

ชื่อนโยบาย	นโยบายความช่วยเหลือทางการเงินสำหรับบริการด้านการแพทย์	รหัสนโยบาย	179
คำค้นหา	ผู้ป่วย, การเงิน, ความช่วยเหลือ, การสงเคราะห์, การดูแล, ที่จำเป็น, บริการ, NSA, ยกเว้น, การยกเว้นความช่วยเหลือด้านการเงิน, FAA		

## I. วัตถุประสงค์ของนโยบาย

เพื่อกำหนดนโยบายการบริหารจัดการความช่วยเหลือทางการเงินของ Dartmouth-Hitchcock Health สำหรับโปรแกรมการให้บริการทางการแพทย์  
นโยบายนี้สรุปประเด็นสำคัญในเรื่องที่เกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉินหรือกรณีจำเป็นอื่น ๆ ที่สถานพยาบาลของ D-HH ทั้งหมด ดังต่อไปนี้

- หลักเกณฑ์สำหรับผู้มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน
- วิธีที่ผู้ป่วยสามารถสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน
- เกณฑ์พื้นฐานในการคำนวณยอดเงินที่เรียกเก็บจากผู้ป่วยที่ได้รับสิทธิในความช่วยเหลือด้านการเงินภายใต้นโยบายนี้ และข้อจำกัดการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายการให้บริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉินหรือกรณีจำเป็นอื่น ๆ
- มาตรการของ D-HH ในการเผยแพร่นโยบายภายในพื้นที่ชุมชนที่ให้บริการ

นโยบายนี้จัดทำขึ้นตามข้อกำหนดของ NH RSA 151:12-b, ประมวลกฎหมายอากร มาตรา 501(r) และกฎหมายการคุ้มครองผู้ป่วยและการรักษาพยาบาลในราคาไม่แพง ปี 2010 ซึ่งอาจมีการปรับปรุงเนื้อหาเป็นครั้งคราวตามขอบเขตที่กฎหมายกำหนด

## II. ขอบเขตของนโยบาย

นโยบายนี้ใช้กับผู้ให้บริการทางการแพทย์ของ D-HH ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของ D-HH ซึ่งเป็นผู้ให้บริการในกรณีฉุกเฉินหรือกรณีจำเป็นอื่น ๆ และผู้ให้บริการของ D-HH จะส่งบิลไปเรียกเก็บเงิน

ภายใต้วัตถุประสงค์ของนโยบายนี้ การขอรับ “ความช่วยเหลือทางการเงิน” จะเกี่ยวข้องกับเงื่อนไขการให้บริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉินหรือกรณีจำเป็นอื่น ๆ ในสถานพยาบาลของ D-HH ผ่านผู้ให้บริการใด ๆ ที่ได้รับการว่าจ้างโดย D-HH

## III. คำจำกัดความ

**ความช่วยเหลือทางการเงิน** (หรือ “บริการทางการแพทย์เพื่อการสงเคราะห์”):

เงื่อนไขการให้บริการทางการแพทย์ฟรี

หรือให้ส่วนลดแก่บุคคลที่มีสิทธิ์ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ภายใต้นโยบายนี้

**ครอบครัว** ตามคำจำกัดความของสำนักสำมะโนประชากรสหรัฐ หมายถึงกลุ่มบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ร่วมกันและมีความเกี่ยวข้องทางสายเลือด การสมรส หรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม

- จะใช้กฎหมายของรัฐเกี่ยวกับการสมรสหรือความสัมพันธ์แบบคู่ชีวิต และแนวทางของรัฐบาลกลาง เพื่อระบุว่าบุคคลนั้นถือเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือไม่
- ในกรณีของผู้สมัครขอรับความช่วยเหลือที่มีรายได้จากการดูแลผู้ใหญ่ที่ทุพพลภาพภายในบ้าน

ผู้ใหญ่ที่ทุพพลภาพจะถือเป็นสมาชิกในครอบครัว และรายได้ดังกล่าวจะถูกนำมาพิจารณาด้วย

- จะนำหลักเกณฑ์การคำนวณภาษีของหน่วยงานจัดเก็บภาษีที่กำหนดเกี่ยวกับบุคคลที่อยู่ภายใต้การดูแล มาใช้เป็นแนวทางในการตรวจสอบขนาดครอบครัว เพื่ออนุมัติความช่วยเหลือทางการเงิน

#### ความช่วยเหลือทางการเงินเพื่อการสงเคราะห์:

เงื่อนไขความช่วยเหลือทางการเงินเพื่อให้บริการที่จำเป็นทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้กรอกแบบฟอร์มขอรับความช่วยเหลือทางการเงินของ D-HH ให้ครบถ้วน เนื่องจากไม่มีเอกสารสนับสนุน หรือไม่มีการตอบกลับจากผู้ป่วย การตัดสินใจเกี่ยวกับสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือนั้น จะพิจารณาจากปัจจัยแวดล้อมในชีวิตของแต่ละคนที่แสดงถึงความต้องการจำเป็นด้านการเงิน ไม่มีความช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อการสงเคราะห์สำหรับยอดคงเหลือหลังจากที่ Medicare จ่ายให้

**ครัวเรือน:** กลุ่มบุคคลที่อาศัยในครัวเรือนเดียวกันเป็นหลัก และมีความเกี่ยวข้องกันตามกฎหมาย (ทางสายเลือด การสมรส การรับเป็นบุตรบุญธรรม) รวมทั้งบิดามารดาที่ไม่ได้สมรสกันแต่มีบุตรซึ่งอยู่ในการดูแลร่วมกัน ครัวเรือนของผู้ป่วย รวมถึงตัวผู้ป่วย คู่สมรส บุตรที่อยู่ภายใต้การดูแล คู่ชีวิตที่ไม่ได้สมรสกัน แต่มีบุตรที่อยู่ภายใต้การดูแลร่วมกันและอาศัยในชายคาเดียวกัน คู่รักเพศเดียวกัน (สมรสหรือเป็นคู่ชีวิต) และบิดามารดาที่ใช้สิทธิ์การลดหย่อนเงินภาษีสำหรับบุตรที่บรรลุนิติภาวะแล้ว

**รายได้ครัวเรือน:** ที่ได้อธิบายไว้ตามแนวทางเกี่ยวกับระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง (FPL) ซึ่งเผยแพร่เป็นประจำทุกปีโดยกระทรวงสุขภาพและบริการมนุษย์ของสหรัฐนั้น จะพิจารณาจากปัจจัยต่อไปนี้

- รายได้ เงินชดเชยกรณีว่างงาน เงินชดเชยแรงงาน เงินประกันสังคม รายได้เสริมด้านความปลอดภัย ความช่วยเหลือจากภาครัฐ เงินสวัสดิการทหารผ่านศึก สิทธิประโยชน์ที่ให้แก่ทายาทกรณีผู้ประกันตนเสียชีวิต บำนาญหรือรายได้จากการเกษียณอายุ ดอกเบี้ย เงินปันผล ค่าเช่า ค่าลิขสิทธิ์ รายได้จากทรัพย์สิน ทรัสต์ ความช่วยเหลือด้านการศึกษา ค่าเลี้ยงดู ค่าเลี้ยงดูบุตร ความช่วยเหลือจากภายนอกครัวเรือน และแหล่งรายได้เล็กน้อยอื่น ๆ
- สิทธิประโยชน์ที่ไม่ใช่เงินสด (เช่น แสตมป์อาหาร และเงินช่วยเหลือสำหรับที่อยู่อาศัย) ไม่ อยู่ในเกณฑ์พิจารณา
- รายได้ก่อนหักภาษี
- รายได้ของสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด (ผู้ไม่ใช่ญาติ เช่น คนที่อาศัยในชายคาเดียวกันจะ ไม่ นำมาพิจารณา)

#### ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพ:

ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพหรือแหล่งชำระเงินจากบุคคลภายนอกอื่นใดสำหรับบริการทางการแพทย์

#### ผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพ ไม่เพียงพอกับความจำเป็นทางการแพทย์:

ผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพหรือแหล่งชำระเงินจากภายนอกบางส่วน แต่ยังมีค่าใช้จ่ายที่ต้องออกเองเกินกว่าความสามารถในการชำระเงินของตนเองตามที่กำหนดไว้ในนโยบายนี้

#### ค่าใช้จ่ายรวม:

ค่าใช้จ่ายโดยรวมในอัตราปกติที่กำหนดไว้ของสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วย

**สถานการณ์ฉุกเฉินทางการแพทย์:** ภายใต้คำจำกัดความในมาตรา 1867 ของกฎหมายประกันสังคม (42 U.S.C. 1395dd) หมายถึงสภาวะทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นฉับพลันและรุนแรงพอสมควร (รวมถึงอาการปวดอย่างรุนแรง) ที่หากไม่ได้รับการดูแลทางการแพทย์ในทันทีแล้ว อาจมีผลดังนี้

- ทำให้สุขภาพของบุคคล (หรือสุขภาพของสตรีที่ตั้งครรภ์ สุขภาพของแม่หรือหรือเด็กในครรภ์) ได้รับผลกระทบที่ร้ายแรง
- ส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพในการทำงานของร่างกายอย่างรุนแรง
- ทำให้อวัยวะหรือร่างกายบางส่วนทำงานผิดปกติอย่างรุนแรง

- ในกรณีของสตรีที่ตั้งครรภ์:
  - มีเวลาไม่พอที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอื่นอย่างปลอดภัยได้ก่อนคลอด
  - อาจเกิดอันตรายต่อสวัสดิภาพและความปลอดภัยของสตรีหรือเด็กในครรภ์  
ในกรณีที่มีการย้ายโรงพยาบาลหรืออนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลได้

**ความจำเป็นทางการแพทย์:** ตามคำจำกัดความของ Medicare หมายถึงการได้รับอุปกรณ์หรือบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมและจำเป็นสำหรับการวินิจฉัยโรค หรือเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วย หรือเพื่อแก้ไขการทำงานของอวัยวะในร่างกายที่ผิดปกติให้ดีขึ้น หรือการบาดเจ็บ

**บริการทางเลือก:** อุปกรณ์หรือบริการด้านการแพทย์ที่ไม่ถือว่ามีความจำเป็นทางการแพทย์

**ข้อยกเว้นสำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน:**

บริการที่ไม่ถือว่าเป็นความจำเป็นทางการแพทย์หรือเป็นบริการแบบทางเลือก นโยบายนี้ใช้กับการให้บริการที่สถานพยาบาล D-H, APD หรือ CMC โดยผู้ให้บริการที่ได้รับการว่าจ้างจาก D-HH นอกจากนี้ ผู้ให้บริการอาจให้บริการในพื้นที่ D-H, APD หรือ CMC ที่ไม่ได้ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของ D-HH บริการเหล่านี้จะไม่ได้รับความคุ้มครองตามนโยบายความช่วยเหลือด้านการเงินของ D-HH

**Dartmouth-Hitchcock Health:** ภายใต้วัตถุประสงค์ของนโยบายนี้ สมาชิกในระบบ Dartmouth-Hitchcock Health (DHH) ได้แก่ Alice Peck Day Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Mt. Ascutney Hospital and Health Center, New London Hospital และ Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH) โรงพยาบาลอื่น ๆ ทั้งหมดในนิวแฮมป์เชียร์และเวอร์มอนต์ ไม่ถือว่าเป็นสถานพยาบาลที่เป็นสมาชิก

นโยบายนี้ใช้กับ Dartmouth-Hitchcock Clinic, Mary Hitchcock Memorial Hospital, Alice Peck Day Memorial Hospital, New London Hospital และ Cheshire Medical Center

#### IV. คำแถลงนโยบาย

Dartmouth-Hitchcock Health (D-HH)

มุ่งมั่นจัดหาความช่วยเหลือด้านการเงินให้แก่บุคคลที่จำเป็นต้องได้รับบริการทางการแพทย์ แต่ไม่สามารถชำระค่าบริการหรือยอดค่าใช้จ่ายด้วยตัวเองได้

D-HH มุ่งมั่นในการช่วยเหลือแก่ผู้ที่มีข้อจำกัดด้านการเงินและจำเป็นต้องได้รับบริการทางการแพทย์ เพื่อให้บุคคลเหล่านี้มีโอกาสเข้าถึงหรือรับบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม ผู้ป่วยสามารถสมัครขอความช่วยเหลือทางการเงินได้ทุกเมื่อทั้งในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังจากได้รับบริการแล้ว รวมทั้งหลังจากมีการโอนยอดหนี้ไปยังหน่วยงานติดตามหนี้จากภายนอกแล้ว

D-HH จะให้บริการฉุกเฉินทางการแพทย์และบริการที่จำเป็นแก่บุคคล โดยไม่คำนึงว่าจะมีความสามารถในการชำระเงินหรือได้รับความช่วยเหลือใด ๆ จากภาครัฐหรือไม่ และไม่คำนึงถึงอายุ เพศ เชื้อชาติ สถานะทางสังคมหรือสถานะการเข้าเมือง ตลอดจนถึงรสนิยมทางเพศ หรือความเชื่อทางศาสนา ภายใต้กฎหมายการรักษาพยาบาลฉุกเฉินและการคลอดเร่งด่วน (EMTALA) ผู้ป่วยจะไม่ถูกคัดกรองเพื่อรับความช่วยเหลือทางการเงิน หรือพิจารณาข้อมูลความสามารถในการชำระเงินใดๆ ก่อนที่จะได้รับบริการฉุกเฉินทางการแพทย์

ความช่วยเหลือทางการเงินไม่ได้ใช้เพื่อทดแทนความรับผิดชอบส่วนบุคคล ผู้ป่วยจะต้องให้ความร่วมมือตามขั้นตอนต่าง ๆ ของ D-HH เพื่อที่จะได้รับความช่วยเหลือทางการเงินหรือการชำระเงินในรูปแบบอื่นใด และต้องมีส่วนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายตามความสามารถในการชำระหนี้ของตนเองด้วย บุคคลที่มีความสามารถทางการเงินจะต้องซื้อประกันสุขภาพ เพื่อให้แน่ใจว่าจะสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม ดูแลสุขภาพส่วนบุคคลโดยรวม

