

शीर्षक: वित्तीय सहायता नीति	
प्रभावी तिथि: दिसंबर 13, 2013 संशोधन की प्रभावी तिथि: नवम्बर 01, 2020	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
अनुमोदनकर्ता: St. David's Healthcare Board of Governors	पृष्ठ 8 का 1

यह नीति आंतरिक राजस्व अनुच्छेद 501 (आर) द्वारा अनिवार्य वित्तीय सहायता नीति के अनुपालन के लिए बनाई गई है। यह नीति एक ऐसा ढाँचा स्थापित करती है, जिसके अनुरूप St. David's Healthcare Partnership (SDHP) ऐसे रोगियों की पहचान करेगी, जो आपातकालीन और चिकित्सीय रूप से आवश्यक देखभाल के संदर्भ में वित्तीय सहायता के लिए योग्यता प्राप्त कर सकते हैं।

यह सुनिश्चित करने के लिए कि सभी रोगियों को इस नीति के बारे में समुचित तरीके से सूचित किया गया है, SDHP ने निम्नांकित कदम उठाए हैं:

- वित्तीय सहायता नीति के बारे में जानकारी, नीति का एक सरल भाषा में सारांश और वित्तीय सहायता आवेदन तथा उसे भरने के लिए निर्देश SDHP की वेबसाइट <https://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot> पर उपलब्ध है।
- पंजीकरण के समय, रोगियों को एक दस्तावेज दिया जाता है, जिसमें गैर-बीमित छूट और साथ ही अन्य छूट विकल्पों का जो उपलब्ध हो सकती हैं, का वर्णन होता है (प्रदर्शन 1)।
- वित्तीय सहायता आवेदन, सुविधाओं पर और ईमेल द्वारा उपलब्ध हैं।
- संकेत जो चैरिटी मिशन और दिशानिर्देशों के बारे में प्रमुखता से जानकारी पेश करते हैं वह सभी प्रवेश बिंदुओं पर उपस्थित हैं।
- रोगियों को “आपके अस्पताल बिल की मार्गदर्शिका” नामक रोगी दस्तावेज प्रदान किया जाता है। यह दस्तावेज, बिलिंग प्रक्रिया की व्याख्या करता है और वित्तीय सहायता नीति पर जानकारी भी प्रदान करता है।
- इस नीति का सारांश SDHP अस्पतालों के नज़दीक स्थानीय गैर-लाभकारी संगठनों को प्रदान किया जाता है।

चैरिटी केयर एलिजिबिलिटी सिस्टम

आवेदन चैरिटी केयर हेतु पात्रता हासिल करने के लिए, SDHP को SDHP वित्तीय सहायता आवेदन (प्रदर्शन 2) की आवश्यकता होती है। SDHP उन रोगियों को वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिए तीसरे पक्ष के विक्रेता (यानी क्रेडिट स्कोरिंग पद्धति) से इलेक्ट्रॉनिक सत्यापन का उपयोग कर सकती है, जिन्होंने वित्तीय सहायता आवेदन को पूरा करने की आवश्यकता को पूरा नहीं किया है।

वित्तीय सहायता आवेदन, वित्तीय सहायता नीति, और वित्तीय सहायता नीति का एक सरल भाषा सारांश निम्नलिखित पते पर लिखित अनुरोध पर उपलब्ध है (कृपया अंग्रेजी, स्पेनिश, वियतनामी, चीनी सरलीकृत, कोरियाई या अरबी को निर्दिष्ट करें)। यदि आपको सहायता की आवश्यकता है, तो आप नीचे दिए पते पर रोगी अकाउंट सेवाओं से या नीचे दिए गए टेलीफ़ोन नम्बर पर कॉल करके संपर्क कर सकते हैं:

रोगी अकाउंट सेवाएँ
 PO Box 292369

StDavid's HEALTHCARE

शीर्षक: वित्तीय सहायता नीति

प्रभावी तिथि: दिसंबर 13, 2013

संशोधन की प्रभावी तिथि: नवम्बर 01, 2020

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

अनुमोदनकर्ता: St. David's Healthcare Board of Governors

पृष्ठ 8 का 2

Nashville, TN 37229-2369

Georgetown Hospital	866-396-1025
Heart Hospital of Austin	866-291-3547
North Austin Medical Center	866-391-2015
Round Rock Medical Center	866-391-2017
South Austin Medical Center	866-391-2018
St. David's Medical Center	866-391-2021
St David's Surgical Hospital	855-890-3304

