



行政政策

類別：	行政	政策：AD-115
標題：	經濟援助／未投保患者折扣／推定資格	起始日期：2004 年 3 月
修訂：	2004 年 5 月、2004 年 7 月、2005 年 2 月、2006 年 4 月、2007 年 6 月、 2007 年 11 月、2008 年 4 月、2009 年 2 月、2011 年 1 月、2011 年 6 月、 2012 年 6 月、2013 年 1 月、2014 年 1 月、2015 年 12 月、2016 年 5 月。	

Thorek Memorial Hospital (TMH) 致力於滿足社區內所有人（包含無法支付其照護費用者）的需求。因此，TMH 針對符合本政策資格之所有患者提供經濟援助及優惠服務。

致力於提供緊急醫療照護

TMH 不會歧視任何個人，並提供緊急醫療狀況照護給每個人，無論其是否符合本政策援助資格。TMH 不會參與阻止每個人尋求緊急醫療照護的行為，如要求緊急部門的患者在接受緊急醫療狀況的治療前先付款，或是在消弭種族歧視的情形下允許介入緊急醫療照護規定的債務催收活動。根據 TMH 的 EMTALA 政策，將以不歧視的方式提供緊急醫療服務（包含遵照緊急醫療治療與有效勞動法 42 USC 1395dd (EMTALA) 的緊急轉帳）給所有 TMH 患者。

合格服務

本政策僅適用於 TMH 所提供的緊急或其他醫療必要服務收費。選擇性服務並不符合經濟援助的資格。本政策的**附件 A** 是所有在 TMH 提供緊急或其他醫療必要照護的提供者清單（除了 TMH 之外），並指明本政策涵蓋及未涵蓋的提供者。

經濟援助政策

收入低於聯邦貧窮標線（Federal Poverty Level, FPL）600% 的 TMH 患者才具有獲取經濟援助的資格。經濟援助的定義是赦免患者住院期間的所有或部分未償付患者債務以及 TMH 的門診會面或是任何醫院提供的必要照護之所有或部分未償付患者債務。經濟援助將無視性別、種族、膚色、信念或宗教的不同，提供給滿足下列條件的患者：

- 缺少第三方保險給付、
- 保險給付不足、
- 無法透過 Public Aid 等已成立計畫取得經濟援助的授權、
- 已提出破產申請且被免除債務、
- 符合下列資格條件、
- 信用報告指出信用評分低於 600 和／或多位債權人指明帳戶有嚴重拖欠、
- 可以負擔財務責任的資產有限。

經濟援助資格及申請

經濟援助的資格將單獨由 TMH 以機敏保密的方式向患者取得財務資訊後決定。患者務必提交申請表格（**附件 B**）並親訪或是透過郵件、電子郵件或傳真（請參見下方聯絡資訊）交給 TMH，以申請經濟援助。相關機構會盡快判定經濟援助的資格，且絕不會影響照護的提供。供資格審查的財務資訊包括但可能不限於：

- 完整的資產和責任資訊工作表（請參見經濟援助申請表附件）、
- 收入證明（如 1040 納稅申報單、W-2 表格及三個近期支付的支票存根）、
- 所有支票、儲蓄及投資帳戶的最近期銀行對帳單副本、
- 伊利諾州開立去年領取失業補助的電腦列印副本的證明（若有的話）、
- 證明月生活費用的文件、
- 基於協助判斷資格所提供和／或要求的任何其他相關資訊。

將視下列條件核准資格：

- 聯邦貧窮收入標線：
 1. 收入水平為 FPL 的 200% 或低於 FPL - 100% 赦免、
 2. 收入水平為 FPL 的 201% - 600% -
 - a. 未投保患者得以下列兩種方式支付較少費用：135% 的成本（下列未投保患者優惠政策），或是 AGB（Medicare 許可金額）、
 - b. 至於有投保患者在投保後的患者負擔餘額，患者支付的金額不會超過 AGB（Medicare 許可數量）、
 3. 由 TMH 判定的赦免金額以資產／債務考量為準、

- 患者合力申請外部資源可用的醫療援助或其他財務資源、
- 患者／保證人支付歷史紀錄、
- 患者可用於支付帳單的其他資產、
- 患者可用的總資源、
- 患者沒有其他可用支付來源（職稱 XIX、當地福利、監護人等）的證明、
- 申請表和所有支援文件的接收時間是服務時間、服務日期的 60 日內或是患者責任的裁定日期。

經濟援助的核准將以未償付債務的等級為準，如下所示：

帳戶餘額	核准授權
最高 \$2,500	催收主管
\$2,501 到 \$5,000	主任、患者帳戶
\$5,001 到 \$25,000	首席財務官
\$25,001 及以上	院長

