

एडवोकेट स्वास्थ्य

वित्तीय सहायता नीति

एट्रियम हेल्थ, ऑरोरा हेल्थ केयर, एडवोकेट हेल्थ केयर और सहयोगी (सामूहिक रूप से एडवोकेट हेल्थ) सभी रोगियों के स्वास्थ्य और कल्याण की देखभाल करने के लिए प्रतिबद्ध हैं, भले ही उनकी भुगतान करने की क्षमता कुछ भी हो। एडवोकेट हेल्थ उन समुदायों में पात्र रोगियों की सहायता करने के लिए प्रतिबद्ध है, जिनकी हम सेवा करते हैं, ताकि वे विभिन्न कार्यक्रमों से कवरेज प्राप्त कर सकें और इस नीति में उल्लिखित अनुसार ज़रूरतमंदों को वित्तीय सहायता प्रदान कर सकें। यह नीति एडवोकेट हेल्थ के वित्तीय सहायता कार्यक्रमों से संबंधित प्रक्रिया, आवश्यकताओं और पात्रता मानदंडों का वर्णन करती है।

एडवोकेट हेल्थ निम्नलिखित उद्देश्यों के साथ पात्र व्यक्तियों को कवरेज सहायता और वित्तीय सहायता प्रदान करता है:

- मॉडल एडवोकेट हेल्थ का मुख्य मूल्य "देखभाल करना।"
- सुनिश्चित करें कि वित्तीय सहायता के लिए योग्यता प्राप्त करने से पहले मरीज अन्य कवरेज अवसरों का उपयोग कर लें।
- मरीज की भुगतान क्षमता के आधार पर वित्तीय सहायता प्रदान करें।
- सुनिश्चित करें कि एडवोकेट हेल्थ वित्तीय सहायता से संबंधित लागू संघीय और/या राज्य विनियमों का अनुपालन करता है।
- ऐसी प्रक्रियाएं स्थापित करें जो मरीजों पर बोझ को कम करें और लागत प्रभावी हों।

एडवोकेट हेल्थ संघीय EMTALA विनियमों के अनुपालन में, रोगी की भुगतान करने की क्षमता की परवाह किए बिना, सदैव आपातकालीन देखभाल प्रदान करेगा।

यह नीति निम्नलिखित द्वारा बिल की गई चिकित्सा सेवाओं पर लागू होती है:

- एक अधिवक्ता ऑरोरा हेल्थ, इंक. इकाई या भाग लेने वाला प्रदाता जिसे विस्कॉन्सिन ऑरोरा हेल्थ केयर अस्पताल द्वारा प्रदान किया गया है
- विस्कॉन्सिन ऑरोरा हेल्थ केयर में कार्यरत एक चिकित्सा पेशेवर
- विस्कॉन्सिन सहभागी प्रदाता
- इलिनोइस एडवोकेट हेल्थ अस्पताल
- इलिनोइस एडवोकेट हेल्थ में कार्यरत एक चिकित्सा पेशेवर या इलिनोइस सहभागी प्रदाता
- एट्रियम हेल्थ सुविधा या एट्रियम हेल्थ मेडिकल ग्रुप

हमारे वित्तीय सहायता वेबपेज में उन सुविधाओं और प्रदाता समूहों की सूची दी गई है जो एडवोकेट हेल्थ के कर्मचारी नहीं हैं और एडवोकेट हेल्थ वित्तीय सहायता नीति द्वारा कवर नहीं किए जाते हैं:

एट्रियम हेल्थ: <https://atriumhealth.org/for-patients-visitors/financial-assistance>

एडवोकेट हेल्थ केयर: <http://www.advocatehealth.com/financialassistance>

ऑरोरा हेल्थ केयर: <http://www.aurorahealthcare.org/patients-visitors/billing-payment/financial-assistance>

परिभाषाएं

इस नीति में प्रयुक्त शब्दों की व्याख्या इस प्रकार की जाएगी:

आम तौर पर बिल की जाने वाली राशियाँ (AGB): आपातकालीन या अन्य चिकित्सकीय रूप से आवश्यक देखभाल के लिए आम तौर पर उन व्यक्तियों को बिल की जाने वाली राशियाँ जिनके पास ऐसी देखभाल को कवर करने वाला बीमा है। वित्तीय सहायता के लिए पात्र लोगों को कभी भी बीमाकृत रोगी को आम तौर पर बिल की जाने वाली राशि से अधिक बिल नहीं किया जाएगा। AGB की गणना मेडिकेयर और सभी निजी तृतीय-पक्ष बीमाकर्ताओं द्वारा 12 महीने की अवधि में बिल की गई चिकित्सकीय रूप से आवश्यक अस्पताल सेवाओं के लिए स्वीकृत दावों का औसत निकालकर सालाना लुक-बैक विधि का उपयोग करके की जाती है। AGB गणनाओं के बारे में जानकारी एडवोकेट हेल्थ वेबसाइट पर एडवोकेट हेल्थ बिलिंग और संग्रह नीति का ऑनलाइन संदर्भ देखें या विस्कॉन्सिन ऑरोरा हेल्थ केयर सुविधाओं और प्रदाताओं के लिए 1-800-326-2250, इलिनोइस एडवोकेट हेल्थ सुविधाओं और प्रदाताओं के लिए 847-795-2300 और एट्रियम हेल्थ सुविधाओं और प्रदाताओं के लिए 704-512-7171 पर ग्राहक सेवा को कॉल करके मांगी जा सकती है।

वैकल्पिक: वे सेवाएं जो ऑर्डर देने वाले प्रदाता की राय में आवश्यक नहीं हैं, कॉस्मेटिक हैं या जिन्हें सुरक्षित रूप से स्थगित किया जा सकता है।

पात्र रोगी: वह रोगी जो इस नीति में दी गई वित्तीय सहायता पात्रता आवश्यकताओं को पूरा करता है।

आपातकालीन देखभाल : तत्काल देखभाल जो कि प्रदाता की राय में रोगी के स्वास्थ्य को गंभीर खतरे, शारीरिक कार्यों में गंभीर हानि, अंगों या शरीर के भागों की गंभीर शिथिलता को रोकने के लिए आवश्यक है।

EMTALA : एडवोकेट हेल्थ बिना किसी भेदभाव के, व्यक्तियों को आपातकालीन चिकित्सा स्थितियों के लिए देखभाल प्रदान करेगा, भले ही वे देखभाल के लिए भुगतान कर सकें या नहीं, या इस नीति के तहत उनकी पात्रता हो या नहीं। ऐसी देखभाल संघीय आपातकालीन चिकित्सा उपचार और श्रम अधिनियम (EMTALA), सामाजिक सुरक्षा अधिनियम (42 USC 1395dd) की धारा 1867 के अनुसार प्रदान की जाएगी।

संघीय गरीबी दिशानिर्देश (एफपीजी) : 42 यूएससी §9902(2) के अधिकार के तहत अमेरिकी स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग द्वारा संघीय रजिस्टर में समय-समय पर स्थापित लागू घरेलू आय सीमाएं।

