन्न-भिन्न होगी। अभीमित छूट, चैरिटी छूट लागू होने के बाद शेष देय धनराशि पर लागू होगी।
- (ii) विनाशकारी चिकित्सीय असमर्थता। असामान्य रूप से बड़े अकाउंट्स वाले रोगियों को तब विनाशकारी योग्यता वाला माना जा सकता है, जब उनकी शेष देय धनराशि उनकी आय के निर्दिष्ट प्रतिशत से अधिक हो जाती है। ऐसी स्थितियों में, SDHP शेष धनराशि को रोगी की आय के एक उचित प्रतिशत तक कम करने के लिए आवश्यक राशि की गणना कर वित्तीय सहायता की राशि का निर्धारण करेगा, जहाँ यह प्रतिशत 10-40% के बीच होगा। कृपया नीचे "स्वीकृति प्रक्रियाएँ" वाले खंड को देखें, जहाँ रोगी इस गणना के बारे में अधिक जानकारी हासिल कर सकता है।

अनुमोदन प्रक्रियाएँ/SDHP सभी अभीमित रोगियों के साथ काम कर प्रदर्शन 1 के रूप में संलग्न "अभीमित रोगी जानकारी दस्तावेज" में बताए अनुसार चिकित्सीय या चैरिटी सहायता के लिए पात्रता का निर्धारण करेगा। आवेदन की समीक्षा करने और उसे प्रोसेस करने के बाद वित्तीय सहायता की पात्रता की जानकारी रोगियों को मेल द्वारा दी जाएगी। किसी आवेदन की मंजूरी की समीक्षा में, शेयर्ड सर्विस सेंटर (SSC) मैनेजमेंट पात्रता का निर्धारण करेगा, जिसमें यह निर्धारण भी शामिल होगा कि पात्रता के निर्धारण के लिए उचित प्रयास किए गए थे। ऐसे मैनेजर उपलब्ध जानकारी के बारे में और पूछताछ कर सकते हैं, जैसे कि परिसंपत्तियों के बारे में, ताकि किसी रोगी की भुगतान क्षमता का निर्धारण किया जा सके या सरकारी या अन्य फंडिंग की अर्हता के लिए अगली पूछताछ की जा सकती है।

ऐसी स्थिति में जब कोई रोगी चैरिटी सहायता के लिए योग्यता हासिल नहीं करता है या चैरिटी सहायता लागू कर दिए जाने के बाद उस रोगी द्वारा शेष धनराशि के एक हिस्से का भुगतान देय होता है, तो अभीमित छूट या

शीर्षक: वित्तीय सहायता नीति	
प्रभावी तिथि: 13 दिसम्बर, 2013 पुनर्संशोधन प्रभावी तिथि: 28 फरवरी 2019	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
अनुमोदनकर्ता: St. David's Healthcare Board of Governors	पृष्ठ: 9 में से 6

अन्य लागू छूटें उस अकाउंट पर लागू हो जाएँगी। देय राशि सामान्यतः बीमित रोगियों को दिए गए बिलों की राशि से अधिक नहीं होगी, जिसका निर्धारण आंतरिक राजस्व सेवा विनियमों में वर्णित लुक-बैक विधि के इस्तेमाल से किया जाता है। रोगी इस गणना से जुड़ी जानकारी निम्न पते पर एक अनुरोध भेजकर मांग सकते हैं:

Patient Account Services
10030 N MacArthur Blvd.
Irving, TX 75063

कृपया ध्यान दें कि यदि आप बिलिंग विवरण की तिथि से 120 दिनों के भीतर वित्तीय सहायता आवेदन सबमिट नहीं करते हैं, तो अस्पताल प्रबंधन (या अन्य अधिकृत पक्ष) आपसे बिल का भुगतान पाने के लिए आपके विरुद्ध कुछ निश्चित कार्रवाइयाँ कर सकते हैं, जिसमें ये शामिल होंगे लेकिन इस तक सीमित नहीं है- क्रेडिट रिपोर्टिंग एजेंसियों या क्रेडिट ब्यूरो को नकारात्मक जानकारी देना कि आपके ऊपर अस्पताल का बिल बकाया है और/या अस्पताल प्रबंधन को जिस देय राशि का भुगतान आपको करना है उसे आपसे वसूल करने के लिए आपके खिलाफ़ मुकदमा दायर करना।

