

	คู่มือนโยบายและวิธีดำเนินการของโรงพยาบาล		
	ชื่อเรื่อง: ความช่วยเหลือทางการเงิน (Charity Care และ Discounted Care)		
	วันที่เดิม: 04/27/2005 วันที่แก้ไข: 12/01/2022	วันเริ่มผลบังคับ: 03/01/2023	อนุมัติโดย: ประธานเจ้าหน้าที่ฝ่ายการเงิน, คณะกรรมการปรับปรุงคุณภาพ, คณะกรรมการบริหารทางการแพทย์, คณะกรรมการบริษัท
หมายเลขนโยบาย: FIN – 006.0	บทที่: องค์กร - การเงิน		หน้า 1 จาก 10

จุดประสงค์:

Children’s Hospital Los Angeles (“CHLA”) ตระหนักดีว่าคนจำนวนมากในชุมชนของเราต้องการบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นทางการแพทย์ แต่ไม่ได้เอাপระกัน เอাপระกันค่าไป ไม่มีสิทธิ์เข้าร่วมโครงการสุขภาพของรัฐบาล หรือ ไม่มีทรัพยากรทางการเงินเพียงพอที่จะจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพ CHLA มุ่งมั่นที่จะให้บริการที่จำเป็นทางการแพทย์แก่ผู้ที่ไม่สามารถชำระเงินได้ภายในขอบเขตความสามารถทางการเงิน เพื่อจัดการทรัพยากรอย่างมีความรับผิดชอบ และเพื่อให้ CHLA สามารถให้ความช่วยเหลือในระดับที่เหมาะสมแก่ผู้ที่ต้องการ ทาง CHLA ได้นำแนวทางต่อไปนี้มาใช้ในการให้ Charity Care และ Discounted Care (“ความช่วยเหลือทางการเงิน”) ดังนั้น จุดประสงค์ของนโยบายนี้คือเพื่ออธิบายถึง:

- เกณฑ์การมีสิทธิ์และกระบวนการสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินตามนโยบายนี้
- ขีดจำกัดของจำนวนเงินที่ CHLA จะเรียกเก็บสำหรับการดูแลฉุกเฉินหรือการรักษาที่จำเป็นทางการแพทย์อื่น ๆ ที่ให้แก่บุคคลที่มีสิทธิ์ตามนโยบายนี้
- พื้นฐานสำหรับการคำนวณจำนวนเงินที่เรียกเก็บจากผู้ป่วยที่มีสิทธิ์ได้รับ ความช่วยเหลือทางการเงินตามนโยบายนี้ และ
- CHLA จะประชาสัมพันธ์นโยบายอย่างไรในชุมชนที่ให้บริการโดยโรงพยาบาล

ความมุ่งมั่นของ CHLA ที่มีต่อนโยบายนี้ไม่สามารถแทนที่ความรับผิดชอบส่วนบุคคลได้เพื่อให้เป็นเช่นนั้น เป็นที่คาดหวังว่าผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยจะร่วมมือกับวิธีดำเนินการของ CHLA ในการขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน และ/หรือการชำระเงินจากบุคคลภายนอก และมีส่วนร่วมในการจ่ายค่าใช้จ่ายการดูแลรักษาตามความสามารถเท่าที่มีในการจ่ายของพวกเขา บุคคลที่มีความสามารถทางการเงินที่จะการซื้อประกันสุขภาพได้ ควรได้รับการสนับสนุนให้ซื้อประกันสุขภาพเอง เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและเพื่อคุ้มครองทรัพย์สินส่วนบุคคลของตน

ขอบเขต:

นโยบายนี้ใช้กับผู้ป่วย/ ผู้ค้าประกันทุกรายที่ไม่มีใบเรียกเก็บเงินค่าเวชภัณฑ์และบริการของ CHLA

คำจำกัดความ:

1. **“Charity Care”** หมายถึงการสละสิทธิ์การผูกพันทางการเงินของผู้ป่วยสำหรับค่าบริการทั้งหมดสำหรับ CHLA
2. **“ตัวแปรที่เกี่ยวข้องของระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง”** หมายถึง (1) ที่หรือต่ำกว่า 400% สำหรับการกุศล หรือ (2) ที่หรือต่ำกว่า 600% สำหรับส่วนตัว
3. **“Discounted Care”** หมายความว่า ผู้ป่วยจะได้รับส่วนลดจากยอดคงเหลือของผู้ป่วยของ CHLA ที่ค้างชำระสำหรับบริการที่ CHLA มอบให้
4. **“แพทย์ฉุกเฉิน”** หมายความว่า แพทย์ซึ่งได้รับการรับรองจากโรงพยาบาลและได้รับการว่าจ้างจากโรงพยาบาลให้ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล

**เมื่อพิมพ์หรือเผยแพร่ นโยบายนี้จากห้องสมุดนโยบายและวิธีดำเนินการของ CHLA แล้ว จะไม่ถือว่าเป็นเอกสารควบคุม โปรดตรวจสอบนโยบายฉบับอิเล็กทรอนิกส์ในห้องสมุดนโยบาย และวิธีดำเนินการของ CHLA เนื่องจากอาจไม่ใช่ฉบับปัจจุบัน*

<h1>CHLA</h1>	คู่มือนโยบายและวิธีดำเนินการของโรงพยาบาล		
	ชื่อเรื่อง: ความช่วยเหลือทางการเงิน (Charity Care และ Discounted Care)		
	วันที่เดิม: 04/27/2005	วันเริ่มผลบังคับ: 03/01/2023	อนุมัติโดย: ประธานเจ้าหน้าที่ฝ่ายการเงิน, คณะกรรมการปรับปรุงคุณภาพ, คณะกรรมการบริหารทางการแพทย์, คณะกรรมการบริหาร
วันที่แก้ไข: 12/01/2022			
หมายเลขนโยบาย: FIN – 006.0	บทที่: องค์กร - การเงิน		หน้า 2 จาก 10

5. “ระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง” หมายถึงแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับความยากจนที่ได้รับการปรับปรุงเป็นระยะในทะเบียนกลางโดยกระทรวงสาธารณสุขและบริการมนุษย์ของสหรัฐอเมริกา สามารถอ้างอิงแนวทางปัจจุบันได้ที่ <http://aspe.hhs.gov/POVERTY/>
6. “รายได้รวมของครัวเรือนต่อเดือน” หมายถึง ค่าตอบแทนทั้งหมดที่ครัวเรือนได้รับก่อนหักภาษี การลดหย่อน และหักเงินที่จ่ายสำหรับค่าเลี้ยงดูและค่าเลี้ยงดูบุตร รายได้ดังกล่าวรวมถึงค่าตอบแทนจากหลายแหล่ง เช่น เงินเดือน ค่าจ้าง และโบนัสที่ได้รับจากการจ้างงานหรืออาชีพอิสระ เงินปันผล และผลตอบแทนที่ได้รับจากการลงทุน โบสถ์รับเงินค่าเช่าจากการลงทุนในอสังหาริมทรัพย์ ส่วนแบ่งกำไรจากธุรกิจ เป็นต้น รายได้ประจำปีอาจถูกกำหนดโดยการทำให้รายได้ของครอบครัวเป็นปีต่อปี
7. “ครัวเรือน” หมายถึง: (1) สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยและคู่สมรสของผู้ป่วย คู่ครองในประเทศและ 1 บุตรในอุปการะที่มีอายุต่ำกว่า 21 ปี ไม่ว่าจะอาศัยอยู่ที่บ้านหรือไม่ก็ตาม และ (2) สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี พ่อแม่ของผู้ป่วยรายนั้น ญาติผู้ดูแล และบุตรคนอื่น ๆ ของพ่อแม่หรือญาติผู้ดูแลที่มีอายุต่ำกว่า 21 ปี