वित्तीय अधिवक्ता/वित्तीय परामर्शदाता : ऐसे स्वास्थ्य टीम के सदस्यों की वकालत करें जो बीमा रहित या बीमाकृत मरीजों की सहायता करते हैं, उपलब्ध कवरेज और वित्तीय सहायता कार्यक्रमों का निर्धारण करने के लिए मरीज की वर्तमान वित्तीय स्थिति की समीक्षा करते हैं, उपलब्ध कार्यक्रमों में नामांकन के साथ उन मरीजों की सहायता करते हैं, देखभाल की लागत के बारे में मरीजों को शिक्षित करते हैं, और मरीजों की वित्तीय जिम्मेदारी के समग्र प्रबंधन में मरीजों की सहायता करते हैं।

वित्तीय सहायता स्कोर (एफएएस स्कोर) : किसी मरीज की वित्तीय स्थिति को प्रमाणित करने के लिए एक सक्रिय, सुसंगत और स्वचालित तंत्र प्रदान करने हेतु तृतीय-पक्ष विक्रेताओं द्वारा प्रदान की गई जानकारी।

चिकित्सा पद्धति के सामान्यतः स्वीकृत मानक : वे मानक जो समकक्ष समीक्षा में प्रकाशित विश्वसनीय वैज्ञानिक साक्ष्य पर आधारित होते हैं, तथा जिन्हें प्रासंगिक चिकित्सा समुदाय द्वारा सामान्यतः मान्यता प्राप्त होती है, जिसमें फिजीशियन स्पेशियलिटी सोसायटी की सिफारिशें, प्रासंगिक नैदानिक क्षेत्र में अभ्यास करने वाले चिकित्सकों के विचार तथा अन्य प्रासंगिक कारक शामिल होते हैं।

परिवार : रोगी और कोई भी व्यक्ति (जैसे पति/पत्नी, बच्चे या अन्य आश्रित) जिन्हें संघीय आयकर रिटर्न में शामिल किया जा सकता है, भले ही रोगी कर रिटर्न दाखिल करता हो या नहीं।

घरेलू वित्तीय आय : घर में रहने वाले कुछ व्यक्तियों द्वारा 12 महीने की अवधि में प्राप्त आय के सभी स्रोतों का योग, जिसमें निम्नलिखित शामिल हैं, लेकिन इन्हें तक सीमित नहीं हैं:

- वार्षिक घरेलू कर-पूर्व नौकरी आय
- बेरोजगारी मुआवजा
- कर्मचारी भुगतान
- सामाजिक सुरक्षा और पूरक सुरक्षा आय
- दिग्गजों का भुगतान
- पेंशन या सेवानिवृत्ति आय
- अन्य लागू आय, उदाहरण के लिए, किराया, गुजारा भत्ता, बच्चे का भरण-पोषण और स्रोत की परवाह किए बिना कोई अन्य विविध आय

बीमाकृत : वे मरीज जो किसी तृतीय पक्ष बीमाकर्ता के अंतर्गत बीमाकृत और कवर्ड हैं।

मेडिकल ग्रुप : एडवोकेट हेल्थ द्वारा नियोजित प्रदाताओं द्वारा प्रदान की जाने वाली पेशेवर चिकित्सा सेवाएं।

चिकित्सकीय रूप से आवश्यक : स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं जो एक प्रदाता, विवेकपूर्ण नैदानिक निर्णय का प्रयोग करते हुए, किसी रोगी को बीमारी, चोट, रोग या उसके लक्षणों के मूल्यांकन, निदान या उपचार के उद्देश्य से प्रदान करेगा, और जो चिकित्सा पद्धति के सामान्य रूप से स्वीकृत मानकों के अनुसार हैं और/या प्रकार, आवृत्ति, विस्तार, स्थान और अवधि के संदर्भ में चिकित्सकीय रूप से उपयुक्त हैं, और रोगी की बीमारी, चोट या रोग के लिए प्रभावी मानी जाती हैं।

अन्य कवरेज विकल्प : ऐसे विकल्प जो कवरेज सहायता और वित्तीय सहायता समीक्षा के अंतर्गत खाते(खातों) पर तीसरे पक्ष द्वारा भुगतान प्रदान करेंगे, जिनमें शामिल हैं, लेकिन इन्हें तक सीमित नहीं हैं: श्रमिक मुआवजा, मेडिकेयर और मेडिकेड जैसी सरकारी योजनाएं, राज्य/संघीय एजेंसी योजनाएं, पीडित सहायता, आदि, या वाहन या अन्य दुर्घटनाओं के परिणामस्वरूप उत्पन्न तीसरे पक्ष की देयता।

सहभागी प्रदाता : स्वतंत्र स्वास्थ्य सेवा प्रदाता जिन्होंने एडवोकेट हेल्थ अस्पतालों में प्रदान की जाने वाली बिल करने योग्य सेवाओं के संबंध में इस नीति का अनुपालन करने पर सहमति व्यक्त की है। प्रदाताओं से सीधे संपर्क करके यह देखा जा सकता है कि वे सहभागी प्रदाता हैं या नहीं।

सरल भाषा सारांश (पीएलएस) : इस नीति का सारांश जो पात्रता मानदंड और वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने के तरीके को समझने के लिए सरलीकृत है।

प्रकल्पित पात्रता : राज्य के कानूनों और विनियमों के अनुपालन में, विशिष्ट मानदंडों के आधार पर वित्तीय सहायता पात्रता का निर्धारण, जिसे वित्तीय सहायता आवेदन को पूरा किए बिना एक बीमा रहित रोगी की ओर से वित्तीय आवश्यकता को प्रदर्शित करने के लिए माना गया है।

तृतीय-पक्ष बीमाकर्ता : कोई भी पक्ष जो रोगी की ओर से भुगतान सुनिश्चित करता है, जिसमें बीमा कंपनियाँ, कर्मचारी मुआवज़ा, मेडिकेयर और मेडिकेड जैसी सरकारी योजनाएँ, राज्य/संघीय एजेंसी योजनाएँ, पीड़ित सहायता, या वाहन या अन्य दुर्घटनाओं के परिणामस्वरूप होने वाली तृतीय-पक्ष देयताएँ शामिल हैं। मेडीशेयर सहित लेकिन उस तक सीमित नहीं, स्वास्थ्य लागत साझाकरण योजनाओं को तृतीय-पक्ष बीमाकर्ता नहीं माना जाता है।

स्व-भुगतान शेष (सेल्फ-पे बैलेंस) : रोगी के बिल का वह हिस्सा जिसे रोगी या रोगी का गारंटर किसी भी लागू छूट के बाद भुगतान करने के लिए कानूनी रूप से जिम्मेदार होता है।

बीमा रहित रोगी : ऐसा रोगी जो किसी तृतीय पक्ष बीमाकर्ता के अंतर्गत पूर्णतः या आंशिक रूप से कवर नहीं है और वह किसी सार्वजनिक या निजी स्वास्थ्य बीमा या अन्य स्वास्थ्य कवरेज कार्यक्रम (जिसमें बिना किसी सीमा के निजी बीमा, मेडिकेयर, मेडिकेड या अपराध पीड़ित सहायता शामिल है) के अंतर्गत लाभार्थी नहीं है और जिसकी चोट श्रमिक क्षतिपूर्ति, मोटर वाहन बीमा, देयता या अन्य तृतीय पक्ष बीमा के प्रयोजनों के लिए क्षतिपूर्ति योग्य नहीं है, जैसा कि एडवोकेट हेल्थ द्वारा रोगी द्वारा उपलब्ध कराए गए दस्तावेजों और सूचनाओं या अन्य स्रोतों से प्राप्त सूचनाओं के आधार पर एडवोकेट हेल्थ द्वारा निर्धारित किया गया है, एडवोकेट हेल्थ द्वारा प्रदान की गई स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के भुगतान के लिए।

