

वित्तीय सहायता और ऋण वसूली नीति

प्रभावी तारीख: 1 जनवरी, 2024

मुद्रित प्रतियाँ केवल संदर्भ के लिए हैं। कृपया नवीनतम संस्करण के लिए इलेक्ट्रॉनिक प्रति देखें।

विनियामक आवश्यकता/संदर्भ:

यह नीति आंतरिक राजस्व संहिता धारा 501(आर) और संबंधित ट्रेजरी विनियमों के अनुपालन में है।

वित्तीय सहायता और ऋण वसूली नीति

California Rehabilitation Institute की नीति जाति, धर्म या भुगतान करने की क्षमता की परवाह किए बिना मरीजों को आवश्यक चिकित्सकीय देखभाल प्रदान करना है। जो मरीज California Rehabilitation Institute में प्रदान की गई सेवाओं के लिए भुगतान करने में सक्षम नहीं हैं, वे वित्तीय सहायता का अनुरोध कर सकते हैं, जो नीचे दिए गए नियमों और शर्तों के अधीन प्रदान की जाएगी।

I. पृष्ठभूमि

- A. California Rehabilitation Institute एक आंतरिक मरीज पुनर्वास अस्पताल है जो आम तौर पर आंतरिक राजस्व संहिता की धारा 501(सी)(3) और राज्य कानून के तहत धर्मार्थ संस्थानों की आवश्यकताओं के अनुरूप संचालित और प्रबंधित किया जाता है।
- B. California Rehabilitation Institute आवश्यक चिकित्सकीय देखभाल प्रदान करने के लिए प्रतिबद्ध है। मरीजों को जाति, धर्म या भुगतान करने की उनकी क्षमता की परवाह किए बिना "आवश्यक चिकित्सकीय देखभाल" प्रदान की जाती है।
- C. वित्तीय सहायता और ऋण वसूली नीति के मुख्य लाभार्थी गैर-बीमाकृत मरीज या उच्च चिकित्सा लागत वाले मरीज हैं जो California Rehabilitation Institute (सुविधा के चारों ओर 50 मील के दायरे में परिभाषित) के सेवा क्षेत्र में रहते हैं, और जिनकी वार्षिक पारिवारिक आय, अमेरिकी स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग द्वारा समय-समय पर प्रकाशित और इस नीति के तहत वित्तीय सहायता के पुरस्कारों के लिए सेवा की तिथि पर प्रभावी, Federal Poverty Income Guidelines (संघीय गरीबी आय दिशानिर्देश, FPG) के 400% से अधिक नहीं होना चाहिए। वित्तीय या व्यक्तिगत परेशानी या विशेष चिकित्सा परिस्थितियों का सामना करने वाले मरीज भी सहायता के लिए पात्र हो सकते हैं। इस नीति के तहत वित्तीय सहायता के लिए पात्र मरीज से ऐसी देखभाल के लिए आम तौर पर बिल की गई राशि (amounts generally billed) से अधिक शुल्क किसी भी परिस्थिति में नहीं लिया जाएगा।

- D. मरीज़ों से अपेक्षा की जाती है कि वे वित्तीय सहायता या भुगतान के अन्य रूपों को प्राप्त करने के लिए California Rehabilitation Institute की प्रक्रियाओं में सहयोग करें, और भुगतान करने की उनकी व्यक्तिगत क्षमता के आधार पर उनकी देखभाल की लागत में योगदान करें।