วิธีดำเนินการ:

1. บริการที่มีสิทธิ์ตามนโยบายนี้

A. CHLA เสนอความช่วยเหลือทางการเงินสำหรับบริการด้านสุขภาพประเภทต่อไปนี้ให้บริการโดยโรงพยาบาล:

- i. บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน และ
- ii. บริการที่จำเป็นทางการแพทย์ตามที่กำหนดโดยแพทย์ผู้ตรวจ

B. แม้ว่าจะมีข้อจำกัดที่เหมือนกัน แต่เป็นนโยบายของ CHLA ที่จะให้การดูแลทางการแพทย์ฉุกเฉินโดยไม่เลือกปฏิบัติ ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยการรักษาพยาบาลฉุกเฉินและแรงงานที่ทำงานอยู่ (Emergency Medical Treatment and Active Labour Act: EMTALA) แก่บุคคลทุกคน โดยไม่คำนึงถึงคุณสมบัติตามนโยบายนี้ นโยบายและวิธีดำเนินการของ EMTALA มีรายละเอียดเพิ่มเติมอยู่ในนโยบายอื่นหรือนโยบายของ CHLA CHLA ไม่มีส่วนร่วมในการกระทำที่กีดกันบุคคลจากการแสวงหาการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน เช่น การเรียกร้องให้ผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉินชำระเงินก่อนเข้ารับการรักษาในภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ หรืออนุญาตให้มีกิจกรรมการเรียกเก็บหนี้ที่ขัดขวางการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

C. ผู้ให้บริการที่ไม่ใช่ CHLA เอง ที่ให้การดูแลในสถานพยาบาลของ CHLA จะไม่ได้ปฏิบัติตามนโยบายนี้ แพทย์ ศัลยแพทย์ และผู้ให้บริการอื่น ๆ ที่ได้

¹ “คู่มือในประเศ” ถูกกำหนดโดยประมวลกฎหมายครอบครัวแห่งแคลิฟอร์เนีย (California Family Code) มาตรา 297

<h1>CHLA</h1>	คู่มือนโยบายและวิธีดำเนินการของโรงพยาบาล		
	ชื่อเรื่อง: ความช่วยเหลือทางการเงิน (Charity Care และ Discounted Care)		
	วันที่เดิม: 04/27/2005	วันที่เริ่มบังคับใช้: 03/01/2023	อนุมัติโดย: ประธานเจ้าหน้าที่ฝ่ายการเงิน, คณะกรรมการปรับปรุงคุณภาพ, คณะกรรมการบริหารทางการแพทย์, คณะกรรมการบริหาร
วันที่แก้ไข: 12/01/2022			
หมายเลขนโยบาย: FIN – 006.0	บทที่: องค์กร - การเงิน		หน้า 3 จาก 10

รับทราบว่าจ้างจากกลุ่มการแพทย์โรงพยาบาลเด็กกลอสแอนเจิลิส (Children’s Hospital Los Angeles Medical Group: “CHLA MG”), มหาวิทยาลัยเซาเทิร์นแคลิฟอร์เนีย (University of Southern California: “USC”) และ USC Care ไม่ใช่พนักงานของ CHLA และแม้ว่าบริการของพวกเขาจะไม่เข้าเกณฑ์สำหรับความช่วยเหลือทางการเงินตามนโยบายของ CHLA แต่พวกเขาอาจเสนอความช่วยเหลือทางการเงินตามนโยบายที่เกี่ยวข้องของ CHLAMG นอกจากนี้ CHLAMG ยังมีนโยบายของตนเองเกี่ยวกับบริการแพทย์ฉุกเฉินที่มีส่วนลดสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีประกันหรือผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูง สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับนโยบายนี้ โปรดติดต่อฝ่ายบริการลูกค้ากลุ่มบริหารงานกุมารเวชกรรม (Pediatric Management Group) ที่หมายเลข (323) 361-2336 ผู้ให้บริการที่ให้การดูแลในสถานพยาบาลของ CHLA นอกเหนือจาก CHLAMG, USC และ USC Care มีรายชื่ออยู่ในภาคผนวก A ของนโยบายนี้ ภาคผนวกมีอยู่ที่ <https://www.chla.org/financial-assistance> และขอรับสำเนาได้ในพื้นที่รับคำซึ่งอยู่ใกล้กับทางเข้าหลักโรงพยาบาล ในพื้นที่ลงทะเบียนห้องฉุกเฉินซึ่งตั้งอยู่ที่ 4650 Sunset Blvd Los Angeles, CA 90027 หรือโทรติดต่อ บริการธุรกิจผู้ป่วย (Patient Business Services) ที่ (800) 404-6627

2. เกณฑ์คุณสมบัติผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาที่จำเป็นทางการแพทย์ได้ทั้งหมดหรือบางส่วนอาจมีสิทธิ์ การมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน (Charity Care และ Discount Care) จะพิจารณาจากการประเมินความจำเป็นทางการเงินของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามนโยบายนี้ CHLA จะไม่คำนึงถึงอายุ เพศ เชื้อชาติ สถานะทางสังคมหรือผู้อพยพ รสนิยมทางเพศ หรือศาสนาในการพิจารณาคุณสมบัติ

- A. ในกรณีที่ผู้ป่วยเลือกที่จะไม่ใช่ประกันสุขภาพส่วนบุคคลของบุคคลภายนอกและขอให้การจ่ายเงินสดแทน ผู้ป่วยจะไม่มีคุณสมบัติในการรับความช่วยเหลือทางการเงิน
- B. ผู้ป่วยจะรับการทดสอบวิธีการ รายได้รวมของครัวเรือนต่อเดือนจะถูกตรวจสอบโดยหลักฐานแสดงรายได้ที่เป็นเอกสารหรือ โดยเครื่องมือยืนยันทางอิเล็กทรอนิกส์ เกณฑ์รายได้มีดังนี้:
 - i. รายได้หรือต่ำกว่า 400% ของ FPL: ผู้ป่วยเหล่านี้มีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินเต็มรูปแบบและ / หรือการลดค่าจากร้านขายยาโดยรับคิด 100% ของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ได้รับความช่วยเหลือ
 - ii. รายได้สูงกว่า 400% แต่ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 600% ของ FPL: ผู้ป่วยเหล่านี้มีสิทธิ์ได้รับส่วนลดตามจำนวนความรับผิดชอบของผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาของความช่วยเหลือสำหรับบริการทางการแพทย์
 - iii. ผู้ป่วยที่มีรายได้รวมของครัวเรือนต่อเดือนไม่อยู่ในตัวแปรที่เกี่ยวข้องของระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง จะไม่มีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินตามนโยบายนี้
- C. CHLA อาจใช้ดุลยพินิจของตนแต่เพียงผู้เดียวและขึ้นอยู่กับข้อเท็จจริงและสถานการณ์ของแต่ละกรณี อย่างไรก็ตาม ให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิ์ตามนโยบายนี้