बीमा रहित मरीज़

बिना बीमा वाले मरीजों की वित्तीय सहायता के लिए समीक्षा एक स्वचालित प्रक्रिया या एडवोकेट हेल्थ फाइनेंशियल एडवोकेट/फाइनेंशियल काउंसलिंग टीम के सदस्यों द्वारा पूरी की गई कवरेज सहायता प्रक्रिया के माध्यम से की जाएगी। एडवोकेट हेल्थ फाइनेंशियल एडवोकेट/फाइनेंशियल काउंसलर वित्तीय सहायता पात्रता निर्धारित करने से पहले अन्य कवरेज अवसरों के लिए सहायता मांगने वाले बिना बीमा वाले मरीजों की समीक्षा करेंगे।

कवरेज सहायता प्रक्रिया

- अस्पताल में भर्ती बिना बीमा वाले मरीज या जो आउटपेशेंट सेवाएँ प्राप्त करते हैं, जिसके परिणामस्वरूप बड़ी राशि शेष होती है, उनका एडवोकेट हेल्थ फाइनेंशियल एडवोकेट/फाइनेंशियल काउंसलिंग टीम द्वारा इंटरव्यू लिया जाएगा। इंटरव्यू में कवरेज विकल्पों (यानी मेडिकेड) के लिए मरीज की पात्रता का आकलन करने के लिए आवश्यक जानकारी एकत्र करना शामिल है, साथ ही वित्तीय सहायता पात्रता निर्धारित करने के लिए आवश्यक जानकारी भी शामिल है।
- यदि बिना बीमा वाले मरीजों का डिस्चार्ज से पहले इंटरव्यू नहीं किया जाता है, तो एडवोकेट हेल्थ फाइनेंशियल एडवोकेट/फाइनेंशियल काउंसलर इंटरव्यू पूरा करने के लिए आवश्यक जानकारी एकत्र करने के लिए मरीज से संपर्क करने का प्रयास करेंगे। इसके अलावा, मरीज फाइनेंशियल एडवोकेट/फाइनेंशियल काउंसलिंग टीम से पत्राचार पर दिए गए नंबर पर कॉल करके, ग्राहक सेवा को कॉल करके या एप्लिकेशन डाउनलोड करके और उसे फाइनेंशियल एडवोकेट/फाइनेंशियल काउंसलिंग टीम को मेल करके इंटरव्यू शुरू कर सकते हैं।
- यदि कवरेज सहायता प्रक्रिया से यह उच्च संभावना इंगित होती है कि मरीज अन्य कवरेज अवसरों (जैसे मेडिकेड) के लिए योग्यता प्राप्त कर लेगा, तो मरीज को वित्तीय अधिवक्ता/वित्तीय सहायता टीम की सहायता से उन कवरेज अवसरों का लाभ उठाना होगा, तभी वह एडवोकेट हेल्थ वित्तीय सहायता के लिए पात्र होगा।
- **यदि रोगी कवरेज विकल्पों को अपनाने की प्रक्रिया में पूर्ण सहयोग करता है**, लेकिन बाद में यह निर्धारित किया जाता है कि ऐसी कवरेज के लिए पात्रता असंभव है या रोगी के गैर-अनुपालन के अलावा अन्य कारणों से उसे अस्वीकार कर दिया गया है, तो एडवोकेट हेल्थ वित्तीय सहायता के लिए रोगी की पात्रता निर्धारित करेगा।
- **बीमा रहित मरीज जो कवरेज सहायता प्रक्रिया में पूर्ण सहयोग करने में विफल रहते हैं, उन्हें वित्तीय सहायता के लिए अयोग्य माना जाएगा**, जिसमें मेडिकेड या अन्य कवरेज विकल्पों के लिए आवेदन करने की पूरी प्रक्रिया के दौरान वित्तीय अधिवक्ता/वित्तीय परामर्श टीम और राज्य या संघीय एजेंसियों के साथ पूर्ण सहयोग करना शामिल है, लेकिन यह उस तक ही सीमित नहीं है।
- कवरेज सहायता प्रक्रिया में पूर्ण सहयोग न करने के कारण वित्तीय सहायता के लिए अयोग्य समझे जाने वाले मरीज भुगतान विकल्पों पर चर्चा करने के लिए ग्राहक सेवा से संपर्क कर सकते हैं।

कवरेज सहायता: वित्तीय सहायता पात्रता मानदंड

- बिना बीमा वाले मरीज जो इलिनोइस, विस्कॉन्सिन¹, उत्तरी कैरोलिना, दक्षिण कैरोलिना, जॉर्जिया या अलबामा में रहते हैं।
- बिना बीमा वाले मरीज, एडवोकेट हेल्थ सुविधा केंद्र पर या एडवोकेट हेल्थ सहभागी प्रदाता द्वारा गैर-वैकल्पिक, चिकित्सकीय रूप से आवश्यक सेवाएं प्राप्त कर रहे हैं।
- बिना बीमा वाले मरीज जो अन्य कवरेज विकल्पों (जैसे मेडिकेड) को निर्धारित करने और आगे बढ़ाने की प्रक्रिया में पूर्ण सहयोग करते हैं²।
- ऐसे बीमा रहित मरीज जो समीक्षाधीन खाते(खातों) के लिए अन्य सभी कवरेज विकल्पों के लिए अपात्र हैं।
- पात्रता का निर्धारण मरीज की कुल घरेलू आय की तुलना समीक्षा के समय लागू संघीय गरीबी दिशानिर्देशों (एफपीजी) से करके किया जाएगा।
- सभी मानदंडों को पूरा करने वाले तथा संघीय गरीबी दिशा-निर्देशों (एफपीजी) के 0% से 300% के बीच की घरेलू आय वाले गैर-बीमाकृत मरीज 100% वित्तीय सहायता के लिए पात्र हैं।
- एट्रियम हेल्थ रोगी: उपरोक्त सभी मानदंडों को पूरा करने वाले गैर-बीमाकृत रोगी, जिनकी घरेलू आय संघीय गरीबी दिशानिर्देशों (एफपीजी) के 301% और 400% के बीच है, वे सकल कुल शुल्क पर 75 % वित्तीय सहायता छूट के लिए पात्र हैं।
- केवल इलिनोइस के मरीज: उपरोक्त सभी मानदंडों को पूरा करने वाले गैर-बीमाकृत मरीज, जिनकी घरेलू आय संघीय गरीबी दिशानिर्देशों (एफपीजी) के 301% और 600% के बीच है, वे HUPDA³ IL राज्य नियामक आवश्यकताओं के अनुसार वित्तीय सहायता छूट के लिए पात्र हैं।

¹ बिना बीमा वाले मरीज जो मिशिगन क्षेत्र में एडवोकेट हेल्थ सुविधाओं या एडवोकेट हेल्थ सहभागी प्रदाताओं के निकट रहते हैं।

