



Atlantic Health System

管理ポリシー

件名：低所得者、無保険者および一部保険患者さんを対象とする資金援助

発効日：2021/01/01 次の保険契約日にとって代わります： 2020/01/01

01/01/2019
01/01/2018
01/01/2017
01/01/2016
03/06/2015

主な責任：責任者 - 患者財務サービス

I. 目的：

すべての患者さんが、自己の支払い能力にかかわらず、Atlantic Health System, Inc. (以下「Atlantic Health System」) の病院施設によって提供される必要不可欠な緊急医療サービス、およびその他の医学的に必要な医療サービスを受けられるようにすること。このポリシーは、Morristown Medical Center、Overlook Medical Center、Chilton Medical Center、Newton Medical Center、Hackettstown Medical Center、およびAtlantic Rehabilitation Instituteを含むAtlantic Health Systemの病院、ならびに42 C.F.R. 413.65に基づきプロバイダーベースと指定されたAtlantic Health System施設に適用されます。

II. ポリシー：

患者さんの支払い能力にかかわらず、当システムの病院施設によって提供される必須の緊急医療サービスおよびその他の医学的に必要な医療サービスを患者さんが受けられるようにすることがAtlantic Health Systemの方針です。資金援助は、下記のセクションIVに記載された様々なプログラムを通じて、低所得者、無保険者、および一部保

険者の患者さん、その他の手段により病院からの請求金額の全額または一部を支払う能力がない患者さんが利用できるものです。このポリシーは上述の通りAtlantic Health Systemの病院施設に適用される他、プロバイダーベースのステータスを取り締まる連邦規則42 C.F.R. 413.65に従ってプロバイダーベースとして指定されたAtlantic Health System施設にも適用されます。

資金援助と割引は、緊急の医療サービスまたはその他の医学的に必要な医療サービスのみに対して利用可能です。診療費、麻酔の費用、放射線画像の解釈、および外来の処方箋を含むもののそれらに限られない一部のサービスは、病院からの請求料金とは別途となり、Atlantic Health Systemを通じて資金援助を受けられない可能性があります。どのプロバイダーが資金援助ポリシー (FAP) によりカバーされ、どの施設がカバーされないかを具体的に示した、この病院施設以外で緊急またはその他の医学的に必要な医療処置を提供しているすべてのプロバイダーの施設別のリストは、本FAPの追補Aにあります。プロバイダーリスト2は四半期毎にレビューされ、必要に応じて更新されます。

III. 概要：

- A. Atlantic Health Systemは、入院および外来の医療サービスを、緊急または医学的に必要な治療を必要とするニュージャージー州の居住者全員に提供しますが、それには、患者さんにそのようなサービス料金の支払い能力があるかどうか、そのような患者さんが本FAPに従って資金援助を受ける資格があるかどうか、その援助の度合いは問われません。
- B. Atlantic Health Systemは、救急科の患者さんが治療を受ける前に料金の支払いを要求したり、救急科で債務徴収活動を行ったり、そのような活動が救急処置の提供に無差別的に干渉するようなその他の場所での債務徴収活動を許可することなど、個人が救急処置を受けることを妨害する行為は試みません。
- C. Atlantic Health SystemのFAP、資金援助申請書、およびわかりやすい言葉を使った要約（「PLS」）はすべて、次のウェブサイトからオンラインで入手できます。 <http://www.atlantichealth.org/financialassistance>
- D. Atlantic Health SystemのFAP、資金援助申請書およびPLSは英語および、英語能力に限りがある人口で、1000人または、各病院施設の主要対象地域によってカバーされるコミュニティの5%のうち、人数の少ない方の人口の一次言語で入手できます。FAP、資金援助申請書およびPLSは本FAPの追補Bに指定された言語で入手できます。FAP、資金援助申請書およびPLSが、翻訳で入手可能な言

