

St David's HEALTHCARE

TITLE: 财务援助政策	
生效日期: 2013 年 12 月 13 日 修订版生效日期: 2019 年 2 月 28 日	<ul style="list-style-type: none"> ✓ St. David's Georgetown Hospital ✓ St. David's Round Rock Medical Center ✓ St. David's North Austin Medical Center ✓ St. David's Medical Center ✓ St. David's Rehabilitation Hospital ✓ St. David's South Austin Medical Center ✓ Heart Hospital of Austin ✓ St. David's Surgical Hospital
批准人: St. David's Healthcare 理事会	页码: 第 1 页, 共 9 页

本政策旨在遵守《国内税法》第 501(r) 条要求的《财务援助政策》。该政策建立了一个框架, 根据该框架, St. David's Healthcare Partnership (SDHP) 将能够识别出可能有资格获得紧急和医疗必要护理方面的财务援助的患者。

为了确保所有患者都充分了解这一政策, SDHP 采取了以下措施:

- 有关《财务援助政策》(Financial Assistance Policy) 的信息, 政策的简明语言摘要, 以及《财务援助申请表》(Financial Assistance Application) 和完成说明, 均可通过访问 SDHP 网站: <http://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot> 获得。
- 在注册时, 其将会向患者提供一份文件, 说明未投保折扣的可用性以及可能提供的其他折扣选项 (附 1)。
- 《财务援助申请表》(Financial Assistance Application) 可在设施内和邮件中获得。
- 所有入住点都有突出显示慈善使命和指导方针信息的指示牌。
- 患者也可获得为患者准备的题为《医药费用指南》(A Guide to Your Hospital Bill) 的文件。该文件介绍了费用结算过程, 并提供了有关《财务援助政策》(Financial Assistance Policy) 的信息。
- 该政策的摘要也提供给了 SDHP 医院附近的当地非营利组织。

慈善护理资格系统

申请。为了获得慈善护理资格, SDHP 要求患者填写 SDHP 《财务援助申请表》(附 2)。SDHP 可能会使用第三方供应商提供的电子验证 (即信用评分方法) 为不符合填写《财务援助申请表》资格的病人提供财务援助。

《财务援助申请表》、《财务援助政策》和《财务援助政策》的简明语言摘要可应

StDavid's HEALTHCARE

TITLE: 财务援助政策	
生效日期: 2013 年 12 月 13 日 修订版生效日期: 2019 年 2 月 28 日	<ul style="list-style-type: none"> ✓ St. David's Georgetown Hospital ✓ St. David's Round Rock Medical Center ✓ St. David's North Austin Medical Center ✓ St. David's Medical Center ✓ St. David's Rehabilitation Hospital ✓ St. David's South Austin Medical Center ✓ Heart Hospital of Austin ✓ St. David's Surgical Hospital
批准人: St. David's Healthcare 理事会	页码: 第 2 页, 共 9 页

书面要求提供至以下地址 (请注明英文、西班牙文、越南文、简体中文、韩文或阿拉伯文)。如果您需要帮助, 您可以通过以下地址联系患者帐单服务 (Patient Account Services) 或拨打下列电话号码:

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

该申请允许根据州法律和下方提出的收入和文件要求收集信息。在重复就诊的情况下, SDHP 将尝试与患者或责任方重新核实每次后续诊疗的申请和收入信息; 但是, 患者或责任方必须在十二个月过后取得新的申请和新的证明文件。

直系亲属的计算 申请财务援助的患者必须核实其家庭中的家庭成员人数。

成年人。 成年患者家庭中的家庭成员数量的计算应包括患者、患者的配偶和任何受抚养人。

未成年人。 未成年患者家庭中的家庭成员数量的计算应包括患者、患者的母亲、受患者母亲抚养的家属、患者的父亲以及受患者父亲抚养的家属。

收入计算。患者必须提供其家庭的年收入。

StDavid's HEALTHCARE

TITLE: 财务援助政策	
生效日期: 2013 年 12 月 13 日 修订版生效日期: 2019 年 2 月 28 日	<ul style="list-style-type: none">✓ St. David's Georgetown Hospital✓ St. David's Round Rock Medical Center✓ St. David's North Austin Medical Center✓ St. David's Medical Center✓ St. David's Rehabilitation Hospital✓ St. David's South Austin Medical Center✓ Heart Hospital of Austin✓ St. David's Surgical Hospital
批准人: St. David's Healthcare 理事会	页码: 第 3 页, 共 9 页