และเพื่อการปกป้องทรัพย์สินส่วนตัว

D-HH จะดำเนินการตามที่จำเป็นเพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินหรือไม่ ก่อนที่จะเรียกเก็บเงินพิเศษใด ๆ จากผู้ป่วย ช้อยกเว้นใด ๆ จะต้องได้รับอนุมัติจากประธานเจ้าหน้าที่ฝ่ายการเงิน สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการต่าง ๆ

D-H H ของโรงพยาบาลในกรณีที่ไม่มีภาระเงิน

โปรดดูนโยบายด้านเครดิตและการติดตามหนี้ของเรา เราได้จัดทำ

สำเนา [นโยบายด้านเครดิตและการติดตามหนี้](#) ไว้ทางออนไลน์

ซึ่งสามารถขอรับได้จากสำนักงานบริการทางการเงินสำหรับผู้ป่วย

หรือขอให้จัดส่งทางไปรษณีย์โดยติดต่อไปที่หมายเลข 844-808-0730

#### A. เกณฑ์การได้รับสิทธิ์สำหรับความช่วยเหลือทางการเงินในกลุ่มผู้ป่วย HIV

ผู้ป่วยที่ขอรับความช่วยเหลือด้านการเงินภายใต้ต้นนโยบายนี้ จะต้องเข้าหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- เป็นผู้พำนักในรัฐนิวแฮมป์เชียร์หรือรัฐเวอร์มอนต์ หรือเป็นบุคคลที่ไม่ใช่ผู้พำนักอาศัยแต่ได้รับบริการฉุกเฉินจากสถานพยาบาลของ D-HH
- เป็นบุคคลที่ไม่มีประกันสุขภาพ หรือมีประกันสุขภาพในระดับไม่เพียงพอ หรือไม่สามารถขอรับโปรแกรมสิทธิประโยชน์จากรัฐบาลใด ๆ และไม่สามารถชำระเงินเพื่อการรักษาพยาบาลตามที่ได้ระบุไว้ในนโยบายด้านเครดิตและการติดตามหนี้ ซึ่งเป็นไปตามความเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นทางการเงินภายใต้ต้นนโยบายนี้
- มีรายได้รวมจากสมาชิกทุกคนในครัวเรือนของผู้ป่วยตลอดช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาต่ำกว่า 300% ของ FPL
- มีรายได้ในครัวเรือนรวมเกินกว่า 300% ของ FPL และมียอดหนี้ค้างชำระสำหรับบริการที่ได้รับจาก D-HH โดยรวมเกินกว่า 10% ของรายได้ครัวเรือน 2 ปี กับอีก 10% ของมูลค่าทรัพย์สินในครัวเรือนที่เกินจากจำนวนที่นำมาพิจารณา (ดังที่อธิบายด้านล่าง)
- โปรแกรม NH Cares HIV สำหรับค่าใช้จ่ายในส่วน C และส่วน D ผู้ป่วยจะต้องสมัครขอความช่วยเหลือจาก Medicaid รัฐนิวแฮมป์เชียร์และถูกปฏิเสธก่อน จึงจะมีสิทธิ์รับความช่วยเหลือจากรัฐนิวแฮมป์เชียร์ (เงินอุดหนุนโปรแกรม NH Cares) หากถูกปฏิเสธ แต่มีรายได้ต่ำกว่า 500% ของ FPL มีสิทธิ์ตามเกณฑ์และสามารถให้เอกสารที่ต้องการได้ จะได้รับเงินช่วยเหลือที่ครอบคลุมบริการรักษา HIV สำหรับผู้ป่วยนอกเท่านั้น เงินช่วยเหลือนี้จะไม่ครอบคลุมถึงบริการสำหรับผู้ป่วยใน โดยผู้ป่วยจะต้องจ่ายค่าบริการเหล่านี้เอง การใช้ความช่วยเหลือนี้จะต้องมีการกำหนดวงเงินค่าใช้จ่ายด้วย ซึ่งพิจารณาตามเปอร์เซ็นต์ของรายได้ครัวเรือน วงเงินที่จะต้องจ่ายนี้ รวมถึงบริการทางการแพทย์ บริการดูแลที่บ้าน และยาที่แพทย์สั่งจ่ายทั้งหมด แม้ว่าจะใช้จากผู้ให้บริการของ D-HH ก็ตาม จะใช้ความช่วยเหลือด้านการเงิน D-HH ก่อนเริ่มวงเงินค่าใช้จ่าย จะไม่นำทรัพย์สินต่าง ๆ มาคำนวณสำหรับวงเงินค่าใช้จ่ายในส่วน C และส่วน D

เงื่อนไขสำหรับโปรแกรม:

- การวินิจฉัยการติดเชื้อ HIV (ส่วน C)
- ต้องมีการวินิจฉัยการติดเชื้อ HIV

หรือสมาชิกในครัวเรือนของสตรี/เด็กที่ติดเชื้อ HIV สำหรับโปรแกรม HAB ของรัฐนิวแฮมป์เชียร์ (NH CARES) ดังนี้

- ผู้พำนักในรัฐนิวแฮมป์เชียร์
- การวินิจฉัยการติดเชื้อ HIV
- รายได้เท่ากับหรือต่ำกว่า 300% FPL

- จะต้องสมัคร Medicaid อย่างน้อยปีละครั้ง

ตารางด้านล่างอธิบายถึงเปอร์เซ็นต์ของรายได้ที่ผู้ป่วยจะต้องจ่ายเองก่อนที่ D-HH จะหยุดเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากคุณ (การจ่ายร่วม การประกันร่วม การรับผิดชอบส่วนแรก หรือค่าใช้จ่ายในการนัดพบแพทย์) ก่อนที่จะดำเนินการใด ๆ ต่อไป

รายได้ต่อบุคคล	ค่าใช้จ่ายสูงสุด
ที่ระดับ 100% หรือต่ำกว่าเกณฑ์ความยากจน ของรัฐบาลกลาง ณ ปัจจุบัน	0 ดอลลาร์
ที่ระดับ 101 - 200% หรือต่ำกว่าเกณฑ์ความยากจนของรัฐ บาลกลาง ณ ปัจจุบัน	ไม่เกิน 5% ของรายได้รวมต่อปี (เช่น รายได้ 18,000 ดอลลาร์ ค่าใช้จ่ายจำกัดที่ 500 ดอลลาร์)
ที่ระดับ 201 - 300% ของเกณฑ์ความยากจนของรัฐบาลกลาง ณ ปัจจุบัน	ไม่เกิน 7% ของรายได้รวมต่อปี (เช่น รายได้ 33,000 ดอลลาร์) ค่าใช้จ่ายไม่เกิน 2,310 ดอลลาร์)
มากกว่า 300% ของเกณฑ์ความยากจนของรัฐบา ลกลางในปัจจุบัน	ไม่เกิน 10% ของรายได้รวมต่อปี (เช่น รายได้ 49,000 ดอลลาร์) ค่าใช้จ่ายไม่เกิน 4,900)