अधिकारों का आरक्षण

SDHP का यह विवेकाधिकार है कि वह किसी वित्तीय सहायता को सीमित कर सकता या उससे इनकार कर सकता है।

कवर न की गई सेवाएँ

प्रदर्शन 3 के रूप में संलग्न और पूरी तरह से शामिल उन प्रदाताओं की एक सूची दी जा रही है, जो SDHP अस्पतालों में आपातकालीन सेवाएँ या चिकित्सीय रूप से आवश्यक सेवाएँ दे सकते हैं। प्रदर्शन 3 बताता है कि कौन से प्रदाता इस वित्तीय सहायता नीति द्वारा कवर किए गए हैं और कौन नहीं। वैकल्पिक प्रक्रियाओं या ऐसी अन्य देखभाल सेवाओं के प्रदाता, जो आपातकालीन सेवा या अन्य आवश्यक चिकित्सा सेवा न हो, इस वित्तीय सहायता नीति में शामिल नहीं किए जाते हैं। संलग्न प्रदर्शन 3 को हर महीने अपडेट किया जाता है।

सार्वजनिक क्षेत्र के सदस्य निम्न पते पर लिखित अनुरोध के जरिए प्रदर्शन 3 की एक प्रति प्राप्त कर सकते हैं: रोगी अकाउंटिंग सेवा, 10030 N MacArthur Blvd, Irving, TX 75063; या वित्तीय सहायता नीति में सूचीबद्ध प्रतिष्ठान के टेलीफ़ोन नम्बर पर कॉल कर सकते हैं। रोगी प्रदर्शन 3 की प्रति को इस वेबसाइट से भी डाउनलोड कर सकते हैं। <http://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot>

शीर्षक: वित्तीय सहायता नीति	
प्रभावी तिथि: 13 दिसम्बर, 2013 पुनर्संशोधन प्रभावी तिथि: 28 फरवरी 2019	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
अनुमोदनकर्ता: St. David's Healthcare Board of Governors	पृष्ठ: 9 में से 7

प्रदर्शन 1

रोगी का नाम: _____ अकाउंट नम्बर: _____

अबीमित रोगी जानकारी दस्तावेज

इस दस्तावेज का लक्ष्य अबीमित रोगियों को उनकी स्वास्थ्य-सेवा से संबंधित वित्तीय आयामों की समझ के साथ मदद प्रदान करना है। ऑटोमोबाइल, तृतीय पक्ष देयता या अन्य अदायगी की सुविधा प्राप्त करने वाले जिन रोगियों को इन सेवाओं के लिए बिल दिया जा सकता है, वे अबीमित छूट के लिए योग्य नहीं होंगे।

यह दस्तावेज आपको अपने अकाउंट के विश्लेषण में मदद करने के लिए विकल्प भी प्रदान करता है। अबीमित रोगियों की मदद करने के प्रयास में, HCA आपके अकाउंट पर एक छूट लागू करेगा और तब आपके शेष अकाउंट बैलेंस के समाधान के लिए आपके साथ काम करेगा।

निम्नांकित जानकारी इस बात की एक रूपरेखा देती है कि कैसे किसी अबीमित अकाउंट को प्रोसेस किया जाएगा और छूट के विकल्प कैसे आपके लिए उपलब्ध हो सकते हैं। यदि आपको एक वैकल्पिक कॉस्मेटिक या प्लैट रेट प्रॉसीजर प्राप्त हुई है, तो ये छूट आपके ऊपर लागू नहीं होंगी। अन्यथा, HCA सभी अबीमित बिलों पर छूट देता है। अकाउंट पर देय छूट प्राप्त शेष धनराशि का सेवा के समय पूरी तरह से भुगतान किए जाने की उम्मीद की जाती है।

प्रदान की गई सेवाओं के लिए कुल शुल्क अकाउंट पर लागू होते हैं

अबीमित छूट कुल शुल्कों पर लागू होती है, इसलिए यदि अकाउंट बैलेंस को कम करने से आप छूट वाले अकाउंट बैलेंस को पूरी तरह से चुकाने में असमर्थ रहते हैं, तो हम आपके साथ काम कर मासिक भुगतान की व्यवस्था करेंगे।