यह आवेदन राज्य के कानून के अनुरूप जानकारी के संग्रह और नीचे दी गई आय और प्रलेखन की आवश्यकताओं की अनुमति देता है। अस्पताल में फिर से मुलाकाते के मामले में, SDHP रोगी या जिम्मेदार पार्टी के साथ प्रत्येक बाद की मुलाकात के लिए आवेदन और आय की जानकारी का पुनः सत्यापन करने का प्रयास करेगी; हालाँकि, बारह महीने बीतने के बाद नया आवेदन और नया सहायक दस्तावेज़ प्राप्त किया जाना चाहिए।

निकट परिजनों की गणना वित्तीय सहायता का अनुरोध करने वाले रोगियों को अपने परिवार के सदस्यों की संख्या को सत्यापित करना चाहिए।

वयस्क। किसी वयस्क रोगी के परिवार के पारिवारिक सदस्यों की संख्या की गणना करने में रोगी, रोगी के जीवन-साथी और उस पर आश्रितों को शामिल करें।

नाबालिग। किसी नाबालिग रोगी के परिवार के सदस्यों की संख्या की गणना करने में रोगी, रोगी की माँ, रोगी की माँ के आश्रितों, रोगी का पिता और रोगी के पिता के आश्रितों को शामिल करें।

आय की गणना। रोगियों को अपने परिवार की वार्षिक आय अवश्य प्रदान करनी चाहिए।

वयस्क। वयस्कों के लिए, इस नीति के अनुरूप वित्तीय रूप से जरूरतमंद या मेडिकल रूप से जरूरतमंद के रूप में वर्गीकरण के उद्देश्यों के लिए “वार्षिक आय” शब्द का अर्थ - रोगी और रोगी के जीवन-साथी की कुल वार्षिक सकल आय का योगफल है।

नाबालिग। यदि रोगी नाबालिग है, तो “वार्षिक आय” शब्द का अर्थ रोगी, रोगी की माँ और रोगी के पिता से प्राप्त कुल वार्षिक सकल आय है।

आय सत्यापन रोगी या उत्तरदायी पक्ष को नीचे बताई गई प्रलेखन आवश्यकताओं के अनुरूप वित्तीय सहायता आवेदन में दर्ज आय का सत्यापन अवश्य करना चाहिए।

प्रलेखन आवश्यकताएँ। वित्तीय सहायता आवेदन में दर्ज आय का सत्यापन निम्नांकित में से किसी एक प्रणाली के जरिए किया जा सकता है:

शीर्षक: वित्तीय सहायता नीति

प्रभावी तिथि: दिसंबर 13, 2013

संशोधन की प्रभावी तिथि: नवम्बर 01, 2020

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

अनुमोदनकर्ता: St. David's Healthcare Board of Governors

पृष्ठ 8 का 3

आय सूचक. तृतीय पक्ष के वित्तीय प्रलेखन के प्रावधान द्वारा, जिसमें आगे दिए शामिल हो सकते हैं लेकिन इन तक ही सीमित नहीं है- IRS फॉर्म W-2, वेतन तथा कर विवरण; पे चेक रेमिटेंस; व्यक्तिगत टैक्स रिटर्न्स; नियोक्ता द्वारा टेलीफोन सत्यापन; बैंक विवरण; सामाजिक सुरक्षा भुगतान रेमिटेंस, बेरोजगारी बीमा भुगतान नोटिस, बेरोजगारी क्षतिपूर्ति निर्धारण पत्र, या किसी तृतीय पक्ष वेंडर (जैसे कि क्रेडिट स्कोरिंग क्रियाविधि) से इलेक्ट्रॉनिक मान्यता। इसके अलावा, कंपनी उस जिप कोड वाले स्थान की आर्थिक जनसांख्यिक पर विचार करती है जहाँ वह रोगी रहता करता है।

किसी सार्वजनिक लाभ कार्यक्रम में भागीदारी। किसी सार्वजनिक लाभ कार्यक्रम में मौजूदा भागीदारी दिखाने वाले प्रलेखन के प्रावधान द्वारा, जैसे कि मेडिकेड; काउंटी इंडिजेंट हेल्थ प्रोग्राम; AFDC; फुड स्टैम्स, WIC; टेक्सास हेल्दी किड्स; चिल्ड्रेंस हेल्थ इंश्योरेंस प्रोग्राम; या अन्य ऐसे ही जरूरतमंदी संबंधित प्रोग्राम। पूरी तरह भरे हुए वित्तीय सहायता आवेदन के साथ उपरोक्त कार्यक्रमों में से किसी एक में भागीदारी का प्रमाण आवश्यक है।