3. กระบวนการสมัคร

***เมื่อพิมพ์หรือเผยแพร่ นโยบายนี้จากห้องสมุดนโยบายและวิธีดำเนินการของ CHLA แล้ว จะไม่ถือว่าเป็นเอกสารควบคุม โปรดตรวจสอบนโยบายฉบับอิเล็กทรอนิกส์ในห้องสมุดนโยบาย และวิธีดำเนินการของ CHLA เนื่องจากอาจไม่ใช่ฉบับปัจจุบัน**

<h1>CHLA</h1>	คู่มือนโยบายและวิธีดำเนินการของโรงพยาบาล		
	ชื่อเรื่อง: ความช่วยเหลือทางการเงิน (Charity Care และ Discounted Care)		
	วันที่เดิม: 04/27/2005	วันเริ่มผลบังคับ: 03/01/2023	อนุมัติโดย: ประธานเจ้าหน้าที่ฝ่ายการเงิน, คณะกรรมการปรับปรุงคุณภาพ, คณะกรรมการบริหารทางการแพทย์, คณะกรรมการบริหาร
	วันที่แก้ไข: 12/01/2022		
หมายเลขนโยบาย: FIN – 006.0	บทที่: องค์กร - การเงิน		หน้า 4 จาก 10

- A. กำนินยมนด้านศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และการจัดการดูแลของ CHLA จะแสดงให้เห็นในกระบวนการสมัคร การกำหนดความต้องการทางการเงิน และการให้ความช่วยเหลือทางการเงิน
- B. ในการส่งใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน จะต้องส่งแบบฟอร์มใบสมัครที่กรอกครบถ้วนและเอกสารที่จำเป็นไปยังแผนกรับเข้า (Admitting Department) ของ CHLA ด้วยตนเองหรือส่งทางไปรษณีย์ไปที่ Patient Business Services, Mailstop 26, Children’s Hospital Los Angeles, 4650 Sunset Boulevard, Los Angeles, California 90027 โปรดดูที่เอกสารแนบ FIN - 006.1 ใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินของ CHLA ผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัว เพื่อนสนิท หรือผู้ร่วมงานของผู้ป่วย อาจยื่นคำร้องตามกฎหมายว่าด้วยความความเป็นส่วนตัวที่ใช้บังคับ สามารถขอรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินของ CHLA ได้โดยติดต่อผู้แทนของสำนักงานบริการธุรกิจผู้ป่วยของ CHLA ที่หมายเลข (800) 404-6627 เจ้าหน้าที่ของ CHLA ไม่สามารถช่วยเหลือในการกรอกใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินได้ แต่ท่านสามารถขอความช่วยเหลือเกี่ยวกับใบสมัครได้จากศูนย์ผู้บริโภคด้านสุขภาพแห่งลอสแอนเจลิส (Health Consumer Center of Los Angeles) องค์กรไม่แสวงหากำไรแห่งนี้ตั้งอยู่ที่ 13327 Van Buys Boulevard, Pacoima, CA 91331 และหมายเลขโทรศัพท์คือ (800) 896-3203
- C. เป็นที่พึงประสงค์แต่ไม่จำเป็นว่า คำขอสำหรับ Charity Care หรือ Discounted Care และการกำหนดความจำเป็นทางการเงินจะต้องมีขึ้นก่อนที่จะให้บริการที่จำเป็นทางการแพทย์ที่ไม่ฉุกเฉิน อย่างไรก็ตาม การพิจารณาคุณสมบัติอาจทำได้ ฉุกเฉินก็ได้ขอรับการเรียกเก็บเงิน สิทธิในการรับความช่วยเหลือทางการเงินจะได้รับการประเมินซ้ำในแต่ละครั้งของการให้บริการ หากการประเมินทางการเงินครั้งล่าสุดเสร็จสิ้นนานกว่าหนึ่งปีก่อนหน้า หรือเมื่อใดก็ได้ที่ทราบข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับคุณสมบัติของผู้ป่วย
- D. การพิจารณาสิทธิของผู้ป่วยสำหรับความช่วยเหลือทางการเงินอาจล่าช้า จนกว่า CHLA จะได้รับข้อมูลและเอกสารทั้งหมดที่ระบุไว้ในนโยบายนี้หรือในใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน ผู้สมัครจะต้องใช้ความพยายามอย่างเต็มที่เพื่อให้ CHLA ได้รับข้อมูลที่จำเป็นตามนโยบายนี้และใบสมัคร ผู้สมัครมีเวลา 30 วันในการยื่นเอกสารทั้งหมดที่จำเป็น หากการสมัครไม่สมบูรณ์ ทาง Patient Business Services จะพยายามติดต่อผู้สมัครทางโทรศัพท์เพื่อขอรับข้อมูลที่จำเป็น หาก Patient Business Services ไม่สามารถติดต่อผู้สมัครทางโทรศัพท์ได้เป็นเวลาหนึ่งสัปดาห์ จดหมายจะถูกส่งไปยังผู้สมัครตามที่อยู่ล่าสุดที่ทราบของผู้สมัครเพื่อขอข้อมูลที่จำเป็น จดหมายดังกล่าวจะเป็นภาษาอังกฤษและเป็นภาษาที่ครอบครัวของผู้ป่วยพูด หากไม่มีการตอบกลับจากผู้สมัครภายใน 30 วันนับจากวันที่ส่งจดหมายร้องขอข้อมูลที่ขาดหายไป ทาง CHLA อาจพิจารณาใบสมัครนั้นว่าเป็นการละทิ้งและอาจปฏิเสธใบสมัคร
- i. ผู้สมัครขอรับ Charity Care หรือ Discounted Care ทั้งหมดต้องแสดงต้นขั้วเงินเดือนและ/หรือการคืนภาษีรายได้ล่าสุด CHLA จะไม่ขอหลักฐานแสดงรายได้อื่น ๆ
 - ii. อาจต้องใช้เอกสารอื่น ๆ ตามที่ระบุไว้ในใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน CHLA ไม่ใช้ข้อมูลที่ได้รับจากแหล่งอื่นนอกเหนือจากผู้ป่วยที่ขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน (หรือผู้แทนของผู้ป่วย) เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับคุณสมบัติของผู้ป่วยสำหรับความช่วยเหลือทางการเงินตามนโยบายนี้
- E. การสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินที่ครบสมบูรณ์จะได้รับการดำเนินการโดยทันที และ CHLA จะแจ้งให้ผู้สมัครทราบเป็นลายลักษณ์อักษรภายใน 30 วันหลังจากได้รับใบสมัครที่ครบสมบูรณ์ ไม่ว่าผู้สมัครจะมีสิทธิ์ได้รับ Charity Care หรือ Discounted Care หรือไม่ก็ตาม

**เมื่อพิมพ์หรือเผยแพร่ นโยบายนี้จากห้องสมุดนโยบายและวิธีดำเนินการของ CHLA แล้ว จะไม่ถือว่าเป็นเอกสารควบคุม โปรดตรวจสอบนโยบายฉบับอิเล็กทรอนิกส์ในห้องสมุดนโยบาย และวิธีดำเนินการของ CHLA เนื่องจากอาจไม่ใช่นับปัจจุบัน*