² एक मरीज जो किसी स्थापित प्लेन समुदाय का सदस्य होने की पुष्टि करता है या जिसकी ऐसी आस्था प्रणाली है जो बीमा अवसरों के लिए आवेदन करने में सहयोग करने की उनकी क्षमता को प्रतिबंधित करती है, उसके पास इस नीति में उल्लिखित वित्तीय सहायता कार्यक्रमों के लिए वैकल्पिक विकल्प होंगे। इसमें कठिनाई निपटान छूट के लिए आवेदन करना शामिल होगा, जिसके लिए योग्य मरीज बकाया राशि पर 75% तक की छूट प्राप्त कर सकते हैं।

³ इलिनोइस अस्पताल बीमा रहित रोगी छूट अधिनियम (210 ILCS 89/1) (HUPDA) के अनुपालन में 4/1/09 से प्रभावी, FPG से चार से छह (4-6) गुना पारिवारिक आय वाले रोगियों के लिए वित्तीय सहायता की पात्रता इलिनोइस निवास और चिकित्सकीय रूप से आवश्यक शुल्क वाले रोगियों तक सीमित है। एडवोकेट हेल्थ ने अस्पताल के लागत से शुल्क अनुपात के 135% के लिए छूट की तुलना AGB से की है और रोगियों के लिए अधिक उदार छूट लागू की है। HUPDA के अनुसार, किसी रोगी से ली जाने वाली राशि रोगी की सकल वार्षिक आय के 20% तक सीमित होगी, जब रोगी पिछले 12 महीनों के भीतर एडवोकेट हेल्थ को पिछले वित्तीय सहायता अनुमोदन के बारे में सूचित करता है।

वित्तीय सहायता स्कोरिंग (एफएस)

कम शेष वाले बाह्य रोगी खातों वाले बीमा रहित मरीजों का वित्तीय सहायता के लिए तीसरे पक्ष के इलेक्ट्रॉनिक स्क्रीनिंग उपकरणों का उपयोग करके स्वचालित रूप से मूल्यांकन किया जाएगा।

- तृतीय-पक्ष स्क्रीनिंग प्रक्रिया उन रोगियों की पहचान करती है जो इस नीति में उल्लिखित 100% वित्तीय सहायता के मानदंडों को पूरा करते हैं।
- मरीजों को उन सेवाओं के लिए आवेदन पूरा करने की आवश्यकता नहीं है जिनका मूल्यांकन FAS प्रक्रिया के माध्यम से किया जाता है।

एफएस पात्रता

- बिना बीमा वाले मरीज जो इलिनोइस, विस्कॉन्सिन, उत्तरी कैरोलिना, दक्षिण कैरोलिना, जॉर्जिया या अलबामा में रहते हैं।
- बिना बीमा वाले मरीज, एडवोकेट हेल्थ सुविधा केंद्र पर या एडवोकेट हेल्थ सहभागी प्रदाता द्वारा गैर-वैकल्पिक, चिकित्सकीय रूप से आवश्यक बाह्य रोगी सेवाएं प्राप्त कर रहे हैं।
- बिना बीमा वाले मरीज जो अन्य कवरेज विकल्पों (जैसे मेडिकेड) को निर्धारित करने और उनका पालन करने की प्रक्रिया में पूर्ण सहयोग करते हैं।
- ऐसे बीमा रहित मरीज जो समीक्षाधीन खाते(खातों) के लिए अन्य सभी कवरेज विकल्पों के लिए अपात्र हैं।
- बीमा रहित मरीजों की बैठक उपरोक्त सभी मानदंड, संघीय गरीबी दिशा-निर्देशों (एफपीजी) के 0% से 300% के बीच घरेलू आय के साथ।

एफएएस प्रक्रिया

- वित्तीय सहायता स्वचालन के लिए पात्रता खाता आधारित है।
- पात्रता निर्धारित करने के लिए प्रयुक्त जानकारी, बीमा रहित बाह्य रोगी खातों के लिए तीसरे पक्ष के विक्रेता से प्राप्त की जाती है।
- पात्रता का निर्धारण तीसरे पक्ष के विक्रेता से प्राप्त जानकारी के आधार पर किया जाता है, जिसमें यह संभावना दर्शाई जाती है कि मरीज की आय 100% वित्तीय सहायता के लिए FPG मानदंड के अंतर्गत आती है।
- वित्तीय सहायता प्रदान करने से पहले मेडिकेड या अन्य कवरेज अवसरों के लिए खातों की समीक्षा की जा सकती है।
- एफएएस प्रक्रिया के माध्यम से योग्यता प्राप्त करने वाले खातों को 100% वित्तीय सहायता मिलेगी।
- जो मरीज अस्पताल सेवाओं के लिए एफएएस प्रक्रिया के माध्यम से वित्तीय सहायता के लिए अपात्र हैं, उन्हें एक अस्वीकृति पत्र प्राप्त होगा, जिसमें वित्तीय सहायता समीक्षा के लिए आवेदन करने की जानकारी होगी।
- FAS प्रक्रिया के माध्यम से वित्तीय सहायता के लिए अयोग्य पाए गए बीमा रहित मरीज पुनर्विचार के लिए वित्तीय सहायता आवेदन प्रस्तुत कर सकते हैं। वित्तीय सहायता के लिए पात्रता इस बात पर निर्भर करेगी कि मरीज मेडिकेड या अन्य कवरेज अवसरों को आगे बढ़ाने की प्रक्रिया में पूरी तरह से सहयोग करता है या नहीं।

बीमाकृत मरीज

बीमाकृत मरीजों के लिए वित्तीय सहायता तब उपलब्ध होती है जब मरीज को बिल प्राप्त होता है। मरीज मेल के माध्यम से आवेदन भरकर या ग्राहक सेवा को कॉल करके वित्तीय सहायता के लिए समीक्षा करने का अनुरोध करके प्रक्रिया शुरू कर सकते हैं।

बीमाकृत मरीजों के लिए वित्तीय सहायता पात्रता मानदंड:

- बीमाकृत मरीज जो इलिनोइस, विस्कॉन्सिन, उत्तरी कैरोलिना, दक्षिण कैरोलिना, जॉर्जिया या अलबामा में रहते हैं।
- बीमाकृत मरीज जो एडवोकेट हेल्थ सुविधा केंद्र पर या एडवोकेट हेल्थ सहभागी प्रदाता द्वारा गैर-वैकल्पिक, चिकित्सकीय रूप से आवश्यक सेवाएं प्राप्त कर रहे हैं।
- बीमाकृत मरीज जो एडवोकेट हेल्थ सुविधा में या एडवोकेट हेल्थ प्रदाता (या सहभागी प्रदाता) द्वारा मरीज की तृतीय-पक्ष बीमाकर्ता लाभ योजना के आधार पर नेटवर्क¹ में हैं, एडवोकेट हेल्थ आपातकालीन विभाग में प्राप्त सेवाओं के अपवाद के साथ।
- पूर्णतः न्यायनिर्णित दावों के परिणामस्वरूप बीमाकृत मरीजों को स्व-भुगतान शेष प्राप्त होता है।
- बीमाकृत मरीज जिन्होंने भुगतान संबंधी चिंताओं को हल करने के लिए तीसरे पक्ष के बीमाकर्ता के साथ पूर्ण सहयोग किया, यदि लागू हो। अर्थात् लाभ संबंधी प्रश्नों, दुर्घटना संबंधी जानकारी आदि का समन्वय।
- बीमाकृत मरीज जो अन्य द्वितीयक कवरेज विकल्पों के निर्धारण में पूर्ण सहयोग करते हैं।
- बीमाकृत मरीज जो समीक्षाधीन खाते(खातों) के लिए अन्य सभी द्वितीयक कवरेज विकल्पों के लिए अपात्र पाए गए हैं।
- उपरोक्त सभी मानदंडों को पूरा करने वाले बीमाकृत मरीजों को, जिनकी घरेलू आय संघीय गरीबी दिशानिर्देशों (एफपीजी) के 0% से 300% के बीच है, समीक्षाधीन स्व-भुगतान शेष पर 100% वित्तीय सहायता मिलेगी।

