

គោលការណ៍ ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

AMITA HEALTH

គោលបំណង

គោលបំណងនៃគោលការណ៍នេះគឺដើម្បីកំណត់លក្ខខណ្ឌទាមទារសម្រាប់ការផ្តល់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនៅប្រព័ន្ធ AMITA Health ។

គោលការណ៍

វាជាគោលការណ៍របស់អង្គការដែលបានរាយឈ្មោះនៅខាងក្រោមក្នុងខណ្ឌនេះ (ដោយនិមួយជា "អង្គការ") ដើម្បីធានាឱ្យបាននូវការប្រតិបត្តិយុត្តិធម៌សង្គម និងការថែទាំដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀត នៅកន្លែងរបស់អង្គការនេះ។
គោលការណ៍នេះត្រូវបានរចនាឡើងជាពិសេសដើម្បីដោះស្រាយនូវសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមាន តម្រូវការនៃការផ្តល់ជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុនិងទទួលបានការថែទាំពីអង្គការ។

គោលការណ៍នេះអនុវត្តចំពោះគ្រប់អង្គការដោយតទៅនេះដែលស្ថិតនៅខាងក្នុង AMITA Health ៖

- Alexian Brothers Behavioral Health Hospital
 - Alexian Brothers Medical Center - Elk Grove
 - Holy Family Medical Center – Des Plaines
 - Mercy Medical Center - Aurora
 - Resurrection Medical Center
 - St. Francis Hospital - Evanston
 - Saint Joseph Hospital - Chicago
 - Saint Joseph Hospital - Elgin
 - Saint Joseph Medical Center - Joliet
 - Saints Mary and Elizabeth Medical Center
 - St. Alexius Medical Center - Hoffman Estates
 - St. Mary's Hospital - Kankakee
- ការប្រតិបត្តិរបស់គ្រូពេទ្យជួល

- A. ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុទាំងអស់នឹងឆ្លុះបញ្ចាំងពីការប្តេជ្ញាចិត្តនិងការគោរពរបស់យើងចំពោះសេចក្តីថ្លៃថ្នូររបស់មនុស្សម្នាក់ៗនិងអំពើល្អទូទៅ។
ក្តីកង្វល់ពិសេសរបស់យើងចំពោះសាមគ្គីភាពជាមួយនិងមនុស្សដែលរស់នៅក្នុងភាពក្រីក្រនិងជនងាយរងគ្រោះផ្សេងទៀត និងការប្តេជ្ញាចិត្តរបស់យើងដើម្បីឱ្យមាននូវយុត្តិធម៌នៃការថែទាំកែលម្អនិងភាពម្ចាស់ការ។
- B. គោលការណ៍នេះអនុវត្តចំពោះគ្រប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងការថែទាំដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀតដែលផ្តល់ជូនដោយអង្គការនេះ ដែលរួមមានសេវាកម្មគ្រូពេទ្យជួល និងសុខភាពឥរិយាបថ។
គោលការណ៍នេះមិនអនុវត្តចំពោះការគិតថ្លៃសម្រាប់ការថែទាំ ដែលជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬការថែទាំដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀតនោះទេ។
- C. បញ្ជីអ្នកផ្តល់សេវា ដែលបានរាប់រងដោយគោលការណ៍ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ផ្តល់បញ្ជីនៃអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយដែលផ្តល់ការថែទាំស្ថិតនៅក្នុងកន្លែងរបស់អង្គការ
ដែលកំណត់ថាថា តើអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយគោលការណ៍ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ និងអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រង។