II. परिभाषाएं

- A. “वार्षिक पारिवारिक आय” जनगणना ब्यूरो की परिभाषा के आधार पर निर्धारित की जाती है, जिसमें संघीय गरीबी दिशानिर्देशों की गणना करते समय निम्नलिखित आय का उपयोग होता है:
- इसमें कमाई, बेरोजगारी मुआवजा, श्रमिकों का मुआवजा, सामाजिक सुरक्षा, पूरक सुरक्षा आय, सार्वजनिक सहायता, दिग्गजों के भुगतान, उत्तरजीवी लाभ, पेंशन या सेवानिवृत्ति आय, ब्याज, लाभांश, किराए, रॉयल्टी, संपत्ति से आय, ट्रस्ट, शैक्षिक सहायता, गुजारा भत्ता बाल सहायता, घर के बाहर से सहायता, और अन्य विविध स्रोत शामिल हैं।
 - गैर-नकद लाभ (जैसे खाद्य टिकट और आवास सब्सिडी) इसमें शामिल नहीं है।
 - आय का निर्धारण कर-पूर्व आधार पर किया जाता है।
 - यदि कोई व्यक्ति अपने सगे परिवार के साथ रहता है, तो “वार्षिक पारिवारिक आय” में परिवार के सभी सदस्यों की आय शामिल होती है।
- B. “आवेदन” का मतलब इस नीति के तहत आवेदन करने की प्रक्रिया है, जिसमें या तो (ए) व्यक्तिगत रूप से, ऑनलाइन, या किसी प्रतिनिधि के साथ फोन पर California Rehabilitation Institute के वित्तीय सहायता आवेदन को पूरा करना, या (बी) मेल द्वारा या आवेदन की पेपर कॉपी को पूरा करके California Rehabilitation Institute को भेजना शामिल है।
- C. “CBO” का मतलब केंद्रीय बिलिंग और संग्रह कार्यालय है।
- D. “परिवार” का मतलब 18 वर्ष और उससे अधिक उम्र के मरीज़ों, उनके पति/पत्नी, घरेलू साथी, जैसा कि परिवार संहिता की धारा 297 में परिभाषित है, और 21 वर्ष से कम उम्र के आश्रित बच्चों, चाहे वे घर पर रह रहे हों या नहीं, से है। 18 वर्ष से कम आयु के मरीज़ों के लिए, परिवार का मतलब माता-पिता, देखभाल करने वाले रिश्तेदार और माता-पिता या देखभाल करने वाले रिश्तेदारों के 21 वर्ष से कम उम्र के अन्य बच्चों से है।
- E. “FPG” का मतलब संघीय गरीबी आय दिशानिर्देश होगा जो अमेरिकी स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग द्वारा समय-समय पर प्रकाशित होते हैं और सेवा की तारीख से प्रभावी होते हैं।
- F. “उच्च चिकित्सा लागत वाले मरीज़” को इस प्रकार परिभाषित किया गया है:
- i. स्व-भुगतान नहीं (तृतीय पक्ष कवरेज है)
 - ii. मरीज़ की पारिवारिक आय Federal Poverty Level (संघीय गरीबी स्तर, FPL) के 400% या उससे कम

iii. पिछले बारह (12) महीनों में अपनी जेब से चिकित्सा व्यय (चाहे किसी भी अस्पताल में या बाहर किया गया हो) मरीज़ की पारिवारिक आय के 10% से अधिक है

- G. “बीमाकृत मरीज़” वे व्यक्ति हैं जिनके पास कोई सरकारी या निजी स्वास्थ्य बीमा है।
- H. “आवश्यक चिकित्सकीय देखभाल” का मतलब उन सेवाओं से होगा जो आम तौर पर सेवा प्रदान करते समय स्वीकृत स्वास्थ्य देखभाल के पेशेवर रूप से मान्यता प्राप्त मानकों के अनुसार शारीरिक या मानसिक स्थितियों के निदान और निवारक, दर्दनाशक, उपचारात्मक या स्वास्थ्यप्रद उपचार प्रदान करने के लिए उचित और आवश्यक हैं, जैसा कि Medicare द्वारा परिभाषित किया गया है। आवश्यक चिकित्सकीय देखभाल में बाह्य मरीज़ द्वारा लिखी गई दवाएँ शामिल नहीं होती हैं।
- I. “नीति” का मतलब वर्तमान में प्रभावी वित्तीय सहायता और ऋण संग्रहण नीति से होगा।
- J. “उचित भुगतान योजना” में मासिक भुगतान शामिल है जो आवश्यक जीवन-यापन के खर्चों के लिए कटौती को छोड़कर, एक महीने के लिए मरीज़ की पारिवारिक आय का 10 प्रतिशत से अधिक नहीं है। “आवश्यक जीवन-यापन के खर्चों” का मतलब है, इस उपखंड के प्रयोजनों के लिए, निम्नलिखित में से किसी के लिए खर्च: किराया या घर का भुगतान और रखरखाव, भोजन और घरेलू आपूर्ति, उपयोगिताएँ और टेलीफोन, कपड़े, चिकित्सा और दंत चिकित्सा भुगतान, बीमा, स्कूल या बच्चे की देखभाल, बच्चे या जीवनसाथी का सहयोग, परिवहन और ऑटो खर्च, जिसमें बीमा, गैस और मरम्मत, किस्त भुगतान, कपड़े धोने और सफाई, और अन्य असाधारण खर्च शामिल हैं।
- K. “गैर-बीमाकृत मरीज़” ऐसे व्यक्ति हैं: (i) जिनके पास सरकारी या निजी स्वास्थ्य बीमा नहीं है; (ii) जिनके बीमा लाभ समाप्त हो गए हैं; या (iii) जिनके बीमा लाभ मरीज़ द्वारा चाही जा रही आवश्यक चिकित्सकीय देखभाल को कवर नहीं करते हैं।
- L. “स्व-भुगतान मरीज़” वे व्यक्ति हैं जिनके पास स्वास्थ्य बीमाकर्ता, स्वास्थ्य देखभाल सेवा योजना, Medicare, या Medicaid से प्राप्त तृतीय-पक्ष कवरेज नहीं है, और जिनकी चोट को श्रमिकों के मुआवजे, ऑटोमोबाइल बीमा, या अस्पताल द्वारा निर्धारित और दस्तावेजित अन्य बीमा के उद्देश्यों के हिसाब से क्षतिपूर्ति योग्य नहीं माना जाता है। स्व-भुगतान वाले मरीज़ों में चैरिटी देखभाल मरीज़ शामिल हो सकते हैं।
- M. “चैरिटी देखभाल मरीज़” - एक चैरिटी देखभाल मरीज़ वित्तीय रूप से योग्य स्व-भुगतान मरीज़ या उच्च चिकित्सा लागत वाला मरीज़ होता है।