यदि आप मासिक भुगतान व्यवस्था नहीं कर सकते हैं, तो हम आपको मेडिकेड सहायता के लिए आवेदन करने में मदद करेंगे।

यदि आप मेडिकेड प्राप्त करते हैं, तो हम उनका बिल देंगे और आपको केवल कवर न किए गए शुल्कों का भुगतान करना होगा।

यदि आप मेडिकेड के लिए योग्यता प्राप्त नहीं करते हैं, तो आप वित्तीय सहायता आवेदन को पूरा कर सकते हैं, आवश्यकतानुसार सहायक प्रलेखन प्रदान करें और इस विजिट की किसी संभावित चैरिटी छूट के लिए समीक्षा करवा सकते हैं।

यदि आप फेडरल पॉवर्टी गाइडलाइंस के आधार पर किसी चैरिटी छूट के लिए योग्यता प्राप्त करते हैं, तो आपके अकाउंट को पूरी तरह से भुगतान किया गया माना जाएगा। यदि आप आवश्यक फेडरल पॉवर्टी गाइडलाइंस को पूरा नहीं करते हैं, तो आपको तुरंत अपने बिल को चुकाने की व्यवस्था करनी होगी।

स्वीकृत चैरिटी अकाउंट पर HCA 100 छूट देता है। अन्य सभी अबीमित अकाउंट पर एक आंशिक छूट मिलेगी।

रोगी/उत्तरदायी व्यक्तिकेहस्ताक्षर _____ तिथि _____

गवाह के हस्ताक्षर _____ तिथि _____

SSD.FT.COLL.627 अबीमित रोगी जानकारी दस्तावेज

अबीमित रोगी जानकारी दस्तावेज

जन्म तिथि:

St. David's Medical Center

शीर्षक: वित्तीय सहायता नीति

प्रभावी तिथि: 13 दिसम्बर, 2013 पुनर्संशोधन प्रभावी तिथि: 28 फरवरी 2019	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
अनुमोदनकर्ता: St. David's Healthcare Board of Governors	पृष्ठ: 9 में से 8

प्रदर्शन 2 2 में से 1

सेंट डेविड्स हेल्थकेयर पार्टनरशिप वित्तीय सहायता आवेदन

रोगी का नाम	रोगी अकाउंट नम्बर	
टेलीफोन नम्बर	सामाजिक सुरक्षा नम्बर	जन्म तिथि (महीना/दिन/वर्ष)
<input type="checkbox"/> रोजगार प्राप्त <input type="checkbox"/> बेरोजगार		
नियोक्ता (नाम*, पता तथा टेलीफोन नम्बर)		
जीवन-साथी का नाम	सामाजिक सुरक्षा नम्बर	जन्म तिथि (महीना/दिन/वर्ष)
रोगी का पिता (रोगी यदि नाबालिग हो)	सामाजिक सुरक्षा नम्बर	जन्म तिथि (महीना/दिन/वर्ष)
रोगी की माँ (रोगी यदि नाबालिग हो)	सामाजिक सुरक्षा नम्बर	जन्म तिथि (महीना/दिन/वर्ष)

A. वेतन: कृपया आपके परिवार में निम्न में से प्रत्येक व्यक्ति का वेतन दर्शाएँ।					
रोगी	\$ _____	एक पर घेरा लगाएँ घंटा/ हफ्ता/ महीना/ वर्ष	रोगी का पिता (यदि रोगी नाबालिग हो)	\$ _____	एक पर घेरा लगाएँ घंटा/ हफ्ता/ महीना/ वर्ष
पति या पत्नी	\$ _____	घंटा/हफ्ता/महीना/वर्ष	रोगी की माँ (रोगी यदि नाबालिग हो)	\$ _____	घंटा/ हफ्ता/ महीना/ वर्ष

B. अन्य संसाधन: कृपया आपको उपलब्ध अन्य संसाधनों की कुल राशि बताएँ, सेविंग्स अकाउंट्स, चेकिंग अकाउंट्स, स्टॉक्स, बॉन्ड्स इत्यादि \$ सहित
कृपया अन्य संसाधनों से आपको जो वार्षिक आय प्राप्त होती है, उसकी राशि बताएँ। ब्याज की आय, लाभांश, किराए की आय इत्यादि सहित। \$ सहित _____