語を一次言語としない患者さんに明確に伝達されるよう、私どもは最善を尽くします。

- E. FAP、資金援助申請書およびPLSの印刷された写しは、メールでご要望いただくと無料で提供される他、入院手続き部門、救急科、財務相談室を含む、下記にリストされた病院施設全体の各所で提供されています。資金援助申請書は直接提出するか、郵便、ファックスまたはEメールで送信できます。

財務相談室：

Morristown Medical Center: 100 Madison Avenue, Morristown, New Jersey 07960, Financial Counseling Office, 電話番号 973-971-8964

Overlook Medical Center: 99 Beauvoir Avenue, Summit, New Jersey 07901, Financial Counseling Office, 電話番号 908-522-4689

Chilton Medical Center: 97 West Parkway, Pompton Plains, New Jersey 07444, Financial Counseling Office, 電話番号 973-831-5113

Newton Medical Center: 175 High Street, Newton, New Jersey 07860, Financial Counseling Office, 電話番号 973-579-8407

Hackettstown Medical Center: 651 Willow Grove Street, Hackettstown, New Jersey 07840, Financial Counseling Office, 電話番号 908-850-6902

Atlantic Rehabilitation Institute: 100 Madison Avenue, Morristown, New Jersey 07960, Financial Counseling Office, 電話番号 973-971-8964。

- F. FAP、資金援助申請書またはPLSの印刷されたコピーを入手する上で支援が必要な患者さんや、その他の支援が必要な方は、電話番号1-800-619-4024のカスタマーサービス部門に連絡するか、上記の財務相談室に訪問または連絡してください。
- G. 入院手続き部門や救急科、および患者さんに資金援助の利用可能性についてお知らせする財務相談室を含む、院内の公共の場のサインや表示が目につく場所に掲示されます。
- H. PLSは受け入れ登録手続きの一環として全患者さんに提供されます。

- I. **Atlantic Health System**は、緊急やその他の医学的に必要な医療サービスの費用全額または部分的を支払う能力がない有資格の患者さんに対し資金援助を提供することをお約束します。この慈善目標を達成するため、**Atlantic Health System**は、地域の社会福祉事業や非営利団体との協力を通じて、このFAP、資金援助申請書およびPLSを、サービス提供の対象となるコミュニティで幅広く宣伝します。
- J. 患者さんまたは患者さんの代表者が資金援助を要請できます。患者さんまたは患者さんの代表者は、**Atlantic Health System**の従業員や紹介元の医師、その他の人物により、財務カウンセラーに紹介されることがあります。財務カウンセラーは、利用可能な資金援助プログラムの要件を説明し、患者さんが利用可能な資金援助プログラムに適格かどうかを判断します。資金援助を要請するそれらの患者さんが資金援助の審査を受けるには、**Atlantic Health System**の資金援助申請書に記入し(宣誓ページも含む)、申請書に指定された関係書類を提供する必要があります。英語能力に限りがある個人との効果的なコミュニケーションを可能にするために、必要に応じて翻訳された資料や通訳が利用されます。
- K. 無保険者の患者さんには、退院後の最初の請求金額明細が発行されてから365日以内に、完備した資金援助申請書を提出する必要があります。保険に加入しているあるいは一部保険の患者さんは、退院後の保険業者による処理を反映した最初の請求金額明細が発行されてから365日以内に、完備した資金援助申請書を提出する必要があります。

IV. 資金援助プログラム：

Atlantic Health Systemの患者さんは、下記に説明されたさまざまなプログラムにより無料または割引された診療を受けられる可能性があります。いずれの場合でも、**Atlantic Health System**は、提供されたサービスに対する請求総額から、患者さんまたは患者さんの保険業者によって支払われた額、および政府の償還もしくはそのようなサービスに対する支払いを差し引いた差額に相当する額の資金援助を提供したものとみなされます。**Atlantic Health System**はそのような正味金額を、組織によって提供された資金援助として報告します(資金援助が請求額ではなくコストに基づいて適切に報告される場合は、請求額に対する費用の率を適用することを条件とする)。