成年人。对于成年人,根据本政策分类为财务贫困或医疗贫困的术语“年收入”是指患者和患者配偶的年度总收入之和。

未成年人。如果患者是未成年人,则“年收入”一词是指患者、患者的母亲和患者父亲的年度总收入。

收入验证。患者或责任方必须根据下述文件的要求验证《财务援助申请表》中报告的收入。

文件要求。《财务援助申请表》中报告的收入可通过以下任何机制进行核实:

收入指标。提供第三方财务文件,其中可能包括但不限于美国国税局 W-2 表格、工资和税收报表、支票汇款、个人纳税申报表、雇主核实的电话、银行对账单、社会保障支付汇款、失业保险支付通知、失业补偿确定函、或第三方供应商的电子验证(即信用评分方法)。此外,公司还会考虑患者所在邮政编码地区的经济人口统计数据。

参与公益计划。通过提供显示目前参与公共福利计划的文件,如医疗补助计划(Medicaid)、县贫困健康计划、对有子女家庭补助计划(AFDC)、食品券、妇女、婴儿及儿童营养补充特别计划(WIC)、德州健康儿童、儿童健康保险计划,或其他类似的贫困相关计划。患者需提供完整的《财务援助申请表》,并附上参加上述任何计划的证明。

验证程序。在确定患者的总收入时,SDHP 会考虑患者的其他金融资产和负债,以及患者的家庭收入和支付能力。如果确定患者有能力支付帐单余额,则不排除要求患者出示其他文件,以重新评估患者的支付能力的可能。

TITLE: 财务援助政策	
生效日期: 2013年12月13日 修订版生效日期: 2019年2月28日	<ul style="list-style-type: none"> ✓ St. David's Georgetown Hospital ✓ St. David's Round Rock Medical Center ✓ St. David's North Austin Medical Center ✓ St. David's Medical Center ✓ St. David's Rehabilitation Hospital ✓ St. David's South Austin Medical Center ✓ Heart Hospital of Austin ✓ St. David's Surgical Hospital
批准人: St. David's Healthcare 理事会	页码: 第4页, 共9页

待定收入验证分类。SDHP 可在服务日期之前、期间或之后的任何时间考虑财务援助请求。在验证过程中, 当 SDHP 在收集用来确定患者收入的信息时, 患者会根据 SDHP 政策被视为私人支付患者。

不一致或不完整的信息。如果患者在申请过程中提供的信息可能不一致或不完整, 则该政策绝不限制 SDHP 对患者支付能力进行额外的尽职调查的能力。例如, 如果患者的收入很高, SDHP 可能会选择询问该患者为什么其报告的资产很少, 或根本没有报告资产。

信息伪造。伪造信息可能导致财务援助申请被拒绝。如果在患者获得财务援助后, SDHP 发现财务援助申请的重要条款信息不真实, 患者的慈善医疗状态可能会被撤销, 财务援助可能会被收回。

归为财务贫困患者 财务贫困患者指的是无保险或保额不足的患者, 其在无义务或有义务打折支付基于慈善医疗资格系统提供的服务的前提下, 接受护理。

分类。患者只有在其年收入小于或等于美国《联邦公报》每年更新的贫困指南中指定金额的 200% 时, 才可能只被归类为财务贫困人员。卫生与公众服务部(《联邦贫困指南》)。最新的《联邦贫困指南》应在其发布后首月的第一天开始实施。

归为医疗贫困患者 医疗贫困患者指的是医疗或医院帐单, 在第三方付款人付款后超过该患者年收入的指定百分比, 且无法支付剩余帐单的患者。

初步评估。被分类为医疗贫困患者, 需要该患者在所有第三方付款人付款后所欠的金额超过患者年收入的百分之十(10%)且患者必须无法支付剩余帐单。

StDavid's HEALTHCARE

TITLE:财务援助政策	
生效日期: 2013 年 12 月 13 日 修订版生效日期: 2019 年 2 月 28 日	✓ St. David's Georgetown Hospital ✓ St. David's Round Rock Medical Center ✓ St. David's North Austin Medical Center ✓ St. David's Medical Center ✓ St. David's Rehabilitation Hospital ✓ St. David's South Austin Medical Center ✓ Heart Hospital of Austin ✓ St. David's Surgical Hospital
批准人: St. David's Healthcare 理事会	页码: 第 5 页, 共 9 页