醫院將在授權後的 10 日內透過郵件通知患者對資格的決定。若收入、資產或家庭人口有所變更，患者可隨時重新申請。

獲准申請表的有效期限為六（6）個月，除非患者的財務資訊在申請後有所變更。

本次修訂後，**附件 C** 中的表格會簡述現行聯邦貧窮標線（發佈在聯邦公報）且將每年更新。

若 TMH 基於任何原因（包括缺乏合作）無法取得決定經濟援助資格的適用資訊，則將不會考慮相關金額或考慮給予經濟援助。

未投保患者折扣政策

所有家庭收入介於 FPL 的 201% 至 600% 的 TMH 未投保患者將遵照伊利諾州醫院未投保患者折扣法（法案）得到給予優惠的考慮。按法案規定，折扣的決定方式是將醫院收費相乘到成本的 135% 的未投保優惠係數。TMH 根據本規定所提供的醫療照護服務可在 12 個月內催收的最大金額是患者家庭收入的 25%，且遵照患者按法規的持續生效資格；但此最大催收金額並不適用未投保患者，因其擁有資產的價值超過 FPL 的 600%（排除患者先前的住所、遵照伊利諾法規免除判決的個人資產，或退休金或退休計畫中的的特定金額）。

在本規定中，「未投保患者」是指未投保的伊利諾州居民，其並非公共或私人健康險、健康福利，或其他健康保險計畫（包括高自負額健康險計畫、工商賠償、意外責任險，或其他第三方責任險）的受益人。

享受折扣的未投保患者必須與醫院合作，制定合理的支付計畫，將可用收入與資產、優惠帳單數量、預付以及其他未償付醫療理賠列入考量。患者務必在同意後盡最大努力達成支付計畫。患者有責任告知財務狀況的任何變化，因為這可能影響到自己支付優惠醫院帳單或達成支付計畫規定的能力。

計算向患者收費總額的根據

遵照本政策的資格決定，符合經濟援助資格的患者被要求支付的緊急或其他醫療必要照護費用不會比投保涵蓋此類照護（AGB）保險的個人還多。TMH 會根據 Medicare 預期方法計算 AGB，表示若個人是 Medicare 受益人且將 AGB 的數量設定在 Medicare 允許提供照護的數量，TMH 會透過使用帳單與識別程序，決定 AGB 作為提供給符合經濟援助資格的個人的任何緊急或其他醫療必要照護（包含 Medicare 將重新賠償的金額以及受益人本身必須以共付額、共保費用及扣除額的形式支付的金額）。TMH 不會向符合本政策經濟援助資格的個人開帳單或期望其支付收費總額。

廣泛宣傳經濟援助可用性的措施

TMH 將提供傳達經濟援助可用性的方式給所有患者，包含醫院相應區域的招牌，如住院處、急診室及不臥床診所。傳達的語言也會視醫院的服務區域而有所不同。患者如有要求，指定部門與個人將可以為其說明經濟援助政策。將開設年度教育在職培訓班以確保員工完全瞭解本政策且能回答患者的問題。

推定資格政策

符合一項或多項下列條件的未投保患者將被視為符合經濟援助的資格，無須醫院進一步詳查。本推定資格政策應在接受醫療照護服務後及投保任何帳單前盡速應用。下列為推定資格條件的清單：

- 無家可歸；
- 無遺產的死者；
- 精神上無行為能力，無人代表患者；
- 具有 Medicaid 資格，但不是服務日期或醫療照護屬於未涵蓋的服務；
- 加入下列援助計畫，此項針對滿足收入為（或低於）聯邦貧窮收入線 200% 這一資格標準的低收入個人：
 - 婦女、嬰兒與孩童營養計畫（Women, Infants and Children Nutrition Program, WIC）；
 - 補充營養援助計畫（Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP）；
 - 伊利諾州免費早餐與午餐計畫（Illinois Free Lunch and Breakfast Program）；
 - 低收入戶能源補助計畫（Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP）；
 - 加入有組織的社區型計畫，此將提供可用的醫療照護，評估和記錄有限低收入財務狀態，作為獲得會員資格的條件；
 - 接受廣大的醫療服務援助。

帳單積欠情況下採取的行動

有關 TMH 在帳單積欠的情形下可能採取的行動之額外資訊在單獨的帳單與催收政策中有詳細說明。大眾成員可透過下列聯絡資訊向 TMH 取得本單獨政策的免費副本。

醫院聯絡資訊

網站：www.thorek.org

電話：773-975-6843

傳真：773-975-3220

郵件或親訪：

Thorek Memorial Hospital

850 W. Irving Park Road

Chicago, IL 60613

Attn: Patient Financial Services (Financial Counselor)

(如為親訪，請在醫院前台要求與理財顧問見面。)

Ned Budd，院長 暨 執行長



附件 A 提供者清單

Thorek Memorial Hospital 的提供者清單在與本經濟援助政策分開的文件中。本清單可至 www.thorek.org 取得，或是聯絡 Thorek Memorial Hospital 以瞭解更多資訊，聯絡資方式如下：

電話：773-975-6843

郵件或親訪：

Thorek Memorial Hospital

850 W. Irving Park Road

Chicago, IL 60613

Attn: 患者金融服務部（理財顧問）

（如為親訪，請在醫院前台要求與理財顧問見面。）



附件 B

經濟援助申請表

重要提醒：您可以接受免費或優惠的照護：填寫本申請表將有助於 Thorek Memorial Hospital 判斷您是否能接受免費或優惠服務，或是含醫療照護補助的其他公共計畫。請將本申請表提交給醫院。