A. ニュージャージー州のプログラム：

1. チャリティケア：

このプログラムは、患者さんがメディケイドの受給適格者である場合に州医療プログラムに従って補償される、医学的に必要なサービスに対する急性治療の病院請求額のみを賄うものです。財務相談室は、申請が適格であるかどうかを、完備した当初の申請書が受理されてから10営業日以内に判断します。申請書の記入が不完全である場合 (所得/資産証明内容が不十分であるなど)、承認を取得するのに必要な追加文書の詳細が記載された、書面による却下が発行されます。無保険者の申請者は、最初の退院後の請求金額明細が発行されてから365日以内に、チャリティケアへの再申請を行う必要があります。保険に加入しているまたは一部保険の申請者は、保険業者による処理が反映された退院後最初の請求金額明細が発行されてから365日以内に、必要な書類を添えてチャリティケアに再申請する必要があります。チャリティケアの受給資格がある患者さんは、**追補C**に記載されたガイドラインに従って、無料で診療を受けるか、総治療費の割引を受けることができます。

不適格な申請者は、自身の経済状況に変更があった将来、サービスを受けるために来院した際に再申請することができます。

チャリティケアは、以下に該当するニュージャージー州の居住者が利用できる州のプログラムです。

- a. 健康保険の補償がないか、請求金額の一部しか補償しない保険を持っている。
- b. 民間保険または政府支援型保険 (退職者や障がい者を対象とする社会保障、メディケイドにより補充される低所得者生活補助金、メディケイドなど) の補償に不適格な場合。および
- c. 州によって規定された所得と資産の両方の基準を満たしている。

チャリティケアに適格とみなされるために必要とされる追加の基準：

- a. 患者さんは、**追補C**のガイドラインに従い、(i) 世帯総収入が連邦貧困レベルの200%に満たない患者さんの医療費の100%を補償する、および (ii) 世帯総収入が連邦貧困レベルの200%以上であるものの

300%未満の患者さんの医療費の一部を補償する、チャリティケアプログラムのスクリーニングを受けることになります。

- b. チャリティケアの受給資格の制限は、個人資産の上限が\$7,500、世帯資産の上限は\$15,500となっています。本項では、審査の対象とされるべき家族のメンバーは、N.J.A.C. 10:52-11.8(a)において次のように定義されています。成人の申請者の家族には、申請者、配偶者、申請者が養育している未成年の子ども、および申請者が法的に責任を有する成人が含まれます。未成年者の家族には、両親、親の配偶者、未成年者の姉妹兄弟、および申請者の親が法的に責任を持つ世帯内の成人が含まれます。申請者が、配偶者や親により見捨てられたことを記載した場合、その配偶者や親は家族のメンバーに数えられません。妊娠中の女性は2人家族とみなされます。

病院サービスマニュアルのチャリティケアセクション N.J.A.C. 10:52以降により求められる書類には、以下が含まれます。

- a. 正式な患者さんおよび家族の身分証明書。これには以下のいずれかが含まれます：運転免許証、ソーシャルセキュリティカード、外国人登録カード、出生証明書、給与明細書、パスポート、ビザなど。
- b. サービスを受ける時点でニュージャージー州に居住していることの証明 (注意：特定の状況では、救急処置は、この居住要件に対する例外となります)。これには以下のいずれかが該当します：運転免許証、ソーシャルセキュリティカード、外国人登録カード、出生証明書、給与明細書、パスポート、ビザなど。
- c. 総収入の証明。これには、患者さんの総収入を割り出すために病院により必要とされる詳細情報が含まれます (以下のうちいずれか1つ)：
 - i. サービスを受ける前12ヶ月間の実際総収入。
 - ii. サービスを受ける前3ヶ月間の実際総収入。
 - iii. サービスを受ける前1ヶ月間の実際総収入
- d. サービスを受ける時点での資産の証明。これらは株式、債券、個人積立退職年 (IRA)、預金証書 (CD)、当座預金口座、貯蓄口座、主な住居ではない住居の資産価値など、現金に容易に換金可能なものです。