C. परिवार के सदस्य: कृपया रोगी के परिवार में व्यक्तियों की संख्या बताएँ।

D. आय का सत्यापन: कृपया अपनी आय के सत्यापन के लिए निम्न में से कोई एक दस्तावेज प्रदान करें।	
<ul style="list-style-type: none"> • IRS फॉर्म W-2 • पेचेक रेमिटेंस • कर रिटर्न • बैंक विवरण 	<ul style="list-style-type: none"> • नियोक्ता सत्यापन • सरकारी सहायता कार्यक्रमों, जैसे कि फूड स्टैम्प में भाग लेने का प्रमाण। CDIC, मेडिकेड या AFDC • सामाजिक सुरक्षा या बेरोजगारी क्षतिपूर्ति निर्धारण पत्र • अन्य, कृपया वर्णन करें
यदि आप ऊपर सूचीबद्ध आय-स्रोत प्रलेखन प्रदान नहीं कर पाते हैं, तो कृपया बताएँ कि यह जानकारी क्यों उपलब्ध नहीं है:	

मैं समझता हूँ कि सेंट डेविड्स हेल्थकेयर पार्टनरशिप (SDHP) SDHP द्वारा इस आवेदन के मूल्यांकन के संबंध में इस वित्तीय सहायता आवेदन ("आवेदन**") में मौजूद वित्तीय जानकारी को, सत्यापित कर सकता है और एतद्वारा मेरे हस्ताक्षर से मेरा नियोक्ता इस आवेदन में दी गई जानकारी को प्रमाणित करता है। मैं SDHP को क्रेडिट रिपोर्टिंग एजेंसियों और सामाजिक सुरक्षा प्रशासन से रिपोर्ट का अनुरोध करने के लिए भी अधिकृत करता हूँ। मैं प्रमाणित करता हूँ कि यह जानकारी मेरी समझ के अनुसार सही है और मुझे पता है कि इस आवेदन में गलत जानकारी देने से मुझे वित्तीय सहायता से इनकार किया जा सकता है। मैं समझता हूँ कि कोई भी वित्तीय सहायता, भुगतान करने की मेरी क्षमता पर आधारित है और यदि कोई नया आय स्रोत उपलब्ध होता है, तो SDHP अपनी वित्तीय सहायता की मंजूरी को पूरी तरह से या आंशिक रूप से वापस ले सकता है।

रोगी या उत्तरदायी पक्ष के हस्ताक्षर _____ तिथि _____

यदि वित्तीय सहायता आवेदन के किसी हिस्से को SDHP कर्मचारी द्वारा भरा जाता है, तो SDHP कर्मचारी के हस्ताक्षर। _____ तिथि _____

शीर्षक: वित्तीय सहायता नीति	
प्रभावी तिथि: 13 दिसम्बर, 2013 पुनर्संशोधन प्रभावी तिथि: 28 फरवरी 2019	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
अनुमोदनकर्ता: St. David's Healthcare Board of Governors	पृष्ठ: 9 में से 9

प्रदर्शन 2 2 में से 2

सेंट डेविड्स हेल्थकेयर पार्टनरशिप वित्तीय सहायता आवेदन जानकारी और निर्देश

निर्देश:

समुदाय की सेवा करने और सेंट डेविड्स हेल्थकेयर सिस्टम के चैरिटेबल उद्देश्यों को पूरा करने की अपनी प्रतिबद्धता के अंग के रूप में, सेंट डेविड्स हेल्थकेयर पार्टनरशिप ऐसे व्यक्तियों को वित्तीय सहायता प्रदान करने का विकल्प देता है, जो निश्चित आय वाली आवश्यकताओं को पूरा करते हैं।

कोई व्यक्ति वित्तीय सहायता के लिए योग्य है या नहीं, इसके निर्धारण के लिए, हमें इस आवेदन में बताए अनुसार निश्चित वित्तीय जानकारी हासिल करनी होगी। आपके सहयोग से हमें वित्तीय सहायता के लिए आपके अनुरोध पर उचित विचार करने में मदद मिलेगी।

