

## นโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน - ภาษาเข้าใจง่าย

นโยบายความช่วยเหลือทางการเงินของ HMH Hospitals Corporation ("โรงพยาบาล") และความช่วยเหลือทางการเงิน (Charity Care/Kid Care/Medicaid) (ต่อไปนี้จะรวมกันเรียกว่า "FAP") มีขึ้นเพื่อให้บริการในภาวะฉุกเฉินหรือการดูแลสุขภาพที่จำเป็นทางการแพทย์อื่น ๆ ที่ HMH Hospitals Corporation จัดหาให้ โดยมีส่วนลดบางส่วนหรือเต็มจำนวนแก่คนไข้ที่เข้าเกณฑ์ คนไข้ที่มองหาความช่วยเหลือทางการเงินต้องสมัครเข้าร่วมโครงการ ซึ่งสรุปรายละเอียดไว้ด้านล่างนี้

**บริการที่เข้าเกณฑ์** - บริการในภาวะฉุกเฉินหรือการดูแลสุขภาพที่จำเป็นทางการแพทย์อื่น ๆ ที่โรงพยาบาลจัดหาให้และโรงพยาบาลคิดค่าใช้จ่าย ทาง FAP ให้บริการเฉพาะบริการที่โรงพยาบาลคิดค่าใช้จ่ายเท่านั้น บริการอื่น ๆ ที่ผู้ให้บริการรายอื่นคิดค่าใช้จ่ายแยกออกไป เช่น แพทย์หรือห้องปฏิบัติการ ไม่เข้าเกณฑ์ภายใต้ FAP

**คนไข้ที่เข้าเกณฑ์** - คนไข้ที่ได้รับบริการที่เข้าเกณฑ์ คือคนไข้ที่ส่งใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินที่กรอกเรียบร้อยแล้ว (รวมถึงเอกสาร/ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง) และโรงพยาบาลกำหนดว่าเป็นคนไข้ผ่านเกณฑ์ความช่วยเหลือทางการเงิน

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

**วิธีการสมัคร** - อาจรับแบบฟอร์มใบสมัครของ FAP และที่เกี่ยวข้องได้ดังต่อไปนี้:

**ใบสมัคร:** บุคคลหนึ่งสามารถสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินโดยผ่านการคัดกรองเบื้องต้นให้เรียบร้อยเพื่อกำหนดว่าเข้าเกณฑ์ขอรับความช่วยเหลือทางการเงินหรือไม่และ/หรือกรอก/ลงลายมือชื่อใบสมัครให้เรียบร้อย (หมายเหตุ: Charity Care มีกำหนดไว้เฉพาะบางโรงพยาบาล ดังนั้น หากมีการจัดหาบริการไว้ในโรงพยาบาลหลาย ๆ แห่ง ต้องส่งใบสมัครหลายครั้ง) ขอรับใบสมัครด้วยวิธีการใดก็ตามดังต่อไปนี้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย:

**จดหมาย โทรศัพท์ หรือด้วยตนเอง:** เขียนจดหมายถึงที่อยู่ดังต่อไปนี้ เข้าไปที่แผนกให้ความช่วยเหลือทางการเงินแห่งใดแห่งหนึ่งด้วยตนเอง วันจันทร์ - วันศุกร์ เวลาทำการแตกต่างกันไปตามแต่ละแห่งในโรงพยาบาลด้านล่างหรือทางโทรศัพท์:

**Bayshore Medical Center** (Attn: Charity Care)

727 N Beers St  
Holmdel, NJ 07733 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 Ave # 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: Charity Care)

80 James Street, 3rd Fl

Edison, NJ 08818

ผู้ป่วยเข้าพบตามนัด

732-321-7534

**Ocean University Medical Center** (Attn: Charity Care)

425 Jack Martin Boulevard

Brick, NJ 08724

732-902-7080

**Old Bridge Medical Center** (Attn: Charity Care)

One Hospital Plaza

Old Bridge, NJ 08857

732-902-7080

**Palisades Medical Center** (Attn: Charity Care)

7600 River Road

North Bergen, NJ, 07047

201-854-5092

**Raritan Bay Medical Center** (Attn: Charity Care)

530 New Brunswick Ave

Perth Amboy, NJ

732-902-7080

**Riverview Medical Center** (Attn: Charity Care)

1 Riverview Plaza

Red Bank, NJ 07701

732-902-7080

**Southern Ocean Medical Center** (Attn: Charity Care)

1140 Route 72 W

Manahawkin, NJ 08050

732-902-7080

ยังสามารถพิมพ์ใบสมัคร Charity Care ได้จากเว็บไซต์ Hackensack Meridian Health โดยคลิกที่