- จะต้องขอรับเอกสารแสดงรายได้จากผู้ป่วยทุกรายสำหรับการให้เงินช่วยเหลือสำหรับค่าใช้จ่ายส่วน C หรือส่วน D อย่างน้อยปีละครั้ง และต้องยืนยันรายได้ทุก 6 เดือนหาก D-HH FAA ตัดสินใจให้ขยายเวลาออกไปเกินกว่า 6 เดือน จะต้องต้องมีข้อมูลสนับสนุนอย่างน้อยหนึ่งรายการดังต่อไปนี้
  - ข้อมูลการยื่นภาษีล่าสุด
  - ต้นข้าวเช็คค่าจ้างครั้งล่าสุด
  - หนังสือยืนยันการถือครองทรัพย์สิน
  - การรับเสตมปีอาหาร
  - สวัสดิการจากประกันสังคม
- แนะนำให้ผู้ป่วยสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินเป็นพิเศษสำหรับ HIV แต่สามารถยื่นใบสมัครกับ D-HH ได้เช่นกัน จะต้องขอข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อการติดตามตรวจสอบ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับที่พักอาศัย
- ในการพิจารณามูลค่าทรัพย์สินนั้น ทรัพย์สินจะรวมถึง เงินออม ค่าเลี้ยงดู หนังสือรับรองเงินฝาก IRA หุ้น พันธบัตร เงินเกษียณจากแผน 401K และกองทุนรวม ในการคำนวณมูลค่าของทรัพย์สิน เพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยมีสิทธิขอรับการสงเคราะห์ข้างต้น:
  - เงินออม (ได้แก่ บัญชีออมทรัพย์ ค่าเลี้ยงดู หรือเอกสารรับรองเงินฝาก) นำมาพิจารณาได้สูงสุด 100% ของ FPL
  - บัญชีเงินเกษียณอายุ (รวมถึง IRA หุ้น พันธบัตร เงินเกษียณจากแผน 401K และกองทุนรวม) นำมาพิจารณาได้สูงสุดที่ 100,000 ดอลลาร์ มูลค่าที่พักอาศัยหลักนำมาพิจารณาได้สูงสุด 200,000 ดอลลาร์ สำหรับผู้ยื่นคำขอที่มีอายุสูงสุดไม่เกิน 54 ปี และมูลค่าของที่พักอาศัยหลักนำมาพิจารณาได้สูงสุด 250,000 ดอลลาร์สำหรับผู้ยื่นคำขอที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป
  - หากมีการแจ้งการยื่นภาษีจากเงินปันผล

จะมีการสอบถามแหล่งเงินปันผลพร้อมกับรายละเอียดมูลค่าตลาดประเมินล่าสุด

- ต้องให้เอกสารการจ่ายเงินกองทรัสต์ทั้งหมด และอนุญาตให้เข้าถึงแหล่งเงินทุนได้□
- แสดงให้เห็นว่าได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดต่าง ๆ เพื่อสมัครขอรับความช่วยเหลือตามแผนความช่วยเหลือด้านสุขภาพในโปรแกรมแลกเปลี่ยนด้านการให้บริการทางการแพทย์ของรัฐนิวแฮมป์เชียร์หรือเวอร์มอนต์ หากผู้ป่วยมีสิทธิ์เข้าร่วมโครงการเหล่านี้ ผู้บริหารอาวุโสอาจอนุมัติข้อยกเว้นต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ได้ หากมีเหตุผลสมควร โดยจะพิจารณาเป็นกรณีไป “เหตุผลสมควร” จะขึ้นอยู่กับข้อเท็จจริงและสถานการณ์แวดล้อมต่าง ๆ และอาจรวมถึง
  - บุคคลที่ยื่นสมัครไม่ทันช่วงที่เปิดรับ และไม่เข้าข่ายผู้ตกอยู่ในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่สามารถยื่นคำขอเป็นกรณีพิเศษ
  - ผู้ที่จะมีการระดมทุนเงินมากขึ้นที่จะให้ผู้ป่วยมีสิทธิ์สมัครเข้าร่วมแผนสุขภาพ เมื่อเทียบกับการไม่สมัคร

## B. วิธีที่ผู้ป่วยสามารถยื่นขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

หากไม่มีการติดต่อผู้ป่วยเกี่ยวกับความช่วยเหลือด้านการเงิน หรือหากผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินขั้นตอนการสมัครได้ตามที่กำหนดในนโยบายนี้ ผู้ป่วยอาจมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินเพื่อการสงเคราะห์

1. D-HH จะสำรวจแหล่งทางเลือกอื่น ๆ สำหรับความคุ้มครองด้านสุขภาพ และ/หรือการจ่ายเงินจากรัฐบาลกลาง รัฐ หรือโปรแกรมอื่น ๆ และช่วยเหลือผู้ป่วยให้สมัครโปรแกรมเหล่านี้ ในส่วนของยอดคงเหลือหลังจากใช้เงินช่วยเหลือจากแหล่งอื่น ๆ เหล่านี้แล้ว D-HH จะประเมินความจำเป็นทางการเงินของผู้ป่วย เพื่อพิจารณาว่าบุคคลดังกล่าวมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือภายใต้นโยบายนี้หรือไม่ โดยใช้ขั้นตอนต่อไปนี้
  - ผู้ป่วยหรือผู้ค้ำประกันจะต้องส่งใบสมัครตามรูปแบบที่ฝ่ายบริหารของ D-HH ใต้อนุมัติ และให้ข้อมูลและเอกสารเกี่ยวกับรายละเอียดส่วนตัว การเงิน และข้อมูลอื่น ๆ ที่จำเป็น เพื่อให้ D-HH พิจารณาว่าบุคคลนี้มีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือหรือไม่ ซึ่งรวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียงเอกสารยืนยันรายได้ครัวเรือน และทรัพย์สินที่มีหรือแหล่งรายได้อื่น ๆ หาก D-HH ไม่ได้รับใบสมัคร หรือเอกสารรับรองที่ต้องการใด ๆ จากผู้ป่วยหรือผู้ค้ำประกันของผู้ป่วย D-HH อาจพิจารณาว่าผู้ป่วยมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินเพื่อการสงเคราะห์หรือไม่
  - แม้ว่าจะได้รับใบสมัครและเอกสารรับรองจากผู้ป่วยแล้ว เจ้าหน้าที่อาจดำเนินการใด ๆ เพื่อช่วยแนะนำให้มีการอนุมัติคำขอรับความช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อการสงเคราะห์ ดังนี้
  - D-HH อาจมอบหมายให้ผู้ให้บริการหนึ่งหรือสองรายช่วยคัดกรองคุณสมบัติตามเกณฑ์ของบุคคล โดยใช้แหล่งข้อมูลสาธารณะที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถและความเป็นไปได้ในการชำระหนี้ของผู้ป่วยหรือผู้ค้ำประกัน
  - คุณสมบัติตามเกณฑ์ในปัจจุบันสำหรับ Medicaid
  - ค่าแถมปัจจุบันจากหน่วยงานด้านการเคหะของรัฐบาลกลางหรือของรัฐ
  - การยืนยันจากแหล่งพักพิงสำหรับผู้ไร้บ้าน หรือจากศูนย์สุขภาพที่ได้รับรองของรัฐบาลกลาง
  - การยืนยันเรื่องการถูกจองจำโดยไม่มีแหล่งรายได้จากทัณฑสถาน
  - เจ้าหน้าที่อาจยอมรับการยืนยันด้วยวาจาจากผู้ป่วยเกี่ยวกับรายได้และทรัพย์สินต่าง ๆ แทนหนังสือรับรองรายได้ โดยผู้ป่วยต้องมีเพียงหนึ่ง (1) บัญชีเท่านั้น และมียอดเงินในบัญชีดังกล่าวต่ำกว่า 1,000 ดอลลาร์