	คู่มือนโยบายและวิธีดำเนินการของโรงพยาบาล		
	ชื่อเรื่อง: ความช่วยเหลือทางการเงิน (Charity Care และ Discounted Care)		
	วันที่เดิม: 04/27/2005	วันเริ่มผลบังคับ: 03/01/2023	อนุมัติโดย: ประธานเจ้าหน้าที่ฝ่ายการเงิน, คณะกรรมการปรับปรุงคุณภาพ, คณะกรรมการบริหารทางการแพทย์, คณะกรรมการบริหาร
	วันที่แก้ไข: 12/01/2022		
หมายเลขนโยบาย: FIN – 006.0	บทที่: องค์กร - การเงิน		หน้า 5 จาก 10

- F. ในกรณีที่ Patient Business Services ปฏิเสธความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้สมัคร ผู้สมัครสามารถขอให้มีการตรวจสอบการตัดสินใจดังกล่าวได้ โดยติดต่อผู้อำนวยการฝ่ายบริการทางการเงินแก่ผู้ป่วย (Patient Financial Services) ซึ่งจะตรวจสอบเรื่องนี้กับประธานเจ้าหน้าที่ฝ่ายการเงินของ CHLA การตัดสินใจของประธานเจ้าหน้าที่ฝ่ายการเงินเกี่ยวกับคุณสมบัติของผู้สมัครจะถือเป็นขั้นสุดท้าย
- G. ข้อเท็จจริงที่ว่าผู้ป่วยได้สมัครหรือมีใบสมัครที่รอดำเนินการสำหรับโปรแกรมความคุ้มครองสุขภาพอื่น ณ เวลาที่ผู้ป่วยสมัครขอรับ Charity Care หรือ Discounted Care ที่ CHLA จะไม่เป็นการตัดสิทธิ์ของโปรแกรมใดโปรแกรมหนึ่ง

4. จำนวนเงินความช่วยเหลือทางการเงิน

ประเภทของความช่วยเหลือทางการเงินที่มีให้สำหรับผู้ป่วยที่มีสิทธิ์ตามนโยบายนี้มีดังนี้:

- A. **Charity Care:** ผู้ป่วยที่มีรายได้รวมของครัวเรือนต่อเดือนอยู่ที่หรือต่ำกว่า 400% ของระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง และผู้ที่ปฏิบัติตามข้อกำหนดอื่น ๆ ของนโยบายนี้ มีสิทธิ์ได้รับ Charity Care (การสละสิทธิ์ภาระผูกพันทางการเงินของผู้ป่วยสำหรับค่าใช้จ่ายขั้นต้นทั้งหมด สำหรับบริการของ CHLA)
- B. **Discounted Care:** ผู้ป่วยที่มีรายได้รวมของครัวเรือนต่อเดือนสูงกว่า 400% แต่อยู่ที่หรือต่ำกว่า 600% ของระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง และผู้ที่ปฏิบัติตามข้อกำหนดอื่น ๆ ของนโยบายนี้ มีสิทธิ์ได้รับบริการจาก CHLA โดยได้รับส่วนลดซึ่งเท่ากับจำนวนเงินที่ผู้ป่วยจ่ายของหลังหักส่วนลดจะไม่เกินจำนวนเงินที่เรียกเก็บโดยทั่วไปกับผู้ป่วยที่มีประกัน (“จำนวนเงินที่เรียกเก็บโดยทั่วไปหรือ AGB”) รายละเอียดการคำนวณ AGB อยู่ในภาคผนวก B ของนโยบายนี้ ภาคผนวกมีอยู่ที่ <https://www.chla.org/financial-assistance> และรับสำเนาที่เป็นเอกสารได้ X ในพื้นที่รับตัวซึ่งอยู่ใกล้กับทางเข้าหลักของโรงพยาบาล ในพื้นที่ลงทะเบียนห้องฉุกเฉิน ซึ่งตั้งอยู่ที่ 4650 Sunset Blvd, Los Angeles, CA 90027 หรือโทรติดต่อ Patient Business Services ที่ (800) 404-6627

5. วันเริ่มผลบังคับความช่วยเหลือทางการเงิน

- A. วันเริ่มผลบังคับโปรแกรมความช่วยเหลือทางการเงินเริ่มในวันที่ใบสมัครได้รับการอนุมัติ และมีผลย้อนหลังไปถึงวันที่ให้บริการเป็นเวลาหนึ่งปีปฏิทิน

6. ความสัมพันธ์กับนโยบายการเรียกเก็บเงิน

- A. ฝ่ายรับเข้ารักษาจะพยายามขอข้อมูลจากผู้ป่วยแต่ละรายหรือผู้แทนของผู้ป่วยแต่ละราย ว่าประกันสุขภาพส่วนบุคคลหรือภาครัฐหรือผู้สนับสนุนอาจครอบคลุมค่าใช้จ่ายทั้งหมดหรือบางส่วนสำหรับการดูแลที่ CHLA มอบให้กับผู้ป่วย รวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียงสุขภาพส่วนตัว การประกัน การประกันที่มีให้ผ่านทาง การแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ด้านสุขภาพแห่งรัฐแคลิฟอร์เนีย (California Health Benefit Exchange), เมดิแคร์ (Medicare), เมดิ-แคล (Medi-Cal), โปรแกรมครอบครัวสุขภาพดี (Healthy Families Program), โปรแกรมบริการเด็กแห่งรัฐแคลิฟอร์เนีย (California Children’s Services Program) หรือโปรแกรมอื่น ๆ ของเทศบาลหรือรัฐที่ออกแบบมาเพื่อมอบความคุ้มครองด้านสุขภาพ ฝ่ายรับเข้ารักษา ยังช่วยบุคคลในการพิจารณาว่ามีโรงพยาบาลประจำเทศบาลที่บุคคลนั้นทำงานหรืออาศัยอยู่ที่สามารถให้บริการโรงพยาบาลแทน CHLA ได้หรือไม่

*เมื่อพิมพ์หรือเผยแพร่ นโยบายนี้จากห้องสมุดนโยบายและวิธีดำเนินการของ CHLA แล้ว จะไม่ถือว่าเป็นเอกสารควบคุม โปรดตรวจสอบนโยบายฉบับอิเล็กทรอนิกส์ในห้องสมุดนโยบาย และวิธีดำเนินการของ CHLA เนื่องจากอาจไม่ใช่ฉบับปัจจุบัน

<h1>CHLA</h1>	คู่มือนโยบายและวิธีดำเนินการของโรงพยาบาล		
	ชื่อเรื่อง: ความช่วยเหลือทางการเงิน (Charity Care และ Discounted Care)		
	วันที่เดิม: 04/27/2005	วันเริ่มผลบังคับ: 03/01/2023	อนุมัติโดย: ประธานเจ้าหน้าที่ฝ่ายการเงิน, คณะกรรมการปรับปรุงคุณภาพ, คณะกรรมการบริหารทางการแพทย์, คณะกรรมการบริหาร
	วันที่แก้ไข: 12/01/2022		
หมายเลขนโยบาย: FIN – 006.0	บทที่: องค์กร - การเงิน		หน้า 6 จาก 10