III. अन्य नीतियों से संबंध

- A. आपातकालीन चिकित्सा सेवाओं से संबंधित नीति- California Rehabilitation Institute में आपातकालीन सेवाएं प्रदान नहीं की जाती हैं।
- B. प्रिस्क्रिप्शन ड्रग कवरेज - जिन मरीजों को अपनी प्रिस्क्रिप्शन दवाओं की लागत के लिए सहायता की आवश्यकता है, वे दवा कंपनियों द्वारा पेश किए गए मरीज सहायता कार्यक्रमों में से किसी एक के लिए अर्हता प्राप्त कर सकते हैं।

IV. वित्तीय सहायता के लिए पात्रता मानदंड

California Rehabilitation Institute में देखभाल चाहने वाले मरीज जो नीचे दी गई योग्यताओं को पूरा करते हैं, इस नीति के तहत धारा VII में वर्णित सहायता के लिए पात्र हैं।

- A. आय आधारित वित्तीय सहायता -
 1. वे मरीज जो बीमाकृत नहीं हैं और जिनकी वार्षिक पारिवारिक आय FPG के 400% से अधिक नहीं है,
 2. जो मरीज आंतरिक मरीज अस्पताल सेवाओं के लिए आवश्यक चिकित्सकीय देखभाल की मांग कर रहे हैं,
 3. और जो मरीज California Rehabilitation Institute सेवा क्षेत्र (सुविधा के चारों ओर 50-मील के दायरे में परिभाषित) में रहते हैं।
- B. सहायता के लिए अर्हता प्राप्त करने के अतिरिक्त तरीके - एक मरीज जो इस नीति के तहत वित्तीय सहायता के लिए अर्हता प्राप्त नहीं करता है, लेकिन आवश्यक चिकित्सकीय देखभाल की लागत का भुगतान करने में असमर्थ है, वह निम्नलिखित परिस्थितियों में सहायता की मांग कर सकता है:
 1. अपवादी परिस्थितियां - वे मरीज जो बताते हैं कि वे अत्यधिक व्यक्तिगत या वित्तीय परेशानी (एक लाइलाज बीमारी या अन्य भयानक चिकित्सा स्थिति सहित) से गुजर रहे हैं।
 2. विशेष चिकित्सा परिस्थितियां - वे मरीज जो ऐसे उपचार की तलाश कर रहे हैं जो California Rehabilitation Institute के मेडिकल स्टाफ द्वारा प्रदान किया जा सकता है या वे जो देखभाल की निरंतरता के लिए California Rehabilitation Institute द्वारा निरंतर चिकित्सा सेवाओं से लाभान्वित होंगे।

अपवादी परिस्थितियों या विशेष चिकित्सा परिस्थितियों के कारण सहायता के अनुरोधों का मूल्यांकन सीबीओ प्रबंधक द्वारा किए गए निर्णय के साथ मामला-दर-मामला आधार पर किया जाएगा।

- C. Medicaid स्क्रीनिंग - California Rehabilitation Institute में देखभाल चाहने वाले गैर-बीमाकृत मरीजों से एक प्रतिनिधि सम्पर्क कर सकता है ताकि यह निर्धारित किया जा सके कि वे Medicaid या अन्य राज्य स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रमों के लिए अर्हता प्राप्त कर सकते हैं या नहीं। इस नीति के तहत वित्तीय सहायता के लिए पात्र होने के लिए गैर-बीमाकृत मरीजों को Medicaid पात्रता प्रक्रिया में सहयोग करना होगा।

V. आवेदन करने का तरीका

A. आय आधारित वित्तीय सहायता

1. शेड्यूलिंग या बिलिंग प्रक्रिया में किसी भी समय आय-आधारित वित्तीय सहायता चाहने वाला कोई भी मरीज वित्तीय सहायता आवेदन पूरा कर सकता है और उससे पात्रता की तारीख से तुरंत पहले के तीन महीने या बारह महीने की अवधि के लिए वार्षिक पारिवारिक आय की जानकारी प्रदान करने के लिए कहा जाएगा। तृतीय पक्ष आय सत्यापन सेवाओं का उपयोग वार्षिक पारिवारिक आय के साक्ष्य के रूप में किया जा सकता है। वित्तीय सहायता आवेदन हमारे एडमिशन क्षेत्रों में, ऑनलाइन www.californiarehabinstitute.com पर या हमारे एडमिशन सुविधा कार्यालय के प्रतिनिधि से प्राप्त किया जा सकता है।
2. यदि जानकारी के दो स्रोतों के बीच कोई विसंगति है, तो California Rehabilitation Institute का प्रतिनिधि वार्षिक पारिवारिक आय का सत्यापन करने के लिए अतिरिक्त जानकारी देने का अनुरोध कर सकता है।