និយមន័យ

និយមន័យសម្រាប់គោលការណ៍នេះ

- A. "501 (r)" មានន័យថាផ្នែកទី 501 (r) នៃក្រមច្បាប់ថវិកាចំណូលផ្ទៃក្នុង និងបទបញ្ញត្តិទានដែលបានប្រកាសឱ្យប្រើប្រាស់នៅក្រោមក្រមច្បាប់នោះ។
- B. "ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានបង់ប្រាក់ជាទូទៅ" ឬ "AGB"
បើពាក់ព័ន្ធនឹងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ឬការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រចាំបាច់នោះ វាមានន័យថាជា
ចំនួនទឹកប្រាក់ទូទៅដែលបានបង់ដល់បុគ្គលដែលមានការធានារ៉ាប់រងគ្របដណ្តប់ការថែទាំបែបនេះ។
- C. "សហគមន៍" មានន័យថាអង្គការ Illinois ។ ដើម្បី "រស់នៅក្នុងសហគមន៍" សម្រាប់គោលបំណងនៃគោលការណ៍នេះ
មានន័យថាមានបំណងជាអ្នករស់នៅរដ្ឋ Illinois ដែលជាបុគ្គលដែលរស់នៅក្នុងរដ្ឋ Illinois
គឺជាបុគ្គលដែលរស់នៅក្នុងរដ្ឋ Illinois និងដែលមានបំណងបន្តរស់នៅក្នុងរដ្ឋ Illinois ដោយគ្មានពេលកំណត់
ឬរ៉ូតូមិនមែនជាអ្នកដែលបានផ្លាស់ទីលំនៅទៅកាន់រដ្ឋ Illinois
សម្រាប់គោលបំណងដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពនោះទេ។
អ្នកជំងឺក៏នឹងត្រូវបានចាត់ទុកថាជាសមាជិកម្នាក់នៃសហគមន៍របស់អង្គការដែរ ប្រសិនបើការសង្គ្រោះបន្ទាន់
និងការថែទាំដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលអ្នកជំងឺរូបនេះត្រូវការ គឺជាការបន្តនៃការសង្គ្រោះបន្ទាន់
និងការថែទាំដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលបានទទួលនៅកន្លែង AMITA Health ផ្សេងទៀតដែលអ្នកជំងឺ
បានមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់
និងការថែទាំដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្របែបនេះ។
- D. "ការថែទាំការសង្គ្រោះបន្ទាន់" មានន័យថាការថែទាំដើម្បីព្យាបាលជំងឺដែលបង្ហាញឱ្យឃើញដោយធាតុសញ្ញាស្រួចស្រាវ
ដែលមានភាពធ្ងន់ធ្ងរគ្រប់គ្រាន់ (ដែលមានការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ)
រហូតដល់ការអវត្តមាននៃការយកចិត្តទុកដាក់ក្នុងការព្យាបាលភ្លាមៗអាចបណ្តាលឱ្យមានការខូចខាតធ្ងន់ធ្ងរទៅកា
ន់មុខងាររាងកាយដំណើរការខុសប្រក្រតីធ្ងន់ធ្ងររបស់សរីរាង្គ ឬផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយ
ឬធ្វើឱ្យសុខភាពរបស់បុគ្គលនេះស្ថិតនៅក្នុងហានិភ័យធ្ងន់ធ្ងរ។
- E. "ការថែទាំដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ" មានន័យថាជាការថែទាំដែល (1) សមរម្យ និងស្របតាម
និងសំខាន់សម្រាប់ការបង្ការទុក ការវិនិច្ឆ័យរោគ ឬការព្យាបាលជំងឺរបស់អ្នកជំងឺ; (2) ការផ្គត់ផ្គង់
ឬកម្រិតសមរម្យនៃសេវាកម្មសម្រាប់ជំងឺរបស់អ្នកជំងឺ ដែលអាចត្រូវបានផ្តល់ជូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាព; (3)