- B. ผู้ป่วยที่จ่ายเองควรได้รับการประมาณราคาเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนที่ CHLA จะให้บริการโรงพยาบาลตามกำหนด ค่าประมาณที่เป็นลายลักษณ์อักษรควรเป็นภาษาที่ครอบคลุมของผู้ป่วยพูด ไม่จำเป็นต้องให้ค่าประมาณเกี่ยวกับบริการฉุกเฉิน
- C. เมื่อผู้ป่วยได้รับการพิจารณาจาก CHLA ว่ามีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินตามนโยบายนี้ และทราบเท่าที่ผู้ป่วยรายนั้นยังคงมีสิทธิ์ตามนโยบายนี้ ผู้ป่วยจะไม่ได้รับใบเรียกเก็บเงินใด ๆ ตามค่าใช้จ่ายรวมทั้งยังไม่ได้ส่วนลดสำหรับการรักษาฉุกเฉินหรือการรักษาที่จำเป็นทางการแพทย์อื่น ๆ ผู้ป่วยดังกล่าวจะถูกเรียกเก็บเงินเป็นจำนวนเงินไม่เกินจำนวนเงินที่เรียกเก็บโดยทั่วไปแทน
- D. ผู้สมัครที่มีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินตามนโยบายนี้จะได้รับข้อเสนอแบบไม่มีดอกเบี้ย แผนการชำระเงินแบบขยายระยะเวลาโดยมีเงื่อนไขที่ CHLA และผู้สมัครเจรจาโดยพิจารณาจากสถานการณ์ทางการเงินของผู้สมัคร (รวมถึงรายได้รวมของครัวเรือนต่อเดือนและค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการดำรงชีวิต) และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ระยะเวลาขั้นต่ำของแผนการชำระเงินแบบขยายจะอยู่ที่ 12 เดือน หากผู้สมัครและ CHLA ไม่สามารถเจรจาแผนการชำระเงินที่ยอมรับร่วมกันได้ CHLA จะเสนอแผนการชำระเงินให้กับผู้สมัคร โดยการชำระเงินรายเดือนไม่เกิน 10% ของรายได้ครัวเรือนรวมต่อเดือนของผู้ป่วยเป็นเวลาหนึ่งเดือน หลังจากหักค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการดำรงชีวิตแล้ว

CHLA อาจประกาศแผนการชำระเงินแบบขยายเวลาให้ไม่สามารถดำเนินการได้อีกต่อไป หากผู้ป่วยไม่สามารถชำระเงินติดต่อกันทั้งหมดครบกำหนดในช่วง 90 วัน ก่อนประกาศว่าแผนไม่สามารถใช้งานได้ CHLA หรือหน่วยงานเรียกเก็บเงินหรือผู้รับโอนสิทธิ์จะต้องพยายามติดต่อผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบทางโทรศัพท์ตามสมควร และแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรว่าแผนการชำระเงินแบบขยายอาจใช้การไม่ได้ และให้โอกาสในการเจรจาแผนการชำระเงินแบบขยายเวลาใหม่ นอกจากนี้ ก่อนที่แผนจะถูกประกาศว่าใช้การไม่ได้ CHLA หรือหน่วยงานเรียกเก็บเงินหรือผู้รับโอนสิทธิ์จะต้องพยายามเจรจาใหม่ตามเงื่อนไขของแผนโดยปริยาย หากผู้ป่วยหรือฝ่ายที่รับผิดชอบร้องขอ CHLA และหน่วยงานเรียกเก็บเงินหรือผู้รับโอนสิทธิ์ จะต้องไม่รายงานข้อมูลที่ไม่มีประสิทธิภาพต่อหน่วยงานรายงานข้อมูลเครดิตผู้บริโภคหรือสำนักงานเครดิตสำหรับบริการไม่ชำระเงินตามแผนการชำระเงินก่อนถึงเวลาที่แผนการชำระเงินแบบขยายจะประกาศว่าไม่สามารถใช้งานได้ต่อไป สำหรับจุดประสงค์ของย่อหน้านี้ หนังสือบอกกล่าวและการโทรศัพท์ถึงผู้ป่วยอาจทำได้ตามหมายเลขโทรศัพท์และที่อยู่ล่าสุดที่ทราบของผู้ป่วย

- E. ความช่วยเหลือทางการเงินที่มีให้ตามนโยบายนี้จะใช้ได้เป็นเวลาหนึ่งปีเต็ม โดยเริ่มในวันแรกของเดือนที่มีการพิจารณา เว้นแต่ผู้สมัครจะได้รับแจ้งเป็นอย่างอื่น CHLA สงวนสิทธิ์ในการประเมินคุณสมบัติของผู้สมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินอีกครั้งในช่วงเวลาดังกล่าว หากสงสัยว่ามีการเปลี่ยนแปลงสถานะทางการเงินของผู้สมัคร
- F. ใบแจ้งยอดการเรียกเก็บเงินของ CHLA จะแจ้งให้บุคคลทราบว่าจะมีบริการช่วยเหลือทางการเงินและจะให้แผนกติดต่อและหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ
- G. หาก CHLA เรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยที่ไม่ได้แสดงหลักฐานความคุ้มครองโดยบุคคลภายนอก ณ เวลาที่ให้บริการการดูแลหรือเมื่อออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการเรียกเก็บเงินนั้น CHLA จะต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจนและชัดเจนแก่ผู้ป่วยเป็นภาษาอังกฤษและในภาษาที่ครอบคลุมของผู้ป่วยพูดซึ่งรวมถึงสิ่งต่อไปนี้ทั้งหมด:
- i. ใบแจ้งยอดค่าบริการที่จัดทำโดย CHLA
 - ii. คำขอให้ผู้ป่วยหรือผู้แทนแจ้ง CHLA หากผู้ป่วยมีความคุ้มครองการประกันสุขภาพ รวมถึงความคุ้มครองผ่าน California Health

***เมื่อพิมพ์หรือเผยแพร่นโยบายนี้จากห้องสมุดนโยบายและวิธีดำเนินการของ CHLA แล้ว จะถือว่าเป็นเอกสารควบคุม โปรดตรวจสอบนโยบายฉบับอิเล็กทรอนิกส์ในห้องสมุดนโยบาย และวิธีดำเนินการของ CHLA เนื่องจากอาจไม่ใช่นับปัจจุบัน**

<h1>CHLA</h1>	คู่มือนโยบายและวิธีดำเนินการของโรงพยาบาล		
	ชื่อเรื่อง: ความช่วยเหลือทางการเงิน (Charity Care และ Discounted Care)		
	วันที่เดิม: 04/27/2005	วันที่เริ่มผลบังคับ: 03/01/2023	อนุมัติโดย: ประธานเจ้าหน้าที่ฝ่ายการเงิน, คณะกรรมการปรับปรุงคุณภาพ, คณะกรรมการบริหารทางการแพทย์, คณะกรรมการบริหาร
	วันที่แก้ไข: 12/01/2022		
หมายเลขนโยบาย: FIN – 006.0	บทที่: องค์กร - การเงิน		หน้า 7 จาก 10

Benefit Exchange, Medicare, Healthy Families, Medi-Cal หรือความคุ้มครองอื่นๆ ข้อความแจ้งว่าหากผู้ป่วยไม่มีความคุ้มครองประกันสุขภาพ ผู้ป่วยอาจมีสิทธิ์ได้รับความคุ้มครองที่เสนอผ่าน California Health Benefit Exchange หรือความคุ้มครองที่ได้รับทุนจากรัฐหรือเทศมณฑล คลอดจน Medicare, Healthy Families, Medi-Cal, California Children’s Services Program หรือนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินนี้