如果患者不符合此初步评估标准, 则可能不会被归类为医疗贫困患者。

接受。SDHP 可接受同时符合医疗贫困患者初步评估标准和下述标准的患者:

- (i) 年收入在《联邦贫困指南》的 200% 至 500% 之间。患者的收入必须大于《联邦贫困指南》的 200% 但小于或等于其的 500%。在这些情况下, SDHP 将比较患者的年收入与美国《联邦公报》每年更新的贫困指南规定的金额, 再根据其年收入确定提供给这些患者的金融慈善援助金额。卫生与公众服务部(《联邦贫困指南》)。折扣范围从 40-90% 不等。未投保折扣将适用于慈善折扣后应付的余额。
- (ii) **灾难性医疗贫困患者**。大笔帐单患者在余额超过其收入的特定百分比时有资格成为灾难性合格患者。在这种情况下, SDHP 将通过计算将余额减少到患者收入的合理百分比 (10-40%) 所需的金额来确定财务援助的金额。请参阅下方“批准程序”部分, 以获得有关此计算的更多信息。

批准程序。SDHP 将与所有未投保患者合作, 确定其是否有资格获得医疗补助或慈善援助, 如附 1 所附的《未投保患者信息文件》所述。一旦申请经审查和处理, 我们将通过邮件通知患者其获得财务援助资格的消息。在审查批准申请时, 共享服务中心 (SSC) 的管理人员将对该资格进行确定, 包括确定是否已采取合理措施来确定该资格。该管理人员还可以进一步查询诸如资产等的可用信息, 以确定患者的支付能力, 或进一步询问关于使患者符合政府的或其他资金的资格的问题。

如果患者没有获得慈善援助的资格, 或者患者在使用慈善援助后需承担部分余额, 则该帐单适用于未投保折扣或其他适用的折扣。应付金额不会超过通常向

StDavid's HEALTHCARE

TITLE: 财务援助政策	
生效日期: 2013 年 12 月 13 日 修订版生效日期: 2019 年 2 月 28 日	<ul style="list-style-type: none">✓ St. David's Georgetown Hospital✓ St. David's Round Rock Medical Center✓ St. David's North Austin Medical Center✓ St. David's Medical Center✓ St. David's Rehabilitation Hospital✓ St. David's South Austin Medical Center✓ Heart Hospital of Austin✓ St. David's Surgical Hospital
批准人: St. David's Healthcare 理事会	页码: 第 6 页, 共 9 页

保险患者收取的金额, 该金额通过使用《国家税务局条例》中描述的回顾法来确定。患者可通过向以下人员提交请求来获取有关此计算的信息:

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

请注意, 如果您在帐单开具之日起 120 天内未提交《财务援助申请表》, 则医院设施 (或其他授权方) 会对您采取某些行动以获得帐单款项, 包括但不限于向医院设施、信用报告机构或信用局报告您欠债的不利信息, 和/或向您提起民事诉讼, 以便对您欠医院设施的款项作出判决。

权利的保留

SDHP 保留自行决定限制或拒绝财务援助的权利。

非涵盖服务

附于附 3 并通过引用的方式完全并入本文的是可在 SDHP 医院中提供紧急或其他具有医疗必要性的服务的提供者列表。附 3 规定了本《财务援助政策》所涵盖和未涵盖的提供者。《财务援助政策》不涵盖非紧急护理或其他不具有医疗必要性的选择性程序或其他护理的提供者。随附的附 3 将每月更新一次。

公众可以通过书面的方式要求获取附 3 的副本至以下地址: **Patient Account Services, 10030 N MacArthur Blvd, Irving, TX 75063**; 或致电《财务援助政策》中列出的设施电话号码。患者还可以从本网站下载附 3 的副本:

<http://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot>。

TITLE: 财务援助政策

生效日期: 2013 年 12 月 13 日
 修订版生效日期: 2019 年 2 月 28 日

- ✓ St. David's Georgetown Hospital
- ✓ St. David's Round Rock Medical Center
- ✓ St. David's North Austin Medical Center
- ✓ St. David's Medical Center
- ✓ St. David's Rehabilitation Hospital
- ✓ St. David's South Austin Medical Center
- ✓ Heart Hospital of Austin
- ✓ St. David's Surgical Hospital