2. เราขอแนะนำแต่ไม่ใช่เป็นการบังคับว่า ให้ผู้ป่วยขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน และมีการลงความเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นทางการเงินก่อนที่จะเข้ารับบริการด้านการแพทย์ที่ไม่จำเป็นเร่งด่วน อย่างไรก็ตาม เราสามารถพิจารณาการให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วยได้ทุกเมื่อระหว่างรอบของการติดตามหนี้ การสมัครขอความช่วยเหลือทางการเงินที่ได้รับอนุมัติ จะใช้ได้กับยอดใช้จ่ายทั้งหมดที่ผู้ป่วยยื่นขอความช่วยเหลือ นอกเหนือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินหรือที่จำเป็นอื่น ๆ ที่จัดให้ในเวลาใดเวลาหนึ่ง วันที่ให้บริการก่อนที่จะได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน รวมถึงยอดเงินใด ๆ ที่โอนไปยังหน่วยงานติดตามหนี้ และการให้บริการใด ๆ ก่อนหรือ ณ วันครบกำหนดที่ระบุในหนังสือการยอมรับสภาพหนี้ หากไม่ใช่บริการที่ระบุดังต่อไปนี้ หลังจากเวลาดังกล่าวหรือ ณ เวลาใดที่ทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการมีสิทธิ์รับความช่วยเหลือทางการเงินของผู้ป่วย D-HH จะต้องประเมินความจำเป็นทางการเงินของผู้ป่วยแต่ละคนใหม่ภายใต้ต้นนโยบายนี้

D-HH ยอมรับการตัดสินใจตามโปรแกรมความช่วยเหลือทางการเงินต่อไปนี้ โดยไม่ขอคุณสมบัติสมัครต่าง ๆ D-HH สงวนสิทธิ์ที่จะยอมรับหรือปฏิเสธการตัดสินใจใด ๆ นอกกรอบแนวทางปฏิบัติของ D-HH ที่กระทำโดยหน่วยงานด้านล่าง ผู้ป่วยจะต้องจ่ายเงินร่วมหรือจำนวนเงินที่ต้องรับผิดชอบอื่น ๆ ตามข้อกำหนดของโปรแกรม

- บัตรการเข้าใช้บริการเครือข่ายสุขภาพของรัฐนิวแฮมป์เชียร์ มีไว้สำหรับผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพเท่านั้น
- Good Neighbor Health Clinic
- Manchester Community Health Center
- Nashua Area Health Clinic
- Mobile Community Health
- Teen Health Clinic
- การมีสิทธิ์ได้รับ Medicaid ในปัจจุบัน หากไม่มีผลย้อนหลังสำหรับบริการที่จัดให้ในอดีต
- ผู้ป่วยที่เสียชีวิตโดยไม่มีทรัพย์สิน (ตามที่ได้รับการยืนยันจากผู้จัดการมรดกหรือรัฐ)

3. D-HH กำหนดเป้าหมายที่จะพิจารณาใบสมัครขอความช่วยเหลือทางการเงิน และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบการตัดสินใจเป็นลายลักษณ์อักษรภายใน 30 วันหลังจากได้รับใบสมัครที่กรอกรายละเอียดครบถ้วนแล้ว
4. **กระบวนการอุทธรณ์:** หาก D-HH ปฏิเสธความช่วยเหลือทางการเงินบางส่วนหรือทั้งหมด ผู้ป่วย (หรือตัวแทนของผู้ป่วย) สามารถอุทธรณ์การตัดสินใจดังกล่าวภายใน 30 วัน ผู้ป่วยจะต้องส่งหนังสือถึงผู้อำนวยการฝ่าย Eligibility and Enrollment เพื่อชี้แจงเหตุผลที่ไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจของ D-HH D-HH จะทบทวนหนังสืออุทธรณ์ และแจ้งการตัดสินใจขั้นสุดท้ายให้ผู้ป่วยทราบภายใน 30 วันหลังจากได้รับคำอุทธรณ์

### C. การพิจารณาจำนวนเงินช่วยเหลือทางการเงิน

จะพิจารณาเกี่ยวกับการชำระหนี้จากประกันสุขภาพและการปรับยอดตามสัญญาข้อตกลงทั้งหมด รวมถึงส่วนลดสำหรับผู้ที่ไม่ได้ประกันสุขภาพคุ้มครองก่อนปรับยอดความช่วยเหลือทางการเงิน ดูรายละเอียดได้จากนโยบายส่วนลดสำหรับผู้ที่ไม่ได้ประกันสุขภาพของ D-HH: แผนกการจัดการรายได้ (ลิงก์ด้านล่าง)

หากบุคคลได้รับอนุมัติความช่วยเหลือทางการเงิน ความช่วยเหลือดังกล่าวจะใช้สำหรับการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

- ผู้ป่วยที่มีรายได้ครัวเรือนเท่ากับหรือต่ำกว่า 225% ของ FPL จะได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน 100%

- ผู้ป่วยที่มีรายได้ครัวเรือนอยู่ระหว่าง 226% - 250% ของ FPL จะได้รับส่วนลด 75%
- ผู้ป่วยที่มีรายได้ครัวเรือนอยู่ระหว่าง 251% - 275% ของ FPL จะได้รับส่วนลด 50%
- ผู้ป่วยที่มีรายได้ครัวเรือนอยู่ระหว่าง 276% - 300% ของ FPL จะได้รับส่วนลด 25%
- ผู้ป่วยที่มีรายได้ครัวเรือนเกินกว่า 300% ของ FPL อาจมีสิทธิได้รับส่วนลดตามยอดเงินที่ต้องจ่ายเอง ตามที่ระบุไว้ข้างต้น จะให้ส่วนลดสำหรับบิลเรียกเก็บมียอดเงินรวมที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเองไม่เกิน 10% ของรายได้รวม 2 ปี รวมกับ 10% ของมูลค่าทรัพย์สินส่วนเกินจากการคำนวณทรัพย์สินที่นำมาพิจารณาที่ได้อธิบายก่อนหน้านี้ในนโยบาย ส่วนลดนอกเหนือจากที่อธิบายไว้ข้างต้น จะต้องได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการอรรถประโยชน์ความช่วยเหลือทางการเงิน โดยอ้างอิงจากหนังสืออรรถประโยชน์จากผู้ป่วยหรือผู้ที่รับผิดชอบ
- ผู้ป่วยที่มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือทางการเงินเพื่อการสงเคราะห์ จะได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน 100%

ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพ

รวมทั้งผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพแต่มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือทางการเงินภายใต้นโยบายนี้ จะไม่ถูกเรียกเก็บเงินเกินกว่ายอดเงินที่เรียกเก็บโดยปกติจากผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพสำหรับบริการเดียวกัน Dartmouth-Hitchcock จะคำนวณส่วนลดให้เพิ่มเติมจากค่าบริการรวมสำหรับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ไม่มีประกัน ซึ่งจะทำให้ยอดเงินที่ผู้ป่วยจะต้องชำระลดลง