B. अपवादी परिस्थितियां

California Rehabilitation Institute के कर्मों ऐसे किसी भी मरीज, जिसकी पहचान बकाया रखने या ज्यादा राशि व्यय करने या अत्यधिक व्यक्तिगत या वित्तीय परेशानी की रिपोर्ट करने वाले के रूप में की गई है, के लिए एक आवेदन शुरू करेंगे,। California Rehabilitation Institute के कर्मों मरीज से वित्तीय परिस्थितियों और व्यक्तिगत परेशानियों के बारे में जानकारी एकत्र करेंगे।

C. विशेष चिकित्सा परिस्थितियां

California Rehabilitation Institute के कर्मों शेड्यूलिंग या एडमिशन प्रक्रिया के दौरान संभावित विशेष चिकित्सा परिस्थितियों वाले किसी भी मरीज के लिए एक आवेदन शुरू करेंगे और एक प्रतिनिधि उस चिकित्सक से, जो उपचार या देखभाल कर रहा है या करेगा, से सिफारिश करेगा कि मरीज को ऐसे उपचार की जरूरत है जो केवल California Rehabilitation Institute के चिकित्सा कर्मचारियों द्वारा प्रदान किया जा सकता है, या देखभाल की निरंतरता से California Rehabilitation Institute के निरंतर चिकित्सा सेवाओं से लाभ होगा। विशेष चिकित्सा परिस्थितियों पर निर्णय चिकित्सा निदेशक के निर्देशन में उपचार करने वाले चिकित्सक द्वारा किया जाता है।

D. अपूर्ण या अनुपस्थित आवेदन

मरीज़ों को आवेदन से अनुपस्थित जानकारी के बारे में सूचित किया जाएगा और इसे प्रदान करने का उचित अवसर दिया जाएगा।

VI. पात्रता निर्धारण प्रक्रिया

- A. वित्तीय साक्षात्कार - California Rehabilitation Institute का एक प्रतिनिधि वित्तीय साक्षात्कार के समय-निर्धारण के समय वित्तीय सहायता के लिए सभी गैर-बीमाकृत मरीज़ों से टेलीफोन द्वारा संपर्क करने का प्रयास करेगा। प्रतिनिधि मरीज़ के परिवार का आकार, पारिवारिक आय के स्रोत और किसी भी अन्य वित्तीय या आकस्मिक परिस्थितियों की जानकारी मांगेगा जो इस नीति के तहत आपकी पात्रता की पुष्टि करते हैं, और आवेदन को पूरा करने में सहायता करेगा। नियुक्ति के समय या एडमिशन के समय, मरीज़ों को California Rehabilitation Institute के प्रतिनिधि के पास जाने और आवेदन पर हस्ताक्षर करने के लिए कहा जाएगा।
- B. प्राप्त आवेदन - कोई भी आवेदन, चाहे व्यक्तिगत रूप से पूरा किया गया हो, ऑनलाइन भेजा गया हो, मेल किया गया हो या डाक से भेजा गया हो, मूल्यांकन और प्रसंस्करण के लिए California Rehabilitation Institute के प्रतिनिधि को भेजा जाएगा।
- C. पात्रता का निर्धारण - California Rehabilitation Institute का एक प्रतिनिधि सभी वित्तीय सहायता आवेदनों का मूल्यांकन और प्रसंस्करण करेगा। मरीज़ को पात्रता निर्धारण के पत्र द्वारा सूचित किया जाएगा।
- California Rehabilitation Institute के Medicaid कवरेज और वित्तीय सहायता स्क्रीनिंग प्रक्रिया का अनुपालन ना करने पर मरीज़ वित्तीय सहायता पात्रता से बाहर हो जाएंगे।
 - यदि बाद की जानकारी से पता चलता है कि California Rehabilitation Institute को प्रदान की गई जानकारी गलत थी, तो पहले प्रदान की गई छूट में संशोधन किया जाएगा।