¹NC मेडिकल डेट मिटिगेशन पहल के लक्ष्यों के अनुसार, उत्तरी कैरोलिना में रहने वाले और उत्तरी कैरोलिना एट्रियम हेल्थ अस्पताल में सेवाएं प्राप्त करने वाले बीमित व्यक्ति बीमाकृत मरीज अपनी बीमा योजना के नेटवर्क स्टेटस की परवाह किए बिना, योग्यता प्राप्त कर सकते हैं।

वित्तीय सहायता के लिए अयोग्य सेवाएँ

निम्नलिखित सेवाएँ वित्तीय सहायता के लिए पात्र नहीं हैं:

- वैकल्पिक और/या कॉस्मेटिक सेवाएँ
- गैर-चिकित्सकीय रूप से आवश्यक सेवाएँ
- पूरक/गैर-पारंपरिक चिकित्सा
- प्रजनन सेवाएँ
- वैश्विक एवं कार्यकारी स्वास्थ्य सेवाएँ
- व्यावसायिक स्वास्थ्य सेवाएँ

- खुदरा सेवाएँ
- संयुक्त मूल्य निर्धारण वाली सेवाएँ
- अन्य अस्पताल या प्रदाता नीतियों के अनुसार अग्रिम भुगतान की आवश्यकता वाली सेवाएँ
- बीमाकृत मरीजों के लिए, वे सेवाएँ जो मरीज की तृतीय-पक्ष लाभ योजना के आधार पर नेटवर्क से बाहर हैं, सिवाय एडवोकेट हेल्थ आपातकालीन विभाग में प्राप्त सेवाओं के
- बीमाकृत मरीजों के लिए, वे सेवाएँ जो मरीज के तीसरे पक्ष के बीमाकर्ता द्वारा कवर नहीं की जाती हैं

बीमा रहित एवं बीमाकृत मरीजों के लिए वित्तीय सहायता पात्रता का निर्धारण

- वित्तीय अधिवक्ता/वित्तीय परामर्शदाता बीमा रहित रोगियों का इंटरव्यू करने का प्रयास करते हैं ताकि रोगी की कवरेज विकल्पों (जैसे मेडिकेड) के लिए पात्रता का आकलन करने के लिए आवश्यक जानकारी एकत्र की जा सके, साथ ही वित्तीय सहायता पात्रता निर्धारित करने के लिए आवश्यक जानकारी भी एकत्र की जा सके। जिन रोगियों का इंटरव्यू नहीं हुआ है, वे वित्तीय अधिवक्ता/वित्तीय परामर्श टीम से पत्राचार पर दिए गए नंबर पर कॉल करके, ग्राहक सेवा को कॉल करके या कोई एप्लिकेशन डाउनलोड करके और उसे वित्तीय अधिवक्ता/वित्तीय परामर्श टीम को मेल करके इंटरव्यू शुरू कर सकते हैं।
- बीमाकृत मरीज बिल प्राप्त करने के बाद ग्राहक सेवा को कॉल करके या आवेदन पत्र डाउनलोड करके उसे वित्तीय अधिवक्ता/वित्तीय परामर्श टीम को भेजकर आवेदन कर सकते हैं।
- रोगी से प्राप्त जानकारी के अतिरिक्त, वित्तीय सहायता के लिए रोगी की पात्रता निर्धारित करने में तीसरे पक्ष के स्रोतों से प्राप्त जानकारी का उपयोग किया जा सकता है, जिसमें निम्नलिखित शामिल हैं, परंतु इन्हीं तक सीमित नहीं हैं:
 - अनुमानित घरेलू आय (एफपीजी की तुलना में)
 - सार्वजनिक सहायता कवरेज पर जानकारी प्रदान करने वाले राज्य पोर्टल और/या डेटाबेस
 - स्वास्थ्य बीमा कवरेज, मेडिकेड और सार्वजनिक सहायता कवरेज के लिए पात्रता खोजने और सत्यापित करने के लिए पात्रता उपकरण
 - जहाँ उचित हो, इंटरव्यू में और/या वित्तीय सहायता आवेदन में रोगी द्वारा दी गई जानकारी को सत्यापित करने के लिए तीसरे पक्ष के स्रोतों से प्राप्त जानकारी का उपयोग किया जाएगा। यदि तीसरे पक्ष के स्रोतों से प्राप्त जानकारी और रोगी द्वारा दी गई जानकारी के बीच कोई विसंगति है, तो रोगी को निम्नलिखित सहित लेकिन इन तक सीमित नहीं, आगे के दस्तावेज प्रस्तुत करने के लिए कहा जा सकता है:
 - रोगी के सबसे हाल के वर्ष के कर रिटर्न, W-2s, रोगी के आयकर दस्तावेज, चेक स्टब्स, बेरोजगारी विवरण, या वित्तीय सहायता के पत्र (यदि कोई आय नहीं है)। यदि रोगी के परिवार में एक से अधिक कार्यरत व्यक्ति हैं, तो प्रत्येक व्यक्ति इन सत्यापन विकल्पों का उपयोग करके अपनी वित्तीय जानकारी सत्यापित कर सकता है।
 - राज्य निवास का प्रमाण रोगी द्वारा निम्नलिखित वैध पहचान पत्रों में से कोई दो (2) प्रस्तुत करके सत्यापित किया जा सकता है जो समान पते को इंगित करते हैं: राज्य द्वारा जारी ड्राइविंग लाइसेंस (या अन्य फोटो पहचान पत्र जैसे कि छात्र या सैन्य आईडी), उपयोगिता बिल (गैस, बिजली, पानी) बैंक स्टेटमेंट, कार पंजीकरण, या वर्तमान दिनांक और पते के साथ सरकारी इकाई से प्राप्त कोई अन्य मेल।
 - वित्तीय विवरण और आय का सत्यापन तथा तीसरे पक्ष के विक्रेता के दस्तावेज एडवोकेट हेल्थ द्वारा 10 वर्ष की अवधि के लिए या कानून द्वारा अपेक्षित अवधि के लिए रखे जाएंगे। वित्तीय जानकारी का मिथ्याकरण, जिसमें जानकारी छिपाना भी शामिल है, वित्तीय सहायता से इनकार करने का कारण होगा।
- रोगी को वित्तीय सहायता पात्रता निर्धारण के बारे में मेल द्वारा, मौखिक रूप से या व्यक्तिगत रूप से, जैसा भी लागू हो, सूचित किया जाएगा।
- यदि किसी मरीज को वित्तीय सहायता के लिए पात्र पाया जाता है, तो वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने से पहले पात्र सेवाओं पर किए गए भुगतानों की समीक्षा की जाएगी ताकि यह निर्धारित किया जा सके कि मरीज धन वापसी के लिए पात्र है या नहीं।
- वित्तीय सहायता के लिए अयोग्य पाए गए मरीज, मरीज के बचे हुए स्व-भुगतान शेष को हल करने के लिए भुगतान योजना बनाने के लिए ग्राहक सेवा को कॉल कर सकते हैं। स्व-भुगतान शेष राशि एडवोकेट हेल्थ बिलिंग और संग्रह नीति के अधीन है।