2. N.J.S.A. 26:2H-12.52の規定による診療費一部免除の資格:

世帯収入が連邦貧困レベルの500%に満たないニュージャージー州居住の無保険患者さんは、FAPのセクションIV.C.に従い、診療費が一部免除される診療を受けることができます。上記のセクションA.1.に規定されたチャリティケアに適用される書類要件は、このセクションの受給資格の決定に適用されますが、本セクションで規定された診療費一部免除の適用を受ける資格には、個人および世帯資産の閾値が適用されないという例外があります。

3. 子ども救済基金プログラムにおける難治性疾患 :

ニュージャージー州の子どもの難治性疾患救済基金プログラムは、難治性疾患を患う子どもの家族に資金援助を提供しています。受給資格、対象となる費用、および資金援助の申請方法は、<http://www.state.nj.us/humanservices/cicrf/home/>に記載されています。

4. ニュージャージー州犯罪被害者補償室 :

ニュージャージー州は、犯罪の被害者に対し損失や、特定の犯罪行為に起因する特定の医療費を含む費用を補償する目的で、新ニュージャージー州犯罪被害者補償室を立ち上げました。受給資格、対象となる費用、および資金援助の申請方法は、<http://www.nj.gov/oag/njvictims/application.html>に記載されています。

B. 自己負担 :

1. ニュージャージー州居住者

チャリティケアまたは連邦または州が資金提供する他のタイプの資金援助プログラムに不適格な無保険の患者さんには、次の形で治療費がかかります。

- i. 入院患者 : 医学的に必要な治療を受けた患者さんには、受けたサービスに対し適切なメディケアDRG率+15%が課せられます。
- ii. 外来患者 : Morristown Medical CenterおよびOverlook Medical Centerで外来サービスを受ける患者さんには、病院の治療費の40%が割引され

ます。 Newton Medical Centerの患者さんは88%の割引、Chilton Medical Centerの外来患者さんは82.4%の割引、Hackettstown Medical Centerの外来患者さんは89%の割引を受けられます。

2. 州外および海外からの患者さん

- a. 入院患者： 医学的に必要な治療を受けた患者さんには、受けたサービスに対し適切なメディケアDRGプラス25%が課せられます。
- b. 外来患者： Morristown Medical CenterおよびOverlook Medical Centerで外来サービスを受ける患者さんには、病院の治療費の40%が割引されます。 Newton Medical Centerの患者さんは88%の割引、Chilton Medical Centerの外来患者さんは82.4%の割引、Hackettstown Medical Centerの外来患者さんは89%の割引を受けられます。

C. 通常請求される額

(チャリティケアを除き) 連邦または州が出資する資金援助プログラムの受給資格がない、世帯総収入が連邦貧困レベルの500%未満のニュージャージー州に居住する無保険の患者さんには、セクションIVの規定に従い、アカウントに割引が適用されます。 資金援助の申請書が提出され、このセクションの規定に基づき患者さんに資金援助の受給資格があることが確認されると、患者さんにはAGBか適切なメディケア率の低い方プラス15%が課せられます。

Atlantic Health Systemではそれぞれの病院施設に対しルックバック方法を採用することになっています。 AGBパーセント値 (病院施設別) は次の通りです：

Morristown Medical Center: 25.5%
Overlook Medical Center: 26.4%
Chilton Medical Center: 19.4%
Newton Medical Center: 13.5%
Hackettstown Medical Center 17.8%

内国歳入法典第501条(r)の規定に従い、各病院施設はルックバック法を使ってそれぞれのAGB率を算出しました。 AGB率は、12ヶ月間に認可されたすべての申請を、それらの申請に関連する総費用で割ることにより算出されました。 すべての病院施設に対し、次の保険者の組み合わせが選択されました：メディケア出来高払い制+すべての民間健康保険者。