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

**ภาษาที่ให้บริการ**— นโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน ใบสมัคร และข้อมูลสรุปที่เป็นภาษาเข้าใจง่ายมีให้บริการเป็นภาษาเบื้องต้นแก่ประชากรคนใดก็ตามที่มีความสามารถด้านภาษาอังกฤษจำกัด ("LEP") ซึ่งประกอบด้วยประชากรน้อยกว่าห้า (5%) เปอร์เซนต์หรือ 1,000 คนภายในพื้นที่บริการเบื้องต้นที่โรงพยาบาลให้บริการ

**ข้อมูลสรุปเกี่ยวกับขั้นตอนการสมัคร –**

- คนไข้กรอกใบสมัครด้วยลายมือให้เรียบร้อย ซึ่งจำเป็นต้องใช้รายได้ครัวเรือน สิทธิประโยชน์ของครัวเรือน ขนาดครอบครัว
- จำเป็นต้องใช้หลักฐานแสดงที่อยู่อาศัยของแบบฟอร์มใบสมัคร NJ ใบแจ้งหนี้ค่าสาธารณูปโภค หรือจดหมายสนับสนุนอื่น ๆ
- ตรวจสอบใบสมัครเพื่อความเรียบร้อยและแม่นยำ
- มีการร้องขอข้อมูลใดก็ตามที่ไม่ครบถ้วนกับคนไข้
- ส่งการอนุมัติหรือปฏิเสธใบสมัคร
- สามารถส่งใบสมัครที่กรอกเรียบร้อยแล้วไปที่ที่อยู่ใดที่อยู่หนึ่งของแผนกความช่วยเหลือทางการเงินที่ด้านบน

**การกำหนดเกณฑ์เกี่ยวกับความช่วยเหลือทางการเงิน** - โดยทั่วไป บุคคลที่เข้าเกณฑ์รับความช่วยเหลือทางการเงินโดยใช้อัตราเลื่อน เมื่อรายได้ครอบครัวของพวกเขาอยู่ที่หรือต่ำกว่า 600% ของเส้นแบ่งความยากจน (Federal Poverty Guidelines หรือ FPG) ของรัฐบาลกลางสหรัฐฯ

เกณฑ์รับความช่วยเหลือทางการเงินหมายความว่า บุคคลที่เข้าเกณฑ์จะได้รับควบคุมครองด้านการดูแลแบบเต็มหรือบางส่วน และจะไม่ถูกคิดค่าใช้จ่ายเกินกว่า "จำนวนที่เรียกเก็บโดยทั่วไป" (Amounts Generally Billed หรือ AGB) กับผู้เอาประกันภัย (AGB ตามที่กำหนดไว้ใน IRC มาตรา 501(r) โดยกรมสรรพากรแห่งสหรัฐอเมริกา ระดับของความช่วยเหลือทางการเงินอ้างอิงจากรายได้ครอบครัวเพียงอย่างเดียวและ FPG ถูกกำหนดไว้หากรายได้สูงถึง 500% ของ FPG

หมายเหตุ- ยังพิจารณาหลักเกณฑ์อื่น ๆ นอกเหนือจาก FPG ด้วย (เช่น เงินสดหรือสินทรัพย์อื่น ๆ ที่มีอยู่ ซึ่งอาจเปลี่ยนเป็นเงินสด และรายได้สุทธิรายเดือนส่วนเกินที่สัมพันธ์กับรายจ่ายในครัวเรือนรายเดือน) ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการยกเว้นเกณฑ์ก่อนหน้านี้ หากไม่รายงานรายได้ครอบครัว จะต้องใช้ข้อมูลเกี่ยวกับว่าชำระเงินบิลจี่ยี่จ่าเป็นรายวันอย่างไร แผนกความช่วยเหลือทางการเงินของโรงพยาบาล ตรวจสอบใบสมัครที่ส่งเข้ามาและสมบูรณ์แล้ว และกำหนดเกณฑ์เกี่ยวกับความช่วยเหลือทางการเงินให้สอดคล้องกับนโยบายความ

ช่วยเหลือทางการเงินของโรงพยาบาล ใบสมัครที่ไม่สมบูรณ์จะไม่ได้รับการพิจารณา ทว่า ผู้สมัครจะได้รับแจ้งและได้รับโอกาสในการ  
จัดหาเอกสาร/ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน (หมายเหตุ: Charity Care มีกำหนดไว้เฉพาะบางโรงพยาบาล ดังนั้น หากมีการจัดหาบริการไว้ให้ใน  
โรงพยาบาลหลาย ๆ แห่ง ต้องส่งใบสมัครหลายครั้ง)

สามารถรับความช่วยเหลือได้ทางโทรศัพท์หรือเข้ามาด้วยตนเองที่แผนกความช่วยเหลือทางการเงิน (วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ 8:00AM-4:00  
PM) สถานที่อยู่ในรายการที่อยู่ด้านบน