जैसा कि यहां उपयोग किया गया है, “आम तौर पर बिल की गई राशि” (amount generally billed) का मतलब IRC §501(आर)(5) और संयुक्त राज्य अमेरिका के ट्रेजरी विभाग या आंतरिक राजस्व सेवा द्वारा उस शब्द को परिभाषित करने वाले किसी भी नियम या अन्य मार्गदर्शन में निर्धारित है। “आम तौर पर बिल की गई राशि” (amount generally billed) की गणना कैसे की जाती है, इसकी विस्तृत व्याख्या के लिए परिशिष्ट ए देखें। परिशिष्ट ए को सालाना अपडेट किया जाता है और यह हमारे एडमिशन क्षेत्रों में www.californiarehabinstitute.com पर ऑनलाइन भी उपलब्ध है और California Rehabilitation Institute के प्रतिनिधि से अनुरोध करने पर भी मिल जायेगा।

California Rehabilitation Institute ने यदि एक बार यह निर्धारित कर लिया कि एक मरीज़ आय-आधारित वित्तीय सहायता के लिए पात्र है, तो वह निर्धारण पात्रता समीक्षा की तारीख से नब्बे (90) दिनों के लिए वैध होगा। नब्बे (90) दिनों के बाद, मरीज़ अतिरिक्त वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए एक नया आवेदन जमा कर सकता है।

VII. मरीज़ों से ली गई राशि, दायरा और वित्तीय सहायता की अवधि की गणना का आधार

पॉलिसी के तहत आय-आधारित वित्तीय सहायता के पुरस्कार के लिए पात्र मरीज़ों को निम्नलिखित आय मानदंडों के अनुसार सहायता प्राप्त होगी।

बिना किसी तृतीय पक्ष कवरेज वाले मरीज़ के लिए 100% चैरिटी देखभाल छूट की पात्रता

- A. यदि मरीज़ की वार्षिक पारिवारिक आय FPG की 200% तक है, तो आपको मुफ्त देखभाल मिलेगी या प्रदान की गई सेवाओं के लिए मरीज़ की देनदारी को 100% माफ कर दिया जाएगा। चैरिटी देखभाल के लिए मरीज़ की पात्रता निर्धारित करने के मानदंड और प्रक्रिया इस प्रकार हैं:
1. नवीनतम दाखिल किए गए संघीय कर रिटर्न या हालिया पे चेक स्टब्स के साथ मरीज़ की पारिवारिक आय FPL के 200% से अधिक नहीं होने की पुष्टि की जाती है।
 2. पात्रता निर्धारित करने में मौद्रिक संपत्ति (तरल संपत्ति) के पहले \$10,000 को नहीं गिना जाता है।
 3. पात्रता निर्धारित करने में मरीज़ की पहले \$10,000 से ऊपर की मौद्रिक संपत्ति (तरल संपत्ति) का केवल 50% ही गिना जाता है।
 4. सेवानिवृत्ति खाते और Internal Revenue Service (आंतरिक राजस्व सेवा, IRS)-परिभाषित आस्थगित-मुआवजा योजनाएं (योग्य और गैर-योग्य दोनों) को मौद्रिक संपत्ति नहीं माना जाता है और इसे बाहर रखा गया है।
 5. वैधानिक रूप से बहिष्कृत राशि से ऊपर की संपत्ति को स्वीकार्य संपत्ति से अधिक माना जाएगा और इसके परिणामस्वरूप चैरिटी देखभाल छूट का लाभ नहीं मिल सकता है।
 6. बिना किसी तृतीय पक्ष कवरेज वाले उच्च चिकित्सा लागत वाले मरीज़, जिनकी पारिवारिक आय FPL के 200% या उससे कम है, 100% चैरिटी देखभाल के लिए योग्य होंगे।
 7. उच्च चिकित्सा लागत वाले मरीज़ों का पात्रता निर्धारण के लिए मासिक मूल्यांकन किया जाएगा, और उनकी स्थिति चालू माह या सबसे निकटतम सेवा माह के लिए मान्य होगी जो सेवा के बारह महीने की पूर्वव्यापी तिथि से लागू होगी।

बिना किसी तृतीय पक्ष कवरेज वाले मरीज के लिए आंशिक चैरिटी देखभाल छूट की पात्रता

1. यदि मरीज का बीमा नहीं हुआ है, और मरीज की वार्षिक पारिवारिक आय 200% से अधिक है, लेकिन FPG के 400% से कम है, तो पात्र बिल शुल्क का आंशिक राइट-ऑफ मिल सकता है। California Rehabilitation Institute के विवेकानुसार, मरीज विशिष्ट परिस्थितियों, जैसे भयावह बीमारी या चिकित्सीय गरीबी के कारण मामले-दर-मामले आधार पर रियायती दरें प्राप्त करने के पात्र हो सकते हैं।
2. चैरिटी देखभाल छूट का अनुरोध करने वाले सभी मरीजों के लिए मरीज परेशानी डिसक्लोजर पूरा किया जाना चाहिए।
3. मरीज की पारिवारिक आय को सबसे हाल ही में दाखिल किए गए संघीय कर रिटर्न या हाल ही के पे चेक स्टब्स के साथ सत्यापित किया जाएगा।
4. एक बार जब यह निर्धारित हो जाता है कि मरीज की पारिवारिक आय FPL के 201% और 400% के बीच है, तो मौद्रिक संपत्ति (संपत्ति जो आसानी से नकदी में परिवर्तनीय होती है, जैसे बैंक खाते और सार्वजनिक रूप से कारोबार किए गए स्टॉक) को एक चैरिटी देखभाल छूट के लिए पात्रता निर्धारण में माना जाएगा।
5. रियायती भुगतान Medicare या Medi-Cal के उच्चतम स्तर तक सीमित होंगे।