AGB率は、暦年の年末から120日以内に毎年1回更新されます。算出されたAGB率に基づく金額が、患者さんの債務よりも少額になった場合、患者さんが支払わなければならない額は、AGBに基づいて計算された額となります。

算出されたAGB率に基づく金額が、患者さんの債務よりも高額になった場合、患者さんが支払わなければならない額は、上述した資金援助プログラムに基づいて計算された額となります。

V. 請求と集金ポリシー

このセクションでは、Atlantic Health Systemの請求と徴収ポリシーおよび手続きを規定するとともに、資金援助の割引が適用された後の請求額の残高を含む医療処置に対する請求書が支払われなかった場合に講じられる措置について説明します。Atlantic Health Systemを代表する取立代行業者や事務代理人に、このFAPの写しが提供されます。

各請求金額明細には、資金援助の利用可能性に関する明確な通知が、患者さんがFAPや資金援助の申請に関する支援についての情報を入手できる特定の病院施設の財務相談室の電話番号と共に記載されています。また、請求金額明細には、FAP、資金援助申請書およびPLSの写しを入手できるウェブサイトのアドレスが記載されています。

- A. 通知期間：Atlantic Health Systemは、患者さんの残高が確認され次第、残高の請求を行います。無保険の患者さんの場合、退院後の最初の請求金額明細が120日の通知期間の開始とみなされ、この期間中は、下記に定義される特殊徴収行為（「ECA」）を患者さんに対して行うことはできません。被保険者または一部保険のある患者さんの場合、保険者による処理が反映された退院後の最初の請求金額明細の発行が120日の通知期間の開始とみなされ、その期間中には患者さんに対してECAを開始することはできません（「120日通知期間」）。
- B. 患者さんが支払いを滞納すると、請求金額明細についての話し合いを申し出る通知が患者さんに送られ、資金援助や、新規または変更された支払計画が必要かどうか判断されます。Atlantic Health Systemは支払計画を要請して設定する患者さんに便宜を図ることができます。
- C. 120日の通知期間が過ぎても支払いが受理されず、患者さんが資金援助の申請をしなかったり代替の支払計画について病院施設の財務相談室やカスタマーサービス部門に相談しなかった場合、その患者さんのアカウントは取立代行業者に引き渡されます。Atlantic Health Systemは、10日以内に支払いがなされなかった場合、患者さんのアカウントが取立代行業者に引き渡される旨を書面で患者さんに

伝えます(「最終通知」)。最終通知では、資金援助の受給資格がある患者さんの場合は資金援助が利用可能であることを患者さんに伝え、この通知には具体的な病院施設の財務相談室の電話番号が記載されます。患者さんは財務相談室で FAP や資金援助の申請手続きについての支援を受けることができます。また、請求金額明細には、FAP、資金援助申請書および PLS の写しを入手できるウェブサイトのアドレスが記載されています。

D. Atlantic Health System は、Atlantic Health System を代行する取立業者や事務代理人(「第三者」)が、債務を滞納している患者さんに対し、120 日間の通知期間の経過後に ECA を開始することを許可することがあります。アカウントが第三者に引き渡されると、第三者は、FAP に従って資金援助を受ける資格が患者さんにあるかどうかを決定するための妥当な努力がなされたことを確認し、ECA に踏み切る前に以下の行動が取られたことを確認します。

1. 患者さんに、以下が記載された書面の通知(「30日書簡」)が発行されたこと : (a) 適格な患者さんに資金援助が利用可能であること、(b) 第三者が治療費の徴収開始を意図していること、ならびに (c) その経過後にそのような ECA を開始できる期日が記載されていること(この期日は通知がなされた日のから30日以内であってはならない)。
2. この30日書簡には、FAP の平易な言語の概要 (PLS) の写しが添付されていたこと、ならびに
3. Atlantic Health System および/または第三者は、患者さんに FAP について、ならびに患者さんが資金援助申請手続きを通じて支援を受ける方法について、口頭で通知する妥当な努力を行ったこと。