- iii. ข้อความที่ระบุวิธีที่ผู้ป่วยอาจขอรับความคุ้มครองผ่าน California Health Benefit Exchange หรือความคุ้มครองด้านสุขภาพที่รัฐหรือเทศมณฑลสนับสนุน โปรแกรม Medicare โปรแกรม Medi-Cal โปรแกรม Healthy Families และ California Children’s Services คลอดจนข้อความที่โรงพยาบาลจะให้ใบสมัครเหล่านี้ หากผู้ป่วยไม่ได้รับอนุญาตคุ้มครองโดยผู้จ่ายเงินที่เป็นบุคคลภายนอก หรือร้องขอราคาที่มีส่วนลดหรือ Charity Care เช่นนั้นแล้ว โรงพยาบาลจะต้องส่งใบสมัครสำหรับโปรแกรม Medi-Cal โปรแกรม Healthy Families หรือโปรแกรมอื่น ๆ ของรัฐให้กับผู้ป่วย จะต้องจัดเตรียมใบสมัครนี้ก่อนให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล หากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบฉุกเฉินหรือแบบผู้ป่วยนอก
- iv. ข้อมูลเกี่ยวกับการสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน รวมถึงเอกสารต่อไปนี้:
 - a. ข้อความที่ระบุว่าหากผู้ป่วยขาดหรือมีประกันไม่เพียงพอ และเป็นไปตามข้อกำหนดบางประการเกี่ยวกับรายได้และปานกลาง ผู้ป่วยอาจมีสิทธิ์ได้รับ Discounted Care หรือ Charity Care
 - b. ชื่อและหมายเลขโทรศัพท์ของพนักงาน CHLA หรือสำนักงานที่ผู้ป่วยอาจได้รับข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินของโรงพยาบาล และวิธีการสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน
 - c. ข้อความที่ระบุว่าหากผู้ป่วยสมัครหรือมีใบสมัครที่รอดำเนินการสำหรับโปรแกรมความคุ้มครองสุขภาพอื่น ณ เวลาที่สมัคร Charity Care หรือ Discounted Care จะไม่ตัดสิทธิ์สำหรับโปรแกรมใดโปรแกรมหนึ่ง และ
- v. ข้อความที่ระบุว่าผู้ป่วยมีสิทธิ์ได้รับการส่งต่อไปยังศูนย์ช่วยเหลือผู้บริโภคในท้องถิ่นซึ่งตั้งอยู่ที่สำนักงานบริการทางกฎหมายหรือรายชื่อศูนย์ช่วยเหลือผู้บริโภคกล่าว

7. ความสัมพันธ์กับนโยบายการเรียกเก็บเงิน

- A. กิจกรรมการเรียกเก็บเงินทั้งหมดดำเนินการโดย CHLA หรือผู้ขายของ CHLA ที่กำหนด เช่น หน่วยงานเรียกเก็บเงิน CHLA หรือหน่วยงานเรียกเก็บเงินที่ดำเนินการในนามของ CHLA อาจรายงานข้อมูลที่ไม่พึงประสงค์เกี่ยวกับผู้ป่วยหรือบุคคลที่รับผิดชอบอื่น ๆ ที่ไม่ชำระใบเรียกเก็บเงินของโรงพยาบาลแก่หน่วยงานรายงานข้อมูลเครดิตผู้บริโภคหรือสำนักงานเครดิต อย่างไรก็ตาม CHLA และผู้แทนของ CHLA จะไม่รายงานข้อมูลใด ๆ ดังกล่าวต่อหน่วยงานรายงานข้อมูลเครดิตหรือสำนักงานเครดิตใด ๆ จนกว่า CHLA จะใช้ความพยายามความพยายามตามสมควร (ตามที่กำหนดไว้ด้านล่าง) เพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินสำหรับบริการที่เกี่ยวข้องหรือไม่ “ความพยายามตามสมควร” หมายความว่า CHLA ได้: (1) แจ้งผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวเกี่ยวกับความพร้อมใช้งานของความช่วยเหลือทางการเงินในการสื่อสารหลังจากออกจากโรงพยาบาลหนึ่งรายการขึ้นไป (รวมถึงการพยายามแจ้งผ่านการสื่อสารด้วยปากเปล่าและให้ข้อมูลสรุปด้วยภาษาธรรมดาเกี่ยวกับนโยบายที่มีใบเรียกเก็บเงินที่ระบุวิธีที่ผู้ป่วยสามารถขอรับความช่วยเหลือทางการเงินและแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงความตั้งใจของ CHLA ที่จะรายงานผู้ป่วยต่อหน่วยงานรายงานเครดิตหลังจาก 30 วัน) โดยมีเงื่อนไขอย่างน้อย 180 วัน

**เมื่อพิมพ์หรือเผยแพร่นโยบายนี้จากห้องสมุดนโยบายและวิธีดำเนินการของ CHLA แล้ว จะไม่ถือว่าเป็นเอกสารควบคุม โปรดตรวจสอบนโยบายฉบับอิเล็กทรอนิกส์ในห้องสมุดนโยบาย และวิธีดำเนินการของ CHLA เนื่องจากอาจไม่ใช่ฉบับปัจจุบัน*

	คู่มือนโยบายและวิธีดำเนินการของโรงพยาบาล		
	ชื่อเรื่อง: ความช่วยเหลือทางการเงิน (Charity Care และ Discounted Care)		
	วันที่เดิม: 04/27/2005	วันที่ผลบังคับ: 03/01/2023	อนุมัติโดย: ประธานเจ้าหน้าที่ฝ่ายการเงิน, คณะกรรมการปรับปรุงคุณภาพ, คณะกรรมการบริหารทางการแพทย์, คณะกรรมการบริหาร
วันที่แก้ไข: 12/01/2022			
หมายเลขนโยบาย: FIN – 006.0	บทที่: องค์กร - การเงิน		หน้า 8 จาก 10

นับจากการเรียกเก็บเงินหลังจากออกจากโรงพยาบาลครั้งแรกสำหรับผู้ป่วยเพื่อสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน และประมวลผลใบสมัครใด ๆ ที่ได้รับจากผู้ป่วยในช่วงเวลาดังกล่าวภายในกำหนดเวลา (ซึ่งไม่ได้จำกัดความสามารถของผู้ป่วยในการสมัครหลังจากช่วงเวลาดังกล่าว) หรือ (2) พิจารณาว่าผู้ป่วยมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินตามใบสมัครที่สมบูรณ์หรือไม่ ระยะเวลา **180** วันจะขยายออกไปหากผู้ป่วยมีข้อข้องใจที่ค้างอยู่ การตรวจสอบทางการแพทย์ที่เป็นอิสระ การรับฟังอย่างเป็นธรรม หรือการอุทธรณ์อื่น ๆ ที่รอดำเนินการสำหรับความคุ้มครองของบริการ จนกว่าจะมีการพิจารณาคำอุทธรณ์ขั้นสุดท้ายครบถ้วนที่ผู้ป่วยใช้ความพยายามตามสมควรที่จะสื่อสารกับ CHLA เกี่ยวกับความลับหน้าของการอุทธรณ์ดังกล่าว สำนักงานบริการธุรกิจผู้ป่วยของ CHLA จะมีหน้าที่รับผิดชอบขั้นสุดท้ายในการพิจารณาว่า CHLA ได้ใช้ความพยายามตามสมควรในการตัดสินใจว่าผู้ป่วยมีสิทธิ์ตามนโยบายนี้หรือไม่ ก่อนที่จะรายงานไปยังหน่วยงานเครดิตบูโร โกลหรือสำนักงานเครดิต