कृपया वित्तीय सहायता आवेदन भरें और भरे हुए फॉर्म को रजिस्ट्रेशन प्रतिनिधि को भेजें या भरे हुए फॉर्म को आप निम्न पर मेल भी कर सकते हैं:

Patient Account Services

10030 N MacArthur Blvd

Irving, TX 75063

खंड A: वेतन

वित्तीय सहायता आवेदन के खंड A में, उस डॉलर राशि को दर्शाएँ, जो हरेक सूचीबद्ध व्यक्ति क्षतिपूर्ति के रूप में प्राप्त करता है और यह भी दर्शाएँ कि क्या वह राशि घंटा, साप्ताहिक, मासिक या वार्षिक क्षतिपूर्ति को निरूपित करती हैं।

खंड B: अन्य संसाधन

वित्तीय सहायता आवेदन के खंड B के पहले रिक्त स्थान में, कृपया चेकिंग अकाउंट्स, सेविंग्स अकाउंट्स, स्टॉक्स इत्यादि में निवेश की गई डॉलर की राशि का संकेत करें। दूसरे रिक्त स्थान में कृपया उस आय की डॉलर राशि का संकेत करें, जो आप ऐसे निवेशों से वार्षिक रूप से प्राप्त करते हैं। उदाहरण के लिए, पहले रिक्त स्थान में आप डाल सकते हैं कि आपने \$5,000 की राशि एक सेविंग्स अकाउंट में है, और दूसरे रिक्त स्थान में आप उस अकाउंट में \$250 वार्षिक ब्याज की आय को दर्शा सकते हैं।

खंड C: परिवार सदस्य

वित्तीय सहायता आवेदन का खंड C रोगी के परिवार के व्यक्तियों की संख्या की जानकारी देने का अनुरोध करता है। इस संख्या में रोगी, रोगी के जीवन-साथी और रोगी के आश्रित का नाम दिया जाना चाहिए। रोगी यदि नाबालिग हो, तो कृपया रोगी, रोगी की माता तथा/या कानूनी अभिभावक और रोगी की माँ तथा/या पिता के किसी निवासी आश्रितों तथा/या कानूनी अभिभावक को शामिल करें।

खंड D: आय सत्यापन

वित्तीय सहायता के लिए आपके अनुरोध पर विचार करने के लिए, वित्तीय सहायता आवेदन के खंड A में बताए गए वेतन का सत्यापन आवश्यक होता है। कृपया IRS फॉर्म W-2, वेतन तथा कर विवरण; पे चेक रेमिटेंस; कर रिटर्न; बैंक विवरण या अन्य उचित आय सूचक *यदि किसी सार्वजनिक लाभ कार्यक्रम, जैसे कि सामाजिक सुरक्षा, बेरोजगारी क्षतिपूर्ति, मेडिकेड, काउंटी इंडिजेंट हेल्थ प्रोग्राम, AFDC, बेरोजगारी बीमा, फूड स्टैम्प्स, WIC, टेक्सास हेल्दी किड्स, चिल्ड्रन्स हेल्थ इश्योरेंस प्रोग्राम या ऐसे ही असमर्थता से जुड़े कार्यक्रम में भाग लेने के प्रमाण की एक प्रति प्रदान करें।*

आप अपने नियोक्ता द्वारा लिखित सत्यापन दिलाकर या अपने नियोक्ता की किसी SDHP प्रतिनिधि से बात करवाकर भी अपने वेतन का सत्यापन कर सकते हैं।

यदि आप ऊपर सूचीबद्ध आय स्रोत प्रलेखन प्रदान नहीं कर पाते हैं, तो कृपया वित्तीय सहायता आवेदन के खंड D में इसका कारण बताएँ।

फिजीशियन की सेवाएँ

सेवाएँ प्रदान करने वाले फिजीशियन सेंट डेविड्स हेल्थकेयर पार्टनरशिप के कर्मचारी नहीं होते। आपको अपने निजी और ऐसे अन्य फिजीशियनों से पृथक बिल मिलेंगे, जिनसे आप सेवाएँ प्राप्त करते हैं। इन बिलों से संबंधित प्रश्नों के लिए या फिजीशियन सेवाओं की भुगतान व्यवस्था के बारे में जानने के लिए कृपया उस फिजीशियन के कार्यालय से संपर्क करें।