सत्यापन प्रक्रिया। किसी रोगी की कुल आय के निर्धारण में, SDHP रोगी की अन्य वित्तीय संपत्तियों और देयताओं और साथ ही रोगी के परिवार की आय एवं रोगी के परिवार की भुगतान करने की क्षमता पर विचार कर सकता है। यदि यह निश्चय किया जाता है कि किसी रोगी के पास बिल के शेष भुगतान की क्षमता है, तो ऐसा निर्धारण अतिरिक्त प्रलेखन की प्रस्तुति पर भुगतान करने की रोगी की क्षमता का पुनर्मूल्यांकन को रोकता नहीं है।

वर्गीकरण लंबित आय सत्यापन। SDHP, सेवा की तिथि से पहले, उसके दौरान या उसके बाद किसी भी समय वित्तीय सहायता के अनुरोध पर विचार कर सकता है। सत्यापन प्रक्रिया के दौरान, SDHP द्वारा रोगी की आय के निर्धारण के लिए आवश्यक जानकारी एकत्र करने के दौरान, रोगी का इलाज SDHP नीतियों के अनुसार एक निजी भुगतान करने वाले रोगी के रूप में किया जा सकता है।

असंगत या अधूरी जानकारी। यदि आवेदन प्रक्रिया के दौरान रोगी द्वारा दी गई सूचना असंगत या अधूरी पाई जाती है, तो यह नीति किसी भी तरीके से उस रोगी की भुगतान करने की क्षमता से जुड़ी जानकारी पाने के लिए SDHP द्वारा अतिरिक्त प्रयास करने की क्षमता को सीमित नहीं करती है। उदाहरण के लिए, SDHP इस बात की पूछताछ करने का फैसला कर सकता है कि यदि किसी रोगी की आय अधिक है तो क्यों किसी परिसंपत्ति की सूचना काफी कम या नहीं दी गई थी।

जानकारी का असत्यकरण। जानकारी के असत्यकरण के नतीजे स्वरूप वित्तीय सहायता आवेदन से इंकार किया जा सकता है। यदि किसी रोगी को वित्तीय सहायता की मंजूरी दिए जाने के उपरांत, SDHP वित्तीय सहायता आवेदन की सामग्री प्रावधान(नों) को झूठा पाता है, तो चैरिटी केयर का दर्जा रद्द किया जा सकता है और वित्तीय सहायता वापस ली जा सकती है।

वित्तीय रूप से जरूरतमंद का वर्गीकरण वित्तीय रूप से जरूरतमंद होने का अर्थ वह अभीमित या अपर्याप्त रूप से बीमित व्यक्ति है, जिसे चैरिटी केयर एलिजिबिलिटी सिस्टम के आधार पर प्रदत्त सेवाओं के भुगतान के लिए कोई दायित्व नहीं या छूट प्राप्त दायित्व देखभाल के लिए स्वीकार किया जाता है।

शीर्षक: वित्तीय सहायता नीति	
प्रभावी तिथि: दिसंबर 13, 2013 संशोधन की प्रभावी तिथि: नवम्बर 01, 2020	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
अनुमोदनकर्ता: St. David's Healthcare Board of Governors	पृष्ठ 8 का 4

वर्गीकरण। रोगियों को वित्तीय रूप से जरूरतमंद के रूप में केवल तभी वर्गीकरण किया जा सकता है, यदि उनकी वार्षिक आय U.S. के स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग ("फेडरल पॉवर्टी गाइडलाइंस") द्वारा संची रजिस्टर में वार्षिक रूप से अपडेट किए गए गरीबी संबंधी दिशा-निर्देशों के 200% से कम या उसके बराबर हो। नवीनतम फेडरल पॉवर्टी गाइडलाइंस उनके जारी करने के बाद शुरू होने वाले महीने के पहले दिन से लागू होनी चाहिए।