तृतीय पक्ष कवरेज वाले उच्च चिकित्सा लागत वाले मरीजों के लिए आंशिक चैरिटी देखभाल छूट की पात्रता

1. तृतीय पक्ष कवरेज वाले उच्च चिकित्सा लागत वाले मरीज जिनकी पारिवारिक आय FPL के 201% से 400% के बीच है।
2. मरीज को चिकित्सा लागत के भुगतान का प्रमाण देना आवश्यक है। भुगतान का प्रमाण सत्यापित किया जा सकता है।
3. चैरिटी देखभाल छूट का अनुरोध करने वाले सभी मरीजों को मरीज वित्तीय सूचना फॉर्म पूरा करना चाहिए। उच्च चिकित्सा लागत वाले मरीजों का पिछले बारह (12) महीनों की चिकित्सा लागत का सटीक हिसाब लगाने के लिए मासिक मूल्यांकन करने की आवश्यकता होती है।
4. मरीज की पारिवारिक आय FPL के 201% और 400% के बीच है, यह पुष्टि करने के लिए मरीज की पारिवारिक आय को सबसे हाल ही में दाखिल संघीय कर रिटर्न या हालिया पे चेक स्टब्स के साथ सत्यापित किया जाएगा।

5. एक बार जब यह निर्धारित हो जाता है कि आय FPL के 201% और 400% के बीच है, तो चैरिटी देखभाल छूट के निर्धारण में किसी भी संपत्ति पर विचार नहीं किया जाएगा। पात्रता केवल मरीज़ की पारिवारिक आय योग्यता पर आधारित होगी।
6. रियायती भुगतान Medicare या Medi-Cal के उच्चतम स्तर तक सीमित होंगे।
7. California Rehabilitation Institute और मरीज़ द्वारा एक भुगतान योजना पर बातचीत की जाएगी, और इसमें मरीज़ की पारिवारिक आय और आवश्यक जीवन-यापन के खर्चों को ध्यान में रखा जाएगा। यदि California Rehabilitation Institute और मरीज़ भुगतान योजना पर सहमत नहीं हो सकते हैं, तो California Rehabilitation Institute "उचित भुगतान योजना," खंड ॥ (जे) की परिभाषा में वर्णित सूत्र का उपयोग करेगा। मरीज़ों को विस्तारित भुगतान योजना की पेशकश की जा सकती है। विस्तारित भुगतान योजनाएँ ब्याज मुक्त होंगी। मानक भुगतान योजना की अवधि बारह (12) महीने होगी। लंबी भुगतान योजनाएँ अपवाद के आधार पर प्रदान की जा सकती हैं।

VIII. गैर-भुगतान बिलिंग के लिए कार्रवाई से पहले वित्तीय सहायता के लिए पात्रता का निर्धारण

A. और वित्तीय सहायता की पात्रता निर्धारित करने के लिए उचित प्रयास

California Rehabilitation Institute यह निर्धारित करना चाहता है कि कोई मरीज़ एडमिशन या सेवा के समय या उससे पहले इस नीति के तहत सहायता के लिए पात्र है या नहीं। यदि किसी मरीज़ को छुट्टी या सेवा से पहले वित्तीय सहायता के लिए पात्र निर्धारित नहीं किया गया है, तो California Rehabilitation Institute देखभाल के लिए बिल चार्ज करेगा। यदि मरीज़ का बीमा किया गया है, तो California Rehabilitation Institute मरीज़ के बीमाकर्ता को खर्च किए गए शुल्क के लिए रिकॉर्ड के आधार पर बिल चार्ज करेगा। मरीज़ के बीमाकर्ता द्वारा न्यायिक निर्णय लेने पर, किसी भी शेष देनदारी का बिल सीधे मरीज़ को दिया जाएगा। यदि मरीज़ का बीमा नहीं हुआ है, तो California Rehabilitation Institute खर्च किए गए शुल्क के लिए सीधे मरीज़ को बिल चार्ज करेगा। मरीज़ को छुट्टी दिए जाने के बाद शुरू होने वाली 120 दिन की अवधि में मरीज़ के रिकॉर्ड पर दिए गए पते पर अधिकतम चार बिलिंग विवरणों की एक श्रृंखला प्राप्त होगी। केवल बकाया राशि वाले मरीज़ों को ही बिलिंग विवरण प्राप्त होगा। बिलिंग विवरण में, इस नीति का एक सरल भाषा सारांश और वित्तीय सहायता के लिए आवेदन कैसे करें, शामिल होगा। पात्रता निर्धारित करने के उचित प्रयासों में शामिल हैं: एडमिशन के समय मरीज़ को पॉलिसी की अधिसूचना और मरीज़ के बिल के संबंध में मरीज़ के साथ लिखित और मौखिक बातचीत में, किसी भी असाधारण वसूली लेने से कम से कम 30 दिन पहले पॉलिसी और सहायता के लिए आवेदन करने की प्रक्रिया के बारे में टेलीफोन द्वारा व्यक्ति को सूचित करने की प्रयास कार्रवाइयां, और इस नीति के तहत सहायता के लिए किसी भी वित्तीय सहायता आवेदन पर लिखित प्रतिक्रिया बकाया शेष राशि के संबंध में पहले बिलिंग विवरण के 240 दिनों के भीतर प्रस्तुत की जाती है या, यदि बाद में हो, तो वह तारीख जब California