批准人: St. David's Healthcare 理事会

页码: 第 7 页, 共 9 页

附 1

患者姓名: _____ 帐号: _____

未投保患者信息文件

本文件旨在帮助未投保患者了解其医疗保健财务方面的信息。有可能需要为这些服务付费的汽车保险、第三方责任险、其他报销方式的患者, 不符合未投保折扣的条件。

本文档还提供了可帮助您解决帐单问题的选项。为了帮助未投保患者, HCA 将为您帐单提供折扣, 然后与您一起解决您的帐单余额的问题。

以下信息概述了如何处理未投保帐单以及可能为您提供的折扣选项。如果您已选择自选整形手术或统一费率程序, 该等折扣则不适用。否则, HCA 会对所有未投保帐单进行打折。应付帐款的折扣余额预计将在提供服务时全额支付。

所提供服务的总费用适用于该帐单

未投保折扣适用于总费用, 从而减少帐单余额如果您无法全额支付折扣帐单余额, 我们将与您一起制定每月的付款安排。

如果您无法制定每月付款安排, 我们将协助您申请医疗补助

如果您获得了医疗补助, 我们将向其收取费用, 而您只需对任何未承保费用负责

如果您没有获得医疗补助的资格, 您可以填写《财务援助申请表》, 根据需要提供支持文件, 并对此次访问进行审查以获得潜在的慈善折扣

如果您有获得基于《联邦贫困指南》的慈善折扣的资格, 您的帐单将被视为已全额付款。如果您未达到《联邦贫困指南》的要求, 则需要立即作出安排, 解决您的帐单。

HCA 为已获批的慈善帐单提供 100% 的折扣。所有其他未投保帐单将获得部分折扣。

病患/责任方签名 _____ 日期 _____

证人签名 _____ 日期 _____

SSD.FT.COLL.627 未投保患者信息文件

PAS 副本 于文件中签名

未投保患者信息文件

出生日期:
 St. David's Medical Center

TITLE: 财务援助政策

生效日期: 2013 年 12 月 13 日
 修订版生效日期: 2019 年 2 月 28 日

- ✓ St. David's Georgetown Hospital
- ✓ St. David's Round Rock Medical Center
- ✓ St. David's North Austin Medical Center
- ✓ St. David's Medical Center
- ✓ St. David's Rehabilitation Hospital
- ✓ St. David's South Austin Medical Center
- ✓ Heart Hospital of Austin
- ✓ St. David's Surgical Hospital

批准人: St. David's Healthcare 理事会

页码: 第 8 页, 共 9 页

附 2 第 1 页, 共 2 页

St. David's Healthcare Partnership 财务援助申请表

患者姓名		患者帐号
电话号码	社会安全号码	出生日期 (月/日/年)
<input type="checkbox"/> 就业 <input type="checkbox"/> 未就业		
雇主 (姓名、地址和电话号码)		
配偶姓名	社会安全号码	出生日期 (月/日/年)
患者父亲 (如果患者是未成年人)	社会安全号码	出生日期 (月/日/年)
患者母亲 (如果患者是未成年人)	社会安全号码	出生日期 (月/日/年)

A. 工资: 请提供您家中以下每个人的工资。

患者	\$ _____	请圈出一项 时 / 周 / 月 / 年	患者父亲 (如果患者是未成年人)	\$ _____	请圈出一项 时 / 周 / 月 / 年
配偶	\$ _____	时 / 周 / 月 / 年	患者母亲 (如果患者是未成年人)	\$ _____	时 / 周 / 月 / 年

B. 其他资源: 请提供您可用的其他资源总额, 包括储蓄账户、支票账户、股票、债券等。\$ _____
 请提供您从这些其他资源处获得的年收入金额。包括利息收入、股息、租金收入等。\$ _____

C. 家庭成员: 请提供患者家庭人数。 _____

D. 收入确认: 请提供以下任何类型的文件来验证您的收入。

- 国税局表格 W-2
- 工资汇款
- 退税
- 银行对账单
- 雇主验证
- 参与政府援助计划 (如食品券) 的证明。加拿大存款保险公司 (CDIC),
- 医疗补助或对有子女家庭补助计划 (AFDC)
- 社会保障或失业补偿判定书
- 其他, 请描述