E. FAP に基づき、患者さんに資金援助を受給する資格があるかどうかを判断するための妥当な努力がなされたことが確認されると、第三者は患者さんに対し、治療に対する支払いを回収するための次の ECA に着手します :

1. 以下を含むがそれらに限定されない、法的または司法手続きを必要とする行動 :
 - a. I.R.C. Section 501(r) に記載された内容を例外として、患者さんの財産に先取特権を設定する。
 - b. 患者さんの銀行口座を差し押さえる。
 - c. 患者さんに対し民事訴訟を起す。
 - d. 患者さんの給与を差し押さえる。

2. ECAには、人身侵害判決、和解、調停または破産手続きにおいて提出された請求の収入に対する差し押さえは含まれません。
- F. 資金援助のための不備の申請が受領された場合、Atlantic Health Systemは患者さんに対し、FAPの受給資格の決定に必要なとされる追加の情報や書類を説明した書面の通知を行います。Atlantic Health Systemは、資金援助のための不備の申請が提出されたことを第三者に伝え、第三者は30日間にわたり支払いを徴収するためのECAを停止します。
- G. 完備した資金援助の申請が受領された場合、Atlantic Health Systemは以下が行われるよう徹底します：
1. 患者さんに対するECAが中断される。
 2. 受給資格の審査が行われ、速やかに文書に記録される。
 3. Atlantic Health Systemは、審査結果と決定の根拠を患者さんに書面で通知します。
 4. FAPの受給資格がある患者さんの債務額が記載された、更新された請求金額明細が発行される場合（該当する場合）、その額がどのように計算されたか、および適用されるAGBのパーセント値。
 5. FAPの受給資格がある患者さんの債務を超える額が支払われた場合、それは返金されます（該当する場合。また、
 6. 第三者は、判決を無効にしたり取り立てや差し押さえを撤回するなど、債務を徴収するために患者さんに対してとられたFCAを撤回するために、妥当なあらゆる措置を講じます。
- H. いずれかの病院施設が推定に基づく受給資格の決定を行う場合は、以下の条件を満たすことが必要条件となります：
1. FAPの制度下で、患者さんに最も寛大な援助の受給資格があると推定により判断された場合、Atlantic Health Systemは以下を行います：
 - a. 推定によるFAPの受給資格の決定の根拠を患者さんに通知し、より寛大な援助の申請方法を説明する。
 - b. 計算された割引額を徴収するためのECAへの着手を認可する前に、より寛大な援助の申請をするための妥当な期間を患者さんに付与する。
 - c. 完備した資金援助申請書が受領された場合は、患者さんのEAP受給資格ステータスを再決定する。

参照：

内国歳入庁、26 CFR Parts 1、53および602、慈善病院に対する追加要件；慈善病院の地域保健ニーズ評価；セクション4959物品税申告および申告提出の期間の要件；最終規則；N.J.S.A. 26:2H-12.52; N.J.A.C. 10:52

Brian Gagnolati, President/CEO
Atlantic Health System, Inc. 10 / 13ページ

日付

追補A

プロバイダーリスト

Atlantic Health System, Inc. (「Atlantic Health System」) 資金援助ポリシー (「FAP」) は、Atlantic Health Systemの病院、またはAtlantic Health Systemの下部機関であるAHS Hospital Corp.が請求を行うプロバイダーベースの外来診療施設により提供される、緊急その他の医学的に必要な治療に適用されます。

また、FAPは、Practice Associates Medical Group, P.A. d/b/a Atlantic Medical Group (「AMG」) の医師によりAtlantic Health Systemの病院で提供される緊急その他の医学的に必要とされる入院治療にも適用されます。FAPは、AMGの医師により、Atlantic Health Systemの病院以外で提供された治療に対し請求される報酬には適用されません。