संभावित पात्रता निर्धारण

- राज्य के कानूनों और विनियमों के अनुसार संभावित पात्रता निर्धारण किया जा सकता है। कुछ संघीय और राज्य सहायता कार्यक्रमों या अन्य गैर-आय आधारित मानदंडों के तहत योग्यता प्राप्त करने वाले मरीजों को 100% वित्तीय सहायता समायोजन के लिए संभावित रूप से पात्र माना जा सकता है और इसके लिए कोई आवेदन आवश्यक नहीं है।

प्रक्रिया और भाग लेने वाले राज्यों की जानकारी परिशिष्ट A में दी गई है।

पात्रता अवधि

- **बीमा रहित** : वित्तीय सहायता सभी पात्र खुले स्व-भुगतान शेषों के लिए पूर्वव्यापी रूप से प्रभावी होगी, तथा आगामी 180 दिनों तक के लिए प्रभावी होगी।
 - 180 दिन की अवधि के भीतर भविष्य की सेवाओं की समीक्षा मेडिकेड या अन्य कवरेज अवसरों के लिए की जा सकती है। यदि मरीज अन्य कवरेज के लिए अयोग्य पाए जाते हैं, तो उन्हें 180 दिन की अवधि के दौरान वित्तीय सहायता पात्रता बनाए रखने के लिए कवरेज सहायता प्रक्रिया में पूर्ण सहयोग करना चाहिए।
 - यदि पात्रता अवधि के दौरान कोई परिवर्तन होता है, तो रोगी को वित्तीय सहायता पात्रता बनाए रखने के लिए कवरेज सहायता प्रक्रिया में सहयोग करना आवश्यक है।
 - बदलाव के बारे में एडवोकेट हेल्थ को सूचित करना होगा जो स्वीकृति के बाद 180 दिन की अवधि के दौरान होता है और जो उनकी पात्रता स्थिति को प्रभावित कर सकता है। यह संचार परिवर्तन के तीस (30) दिनों के भीतर होना चाहिए। ऐसा न करने पर, महत्वपूर्ण परिवर्तन होने के बाद एडवोकेट हेल्थ द्वारा प्रदान की गई वित्तीय सहायता की कोई भी राशि रद्द हो सकती है।
- **बीमाकृत**: वित्तीय सहायता सभी तृतीय-पक्षों द्वारा भुगतान के बाद पात्र वर्तमान शेष राशि के लिए प्रभावी होगी। भविष्य में होने वाली किसी भी आकस्मिक और चिकित्सकीय रूप से आवश्यक देखभाल के लिए मरीजों को वित्तीय सहायता के लिए फिर से आवेदन करना होगा।

धोखा

यदि सूचना-एकत्रीकरण प्रक्रिया के दौरान रोगी द्वारा दी गई जानकारी झूठी पाई जाती है या यदि एडवोकेट हेल्थ को पता चलता है कि रोगी ने अन्य स्रोतों से चिकित्सा सेवाओं के लिए मुआवजा प्राप्त किया है, जिसका खुलासा एडवोकेट हेल्थ को नहीं किया गया है, तो एडवोकेट हेल्थ इस नीति द्वारा प्रदान की गई वित्तीय सहायता समायोजन को उलटने का अधिकार सुरक्षित रखता है।

वित्तीय सहायता आवेदन

वित्तीय सहायता आवेदन निम्न के लिए हैं:

- बिना बीमा वाले मरीज जिनका वित्तीय अधिवक्ता/वित्तीय परामर्शदाता द्वारा सक्रिय रूप से इंटरव्यू नहीं लिया गया
- बिना बीमा वाले मरीज जिन्हें स्वचालित वित्तीय सहायता स्कोरिंग प्रक्रिया के माध्यम से वित्तीय सहायता देने से मना कर दिया गया था और जो वित्तीय सहायता पात्रता के लिए पुनर्विचार चाहते हैं
- बीमाकृत मरीज बिल प्राप्त करने के बाद वित्तीय सहायता हेतु समीक्षा का अनुरोध करते हैं

आवेदन कैसे करें:

- **एट्रियम स्वास्थ्य**
 - एट्रियम हेल्थ वेबसाइट पर वित्तीय सहायता पृष्ठ पर उपलब्ध लिंक के माध्यम से फोन, टैबलेट या कंप्यूटर का उपयोग करके ऑनलाइन या <https://ola.veritysource.com/atrium> पर जाकर।
 - <https://atriumhealth.org/for-patients-visitors/financial-assistance> पर जाकर वित्तीय सहायता आवेदन पत्र डाउनलोड करें और इसे इस पते पर भेजें:
Atrium Health Business Office
ATTN: Coverage Assistance Services
P.O. Box 32861
Charlotte, NC 28232-2861
 - 704-512-7171 या 1-844-440-6536 पर कॉल करें
- **इलिनोइस – एडवोकेट हेल्थ केयर**
 - <http://www.advocatehealth.com/financialassistance> पर जाकर वित्तीय सहायता आवेदन पत्र डाउनलोड करें और इसे इस पते पर भेजें:
Advocate Health Care Financial Advocates
P.O. Box 3039
Oak Brook, IL 60522-9908
 - 847-795-2300 पर कॉल करें

- विस्कॉन्सिन – ऑरोरा हेल्थ केयर

- <http://www.aurorahealthcare.org/patients-visitors/billing-payment/financial-assistance> पर जाकर वित्तीय सहायता आवेदन पत्र डाउनलोड करें और इसे इस पते पर भेजें:
Aurora Health Care Financial Advocates
P.O. Box 909996
Milwaukee, WI 53209-0996
- 1-800-326-2250 पर कॉल करें

वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने हेतु मरीजों के पास डिस्चार्ज के बाद के प्रथम बिल की तिथि से 240 दिन का समय होता है।

वित्तीय सहायता के लिए केवल पूर्ण रूप से भरे गए आवेदनों की ही समीक्षा की जाएगी। यदि आवेदन के सभी क्षेत्र पूर्ण हैं, सभी अनुरोधित दस्तावेज प्राप्त हो गए हैं, तथा वित्तीय अधिवक्ता/वित्तीय परामर्शदाता ने जानकारी की समीक्षा की है और रोगी को अन्य कवरेज अवसरों के लिए अयोग्य माना है, तो आवेदन को पूर्ण माना जाता है। इसके बाद आवेदन को वित्तीय सहायता के लिए संसाधित किया जाता है और समयबद्ध तरीके से निर्णय लिया जाता है।