ส่วนลดจะเป็นไปตามหลักเกณฑ์ “ค่าธรรมเนียมบริการ Medicare แบบย้อนหลัง รวมกับหลักเกณฑ์ของบริษัทประกันเอกชนผู้จ่ายเงิน”

ตามที่อธิบายไว้ในกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องภายใต้มาตรา 501(r) ของประมวลกฎหมายอาชญากรรม จะใช้ส่วนลดนี้ก่อนออกบิลเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วย

และก่อนที่จะปรับยอดจากความช่วยเหลือทางการเงินใด ๆ

ส่วนลดนี้ไม่สามารถใช้กับการจ่ายเงินร่วม การประกันสุขภาพร่วม มูลค่าความรับผิดชอบแรก การจ่ายเงินล่วงหน้า หรือบริการแบบแพ็คเกจใด ๆ ที่ได้รับส่วนลดที่จำเป็นแล้ว หรือบริการที่จัดว่าเป็นบริการที่ไม่ได้รับการคุ้มครองจากบริษัทประกันสุขภาพ

สำหรับรอบปีบัญชี 1/7/2021- 30/6/2022 จะใช้อัตราส่วนลดดังนี้

Dartmouth-Hitchcock Clinic	61.6%
Mary Hitchcock Memorial Hospital	61.6%
Cheshire Medical Center	64.3%
Alice Peck Day Memorial Hospital	30.8%
New London Hospital	51.7%

#### D. การสื่อสารเกี่ยวกับนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินของ D-HH สำหรับผู้ป่วยและภายในชุมชน

- บุคลากรของ D-HH หรือตัวแทนของหน่วยงาน รวมถึงแพทย์ พยาบาล ที่ปรึกษาด้านการเงิน เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ ผู้จัดการรายกรณี หัวหน้าผู้ดูแล และหน่วยงานทางศาสนาที่ให้การสนับสนุน อาจแนะนำความช่วยเหลือทางการเงินให้แก่ผู้ป่วยได้ การยื่นขอรับความช่วยเหลือทางการเงินโดยผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัว เพื่อนสนิท หรือผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขของกฎหมายด้านความเป็นส่วนตัวที่เกี่ยวข้อง
- บุคคลทั่วไปและผู้ป่วยของ D-HH สามารถเข้าดูข้อมูลเกี่ยวกับความช่วยเหลือด้านการเงินจาก



D-HH รวมถึงแต่ไม่เพียงจำกัดเพียงนโยบายนี้ ข้อมูลสรุปเกี่ยวกับนโยบายที่เข้าใจง่าย แบบฟอร์มใบสมัคร และข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายและระเบียบขั้นตอนการติดตามหนี้ผู้ป่วยของ D-HH ผ่านช่องทางใดช่องทางหนึ่งด้านล่าง

- เว็บไซต์ของ D-HH
- ประกาศที่แจ้งไว้ในพื้นที่ให้บริการผู้ป่วย
- บัตรข้อมูลการลงทะเบียนและแผนกรับผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล
- แหล่งข้อมูลสาธารณะอื่น ๆ ตามที่ D-HH กำหนดไว้
- เอกสารที่จัดทำเป็นภาษาต่าง ๆ สำหรับผู้เข้ารับบริการจาก D-H/CMC โดยจะให้บริการด้านการแปลตามความจำเป็น

- หากยอดเงินผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับจดหมายแจ้งการอนุมัติความช่วยเหลือดังกล่าว

## E. ความช่วยเหลือในการกรอกใบสมัคร

คุณสามารถรับความช่วยเหลือเป็นการส่วนตัวเพื่อกรอกใบสมัคร ณ สถานที่ต่อไปนี้

<b>Dartmouth-Hitchcock</b> One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 (603) 650-8051	<b>Dartmouth-Hitchcock Clinic Concord</b> 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080	<b>Dartmouth-Hitchcock Clinic Manchester</b> 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 (603) 695-2692
<b>Dartmouth-Hitchcock Nashua</b> 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 (603) 577-4055	<b>Dartmouth-Hitchcock Keene</b> 580-590 Court Street Keene, NH 03431 (603) 354-5454 ext:4444	<b>Cheshire Medical Center</b> 580 Court Street Keene, NH 03431 (603) 354-5430
<b>Alice Peck Day Memorial Hospital</b> 10 Alice Peck Day Drive Lebanon, NH 03766 (603) 443-9579	<b>New London Hospital</b> 273 County Road New London, NH 03257 (603)526-2911	

คุณต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายสำหรับบริการใด ๆ  
 จนกว่าเราจะได้รับใบสมัครที่มีรายละเอียดครบถ้วนจากคุณแล้ว

ตรวจสอบทางเลือกอื่น ๆ เพิ่มเติมได้จาก New Hampshire Health Access Network  
<https://www.healthynh.com/nh-health-access-network.html>

## F. กระบวนการอุทธรณ์ขอความช่วยเหลือทางการเงิน

- หากยอดเงินไม่ได้รับการอนุมัติ ผู้ป่วยจะได้รับหนังสือปฏิเสธหรือสำเนาใบคำร้องชี้แจงสาเหตุที่ไม่ได้รับอนุมัติ ถ้ามีการร้องขอทุกครั้งที่มีการปฏิเสธ เราจะจัดส่งจดหมายที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการอุทธรณ์ให้หรือส่งจดหมายแจ้งถึงการปรับลดความช่วยเหลือบางส่วนเท่านั้น
- คณะกรรมการของทีมผู้บริหาร D-HH สามคนที่ไม่เกี่ยวในขั้นตอนแรก จะทบทวนคำอุทธรณ์และให้ข้อเสนอแนะสำหรับการอุทธรณ์ที่ถูกปฏิเสธทั้งหมด

## G. หลักเกณฑ์สำหรับผู้มีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินเพื่อการสงเคราะห์

D-HH อาจมอบหมายให้บุคคลภายนอกตรวจสอบข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อประเมินความจำเป็นทางการเงิน การตรวจสอบนี้จะใช้ตามแบบจำลองเชิงคาดการณ์ที่เป็นที่ยอมรับในอุตสาหกรรมการแพทย์โดยใช้ฐานข้อมูลสาธารณะ แบบจำลองดังกล่าวจะใช้ข้อมูลสาธารณะเพื่อคำนวณคะแนนสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจและความสามารถทางการเงิน ซึ่งรวมถึง การประเมินรายได้ ทรัพย์สิน และสภาพคล่องทางการเงิน ชุดกฎเกณฑ์ของแบบจำลองนี้ออกแบบมาเพื่อประเมินผู้ป่วยแต่ละรายภายใต้มาตรฐานเดียวกัน โดยจะมีการปรับเทียบกับการอนุมัติความช่วยเหลือด้านการเงินอื่น ๆ ที่ผ่านมาในระบบของ Dartmouth-Hitchcock Health

D-HH อาจใช้ข้อมูลจากแบบจำลองเชิงคาดการณ์เพื่อพิจารณาให้ความสงเคราะห์ทางการเงิน หากไม่ได้รับข้อมูลจากผู้ป่วยโดยตรง