- B. CHLA สามารถติดตามการชดเชยและการเยียวยาจากการบังคับใช้ใด ๆ จากภาระบังคับการรับผิดชอบของบุคคลภายนอก ผู้ร่วมละเมิด หรือฝ่ายอื่น ๆ ที่รับผิดชอบทางกฎหมาย
- C. CHLA กำหนดให้หน่วยงานเรียกเก็บเงินแต่ละแห่งตกลงเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อปฏิบัติตามมาตรฐานและขอบเขตการปฏิบัติในการเรียกเก็บเงินของ CHLA
- D. หากบุคคลพยายามที่จะมีคุณสมบัติในการรับความช่วยเหลือตามนโยบายนี้ และ/หรือพยายามโดยสุจริตเพื่อชำระค่าใช้จ่ายใบเรียกเก็บเงินที่ค้างชำระกับ CHLA โดยการเจรจาแผนการชำระเงินที่สมเหตุสมผลหรือโดยการชำระเงินบางส่วนตามปกติในจำนวนที่สมเหตุสมผล CHLA จะไม่ส่งใบเรียกเก็บเงินที่ค้างชำระไปยังหน่วยงานเรียกเก็บเงินใด ๆ หรือผู้รับโอนสิทธิ์รายอื่น เว้นแต่ในกรณีที่บุคคลนั้นตกลงที่จะปฏิบัติตามบทกฎหมายที่กำหนดราคาที่อยู่ค่าธรรมเนียมของโรงพยาบาลแคลิฟอร์เนีย (California Hospital Fair Pricing) (ประมวลกฎหมายด้านสุขภาพและความปลอดภัยแห่งรัฐแคลิฟอร์เนีย (California Health & Safety Code) มาตรา 127400 และมาตราอื่นที่ออกตามมาภายหลัง)
- E. จำนวนเงินที่อ้างถึงหน่วยงานเรียกเก็บเงินจะแสดงให้เห็นถึงอัตราที่ลดลงซึ่งบุคคลมีสิทธิ์ตามนโยบายนี้
- F. หากบุคคลที่มีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจ่ายเงินเกินกว่าจำนวนเงินรวมของ ความรับผิดชอบทางการเงินของบุคคลนั้น ทาง CHLA จะคืนเงินที่ชำระเกินพร้อมดอกเบี้ยตามอัตราที่กำหนดไว้ในกฎหมายที่มีอยู่ภายใน 30 วันซึ่งเริ่มตั้งแต่วันที่ CHLA ได้รับการชำระเงินของแต่ละบุคคลและระบุว่าเป็นเครดิต อย่างไรก็ตาม CHLA ไม่จำเป็นต้องคืนเงินที่ชำระเกินหรือจ่ายดอกเบี้ยหากจำนวนเงินที่ถึงกำหนดชำระน้อยกว่าค่าดอลลาร์
- G. ก่อนการข่มขู่หรือการเริ่มกิจกรรมการเรียกเก็บเงินกับผู้ที่มีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินตามนโยบายนี้ ทาง CHLA ผู้รับโอนสิทธิ์ใด ๆ ของ CHLA หรือเจ้าของรายอื่นของ หนี้ผู้ป่วย รวมถึงหน่วยงานเรียกเก็บเงิน จะต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรแก่ผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วยภาษาตามประกาศการเรียกเก็บเงินที่เป็นธรรม ข้อมูลเกี่ยวกับบริการให้คำปรึกษาด้านสินเชื่อผู้บริโภคที่ไม่แสวงหากำไรที่มีอยู่ในพื้นที่ ประกาศนี้จะมาพร้อมกับเอกสารใด ๆ ที่ระบุว่าจะมีกิจกรรมการเรียกเก็บเงินเกิดขึ้น

ภาษาตามประกาศการเรียกเก็บเงินที่เป็นธรรม: “กฎหมายของรัฐและรัฐบาลกลางกำหนดให้ผู้ทวงถามหนี้ต้องปฏิบัติต่อท่านอย่างเป็นธรรม และห้ามมิให้ผู้ทวงถามหนี้แจ้งข้อความอันเป็นเท็จหรือข่มขู่ว่าจะใช้ความรุนแรง ใช้ภาษาขยาบคายหรือดูหมิ่น และสื่อสารที่ไม่เหมาะสมกับบุคคลภายนอก รวมถึงนายจ้างของท่าน ยกเว้นกรณีไม่ปกติ ผู้ทวงถามหนี้ไม่สามารถติดต่อท่านก่อนเวลา 08.00 น. หรือหลัง 21.00 น. ได้ โดยทั่วไปแล้ว ผู้ทวงถามหนี้ไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับหนี้ของท่านต่อบุคคลอื่นได้ นอกจากทนายความหรือคู่สมรสของท่าน ผู้ทวงถามหนี้อาจติดต่อบุคคลอื่นเพื่อยืนยันตำแหน่งที่ตั้งของท่านหรือเพื่อ

***เมื่อพิมพ์หรือเผยแพร่นโยบายนี้จากห้องสมุดนโยบายและวิธีดำเนินการของ CHLA แล้ว จะไม่ถือว่าเป็นเอกสารควบคุม โปรดตรวจสอบนโยบายฉบับอิเล็กทรอนิกส์ในห้องสมุดนโยบาย และวิธีดำเนินการของ CHLA เนื่องจากอาจไม่ใช่นับปัจจุบัน**

	คู่มือนโยบายและวิธีดำเนินการของโรงพยาบาล		
	ชื่อเรื่อง: ความช่วยเหลือทางการเงิน (Charity Care และ Discounted Care)		
	วันที่เดิม: 04/27/2005	วันเริ่มผลบังคับ: 03/01/2023	อนุมัติโดย: ประธานเจ้าหน้าที่ฝ่ายการเงิน, คณะกรรมการปรับปรุงคุณภาพ, คณะกรรมการบริหารทางการแพทย์, คณะกรรมการบริษัท
วันที่แก้ไข: 12/01/2022			
หมายเลขนโยบาย: FIN – 006.0	บทที่: องค์กร - การเงิน		หน้า 9 จาก 10

บึงคับคดีตามคำตัดสินของศาล สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับกิจกรรมการทางถาพหนึ่ คุณสมารถติดต่อ Federal Trade Commission ทางโทรศัพท์ที่หมายเลข 1-877-FTC-HELP (382-4357) หรือทางออนไลน์ ที่ www.ftc.gov