चिकित्सीय रूप से असहाय का वर्गीकरण चिकित्सीय रूप से असहाय होने का अर्थ है वह रोगी जिसके चिकित्सीय या अस्पताल के बिल, तृतीय पक्ष के भुगतानकर्ताओं द्वारा भुगतान किए जाने के बाद, उसकी वार्षिक आय के एक निर्धारित प्रतिशत से ज्यादा हो जाते हैं और जो बाकी बिल को चुकाने में अक्षम हो।

आरंभिक मूल्यांकन। चिकित्सीय रूप से जरूरतमंद के रूप में वर्गीकरण के लिए, सभी तृतीय पक्ष के भुगतानकर्ताओं द्वारा किए गए भुगतान के बाद रोगी द्वारा चुकाई जाने वाली राशि, रोगी की वार्षिक आय के दस प्रतिशत (10%) से अधिक होनी चाहिए और रोगी शेष बिल का भुगतान करने में अक्षम होना चाहिए। यदि रोगी इस आरंभिक मूल्यांकन मापदंड पर खरा नहीं उतरता है, तो उस रोगी को चिकित्सीय रूप से जरूरतमंद नहीं माना जा सकता है।

स्वीकृति। SDHP ऐसे रोगी को स्वीकार कर सकता है, जो चिकित्सीय रूप से जरूरतमंद होने के आरंभिक मूल्यांकन मापदंड पर खरा उतरता हो और नीचे बताए मापदंडों को पूरा करता हो:

- (i) **फेडरल पॉवर्टी गाइडलाइंस की 200% और 500% के बीच वार्षिक आय।** रोगी की आय फेडरल पॉवर्टी गाइडलाइंस के 200% से अधिक, किंतु 500% से कम या उसके बराबर होनी चाहिए। इन उदाहरणों में, SDHP इन रोगियों के लिए मंजूर की गई वित्तीय चैरिटी सहायता की राशि का निर्धारण U.S. के स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग ("फेडरल पॉवर्टी गाइडलाइंस") द्वारा फेडरल रजिस्टर में वार्षिक रूप से अपडेट किए गए गरीबी संबंधी दिशा-निर्देशों के 200% से कम या उसके बराबर हो। छूट की सीमा 40%-90% तक भिन्न-भिन्न होगी। गैर-बीमित छूट, चैरिटी छूट लागू करने के बाद शेष देय धनराशि पर लागू होगी।
- (ii) **विपत्तिपूर्ण चिकित्सीय जरूरतमंदा।** असामान्य रूप से बड़े खर्च वाले रोगियों को तब विपत्तिपूर्ण योग्यता वाला माना जा सकता है, जब उनकी शेष देय धनराशि उनकी आय के निर्दिष्ट प्रतिशत से अधिक हो जाती है। ऐसी मामलों में, SDHP शेष धनराशि को रोगी की आय के एक उचित प्रतिशत तक कम करने के लिए आवश्यक राशि की गणना कर वित्तीय सहायता की राशि का निर्धारण करेगा जहाँ यह प्रतिशत 10-40% के बीच होगी। कृपया नीचे "स्वीकृति प्रक्रियाएँ" वाले खंड को देखें, जहाँ रोगी इस गणना के बारे में अधिक जानकारी हासिल कर सकता है।

अनुमोदन प्रक्रियाएँ। SDHP प्रदर्शन 1 के रूप में संलग्न "गैर-बीमित रोगी जानकारी दस्तावेज" में बताए अनुसार चिकित्सीय सहायता या चैरिटी सहायता के लिए पालता का निर्धारण करने के लिए सभी गैर-बीमित रोगियों के साथ काम करेगा। आवेदन की समीक्षा करने और उस पर प्रक्रिया करने के बाद वित्तीय सहायता की पालता की जानकारी रोगियों को मेल द्वारा दी जाएगी। किसी आवेदन की मंजूरी के लिए समीक्षा करने में, Shared Service Center (SSC) प्रबंधन पालता का निर्धारण करेगी, जिसमें यह निर्धारण भी शामिल होगा कि पालता के निर्धारण के लिए उचित प्रयास किए गए थे। इस तरह के

शीर्षक: वित्तीय सहायता नीति

प्रभावी तिथि: दिसंबर 13, 2013

संशोधन की प्रभावी तिथि: नवम्बर 01, 2020

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

अनुमोदनकर्ता: St. David's Healthcare Board of Governors

पृष्ठ 8 का 5

प्रबंधक रोगी की भुगतान करने की क्षमता निर्धारित करने या सरकारी या अन्य धन के लिए रोगी को अर्हता प्राप्त करने के बारे में आगे की पूछताछ करने के लिए उपलब्ध जानकारी जैसे कि संपत्ति इत्यादि के बारे में और जांच कर सकते हैं।