अधूरे आवेदन : यदि कोई आवेदन अधूरा है या मरीज ने मांगी गई जानकारी नहीं दी है या एडवोकेट हेल्थ प्रतिनिधि द्वारा मांगी गई कार्रवाई नहीं की है, तो वित्तीय अधिवक्ता/वित्तीय परामर्शदाता मरीज को सूचित करेगा और बताएगा कि आवेदन को पूरा करने के लिए कौन सी जानकारी की आवश्यकता है। मरीज को सूचित किए जाने के 30 दिनों के भीतर एडवोकेट हेल्थ को आवश्यक जानकारी प्रदान की जानी चाहिए, जब तक कि एडवोकेट हेल्थ के ध्यान में बाध्यकारी परिस्थितियाँ न लाई जाएँ।

नीति का संचार

एडवोकेट हेल्थ के रोगियों और व्यापक समुदाय को वित्तीय सहायता की उपलब्धता के बारे में जागरूक करने के लिए, एडवोकेट हेल्थ कवरेज सहायता और वित्तीय सहायता नीति और प्रक्रियाओं के बारे में बताने के लिए निम्नलिखित उपाय करता है:

- कवरेज अवसरों (अर्थात् मेडिकेड) और वित्तीय सहायता के लिए पात्रता का आकलन करने के लिए वित्तीय अधिवक्ताओं/परामर्शदाताओं द्वारा समय निकालकर और जगह पर इंटरव्यू पूरे किए जाते हैं।
- वित्तीय सहायता कार्यक्रमों का एक सरल भाषा सारांश सभी आपातकालीन विभागों, रोगी पंजीकरण क्षेत्रों में पोस्ट किया गया है और सभी बिलिंग विवरणों में शामिल किया गया है। सरल भाषा सारांश में इस वित्तीय सहायता नीति के तहत उपलब्ध वित्तीय सहायता कार्यक्रमों की जानकारी, आवेदन करने के तरीके की जानकारी, उस विभाग का टेलीफोन नंबर जो वित्तीय सहायता नीति के बारे में जानकारी प्रदान कर सकता है और वित्तीय सहायता नीति की प्रतियों तक पहुँचने का तरीका शामिल है।
- एडवोकेट हेल्थ, ऑरोरा हेल्थ केयर और एट्रियम हेल्थ वेबसाइटें उपलब्ध वित्तीय सहायता कार्यक्रमों, मरीजों द्वारा आवेदन करने के तरीके, वित्तीय सहायता के बारे में जानकारी प्रदान करने वाले विभागों के टेलीफोन नंबर, सरल भाषा सारांश, वित्तीय सहायता नीति की प्रतियाँ, वित्तीय सहायता आवेदन और बिलिंग और संग्रह नीति के बारे में जानकारी प्रदान करती हैं।
- ग्राहक सेवा विभाग से पूछताछ।

भुगतान न करने की स्थिति में कार्रवाई

एडवोकेट हेल्थ की बिलिंग और संग्रह प्रथाओं के बारे में जानकारी एडवोकेट हेल्थ, ऑरोरा हेल्थ केयर और एट्रियम हेल्थ वेबसाइटों पर स्थित एक अलग बिलिंग और संग्रह नीति में पाई जा सकती है। पॉलिसी की एक निःशुल्क प्रति ग्राहक सेवा विभाग को कॉल करके मेल द्वारा भी प्राप्त की जा सकती है:

- एट्रियम स्वास्थ्य
 - <https://atriumhealth.org/for-patients-visitors/financial-assistance> पर जाएँ
 - 704-512-7171 या 1-844-440-6536 पर कॉल करें
- इलिनोइस – एडवोकेट हेल्थ केयर
 - <http://www.advocatehealth.com/financialassistance> पर जाएँ
 - 847-795-2300 पर कॉल करें
- विस्कॉन्सिन – ऑरोरा हेल्थ केयर

- <http://www.aurorahealthcare.org/patients-visitors/billing-payment/financial-assistance> पर जाएं
- 1-800-326-2250 पर कॉल करें

गुणवत्ता आश्वासन और अन्य प्रावधान

गुणवत्ता आश्वासन : एडवोकेट हेल्थ टीम के सदस्यों को परिवार के सदस्यों, दोस्तों, परिचितों और सहकर्मियों के लिए वित्तीय सहायता आवेदनों की सिफ़ारिश करने और/या संसाधित करने से प्रतिबंधित किया गया है। रोगी वित्तीय सेवा गुणवत्ता आश्वासन विभाग नीति और प्रक्रियाओं का पालन सुनिश्चित करने के लिए वित्तीय सहायता के लिए संसाधित खातों का आवधिक ऑडिट करेगा।

पात्रता मानदंड समायोजन : एडवोकेट हेल्थ इस नीति में पात्रता मानदंड को समय-समय पर लागू संगठनों के लिए किए गए सामुदायिक स्वास्थ्य आवश्यकताओं के आकलन या सुधार अध्ययनों के आधार पर और/या लागू कानूनों, विनियमों और/या काउंटी समझौतों के अनुपालन के लिए आवश्यक रूप से समायोजित कर सकता है।

सार्वजनिक स्वास्थ्य आपातकालीन प्रावधान : सार्वजनिक स्वास्थ्य आपातकाल के कारण वैकल्पिक वित्तपोषण स्रोत बिना बीमा वाले रोगियों को इस नीति के तहत योग्य शेष राशि के लिए वित्तीय सहायता प्राप्त करने से नहीं रोकेगा। हमारे समुदाय के प्रति एडवोकेट हेल्थ के समर्पण के हिस्से के रूप में, वित्तीय सहायता किसी भी बीमाकृत रोगी के सह-भुगतान या जिम्मेदारी पर भी लागू की जा सकती है जिसे माफ कर दिया गया है लेकिन भुगतानकर्ताओं द्वारा भुगतान/प्रतिपूर्ति नहीं की गई है या जब किसी सार्वजनिक स्वास्थ्य आपातकाल के दौरान परस्पर विरोधी बिलिंग मार्गदर्शन जारी किया जाता है।

परिशिष्ट A

कुछ राज्यों में, कुछ विशिष्ट संघीय और राज्य सहायता कार्यक्रमों में नामांकित व्यक्ति या जो लोग अन्य गैर-आय आधारित मानदंडों को पूरा करते हैं, वे पूर्ण वित्तीय सहायता के लिए पात्र हो सकते हैं और इसके लिए किसी आवेदन की आवश्यकता नहीं होती है।