ATLANTIC HEALTH SYSTEMの病院および外来診療施設では、あなたの診療に他のプロバイダーが関与することがあります。それらのプロバイダーが上記のリストに指定されていない場合は、それらの医療提供者はATLANTIC HEALTH SYSTEMの資金援助ポリシーに従っていません。あなたには、それらの提供者より別途の請求がなされ、あなたはそれに応じて支払いの手配をする必要があります。

このプロバイダーリストは四半期毎にレビューされ、必要に応じて更新されます。FAPまたはこのプロバイダーリストについて質問がおありの場合は、カスタマーサービス部門 (1-800-619-4024) にお電話でお問い合わせください。11 / 12ページ

追補B

FAP、資金援助申請書およびPLSの翻訳は、英語および次の言語で入手可能です。

アラビア語

アルメニア語

中国語

フレンチクレオール

ギリシャ語

グジャラート語

ヒンディー語

イタリア語

日本語

韓国語

ポーランド語

ポルトガル語

ロシア語

セルビア=クロアチア語

スペイン語

タガログ語

チャリティケアおよび割引チャリティケアの受給資格基準

発効日：2020年3月17日

患者さんは収入と資産の基準の両方を満たしていなければなりません

所得基準

所得基準

以下の場合に患者さんが支払うべき費用の割合
総年間所得が以下の範囲内にある場合

	患者さんの負担は 費用の 0%	患者さんの負担は 費用の 20%	患者さんの負担は 費用の 40%	患者さんの負担は 費用の 60%	患者さんの負担は 費用の 80%	患者さんの負担は 費用の 100%
家族のサイズ	<=200%	>200<=225%	>225<=250%	>250<=275%	>275<=300%	>300%
1	\$25,520 以下	\$25,521 ～ \$28,710	\$28,711 ～ \$31,900	\$31,901 ～ \$35,090	\$35,091 ～ \$38,280	\$38,281 以上
2	\$34,480 以下	\$34,481 ～ \$38,790	\$38,791 ～ \$43,100	\$43,101 ～ \$47,410	\$47,411 ～ \$51,720	\$51,721 以上
3	\$43,440 以下	\$43,441 ～ \$48,870	\$48,871 ～ \$54,300	\$54,301 ～ \$59,730	\$59,731 ～ \$65,160	\$65,161 以上
4	\$52,400 以下	\$52,401 ～ \$58,950	\$58,951 ～ \$65,500	\$65,501 ～ \$72,050	\$72,051 ～ \$78,600	\$78,601 以上
5	\$61,360 以下	\$61,361 ～ \$69,030	\$69,031 ～ \$76,700	\$76,701 ～ \$84,370	\$84,371 ～ \$92,040	\$92,041 以上
6	\$70,320 以下	\$70,321 ～ \$79,110	\$79,111 ～ \$87,900	\$87,901 ～ \$96,690	\$96,691 ～ \$105,480	\$105,481 以上
7	\$79,280 以下	\$79,281 ～ \$89,190	\$89,191 ～ \$99,100	\$99,101 ～ \$109,010	\$109,011 ～ \$118,920	\$118,921 以上
8	\$88,240 以下	\$88,241 ～ \$99,270	\$99,271 ～ \$110,300	\$110,301 ～ \$121,330	\$121,331 ～ \$132,360	\$132,361 以上

8人以上により構成される家族の場合は、追加の各メンバー分として各列の最高額に次の額を加算します。

	\$8,960	\$10,080	\$11,200	\$12,320	\$13,440
--	---------	----------	----------	----------	----------

* 妊娠中の女性は2人の家族メンバーとみなされます。

スライド制で20%から80%に該当する患者さんが、総年間所得の30%を超える額の医療費を自己負担額として賄う責任を負う場合、30%を超える分の額が病院費用に対する資金援助の考慮対象となります(チャリティケア)。

資産基準

個人資産は\$7,500 以下でなければならず、世帯資産は\$15,500 以下でなければなりません。

3 月 17 日