ऐसी स्थिति में जब कोई रोगी चैरिटी सहायता के लिए योग्यता हासिल नहीं करता है या चैरिटी सहायता लागू किये जाने के बाद रोगी शेष धनराशि के एक हिस्से के लिए ज़िम्मेदार होता है, तो गैर-बीमित छूट या अन्य उपयुक्त छूट खाते में लागू की जाएंगी। देय राशि आंतरिक राजस्व सेवा विनियमों में वर्णित लुक-बैक विधि का इस्तेमाल करके बीमित रोगियों को निर्धारित किए गए आमतौर पर दिए गए बिलों की राशि से अधिक नहीं होगी। रोगी इस गणना से जुड़ी जानकारी निम्न पते पर एक अनुरोध भेजकर मांग सकते हैं:

रोगी अकाउंट सेवाएँ
PO Box 292369
Nashville, TN 37229-2369

अधिकारों का आरक्षण

SDHP किसी वित्तीय सहायता को सीमित करने या उससे इनकार कर सकने का विवेकाधिकार रखता है।

कवर न की गई सेवाएँ

प्रदर्शन 3 के रूप में संलग्न और इसमें सन्दर्भ द्वारा पूरी तरह से शामिल उन प्रदाताओं की एक सूची दी जा रही है, जो SDHP अस्पतालों में आपातकालीन या अन्य चिकित्सीय रूप से आवश्यक सेवाएँ दे सकते हैं। प्रदर्शन 3 निर्दिष्ट करता है कि कौन से प्रदाता और कौन से प्रदाता इस वित्तीय सहायता नीति द्वारा कवर नहीं किए गए हैं। वैकल्पिक प्रक्रियाओं या अन्य देखभाल के प्रदाता जो आपातकालीन देखभाल नहीं है या अन्यथा चिकित्सीय रूप से आवश्यक नहीं हैं, वित्तीय सहायता नीति द्वारा कवर नहीं किए गए हैं। संलग्न प्रदर्शन 3 को हर महीने अपडेट किया जाता है।

जनता के सदस्य निम्नलिखित पते पर लिखित अनुरोध द्वारा प्रदर्शनी 3 की एक प्रति प्राप्त कर सकते हैं: रोगी अकाउंटिंग सेवाएँ, PO Box 292369, Nashville, TN 37229-2369 या वित्तीय सहायता नीति में सूचीबद्ध सुविधा के टेलीफोन नम्बर पर कॉल कर सकते हैं। रोगी प्रदर्शन 3 की एक प्रति को इस वेबसाइट से भी डाउनलोड कर सकते हैं: <https://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot>.

St David's HEALTHCARE

शीर्षक: वित्तीय सहायता नीति

प्रभावी तिथि: दिसंबर 13, 2013

संशोधन की प्रभावी तिथि: नवम्बर 01, 2020

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

अनुमोदनकर्ता: St. David's Healthcare Board of Governors

पृष्ठ 8 का 6

प्रदर्शन 1

रोगी का नाम: _____ खाता संख्या: _____

गैर-बीमित रोगी सूचना दस्तावेज

इस दस्तावेज का लक्ष्य गैर-बीमित रोगियों को उनकी स्वास्थ्य-सेवा से संबंधित वित्तीय आयामों की समझ पाने में मदद प्रदान करना है। ऑटोमोबाइल, तीसरे पक्ष क देयता या अन्य प्रतिपत्नी द्वारा कवर किए जाने वाले मरीज, जिन को इन सेवाओं के लिए बिल भेजा जा सकता है, वो गैर-बीमित छूट के योग्य नहीं होंगे।

यह दस्तावेज आपके खाते को हल करने में आपकी सहायता के लिए उपलब्ध विकल्प भी प्रदान करता है। गैर-बीमित रोगियों की सहायता करने के प्रयास में, HCA आपके खाते में छूट लागू करेगा और फिर आपके शेष खाते के बकाया को हल करने के लिए आपके साथ काम करेगा।