Rehabilitation Institute की ओर से काम करने वाली एक वसूली एजेंसी अस्पताल को बकाया शेष राशि लौटाता है।

B. बकाया शेष राशि के लिए वसूली कार्रवाइयां

यदि कोई मरीज़ अस्पताल की चैरिटी देखभाल नीति के तहत पात्रता के लिए अर्हता प्राप्त करने का प्रयास कर रहा है, और बकाया बिल का भुगतान करने के लिए अच्छा विश्वास स्थापित करने का प्रयास कर रहा है, तो अस्पताल किसी भी वसूली एजेंसी या अन्य सम्पत्ति-भागी को अवैतनिक बिल नहीं भेजेगा, जब तक कि वह इकाई इस नीति को स्वीकार करने के लिए सहमत न हो जाए।

यदि 120 दिन की अवधि के दौरान चार बिलिंग विवरण भेजे जाने के बाद भी किसी मरीज़ के पास बकाया राशि है, तो मरीज़ की शेष राशि California Rehabilitation Institute का प्रतिनिधित्व करने वाली एक वसूली एजेंसी को भेजी जाएगी जो भुगतान का प्रयास करेगी। अस्पताल की सहायता करने वाली एजेंसियों को यह करना चाहिए:

- a. वसूली गतिविधियों के लिए चैरिटी देखभाल आवेदन प्रक्रिया के हिस्से के रूप में प्राप्त जानकारी का उपयोग न करें।
- b. प्रारंभिक बिलिंग के 180 दिनों से पहले किसी भी समय उपभोक्ता क्रेडिट रिपोर्टिंग एजेंसी को प्रतिकूल जानकारी की रिपोर्ट न करें या भुगतान न करने पर मरीज़ के खिलाफ नागरिक कार्रवाई शुरू न करें।
- c. वेज गार्निशमेंट का उपयोग न करें, नोटिस किए गए प्रस्ताव पर अदालत के आदेश के अलावा, प्रस्तावक द्वारा एक घोषणा फ़ाइल द्वारा समर्थित आधार की पहचान करना जिसके लिए उसका मानना है कि मरीज़ के पास वेज गार्निशमेंट के तहत फैसले पर भुगतान करने की क्षमता है, जिसे अदालत फैसले के आकार और मरीज़ की भुगतान करने की क्षमता से संबंधित सुनवाई से पहले या सुनवाई के दौरान मरीज़ द्वारा प्रदान की गई अतिरिक्त जानकारी के आलोक में विचार करेगा, जिसमें मरीज़ की वर्तमान स्थिति और अन्य दायित्वों के आधार पर संभावित भविष्य के चिकित्सा खर्चों के बारे में जानकारी भी शामिल है।
- d. प्राथमिक आवासों पर वारंट जारी न करे।
- e. जैसा कि धारा 11(जे) में परिभाषित किया गया है, उचित भुगतान योजना की परिभाषा और अनुप्रयोग का अनुपालन करें।

California Rehabilitation Institute का प्रतिनिधित्व करने वाली वसूली एजेंसियां उस समय से, जब शेष राशि वसूली एजेंसी को भेजी गई थी, 18 महीने तक वसूली जारी रखने की क्षमता रखती हैं। मरीज़ की बकाया शेष राशि को वसूली एजेंसी को भेजे जाने के बाद भी मरीज़ इस नीति के तहत वित्तीय सहायता के लिए आवेदन कर सकता है। पहले पोस्ट-डिस्चार्ज बिलिंग विवरण से कम से कम 180 दिन बीत जाने के बाद जब किसी मरीज़ के पास बकाया राशि होती है और वह California Rehabilitation Institute या उसकी ओर से काम करने वाली वसूली