ไม่มีความช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อการสงเคราะห์สำหรับยอดคงเหลือหลังจากที่ Medicare จ่ายให้

โรงพยาบาลจะใช้ระบบการคัดกรองเพื่อการสงเคราะห์ทางการเงิน

โดยไม่คำนึงถึงยอดค้างชำระสำหรับบัญชีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และเกิน 120 วันหลังจากจัดส่งใบแจ้งยอดการแจ้งเตือนการติดตามหนี้ และก่อนนำส่งบัญชีไปยังตัวแทนการติดตามหนี้จากภายนอก เพื่อให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วยที่ไม่มีการตอบกลับการแจ้งทางเลือกในการขอรับความช่วยเหลือด้านการเงิน บัญชีภาคทัณฑ์ที่เกินกรอบเวลาที่กำหนด มีสิทธิ์เข้าสู่กระบวนการคัดกรองเพื่อให้ความช่วยเหลือทางการเงินได้

การสงเคราะห์ทางการเงินนี้ ไม่ได้ใช้เพื่อแทนที่กระบวนการ FAP ตามปกติ

แต่จะใช้เพื่อเป็นความช่วยเหลือเพิ่มเติม

และมีไว้สำหรับผู้ป่วยที่อาจไม่สามารถตอบสนองตามกระบวนการ FAP ปกติได้

โรงพยาบาลจะใช้ระบบคัดกรองทางอิเล็กทรอนิกส์ก่อนใช้วิธีจัดการหนี้เสีย เพื่อพยายามขจัดอุปสรรคต่างๆ และเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ได้รับการสงเคราะห์ทางการเงินจะไม่ถูกโอนไปยังตัวแทนผู้ติดตามหนี้เสีย

การเข้าร่วมในโปรแกรมนี้จะพิจารณาตามอัลกอริทึมการจัดอันดับคะแนนโดยใช้ข้อมูลสาธารณะ

และโดยปกติแล้วจะไม่ใช่เกณฑ์คะแนนค่าธรรมเนียมแบบปรับได้

ไม่อนุญาตให้เสนอส่วนลดบางส่วนกับการสงเคราะห์ทางการเงินนี้ ข้อมูลเกี่ยวกับประชากรเฉพาะกลุ่มรวมถึง

- ผู้เสียชีวิตที่ไร้ทรัพย์สิน หรือไม่มีครอบครัวที่สามารถติดต่อได้
- บุคคลเร่ร่อนไร้บ้าน
- บุคคลที่ห่างเหินจากครอบครัวและไม่มีใครคอยช่วยเหลือ
- ผู้ป่วยที่ไม่มีการตอบสนอง หรือไม่สามารถจัดการขั้นตอนตามปกติให้เสร็จสิ้นได้

การคำนวณคะแนนเพื่อพิจารณาการสงเคราะห์ทางการเงิน

จะรวมปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจเข้ากับข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องกับเครดิตทางการเงิน

กระบวนการคัดกรองจะใช้ฐานข้อมูลสาธารณะที่มีข้อมูลดังต่อไปนี้

- ข้อมูลธุรกรรมการบริโภค
- ประวัติคดีในศาล
- การเป็นเจ้าของทรัพย์สิน
- การเป็นเจ้าของบ้านกับการเป็นผู้เช่า
- ข้อมูลทางประชากรศาสตร์ ข้อมูลทางเศรษฐกิจในพื้นที่
- สถานะการจ้างงาน
- ข้อมูลด้านสาธารณสุข
- ข้อมูลจากภาครัฐ
- เพิ่มข้อมูล (การล้มละลาย หมายเลขประกันสังคม หรือบุคคลที่เสียชีวิต)

การสงเคราะห์ทางการเงินจะไม่ใช้ข้อมูลรายงานจากสำนักงานเครดิต

และไม่ระบุถึงข้อมูลที่ละเอียดอ่อนในรายงานทางเครดิต

ข้อมูลที่ได้จะนำมาคำนวณหาคะแนนเพื่อการสงเคราะห์ทางการเงิน ตั้งแต่ 0 (มีความจำเป็นอย่างยิ่ง) ถึง

1000 (มีความจำเป็นน้อยที่สุด) ข้อมูลนี้เป็นการคาดการณ์ความจำเป็นของผู้ค่าประกัน

โดยพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ ที่ทราบ รวมถึงแต่ไม่เพียงจำกัดเพียงรายได้ ทรัพย์สิน

และสภาพคล่องทางการเงิน

## การคืนเงิน:

หากผู้ป่วยได้ชำระยอดคงค้างและสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินในภายหลัง และได้รับการอนุมัติความช่วยเหลือทางการเงินตามขั้นตอนไปสมัครแล้ว โรงพยาบาลจะคืนเงินให้แก่บุคคลดังกล่าวตามจำนวนที่ได้จ่ายเป็นค่าบริการทางการแพทย์

## H. การพิจารณาระดับการสงเคราะห์

- การอนุมัติจะแบ่งเป็นระดับต่าง ๆ ดังนี้

ตำแหน่ง	Dartmouth-Hitchcock	โรงพยาบาลในเครือช้อย
รองประธาน/ CFO/ประธาน	> 350,000 ดอลลาร์	> 100,000 ดอลลาร์
ผู้อำนวยการฝ่าย จัดการรายได้	>50,000 ดอลลาร์	>50,000 ดอลลาร์
ผู้อำนวยการ - Conifer	สูงสุด 50,000 ดอลลาร์	สูงสุด 50,000 ดอลลาร์
ผู้จัดการ - Conifer	สูงสุด 5,000 ดอลลาร์	สูงสุด 5,000 ดอลลาร์
หัวหน้าฝ่าย - Conifer	สูงสุด 1,000 ดอลลาร์	สูงสุด 1,000 ดอลลาร์
เจ้าหน้าที่ดูแลบัญชี - Conifer	สูงสุด 500 ดอลลาร์	สูงสุด 500 ดอลลาร์

## I. ข้อยกเว้นสำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน - บริการ

### a. ข้อพิจารณาพิเศษ

- หัตถการทางการแพทย์ด้านล่างเป็นเพียงบางตัวอย่างเท่านั้น
- บริการทางการแพทย์ที่ไม่มีความจำเป็น ตามความเห็นของแพทย์อาจไม่พิจารณารวมในนี้
- เราจะพยายามอย่างเต็มที่เพื่อแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ ก่อนให้การรักษาใหม่ใด ๆ ที่ไม่อยู่ภายใต้โปรแกรมความช่วยเหลือทางการเงินนี้