निम्नलिखित जानकारी इस बात की रूपरेखा है कि कैसे एक गैर-बीमित खाते को संसाधित किया जाएगा और छूट के विकल्प जो आपके लिए उपलब्ध हो सकते हैं। यदि आपको ऐंटीबैक्टीयल कांस्ट्रैक्टिक या फ्लैट दर प्रक्रिया प्राप्त हुई है, तो ये छूट लागू नहीं होती हैं। अन्यथा, HCA सभी गैर-बीमित बिलों पर छूट देता है। सेवा के समर्थ खाते पर दैनिक रियायती शेष राशि का पूरा भुगतान होने की उम्मीद है।

प्रदान की गई सेवाओं के लिए कुल शुल्क अकाउंट पर लागू होते हैं। गैर-बीमित छूट कुल शुल्कों पर लागू की जाती है, जिससे खाते की शेष रकम कम हो जाती है, यदि आप पूर्ण रूप से रियायती खाता शेष राशि का भुगतान करने में असमर्थ हैं, तो हम आपके साथ मासिक भुगतान व्यवस्था स्थापित करने के लिए काम करेंगे। यदि आप मासिक भुगतान व्यवस्था स्थापित नहीं कर सकते हैं, तो हम आपको मेडिकेड सहायता के लिए आवेदन करने में मदद करेंगे। यदि आप मेडिकेड प्राप्त करते हैं, तो हम आपको बिल करेंगे और आपको केवल कवर न किए गए शुल्कों का भुगतान करना होगा। यदि आप मेडिकेड के लिए योग्यता प्राप्त नहीं करते हैं, तो आप वित्तीय सहायता आवेदन को पूरा कर सकते हैं, आवश्यकतानुसार सहायक प्रलेखन प्रदान करें और इस मुलाकात को किसी संभावित चैरिटी छूट के लिए समीक्षा करवा सकते हैं। यदि आप फेडरल पावर्टी गाइडलाइंस के आधार पर किसी चैरिटी छूट के लिए योग्यता प्राप्त करते हैं, तो आपके खाते को पूरी तरह से भुगतान किया गया माना जाएगा। यदि आप आवश्यक फेडरल पावर्टी गाइडलाइंस को पूरा नहीं करते हैं, तो आपको तुरंत अपने बिल को चुकाने की व्यवस्था करनी होगी।

स्वीकृत चैरिटी खातों पर HCA 100 छूट देता है। अन्य सभी गैर-बीमित खातों पर आंशिक छूट मिलेगी।

रोगी / जिम्मेदार पक्ष के हस्ताक्षर _____

दिनांक _____

गवाह के हस्ताक्षर _____

दिनांक _____

SSD.FT.COLL.627 गैर-बीमित रोगी जानकारी दस्तावेज

PAS कापी-फाईल पर हस्ताक्षर

गैर-बीमित रोगी जानकारी दस्तावेज

जन्म तिथि: _____
पहले। David's Medical Center

शीर्षक: वित्तीय सहायता नीति

प्रभावी तिथि: दिसंबर 13, 2013

संशोधन की प्रभावी तिथि: नवम्बर 01, 2020

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

अनुमोदनकर्ता: St. David's Healthcare Board of Governors

पृष्ठ 8 का 7

प्रदर्शन 2 2 का 1

सेंट डेविड्स हेल्थकेयर पार्टनरशिप वित्तीय सहायता आवेदन

रोगी का नाम		रोगी खाता नम्बर
टेलीफोन नम्बर <input type="checkbox"/> रोजगार प्राप्त <input type="checkbox"/> बेरोजगार	सामाजिक सुरक्षा नम्बर	जन्म तिथि (महीना/दिनांक)
जीवन-साथी का नाम	सामाजिक सुरक्षा नम्बर	जन्म तिथि (महीना/दिनांक)
रोगी का पिता (रोगी यदि नाबालिग है)	सामाजिक सुरक्षा नम्बर	जन्म तिथि (महीना/दिनांक)
रोगी की माँ (रोगी यदि नाबालिग है)	सामाजिक सुरक्षा नम्बर	जन्म तिथि (महीना/दिनांक)

A. वेतन: कृपया आपके परिवार में निम्न में से प्रत्येक व्यक्ति का वेतन दर्शाएँ।

	एक पर घेरा लगाएँ				एक पर घेरा लगाएँ			
रोगी	\$ _____	Hr/ V/K/ महीना/ वर्ष	रोगी के पिता (यदि रोगी नाबालिग है)	\$ _____	Hr/ V/K/महीना/ वर्ष			
जीवन-साथी	\$ _____	Hr/ V/K/ महीना/ वर्ष	रोगी के पिता (यदि रोगी नाबालिग है)	\$ _____	Hr/ V/K/महीना/ वर्ष			