如果您无法提供任何以上列出的收入文档来源, 请解释为何此信息不可得:

本人了解 St. David's Healthcare Partnership (SDHP) 将验证本《财务援助申请表》中包含的财务信息 (“申请表”) 与 SDHP 对本申请的评估有关时, 特此通过本人签名, 授权本人之雇主证明本申请表中提供的信息。本人还授权 SDHP 向信用报告机构和社会保障管理局索取报告。本人保证, 据本人所知所信, 这些信息是真实的, 且本人了解伪造此申请表中的信息可能会导致财务援助申请遭到拒绝。

本人理解, 任何的财务援助的提供是由于本人无力支付费用, 如有任何新的收入来源, SDHP 可以全部或部分撤销其财政援助的拨款。

 患者或责任方签名

 日期

 SDHP 员工签名, 如果《财务援助申请表》
 中的任何部分由 SDHP 员工完成

 日期

TITLE: 财务援助政策	
生效日期: 2013 年 12 月 13 日 修订版生效日期: 2019 年 2 月 28 日	<ul style="list-style-type: none"> ✓ St. David's Georgetown Hospital ✓ St. David's Round Rock Medical Center ✓ St. David's North Austin Medical Center ✓ St. David's Medical Center ✓ St. David's Rehabilitation Hospital ✓ St. David's South Austin Medical Center ✓ Heart Hospital of Austin ✓ St. David's Surgical Hospital
批准人: St. David's Healthcare 理事会	页码: 第 9 页, 共 9 页

附 2 第 2 页, 共 2 页

St. David's Healthcare Partnership 财务援助申请信息与说明

说明:

作为其服务社区承诺的一部分和实现 St. David's Healthcare 系统慈善宗旨之一, St. David's Healthcare Partnership 选择为满足某些收入要求的个人提供财务援助。

为了确定个人是否满足获得财务援助的资格, 我们需要获得本申请书中概述的特定财务信息。您的合作将使我们能够充分考虑您对财务援助的请求。

请填写《财务援助申请表》并将妥善填写的表格交回注册代表处, 或将妥善填写的表格邮寄至以下地址:

Patient Account Services
10030 N MacArthur Blvd
Irving, TX 75063

A 部分: 工资

请在《财务援助申请表》的 A 部分说明每位上述人员收到的补偿金额 (美元), 无论其代表的是每小时、每周、每月还是每年的补偿金额。

B 部分: 其他资源

请在《财务援助申请表》B 部分的第一个空白处注明您在支票账户、储蓄账户、股票等方面投入的金额 (美元)。

请在第二个空白处注明您每年从此类投资中获得的收入的金额 (美元)。例如, 可以在第一个空白中填入: 储蓄账户中有 5,000 美元, 在第二个空白中填入: 每年在该账户上获得 250 美元的利息。

C 部分: 家庭成员

《财务援助申请表》的 C 部分要求提供有关患者家庭人数的信息。人数应包括患者、患者配偶和受患者抚养的家属。如果患者是未成年人, 请包括患者、患者母亲和/或父亲和/或法定监护人以及任何受患者母亲和/或父亲和/或法定监护人抚养的居民家属。

D 部分: 收入核实

为了考虑您的财务援助请求, 我们需要对《财务援助申请表》A 部分中报告的工资进行核实。请提供国税局表格 W-2、工资和税务报表的副本、工资汇款、退税、银行对账单或其他适当的收入指标, 或参与公共福利计划的证明, 如社会保障、失业补偿、医疗补助计划 (Medicaid)、县贫困健康计划、对有子女家庭补助计划 (AFDC)、失业保险、食品券、婴儿及儿童营养补充特别计划 (WIC)、德州健康儿童、儿童健康保险计划或其他类似的贫困相关计划。

您也可以通过请您的雇主提供书面证明或请您的雇主与 SDHP 代表交谈来验证您的工资。

如果您无法提供上述任何收入文件来源, 请在《财务援助申请表》的 Oof 部分中提供书面解释。

医生服务

提供服务的医生并非 St. David's Healthcare Partnership 的员工。您将单独收到您的私人医生或您需要其为您服务的其他医生的帐单。关于该帐单的问题, 或需要为医生服务安排付款, 请联系个别医生的办公室。