

นโยบายความช่วยเหลือทางการเงินแบบภาษารรรมดา

[ลิงก์นโยบายความช่วยเหลือทางการเงินแบบภาษารรรมดา](#)

ที่ Hackensack Meridian Health เรามุ่งมั่นอย่างยิ่งที่จะให้แน่ใจว่าผู้ป่วยทุกคนสามารถเข้าถึงการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็น

โดยไม่คำนึงถึงความสามารถในการชำระเงินของผู้ป่วย

เรามีนโยบายระยะยาวในการให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่บุคคลที่มีสิทธิ์ผู้รับบริการจากโรงพยาบาลของเราและประสบปัญหาทางการเงิน

ความมุ่งมั่นนี้สะท้อนถึงค่านิยมหลักของเราในด้านความเห็นอกเห็นใจ ความเสมอภาค และการให้บริการรวมทุกกลุ่มคน

และความมุ่งมั่นนี้ถูกนำไปใช้กับผู้ป่วยทุกคนโดยไม่คำนึงถึงอายุ เพศ เชื้อชาติ สัญชาติ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม เพศวิถี หรือความเชื่อทางศาสนา

นโยบายความช่วยเหลือทางการเงินของ HMM Hospitals Corporation ("โรงพยาบาล") และนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินของการดูแลเพื่อการกุศลหรือ

Medicaid (ต่อไปนี้จะรวมกันว่า "FAP") มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บริการดูแลสุขภาพในกรณีฉุกเฉินหรือบริการดูแลสุขภาพที่จำเป็นทางการแพทย์อื่น ๆ

ในราคาลดพิเศษเป็นบางส่วนหรือทั้งหมดแก่ผู้ป่วยที่มีสิทธิ์ โดยให้บริการโดย HMM Hospitals Corporation

ผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือทางการเงินจะต้องสมัครเข้าร่วม โครงการ ซึ่งสรุปไว้ด้านล่างนี้

บริการที่ตรงตามเงื่อนไข

บริการดูแลสุขภาพฉุกเฉินหรือบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นอื่น ๆ ที่ให้บริการโดยโรงพยาบาลและเรียกเก็บเงินโดยโรงพยาบาล FAP

ใช้ได้เฉพาะกับบริการที่เรียกเก็บเงินโดยโรงพยาบาลเท่านั้น บริการอื่น ๆ ที่มีการเรียกเก็บเงินแยกต่างหากโดยผู้ให้บริการรายอื่น เช่น แพทย์หรือห้องปฏิบัติการ

จะไม่มีสิทธิ์ภายใต้ FAP

ผู้ป่วยที่มีสิทธิ์

ผู้ป่วยที่ได้รับบริการบริการที่ตรงตามเงื่อนไข ซึ่งขึ้นโบสมัครขอความช่วยเหลือทางการเงินที่ครบถ้วน (ซึ่งรวมถึงเอกสาร/ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง)

และผู้ที่ได้รับการพิจารณาว่ามีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากโรงพยาบาล

เกณฑ์คุณสมบัติ

รายได้เป็นเปอร์เซ็นต์ของแนวทางรายได้ความยากจนของแนวทางรายได้ขั้นต่ำตามเกณฑ์ความยากจนของกระทรวงสาธารณสุขและบริการมนุษย์ของสหรัฐฯ (หรือ HHS Poverty Income Guidelines ซึ่งเป็นมาตรฐานขั้นต่ำของรายได้)	ส่วนแบ่งค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเป็นเปอร์เซ็นต์ของอัตราของ Medicaid ของรัฐ
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 200%	0%
มากกว่า 200% แต่ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 225%	20%
มากกว่า 225% แต่ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 250%	40%
มากกว่า 250% แต่ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 275%	60%
มากกว่า 275% แต่ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 300%	80%
มากกว่า 300%	100%

เว็บไซต์: บุคคลสามารถดูข้อมูลเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางการเงินออนไลน์ที่เว็บไซต์ต่อไปนี้: <https://www.hackensackmeridianhealth.org/en/Pay-Bill/Financial-Assistance>

วิธีการสมัคร

สามารถขอรับ FAP และแบบฟอร์มการสมัครที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้:

แอปพลิเคชัน

บุคคลสามารถสมัครขอความช่วยเหลือทางการเงินโดยกรอกแบบคัดกรองเบื้องต้นเพื่อพิจารณาว่ามีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินหรือไม่ และ/หรือกรอก/ลงนามใบสมัคร (หมายเหตุ: แผนกความช่วยเหลือทางการเงินจะพิจารณาจะเป็นระบบแยกตามโรงพยาบาล ดังนั้น หากได้รับบริการในหลายสถานที่ จะต้องยื่นใบสมัครหลายฉบับ) สามารถขอรับใบสมัครได้ฟรีโดยวิธีใดวิธีหนึ่งต่อไปนี้:

จดหมาย โทรศัพท์ หรือไปขอด้วยตนเอง

โดยเขียนจดหมายไปยังที่อยู่ต่อไปนี้ และไปที่แผนกความช่วยเหลือทางการเงินด้วยตนเอง ในวันจันทร์ - วันศุกร์ เวลาทำการแตกต่างกันไปตามสถานที่ในโรงพยาบาลด้านล่างหรือทางโทรศัพท์:

Bayshore Medical Center (Attn: Financial Assistance Department)

727 N. Beers Street
Holmdel, NJ 07733
732-902-7080

Carrier Clinic Behavioral Health Facility - (Non-Charity Care Facility)

(Attn: Patient Financial Services)
252 County Road 601
Belle Mead, NJ 08502
551-996-3990

Hackensack Meridian Health - Long Term Acute Care Hospital (LTACH) (Non-Charity Care Facility)

(Attn: Financial Assistance Department)
530 New Brunswick Avenue
Perth Amboy, NJ
732-902-7080

Hackensack Meridian JFK Johnson Rehabilitation Institute

(Attn: Financial Assistance Department)
80 James Street, 3rd Floor
Edison, NJ 08818
ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตามนัดหมาย
732-321-7534

Hackensack Meridian Johnson Rehabilitation Institute at Ocean University Medical Center

(Attn: Financial Assistance Department)

425 Jack Martin Boulevard

Brick, NJ 08724

732-902-7080

Hackensack Meridian Johnson Rehabilitation Institute at Riverview Medical Center

(Attn: Financial Assistance Department)

1 Riverview Plaza

Red Bank, NJ 07701

732-902-7080

Hackensack University Medical Center

100 First Street, Suite 300

Hackensack, NJ 07601

551-996-4343

Jane H Booker Family Health Center

1828 W Lake Avenue #202

Neptune, NJ, 07753

732-902-7080

Jersey Shore University Medical Center

1945 Route 33

Neptune, NJ, 07753

732-902-7080

JFK University Medical Center (Attn: Financial Assistance Department)

80 James Street, 3rd Floor

Edison, NJ 08818

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตามนัดหมาย

732-321-7534

Ocean University Medical Center (Attn: Financial Assistance Department)

425 Jack Martin Boulevard

Brick, NJ 08724

732-902-7080

Old Bridge Medical Center (Attn: Financial Assistance Department)

One Hospital Plaza

Old Bridge, NJ 08857

732-902-7080

Palisades Medical Center (Attn: Financial Assistance Department)
7600 River Road
North Bergen, NJ, 07047
201-854-5092

Raritan Bay Medical Center (Attn: Financial Assistance Department)
530 New Brunswick Avenue
Perth Amboy, NJ
732-902-7080

Riverview Medical Center (Attn: Financial Assistance Department)
1 Riverview Plaza
Red Bank, NJ 07701
732-902-7080

Southern Ocean Medical Center (Attn: Financial Assistance Department)
1140 Route 72 W
Manahawkin, NJ 08050
732-902-7080

สามารถพิมพ์ใบสมัคร Charity Care จากเว็บไซต์ Hackensack Meridian Health ได้โดยคลิกที่ <https://www.hackensackmeridianhealth.org/en/Pay-Bill/Financial-Assistance>

ภาษาที่มีให้บริการ

นโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน ใบสมัคร และบทสรุปเป็นภาษาแบบธรรมดา

มีให้บริการในภาษาหลักของกลุ่มประชากรที่มีความสามารถทางภาษาอังกฤษจำกัด ("LEP") ซึ่งคิดเป็นจำนวนน้อยกว่าระหว่างห้า (5%) เปอร์เซนต์หรือ 1,000 คนในพื้นที่บริการหลักที่โรงพยาบาลให้บริการ