B. अन्य संसाधन: कृपया आपको उपलब्ध अन्य संसाधनों की कुल राशि बताएँ, बचत खाते, चेकिंग खाते, स्टॉक्स, बॉन्ड्स, इत्यादि \$ _____

कृपया इन अन्य संसाधनों से प्राप्त होने वाली वार्षिक आय की राशि प्रदान करें, जिसमें ब्याज आय, लाभांश, किराये की आय आदि शामिल हैं \$ _____

C. परिवारिक सदस्य: कृपया रोगी के परिवार में व्यक्तियों की संख्या बताएँ। _____

D. आय सत्यापन: कृपया अपनी आय के सत्यापन के लिए निम्न में से कोई भी दस्तावेज प्रदान करें।

- IRS फॉर्म W-2
- पेचेक रेमिटेंस
- कर रिटर्न
- बैंक विवरण
- नियोक्ता सत्यापन
- सरकारी सहायता कार्यक्रमों, जैसे कि फूड स्टैम्प्स, CDIC, मेडीकेड या AFDC में भाग लेने का प्रमाण
- सामाजिक सुरक्षा या बेरोजगारी क्षतिपूर्ति निर्धारण पत्र
- अन्य, कृपया वर्णन करें

यदि आप ऊपर सूचीबद्ध आय-स्रोत प्रलेखन प्रदान नहीं कर पाते हैं, तो कृपया बताएँ कि यह जानकारी क्यों उपलब्ध नहीं है: _____

मैं समझता/ती हूँ कि St. David's Healthcare Partnership (SDHP) इस आवेदन के SDHP मूल्यांकन के संबंध में इस वित्तीय सहायता आवेदन (" आवेदन ") में निहित वित्तीय जानकारी को सत्यापित कर सकती है, और मैं मेरे हस्ताक्षर द्वारा मेरे नियोक्ता को मेरे द्वारा प्रदान की गई जानकारी को प्रमाणित करने के लिए अधिकृत करता/ती हूँ। मैं SDHP को क्रेडिट रिपोर्टिंग पर्सिसी और सामाजिक सुरक्षा प्रशासन से रिपोर्ट कर अनुरोध करने के लिए भी अधिकृत करता/ती हूँ। मैं यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि यह जानकारी मेरे सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार सही है और मुझे पता है कि इस एप्लिकेशन/आवेदन में गलत जानकारी देने के परिणामस्वरूप वित्तीय सहायता से इनकार किया जा सकता है।

मैं समझता/ती हूँ कि कोई भी वित्तीय सहायता, भुगतान न करने की मेरी क्षमता पर आधारित है और यदि कोई नया आय स्रोत उपलब्ध होता है, तो SDHP अपनी वित्तीय सहायता की मंजूरी को पूरी तरह से या आंशिक रूप से वापस ले सकता है।

रोगी या उत्तरदायी पक्ष के हस्ताक्षर _____ तिथि _____

SDHP कर्मचारी के हस्ताक्षर यदि वित्तीय आवेदन का कोई हिस्सा SDHP कर्मचारी द्वारा भरा गया है

St David's HEALTHCARE

शीर्षक: वित्तीय सहायता नीति

प्रभावी तिथि: दिसंबर 13, 2013

संशोधन की प्रभावी तिथि: नवम्बर 01, 2020

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

अनुमोदनकर्ता: St. David's Healthcare Board of Governors

पृष्ठ 8 का 8

प्रदर्शन 2 2 का 2

St. David's Healthcare Partnership वित्तीय सहायता आवेदन जानकारी और निर्देश

निर्देश:

समुदाय की सेवा करने और St. David's Healthcare सिस्टम के चैरिटेबल उद्देश्यों में से किसी को पूरा करने की प्रतिबद्धता के तौर पर St. David's Healthcare Partnership लोगों को वित्तीय सहायता प्रदान करने का चयन करता है जो कुछ विशेष आय आवश्यकताओं को पूरा करते हैं।

कोई व्यक्ति वित्तीय सहायता के लिए योग्य है इसका निर्धारण करने के लिए हमें इस आवेदन के अन्दर रेखांकित कुछ विशेष वित्तीय जानकारी प्राप्त करना आवश्यक होता है। आपका सहयोग हमें वित्तीय सहायता के लिए आपके अनुरोध को सभी उचित महत्व देने में सहायक होगा।