### b. กระบวนการทางเลือกเพื่อการศัลยกรรม (ไม่คุ้มครอง)

- การผ่าตัดเลาะผังผืดที่หน้าอกพร้อมวัสดุเสริม
  - การยกกระชับทรวงอก
  - การลดขนาดเต้านมเพศชาย (ผ่าตัดเต้านมในเพศชาย)
  - การผ่าตัดเต้านม (เพื่อความสวยงาม)
  - การผ่าตัดดึงหน้า (ยกกระชับใบหน้า)
  - ศัลยกรรมตา (เปลือกตา)
  - การยกคิ้ว (ภาวะไขมัน/รอยเหี่ยวย่นที่หน้าผาก)
  - การเสริมหน้าอก (ทำหน้าอก)
  - การผ่าตัดลดขนาดเต้านม (กรณีที่ไม่ได้รับความคุ้มครองจากประกันสุขภาพ)
  - การศัลยกรรมจมูก (เสริมจมูก)
  - หัตถการเกี่ยวกับผิวหนัง
  - การศัลยกรรมหน้าท้อง (ตัดหนังหน้าท้อง)
  - การยกกระชับทุกรูปแบบ (ดูดไขมัน)
- อาจถือเป็นการผ่าตัดผิวหนังหรือไขมันส่วนเกินที่ไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์

### หมายเหตุ:

โดยปกติหัตถการข้างต้นจะผ่านการคัดกรองและพิจารณาจากเจ้าหน้าที่ประสานงานข้อมูลด้านการเงิน

### c. การผสมเทียม

- การกลับท่อนำไข่
- การแก้หมันชาย
- หัตถการผ่านกล้องสำหรับผู้มีบุตรยาก (IUI - IVF - GIFT)
- การรักษาภาวะมีบุตรยาก

#### d. อื่น ๆ

- การฝังเข็ม
- บริการด้านการบำบัดโรคโดยวิธีการจับกระดูกสันหลัง
- เครื่องช่วยฟังและการซ่อม
- แวนสายตา
- การนวดบำบัด
- เวชบำบัดและยาสามัญ
- คลินิกเคลื่อนที่
- การตรวจเลือดจากสายสะดือ
- การขายปลีก
- บริการที่จัดให้โดย Renaissance Psychiatry of New England, LLC

#### e. ความช่วยเหลือทางการเงินเฉพาะ หลังจากที่อนุมัติความจำเป็นในการให้บริการทางการแพทย์แล้ว

- การผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักในผู้ป่วยโรคอ้วน

#### f. เฉพาะแผนกต่าง ๆ ใน Manchester และ Nashua

- การตรวจสายตาปกติ
  - จะครอบคลุมเมื่อวินิจฉัยแล้วว่ามีความจำเป็นทางการแพทย์และ/หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ใด ๆ
  - หากไม่เป็นไปตามเงื่อนไขเหล่านี้ เจ้าหน้าที่นัดหมายจะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าไม่สามารถใช้ความช่วยเหลือด้านการเงินได้
  - Keene และ Lebanon Ophthalmology ตัดรายการเหล่านี้ทิ้ง

#### g. ข้อยกเว้น

- บริการบางอย่างที่อยู่ในเกณฑ์การรักษาทางเลือก หรือไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์ อาจได้รับความคุ้มครองภายใต้นโยบายความช่วยเหลือทางการเงินของ D-HH
- นโยบายและหัตถการต่าง ๆ จะแสดงไว้ในบริการที่ทราบดีอยู่แล้ว ซึ่งจะได้รับการดูแลจากทีมงานด้านการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย
- ข้อมูลเหล่านี้จะได้รับการทบทวนปีละครั้งและแก้ไขตามความเหมาะสม
- หัวหน้าฝ่ายประสานงานข้อมูลผู้ป่วย และรองประธานฝ่ายจัดการรายได้พิจารณาข้อยกเว้นการอนุมัติข้อยกเว้นเป็นรายกรณีไป

**h. ข้อยกเว้นสำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน - ผู้ให้บริการที่ไม่ได้สังกัด D-H**

- Cheshire – Radiology Associates of Keene
- Cheshire – Surgicare Medical Equipment
- Cheshire – Monadnock Family Services
- Manchester – Foundation Medical Partners
- Manchester – Amoskeag Anesthesia
- Manchester – Dietician Services
- Manchester – Alliance Health Services/Catholic Medical Center
- Bedford – Alliance Health Services/Catholic Medical Center
- Nashua – Greater Nashua Mental Health Center (เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์)
- Nashua – Nashua Anesthesiologist Group
- Nashua – St. Joseph’s Hospital (บริการด้านกายภาพบำบัด/ฟื้นฟู)
- Concord – Riverbend Community Mental Health
- Concord – บริการที่จัดให้โดย Concord Hospital
- Lebanon – อุปกรณ์ทางการแพทย์ Orthocare
- Alice Peck Day – Medstream Anesthesia
- Alice Peck Day – Upper Valley Neurology and Neurosurgery (UVNN)
- Alice Peck Day – Envision (ED และแผนกดูแลผู้ป่วยใน)\*
- New London Hospital – Concord Orthopaedics (ผู้ประกอบวิชาชีพเฉพาะทาง)
- New London Hospital – Concord Podiatry (ผู้ประกอบวิชาชีพเฉพาะทาง)
- New London Hospital – Concord Urology (ผู้ประกอบวิชาชีพเฉพาะทาง)
- New London Hospital – Counseling Associates (ผู้ประกอบวิชาชีพเฉพาะทาง)
- New London Hospital – Dr. Richard Rosata – การผ่านตัดภายในช่องปาก  
ขากรรไกรและใบหน้า (ผู้ประกอบวิชาชีพเฉพาะทาง)
- New London Hospital – Valley Regional Healthcare (ผู้ประกอบวิชาชีพเฉพาะทาง)
- New London Hospital – Peraza Dermatology Group (ผู้ประกอบวิชาชีพเฉพาะทาง)
- New London Hospital – ร้านแว่นตา
- New London Hospital – การบริการด้านผดุงครรภ์ (ผู้ประกอบวิชาชีพเฉพาะทาง)

\*หมดสัญญาแล้ว

**V. ข้อมูลอ้างอิง**      **ไม่มี**

<b>เจ้าของผู้รับผิดชอบ:</b>	ฝ่ายการเงินส่วนกลาง	<b>ผู้ติดต่อ:</b>	Kimberly Mender
<b>อนุมัติโดย:</b>	ประธานเจ้าหน้าที่ - ฝ่ายการเงิน; คณะกรรมการความช่วยเหลือด้านนโยบาย (COPS); สำนักบริการด้านนโยบาย - เฉพาะนโยบายของหน่วยงานเท่านั้น; Gross, Daniel; Kays, Kieran; Naimie, Tina; Roberts, Todd	<b>เวอร์ชัน</b>	11
<b>วันที่อนุมัติในปัจจุบัน:</b>	08/11/2021	<b>รหัสเอกสารเดิม:</b>	RMD.0031
<b>วันที่นโยบายมีผลบังคับใช้:</b>	08/11/2021 อนุมัติโดยคณะกรรมการด้านการเงิน MHMH/DHC 23/6/2016; คณะกรรมการอำนาจการ MHMH/DHC 24/6/16		
<b>นโยบายและระเบียบขั้น ตอนที่เกี่ยวข้อง:</b>	<a href="#">นโยบายส่วนลดสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพ - แผนกจัดการรายได้</a> <a href="#">นโยบายด้านเครดิตและการเรียกเก็บเงิน</a> <a href="#">นโยบายการจ่ายเงินตามงบประมาณ - แผนกจัดการรายได้</a>		
<b>เครื่องมือช่วยงานที่เกี่ยวข้อง:</b>			