สรุปขั้นตอนการสมัคร

ผู้ป่วยกรอกใบสมัครเป็นลายลักษณ์อักษร โดยระบุรายได้ของครัวเรือน สินทรัพย์ของครัวเรือน ขนาดของครอบครัว

ต้องมีหลักฐานการอยู่อาศัยในรูปแบบใบอนุญาตขับขี่ของรัฐนิวเจอร์ซีย์ ใบแจ้งค่าสาธารณูปโภค หรือจดหมายสนับสนุนอื่น ๆ

ใบสมัครจะได้รับการตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง

การขอข้อมูลใด ๆ ที่ขาดหายไปจากผู้ป่วย

การอนุมัติหรือปฏิเสธการสมัครได้รับการส่ง

สามารถส่งใบสมัครที่กรอกข้อมูลครบถ้วนที่ฝ่ายช่วยเหลือทางการเงินตามที่อยู่ข้างต้น

การกำหนดคุณสมบัติในการรับความช่วยเหลือทางการเงิน ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว

บุคคลจะมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือทางการเงินโดยอัตโนมัติส่วนหนึ่งเมื่อรายได้ของครอบครัวอยู่ที่หรือต่ำกว่า 600%

ของแนวทางรายได้ขั้นต่ำตามเกณฑ์ความยากจนของรัฐบาลกลางสหรัฐฯ (Federal Government's Federal Poverty Guidelines หรือ FPG)

การผ่านคุณสมบัติในการรับความช่วยเหลือทางการเงิน หมายความว่า บุคคลที่มีสิทธิ์จะได้รับการดูแลครอบคลุมทั้งหมดหรือบางส่วน

และจะไม่ถูกเรียกเก็บเงินเกินกว่า "จำนวนเงินที่เรียกเก็บโดยทั่วไป" (Amounts Generally Billed หรือ AGB) จากผู้เอาระกัน (AGB ตามที่กำหนดไว้ใน IRC

มาตรา 501(r) โดยกรมสรรพากร) ระดับความช่วยเหลือทางการเงินจะถูกกำหนดหากรายได้สูงถึง 500% ของ FPG โดยพิจารณาจากรายได้ของครอบครัวและ

FPG เท่านั้น

หมายเหตุ - มีการพิจารณาเกณฑ์อื่น ๆ นอกเหนือจาก FPG เช่นกัน (เช่น ความพร้อมของเงินสดหรือสินทรัพย์อื่น ๆ ที่อาจแปลงเป็นเงินสดได้ และรายได้สุทธิรายเดือนส่วนเกินเมื่อเทียบกับรายจ่ายของครัวเรือนรายเดือน) ซึ่งอาจส่งผลให้มีข้อยกเว้นจากเกณฑ์ที่กล่าวมาข้างต้น หากไม่มีการรายงานรายได้ของครอบครัว จะต้องมามีข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงปัจจัยพื้นฐานในการใช้ชีวิตประจำวัน

แผนกความช่วยเหลือทางการเงินของโรงพยาบาลจะตรวจสอบใบสมัครที่ครบถ้วนสมบูรณ์ และกำหนดการผ่านคุณสมบัติในการรับความช่วยเหลือทางการเงินตามนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินของโรงพยาบาล

ใบสมัครที่ส่งมาซึ่งกรอกมาไม่ครบถ้วนสมบูรณ์จะไม่ได้รับการพิจารณา แต่ผู้สมัครจะได้รับแจ้งและมีโอกาสจัดเตรียมเอกสาร/ข้อมูลที่ขาดหายไป (หมายเหตุ: แผนกความช่วยเหลือทางการเงินจะพิจารณาเป็นระบบแยกตามโรงพยาบาล ดังนั้น หากได้รับบริการในหลายสถานที่ จะต้องยื่นใบสมัครหลายฉบับ)

สามารถขอความช่วยเหลือได้ทางโทรศัพท์หรือไปที่แผนกความช่วยเหลือทางการเงิน (วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 8.00-16.00 น.) ตามที่อยู่ที่เราชี้ข้างต้น