कृपया वित्तीय सहायता आवेदन को पूरा करें और पंजीकरण प्रतिनिधि को पूरा किया हुआ फॉर्म वापस करें; पूरा किया हुआ फॉर्म निम्नलिखित पते पर ढाक से भी भेजा जा सकता है:

Patient Account Services

PO Box 292369

Nashville, TN 37229-2369

खंड अ: वेतन

वित्तीय सहायता आवेदन के खंड अ में, कृपया प्रत्येक सूचीबद्ध व्यक्ति द्वारा प्राप्त डॉलर राशि को मुआवज़ा के तौर पर इंगित करें और साथ साथ यह भी व्यक्त करें कि राशि घटावार, साप्ताहिक, मासिक या वार्षिक मुआवज़ा है।

खंड ब: अन्य संसाधन

वित्तीय सहायता आवेदन के खंड ब के पहले रिक्त स्थान में कृपया वह डॉलर राशि इंगित करें जो आपने चर्किंग खाता, बचत खाता, स्टॉक इत्यादि में निवेश किया है। दूसरे रिक्त स्थान में कृपया आय की डॉलर राशि इंगित करें जो आप इस प्रकार के निवेशों से हर वर्ष प्राप्त करते हैं। उदाहरण के लिए, पहले रिक्त स्थान में कोई यह डाल सकते हैं कि उनके पास बचत खाता में \$5,000 है और दूसरे रिक्त स्थान में वे डाल सकते हैं कि वे उस खाता से वार्षिक \$250 अर्जित करते हैं।

खंड स: परिवार के सदस्य

वित्तीय सहायता आवेदन का खंड स रोगी के घर में लोगों की संख्या पर जानकारी मांगता है। इस संख्या में रोगी, रोगी के जीवनसाथी और रोगी पर आश्रित लोग सम्मिलित होने चाहिए। यदि रोगी अवयस्क है तो, कृपया रोगी, रोगी की माता और/या पिता और/या कानूनी अभिभावक और रोगी की माता और/या पिता और/या कानूनी अभिभावक के साथ रह रहे आश्रित लोगों को सम्मिलित करें।

खंड द: आय सत्यापन

वित्तीय सहायता हेतु आपके अनुरोध पर विचार करने के लिए वित्तीय सहायता आवेदन के खंड अ में रिपोर्ट किए गए वेतन का सत्यापन आवश्यक है। कृपया IRS फॉर्म W-2, वेतन और कर वक्तव्य; पे चेक रेमिटेंस; टैक्स रिटर्न; बैंक स्टेटमेंट या आय का कोई अन्य उचित स्रोतक या सार्वजनिक लाभ कार्यक्रम में सहभागिता जैसेकि सामाजिक सुरक्षा, बेरोजगारी मुआवज़ा, मेडिकेड, काउंटी निर्धन स्वास्थ्य कार्यक्रम, AFDC, बेरोजगारी बीमा, खाद्य टिकट, WIC, टेक्सास स्वस्थ बच्चे, बच्चों के स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम या इस तरह के अन्य गरीबी संबंधित कार्यक्रमों का कोई प्रमाण उपलब्ध कराएं।

आप अपने नियोक्ता से लिखित सत्यापन दिला कर या अपने नियोक्ता से किसी SDHP प्रतिनिधि की बात करा कर भी अपने वेतन का सत्यापन कर सकते हैं।

यदि आप ऊपर सूचीबद्ध आय दस्तावेज़ का कोई भी स्रोत उपलब्ध नहीं करा पाते हैं तो कृपया वित्तीय सहायता आवेदन के खंड द में लिखित व्याख्या उपलब्ध कराएं।

चिकित्सक सेवाएँ

सेवा उपलब्ध कराने वाले चिकित्सक St. David's Healthcare Partnership के नियोक्ता नहीं हैं। आपको अपने व्यक्तिगत चिकित्सक से और अन्य चिकित्सकों से जिनकी सेवाओं की आपको आवश्यकता है की ओर से अलग अलग बिल प्राप्त होंगे। इन बिलों से संबंधित प्रश्नों के लिए या चिकित्सक सेवाओं के लिए भुगतान की व्यवस्था करने के लिए, कृपया व्यक्तिगत चिकित्सक के कार्यालय से संपर्क करें।