उत्तरी कैरोलिना संभावित पात्रता

- NC मेडिकल डेट रिलीफ पहल के अनुसार, उन मरीजों के लिए संभावित पात्रता मूल्यांकन किया जाएगा जो उत्तरी कैरोलिना के निवासी हैं और राज्य के भीतर एट्रियम हेल्थ सुविधा में अस्पताल सेवाएं प्राप्त करते हैं। जो मरीज विशिष्ट संघीय और राज्य सहायता कार्यक्रमों या अन्य गैर-आय आधारित दिशानिर्देशों के तहत मानदंडों को पूरा करते हैं, उन्हें संभावित रूप से पूर्ण वित्तीय सहायता समायोजन के लिए पात्र माना जाएगा, और किसी आवेदन की आवश्यकता नहीं होगी।
- संभावित पात्रता गैर-आय मानदंड को पूरा करने वाले मरीजों के आधार पर निर्धारित की जा सकती है, जिसमें निम्नलिखित शामिल हैं, लेकिन इन तक सीमित नहीं हैं:
 - बेघर होना
 - महिला, शिशु और बाल पोषण कार्यक्रम, पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम और ज़रूरतमंद परिवारों के लिए अस्थायी सहायता जैसे साधन-परीक्षणित सरकारी सहायता कार्यक्रमों में नामांकन
 - मरीज या मरीज के घर में आश्रित बच्चे के लिए मेडिकेड के लिए पात्रता
 - मानसिक अक्षमता से पीड़ित होना और मरीज की वकालत करने वाला कोई न होना
- यदि गैर-आय आधारित संभावित पात्रता का कम से कम एक मानदंड पूरा हो जाता है, तो मरीजों को पात्रता पूरी करने का कोई दस्तावेज या अन्य प्रमाण प्रस्तुत करने की आवश्यकता नहीं है।
- संभावित पात्रता के लिए गैर-आय मानदंडों के आधार पर मरीज योग्य हैं या नहीं, इसका आकलन करने की प्रक्रिया में शामिल हैं:
 - चेक-इन/पंजीकरण प्रक्रिया के दौरान एकत्रित जानकारी
 - गहन समीक्षा किए जाने की गारंटी के लिए देखभाल टीमों से भी जानकारी प्राप्त की जा सकती है
- जो मरीज संभावित पात्रता के लिए कम से कम एक गैर-आय मानदंड को पूरा करते हैं, वे 100% वित्तीय सहायता के लिए पात्र होंगे और उन्हें छुट्टी देने से पहले सूचित किया जाएगा।
- जो मरीज संभावित वित्तीय सहायता पात्रता के मानदंडों को पूरा करते हैं, उनकी मेडिकेड या अन्य कवरेज विकल्पों के लिए समीक्षा की जा सकती है। अगर बाद में उन्हें मेडिकेड या अन्य कवरेज विकल्पों के लिए अयोग्य पाया जाता है, तो उन मरीजों को वित्तीय रूप से उत्तरदायी नहीं ठहराया जाएगा।
- जो मरीज गैर-आय आधारित संभावित पात्रता के मानदंडों को पूरा नहीं करते हैं और इस नीति में वर्णित किसी अन्य वित्तीय सहायता कार्यक्रम के लिए अनुमोदित नहीं हैं, उन्हें वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने के अन्य विकल्पों के बारे में जानकारी दी जाएगी।

इलिनोइस संभावित पात्रता

- विस्कॉन्सिन और इलिनोइस में मरीजों के लिए IL फेयर पेशेंट बिलिंग एक्ट के अनुसार संभावित पात्रता मूल्यांकन किया जा सकता है। बीमा रहित मरीज जो कुछ विशिष्ट संघीय और राज्य सहायता कार्यक्रमों के तहत मानदंडों को पूरा करते हैं, उन्हें संभावित रूप से 100% वित्तीय सहायता समायोजन के लिए पात्र माना जा सकता है, और इसके लिए किसी आवेदन की आवश्यकता नहीं होती है।
- यदि कम से कम एक मानदंड सत्यापित किया जा सकता है, तो आय के किसी और प्रमाण की आवश्यकता नहीं होगी।
- यदि वित्तीय एडवोकेट इलेक्ट्रॉनिक रूप से पात्रता का सत्यापन नहीं कर सकता है, तो AAH मरीज से पात्रता का सत्यापन प्रदान करने के लिए कह सकता है।
- यदि वित्तीय एडवोकेट यह निर्धारित कर सकता है कि कोई मरीज वित्तीय सहायता के लिए संभावित रूप से पात्र है, तो लिखित आवेदन की आवश्यकता नहीं है।
- संभावित पात्रता मानदंड निम्नलिखित कार्यक्रमों में से किसी एक में नामांकन द्वारा दर्शाया जाता है:
 - महिला, शिशु और बाल पोषण कार्यक्रम (WIC).
 - पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (SNAP).
 - इलिनोइस निःशुल्क दोपहर का भोजन और नाश्ता कार्यक्रम।
 - निम्न आय गृह ऊर्जा सहायता कार्यक्रम (LIHEAP).
 - ज़रूरतमंद परिवारों के लिए अस्थायी सहायता (TANF).

- इलिनोइस आवास विकास प्राधिकरण का किराया आवास सहायता कार्यक्रम।
- एक समुदाय-आधारित या धर्मार्थ स्वास्थ्य कार्यक्रम जो चिकित्सा देखभाल प्रदान करता है, और मानदंड के रूप में कम आय वाली वित्तीय स्थिति का मूल्यांकन और उसे रिकॉर्ड करता है।
- मेडिकेड पात्रता, हालांकि सेवा तिथि पर या गैर-कवर सेवा (केवल IL मरीज) के लिए पात्र नहीं है
- संभावित पात्रता मानदंड निम्नलिखित जीवन स्थितियों से भी दर्शाया जा सकता है:
 - चिकित्सा सेवाओं के लिए अनुदान सहायता प्राप्त करना।
 - बेघर होना।
 - बिना किसी संपत्ति के मर जाना।
 - मानसिक अक्षमता से पीड़ित होना और मरीज की वकालत करने वाला कोई न होना।
 - किसी दंडात्मक संस्था में कारावास।
 - धार्मिक समुदाय से संबंधित होना और गरीबी की शपथ लेना।
 - स्वतंत्र तृतीय-पक्ष रिपोर्टिंग एजेंसी से प्राप्त प्रमाण जो दर्शाता है कि परिवार की आय दो गुना FPL से कम है।
- संभावित पात्रता दर्शाने के तरीकों में निम्नलिखित शामिल हैं:
 - कार्यक्रम नामांकन की डिजिटल पुष्टि या अन्य संभावित पात्रता मानदंड।
 - ऐसे मामलों में जहां स्वतंत्र डिजिटल पुष्टि संभव नहीं है, वहां नामांकन या अन्य पात्रता मानदंडों का प्रमाण मांगा जाएगा। निम्नलिखित में से कोई भी स्वीकार्य प्रमाण के रूप में काम करेगा:
 - WIC वाउचर।
 - नामांकन स्क्रीन प्रिंट के प्रमाण के साथ SNAP कार्ड या SNAP अनुमोदन पत्र की प्रति।
 - स्कूल से पत्र या हस्ताक्षर के साथ मुफ्त/कम कीमत वाले भोजन और शुल्क माफी अधिसूचना।
 - LIHEAP पुरस्कार या अनुमोदन पत्र।
 - रेड क्रॉस, DHS, या HFS से TANF अनुमोदन पत्र।
 - राज्य या संघ द्वारा सब्सिडी वाले आवास कार्यक्रमों के मामलों में किराए की रसीद।
 - पट्टेदार या HUD कार्ड या पत्र से किराया समायोजन पत्र।
 - इलिनोइस राज्य कार्यक्रम के लिए वर्तमान पात्रता दर्शाने वाला कार्ड या पुरस्कार विवरण।
 - अनुदान एजेंसी का विवरण या अनुदान पत्र।
 - चर्च या आश्रय की ओर से बेघर होने की पुष्टि करने वाला व्यक्तिगत सत्यापन या पत्र।
 - वकील, समूह गृह, आश्रय, धार्मिक संगठन या चर्च से पत्र