8. การสื่อสารนโยบายนี้

- A. ประกาศ แบบฟอร์ม จดหมาย ใบสมัคร หรือเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกันโยบายนี้ จะต้องจัดทำเป็นภาษาอังกฤษ สเปน และภาษาอื่น ๆ ที่ใช้โดยประชากรน้อกกว่า 5% หรือนุคคล 1,000 คนที่ CHLA มีโอกาสให้บริการ CHLA สามารถจัดหาความช่วยเหลือในการแปลและคู่มือการแปล หรือให้ความช่วยเหลือผ่านการใช้ล่ามสองภาษาที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในการกรอกเอกสารภาษาอังกฤษและในการทำความเข้าใจเอกสารภาษาอังกฤษ
- B. ผู้ป่วยทุกคนหรือผู้แทนของผู้ป่วยทุกคนจะต้องได้รับการแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งมีข้อมูลเกี่ยวกับความพร้อมของ Charity Care และ Discount Care ประกาศจะต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายนี้ ตลอดจนข้อมูลติดต่อสำหรับพนักงานของโรงพยาบาลหรือสำนักงาน ซึ่งผู้ป่วยหรือผู้แทนอาจได้รับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับนโยบายนี้ ประกาศแบบเดิยวกันนี้จะมอบให้กับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในกรณีฉุกเฉินหรือผู้ป่วยนอก และผู้ที่อาจได้รับ ใบเรียกเก็บเงินสำหรับการดูแลดังกล่าวแต่ไม่ได้เข้ารับการรักษา ประกาศจะต้องจัดทำเป็นภาษาอังกฤษและภาษาที่ครอบครวของผู้ป่วยพูด หากมี
- C. ป ร ก า ส เกี่ยวกับนโยบายนี้จะคิดประกาศไว้อย่างชัดเจนและชัดเจนในสถานที่สาธารณะที่มองเห็นได้ รวมถึงแต่ไม่จำกัดเฉพาะสิ่งต่อไปนี้ทั้งหมด: แผนกฉุกเฉิน สำนักงานเรียกเก็บเงิน สำนักงานรับเข้า และการตั้งค่าผู้ป่วยนอก ประกาศที่โพสต์เหล่านี้จะอธิบายว่า CHLA มีตัวเลือกมากมาย รวมถึงความช่วยเหลือทางการเงินสำหรับบุคคลที่ไม่มีประกันหรือประกันต่ำ ประกาศเหล่านี้จะรวมถึงสำนักงานที่ติดต่อได้และหมายเลขโทรศัพท์ที่บุคคลสามารถโทรติดต่อเพื่อรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินนี้และสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน
- D. ประกาศเกี่ยวกับนโยบายนี้ รวมทั้งหมายเลขติดต่อ CHLA จะเผยแพร่ด้วยวิธีการอื่น ๆ รวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียงการประกาศประกาศในใบเรียกเก็บเงินของผู้ป่วย CHLA จะเผยแพร่บทสรุปของนโยบาย Charity Care นี้บนเว็บไซต์ในแผ่นพับข้อมูลที่มีอยู่ในเว็บไซต์การเข้าถึงของผู้ป่วยและที่อื่น ๆ ภายในชุมชนที่ให้บริการโดยโรงพยาบาลตามที่ CHLA สามารถเลือกได้
- E. ใครก็ตามในหมู่บุคลากรของ CHLA ที่เชื่ออย่างมีเหตุผลว่าบุคคลไม่มีความสามารถในการชำระค่าบริการ โรงพยาบาล ควรแจ้งให้บุคคลนั้นทราบว่าอาจมีบริการช่วยเหลือทางการเงิน และแนะนำให้บุคคลนั้นปฏิบัติตามประกาศที่อธิบายไว้ในนโยบายนี้ ใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินจะมีให้สำหรับหน่วยงานเรียกเก็บเงินจากภายนอกทั้งหมดที่ใช้โดย CHLA เพื่อแจกจ่ายให้กับบุคคลที่หน่วยงานเรียกเก็บเงินเชื่อว่าอาจมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน

9. การรักษาความลับ

- A. CHLA จะรักษาข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับจากผู้สมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินตามนโยบายนี้เป็นข้อมูลที่เป็นความลับ ข้อมูลเกี่ยวกับสินทรัพย์ที่เป็นตัวเงินที่ได้รับซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสมัครรับความช่วยเหลือทางการเงินและขั้นตอนการอนุมัติจะถูกเก็บรักษาไว้ในไฟล์ที่แยกจากข้อมูลที่ใช้ในการเรียกเก็บจำนวนเงินที่เป็นนี้ CHLA บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการทางถาพหนึ่จะไม่สามารถใช้ข้อมูลทั้งหมดในไฟล์ดังกล่าวได้ อย่างไรก็ตาม ไม่มีนโยบายใดในนโยบายนี้ที่ห้ามไม่ให้มีการใช้ข้อมูลกระบวนการทางถาพหนึ่ที่ได้รับจาก CHLA หน่วยงานเรียกเก็บเงิน หรือผู้รับโอนสิทธิ์ ในกระบวนการทางถาพหนึ่โดยไม่ขึ้นกับกระบวนการสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

***เมื่อพิมพ์หรือเผยแพร่นโยบายนี้จากห้องสมุดนโยบายและวิธีดำเนินการของ CHLA แล้ว จะไม่ถือว่าเป็นเอกสารควบคุม โปรดตรวจสอบนโยบายฉบับอิเล็กทรอนิกส์ในห้องสมุดนโยบาย และวิธีดำเนินการของ CHLA เนื่องจากอาจไม่ใช่นับปัจจุบัน**

<h1>CHLA</h1>	คู่มือนโยบายและวิธีดำเนินการของโรงพยาบาล		
	ชื่อเรื่อง: ความช่วยเหลือทางการเงิน (Charity Care และ Discounted Care)		
	วันที่เดิม: 04/27/2005	วันเริ่มผลบังคับ: 03/01/2023	อนุมัติโดย: ประธานเจ้าหน้าที่ฝ่ายการเงิน, คณะกรรมการปรับปรุงคุณภาพ, คณะกรรมการบริหารทางการแพทย์, คณะกรรมการบริหาร
วันที่แก้ไข: 12/01/2022			
หมายเลขนโยบาย: FIN – 006.0	บทที่: องค์กร - การเงิน		หน้า 10 จาก 10

เอกสารแนบ:

1. [FIN – 006.1](#) ใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินของ CHLA (ภาษาอังกฤษ)
2. [FIN – 006.2](#) ใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินของ CHLA (ภาษาสเปน)
3. [FIN – 006.3](#) ภาคผนวก รายชื่อผู้ให้บริการ
4. [FIN – 006.4](#) ภาคผนวก B การคำนวณจำนวนเงินที่เรียกเก็บโดยทั่วไป
5. [FIN – 006.5](#) ภาคผนวก C เอกสารโงงสิทธิ์

ข้อมูลอ้างอิง:

1. California Health & Safety Code, Sections 127400 to 127446
2. California Family Code, Section 297
3. California Health & Safety Code, Section 1339.585
4. 26 U.S.C. 501(r)
5. Hospital Fair Pricing Policies (HFPP) Law - AB 774
6. Emergency Physician Fair Pricing Policies (EPFPP) Law
7. CHLA Policy [COMP - 023.0 EMTALA \(Screening, Stabilization, and Management of Emergency Transfers\)](#)

เจ้าของนโยบาย:

ประธานเจ้าหน้าที่ฝ่ายการเงิน

**เมื่อพิมพ์หรือเผยแพร่ นโยบายนี้จากห้องสมุดนโยบายและวิธีดำเนินการของ CHLA แล้ว จะไม่ถือว่าเป็นเอกสารควบคุม โปรดตรวจสอบนโยบายฉบับอิเล็กทรอนิกส์ในห้องสมุดนโยบาย และวิธีดำเนินการของ CHLA เนื่องจากอาจไม่ใช่นับปัจจุบัน*