若您未投保，則申請免費或優惠照護資格時，無須提交社會安全號碼。但是，部分公共計畫（含 Medicaid）需要社會安全號碼。您不一定要提供社會安全號碼，但這能協助醫院判斷您是否符合任何公共計畫的資格。

請在出院或接受門診照護日期後的 60 日內，親臨或是透過郵件、電子郵件或傳真將本表格填妥並提交給醫院，申請免費或優惠照護。

患者確認自己已盡最大努力提供申請表中要求的所有資訊，協助醫院判斷自己是否符合經濟援助的資格。

患者姓名：_____ 出生日期：_____

患者地址：_____

患者在接受服務期間居住在伊利諾州嗎？	是	否
患者是否涉及指稱事件？	是	否
患者是涉嫌犯罪事件的受害者嗎？	是	否

SSN：_____ 電話號碼：_____

電子郵件地址：_____

家庭資訊：

患者家庭的人數：_____

患者撫養的人數：_____

患者所撫養人的年齡：_____

雇主：_____ 地址：_____

每月收入：_____

保證人／（若有責任方屬配偶，若未成年則屬家長）：

姓名：_____ 關係：_____ 出生日期：_____

雇主：_____ 地址：_____

每月收入：_____



請附上下列至少一個紀錄收入和資產的項目，支援經濟援助的申請：

- 1) 申請人最近期納稅申報單及 W-2 的副本。
- 2) 雇主開立能證明納稅申報單一（1）年以上時間內所有總收入的所有薪資單或工資明細之副本。
- 3) 伊利諾工作服務部門開立能證明過去 4 個季度所有失業福利金的電腦列印副本（如有）。
- 4) 最近期銀行對帳單的副本三（3）份，包含所有支票、儲蓄及投資帳戶。
- 5) Thorek 以外的其他個人或機構（醫師、急診室等）尚未償付的所有健康相關帳單的副本。
- 6) 如有領取社會安全或殘障福利金，請提供發放函的副本。

若您無法提供任何收入相關文件，請填寫下列聲明：

本人_____（姓名），保證沒有文件能證明自己家庭的月收入是 \$____
_____美元。

推定資格：單獨或是透過家庭領取的福利來證明其中一項推定資格條件的未投保患者將自動獲得免費照護的資格，且無須證明收入。無須其他相關文件。

本人證明本申請表中的資訊已盡本人所知所信且真實無誤。本人將申請本人有資格獲得的任何州、聯邦或當地援助，以協助支付本醫院帳單的資格。本人瞭解提供的資訊得經由醫院進行驗證，且本人授權醫院聯絡第三方以確認本申請表所提供的醫訊皆準確。本人瞭解若蓄意在本申請表中提供不實資訊，本人將失去經濟援助的資格，任何獲准的經濟援助將予以保留，且本人得負責支付醫院帳單。

患者簽名_____日期_____

.....



限辦公室使用

接收日期 _____

患者帳號 _____

資產資訊

1) 儲蓄帳戶： 目前餘額 \$ _____ 美元
 金融機構 _____
 帳號 _____

2) 支票帳戶： 目前餘額 \$ _____ 美元
 金融機構 _____
 帳號 _____

3) 其他資產： 股票 _____ 公司 _____
 人壽保險現金價值 \$ _____ 公司 _____
 其他 \$ _____ 請說明 _____

4) 房地產： 汽車 _____
 車廠 型號 年份 價值 貸款金額

居住房屋及其他資產：
 說明 _____ 價值 \$ _____
 所欠金額 \$ _____

5) 其他貸款或責任 _____

機構名稱	貸款目的	每月付款	餘額
機構名稱	貸款目的	每月付款	餘額

6) 簽帳卡 _____

每月付款	餘額	信用卡額度
每月付款	餘額	信用卡額度



7) 請填入下列各項家中總計的月生活支出：

住房	_____
水電費	_____
食物	_____
交通	_____
托兒	_____
貸款	_____
醫療費用	_____
其他支出	_____
總計每月生活費	_____



限辦公室使用：

年收入（來源為退稅單、W-2、薪資單）\$_____美元

家庭人口_____ 貧窮標線 (x2)U_____

貧窮標線 (x3)_____

資訊驗證者：_____

核准 () 駁回 ()

授權簽名（請參照經濟援助政策）

註釋：_____

PA 合格 是_____ 否_____

SSI 合格 是_____ 否_____

信用評分歷史紀錄：

附件 C 聯邦貧困線準則

家庭人口	年收入	<u>200%</u>	<u>600%</u>
1	\$11,880	\$23,760	\$71,280
2	\$16,020	\$32,040	\$96,120
3	\$20,160	\$40,320	\$120,960
4	\$24,300	\$48,600	\$145,800
5	\$28,440	\$56,880	\$170,640
6	\$32,580	\$65,160	\$195,480
7	\$36,730	\$73,460	\$220,380
8	\$40,890	\$81,780	\$245,340

若家庭人口超過 8 人，每增加一名人口則在年收入中加上 \$4,160 美元。美國聯邦政府每年都會修改和更新這些指南，並刊登在聯邦公報。