एजेंसी से जानकारी या भुगतान के अनुरोधों पर ध्यान नहीं देता है, तब मामले-दर-मामले आधार पर, California Rehabilitation Institute मुकदमे के माध्यम से भुगतान न किए गए शुल्कों की वसूली कर सकता है।

मरीज़ वित्तीय सहायता के लिए योग्य है या नहीं, यह निर्धारित करने से पहले किसी भी मामले में आवश्यक चिकित्सकीय देखभाल में देरी नहीं की जाएगी या मरीज़ को इलाज के लिए मना नहीं किया जाएगा। California Rehabilitation Institute में, एक गैर-बीमाकृत मरीज़ जो नई सेवाओं का लाभ लेना चाहता है और उसे वित्तीय सहायता के लिए पात्र नहीं माना गया है, उससे एक प्रतिनिधि संपर्क करेगा और मरीज़ को पॉलिसी के बारे में बताएगा और अनुरोध किए जाने पर मरीज़ को वित्तीय सहायता के लिए आवेदन शुरू करने में मदद करेगा।

C. ऋण खरीदार को ऋण बिक्री

जैसा कि नागरिक संहिता की धारा 1788.50 में परिभाषित है, अस्पताल किसी ऋण खरीदार को मरीज़ ऋण नहीं बेचेगा, जब तक कि निम्नलिखित सभी लागू न हों:

- a. अस्पताल ने मरीज़ को वित्तीय सहायता के लिए अयोग्य पाया है या मरीज़ ने 180 दिनों तक बिल देने या वित्तीय सहायता की पेशकश करने के प्रयासों का जवाब नहीं दिया है।
- b. अस्पताल में बिक्री समझौते में संविदात्मक भाषा शामिल है जिसमें ऋण खरीदार वापस करने के लिए सहमत होता है, और अस्पताल किसी भी खाते को स्वीकार करने के लिए सहमत होता है, जिसमें तीसरे पक्ष के भुगतानकर्ता की उपलब्धता के कारण शेष राशि गलत निर्धारित की गई है, जिसमें एक स्वास्थ्य योजना या सरकारी स्वास्थ्य कवरेज कार्यक्रम भी शामिल है या मरीज़ चैरिटी देखभाल या वित्तीय सहायता के लिए पात्र है।
- c. मूल अस्पताल या धारा 127444 में वर्णित कर-मुक्त संगठन को छोड़कर, या यदि ऋण खरीदार को बेच दिया जाता है या किसी अन्य इकाई के साथ विलय कर दिया जाता है, तो ऋण खरीदार मरीज़ ऋण को फिर से बेचने या अन्यथा स्थानांतरित नहीं करने के लिए सहमत होता है।
- d. ऋण खरीदार मरीज़ ऋण पर ब्याज या शुल्क नहीं लेने के लिए सहमत है।
- e. ऋण खरीदार को वित्तीय सुरक्षा और नवाचार विभाग द्वारा ऋण संग्रहकर्ता के रूप में लाइसेंस दिया जाता है।

D. समीक्षा एवं अनुमोदन

California Rehabilitation Institute के प्रतिनिधि को समीक्षा करने और यह निर्धारित करने का अधिकार है कि कोई मरीज़ नीति के तहत सहायता के लिए पात्र है, यह मूल्यांकन करने के लिए उचित प्रयास किया गया या नहीं, ताकि बकाया शेष राशि के लिए असाधारण वसूली कार्रवाई शुरू हो सके।

IX. California Rehabilitation Institute की वित्तीय सहायता और ऋण वसूली नीति के तहत कवर नहीं किए गए चिकित्सक

अस्पताल में कुछ सेवाएँ उन चिकित्सकों द्वारा प्रदान की जाती हैं जो Cedars-Sinai Medical Center या UCLA Health द्वारा नियोजित हैं और परिणामस्वरूप, ये सेवाएँ California Rehabilitation Institute की वित्तीय सहायता और ऋण वसूली नीति के अंतर्गत शामिल नहीं हैं। हालाँकि, इन चिकित्सक सेवाओं को Cedars-Sinai Medical Center या UCLA Health वित्तीय सहायता नीतियों द्वारा कवर किया जा सकता है।

California Rehabilitation Institute में काम करने वाले चिकित्सक, जो California Rehabilitation Institute की वित्तीय सहायता और ऋण वसूली नीति के अंतर्गत नहीं आते हैं, उनकी पहचान **परिशिष्ट बी, प्रदाता सूची** में नाम से की जाती है सूची त्रैमासिक रूप से अपडेट की जाती है और हमारे एडमिशन क्षेत्रों में www.californiarehabinstitute.com पर ऑनलाइन भी उपलब्ध है, और California Rehabilitation Institute के प्रतिनिधि से अनुरोध करने पर भी उपलब्ध हो जाएगा।