មិនត្រូវបានផ្តល់ជូនជាចម្បងសម្រាប់ភាពងាយស្រួលរបស់អ្នកជំងឺ គ្រួសារគ្រូពេទ្យ
ឬអ្នកមើលថែរបស់អ្នកជំងឺនោះទេ និង (4)
មានលទ្ធភាពខ្ពស់ក្នុងការបណ្តាលឱ្យមានប្រយោជន៍មួយសម្រាប់អ្នកជំងឺជាងគ្រោះថ្នាក់។
ដើម្បីឱ្យការថែទាំតាមការកំណត់ពេលអនាគតជា "ការថែទាំដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ" ការថែទាំ
និងការកំណត់ពេលនៃការថែទាំចាំបាច់ត្រូវមានការយល់ព្រមពីប្រធានមន្ត្រីវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អង្គការ (ឬអ្នកតំណាង)។
ការកំណត់ការថែទាំដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រចាំបាច់ត្រូវបានធ្វើឡើងដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលមាន
អាជ្ញាប័ណ្ណដែលកំពុងផ្តល់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទៅដល់អ្នកជំងឺ និងតាមឆន្ទានុសិទ្ធិរបស់អង្គការ
ដោយគ្រូពេទ្យដែលបញ្ជូនអ្នកជំងឺចូលព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យគ្រូពេទ្យបញ្ជូនបន្ត និង/ឬប្រធានមន្ត្រីវេជ្ជសាស្ត្រ
ឬគ្រូពេទ្យគ្រូពិសិទ្ធិឡើងវិញផ្សេងទៀត (ដែលអាស្រ័យលើប្រភេទនៃការថែទាំដែលបានណែនាំ)។
នៅក្នុងករណីដែលការថែទាំដែលបានស្នើសុំដោយអ្នកជំងឺ
ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគោលការណ៍នេះត្រូវបានកំណត់ថាមិនចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
ដោយគ្រូពេទ្យគ្រូពិសិទ្ធិឡើងវិញ
ហើយការកំណត់នេះចាំបាច់ត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយគ្រូពេទ្យបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ
ឬគ្រូពេទ្យបញ្ជូនបន្ត។
- F. "អង្គការ" មានន័យថាជា AMITA Health និងស្ថាប័ន ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគោលការណ៍ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ
ដូចបានចែងខាងលើនៅក្នុងផ្នែក II ។
- G. "អ្នកជំងឺ" មានន័យថាជាអ្នកដែលទទួលបានការសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងការថែទាំដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៅអង្គការ
និងបុគ្គលដែលទទួលខុសត្រូវខាងហិរញ្ញវត្ថុលើការថែទាំអ្នកជំងឺ។
- H. "ការដាក់ពន្ធដោយការសន្មត់ទុក" មានន័យថាគឺជាការប្រើប្រភពព័ត៌មានរបស់ភាគីទីបី
ដែលអាចរួមបញ្ចូលកំណត់ត្រាសាធារណៈ ឬមធ្យោបាយត្រឹមត្រូវសមហេតុផល
និងសក្យានុម័តផ្សេងទៀតនៃការវាយតម្លៃលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់របស់អ្នកជំងឺសម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។
- I. "អ្នកជំងឺដែលគ្មានការធានារ៉ាប់រង"
មានន័យថាគឺជាអ្នកជំងឺដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រងនៅក្រោមគោលការណ៍របស់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព

និងមិនមែនជាអ្នកទទួលបានផលនៅក្រោមក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជន ឬសាធារណៈ អត្ថប្រយោជន៍សុខភាព
ឬកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលរួមមានគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពកាត់ទុកខ្ពស់
សំណងរបស់បុគ្គលិក ធានារ៉ាប់រងការទទួលខុសត្រូវគ្រោះថ្នាក់ ឬការទទួលខុសត្រូវភាគីទីបីផ្សេងទៀត។

នីតិវិធីដែលបានតម្រូវ

A. ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងផ្នែកនេះត្រូវបានកំណត់ត្រឹមអ្នកជំងឺដែលរស់នៅក្នុងសហគមន៍នេះប៉ុណ្ណោះ៖

- អ្នកជំងឺដែលមានចំណូលតិចជាង ឬស្មើនឹង 250% នៃចំណូលកម្រិតភាពក្រីក្រសហព័ន្ធ ("FPL") និងមានសិទ្ធិទទួលបានការបញ្ចុះតម្លៃ 100% លើចំណែកនៃការគិតថ្លៃ ដែលនៅក្នុងនោះ អ្នកជំងឺទទួលបានបន្ទាប់ពីការបង់ប្រាក់របស់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង បើមាន ប្រសិនបើអ្នកជំងឺបែបនេះត្រូវបានកំណត់ថាមានសិទ្ធិទទួលបាន ដោយអនុលោមតាមការដាក់ពន្ធដោយការសន្មត់ទុកនោះ (ដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងកថាខណ្ឌទី 5 ខាងក្រោម) ឬដាក់ជូនពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ("ពាក្យស្នើសុំ") នៅ ឬនៅមុនថ្ងៃទី 240 បន្ទាប់ពីថ្ងៃចេញវិក្កយបត្រពេញពិមន្ទិរពេទ្យដំបូងរបស់អ្នកជំងឺ និងពាក្យស្នើសុំនេះត្រូវបានយល់ព្រមដោយអង្គការនេះ។ អ្នកជំងឺនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរហូតដល់ 100% ប្រសិនបើអ្នកជំងឺដាក់ជូនពាក្យស្នើសុំនេះ បន្ទាប់ពីថ្ងៃទី 240 បន្ទាប់ពីថ្ងៃចេញវិក្កយបត្រពេញពិមន្ទិរពេទ្យដំបូងរបស់អ្នកជំងឺ ប៉ុន្តែបន្ទាប់មក ចំនួននៃជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដែលមានសម្រាប់អ្នកជំងឺនៅក្នុងប្រភេទនេះត្រូវបានកំណត់ត្រឹមចំនួនទឹកប្រាក់មិនទាន់បានបង់របស់អ្នកជំងឺបន្ទាប់ពីពិចារណាលើការបង់ប្រាក់ណាមួយ ដែលបានធ្វើឡើងនៅលើគណនីរបស់អ្នកជំងឺ។ អ្នកជំងឺមានសិទ្ធិទទួលបានប្រភេទនៃជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនេះ និងមិនត្រូវបានគិតប្រាក់ច្រើនជាងការគិតប្រាក់ AGB ដែលបានគណនានោះទេ។
- ដោយគោរពតាមបទបញ្ញត្តិផ្សេងទៀតរបស់គោលការណ៍ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ អ្នកជំងឺដែលគ្មានការធានារ៉ាប់រងដែលមានចំណូលលើសពី 250% នៃ FPL ប៉ុន្តែមិនលើសពី 600% នៃ FPL នោះ និងទទួលបានការបញ្ចុះតម្លៃតាមកម្រិតប្រែប្រួលលើចំណែកនៃការគិតថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មដែលបានផ្តល់ជូន។ អ្នកជំងឺដែលមានធានារ៉ាប់រង និងមានចំណូលលើសពី 250% នៃ FPL ប៉ុន្តែមិនលើសពី 400% នៃ FPL នោះទេ និងទទួលបានការបញ្ចុះតម្លៃតាមកម្រិតប្រែប្រួលលើចំណែកនៃការគិតថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មដែលបានផ្តល់ជូន ដែលសម្រាប់សេវាកម្មនោះ អ្នកជំងឺត្រូវទទួលបានខុសត្រូវ យោងតាមការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងធានារ៉ាប់រងនេះ។ ការបញ្ចុះតម្លៃបែបនេះនឹងត្រូវបានអនុវត្តបន្ទាប់ពីអ្នកជំងឺដាក់ជូនពាក្យស្នើសុំនៅ ឬនៅមុនថ្ងៃទី 240 បន្ទាប់ពីថ្ងៃចេញវិក្កយបត្រពេញពិមន្ទិរពេទ្យដំបូងរបស់អ្នកជំងឺ និងពាក្យស្នើសុំត្រូវបានយល់ព្រមដោយអង្គការនេះ។ អ្នកជំងឺនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានការបញ្ចុះតម្លៃតាមកម្រិតប្រែប្រួលលើជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺដាក់ជូនពាក្យស្នើសុំ បន្ទាប់ពីថ្ងៃទី 240 បន្ទាប់ពីថ្ងៃចេញវិក្កយបត្រពេញពិមន្ទិរពេទ្យដំបូងរបស់អ្នកជំងឺ ប៉ុន្តែបន្ទាប់មក ចំនួននៃជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដែលមានសម្រាប់អ្នកជំងឺនៅក្នុងប្រភេទនេះត្រូវបានកំណត់ត្រឹមចំនួនទឹកប្រាក់ដែលមិនទាន់ទទួលបានរបស់អ្នកជំងឺ បន្ទាប់ពីពិចារណាលើការបង់ប្រាក់ណាមួយដែលបានធ្វើឡើងនៅលើគណនីរបស់អ្នកជំងឺ។ អ្នកជំងឺមានសិទ្ធិទទួលបានប្រភេទនៃជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនេះ នឹងមិនត្រូវបានគិតប្រាក់ច្រើនជាងការគិតប្រាក់ AGB ដែលបានគណនានោះទេ។

ការបញ្ចុះតម្លៃគឺមានដូចខាងក្រោម៖ (FPL - ចំណូលកម្រិតភាពក្រីក្រសហព័ន្ធ)

កម្រិតប្រែប្រួលសម្រាប់អ្នកជំងឺគ្មាន ធានារ៉ាប់រង	%
0% - 250% FPL	100%
251% - 300% FPL	95%
301% - 400% FPL	90%
401% - 600% FPL	85%

កម្រិតប្រែប្រួលសម្រាប់អ្នកជំងឺមាន ធានារ៉ាប់រង	%
0% - 250% FPL	100%
251% - 300% FPL	95%
301% - 400% FPL	90%

- ដោយគោរពតាមបទបញ្ញត្តិផ្សេងទៀតរបស់គោលការណ៍ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនេះ អ្នកជំងឺដែលមានចំណូលច្រើនជាង 600% (សម្រាប់អ្នកជំងឺគ្មានធានារ៉ាប់រង) និង 400% (សម្រាប់អ្នកជំងឺមានធានារ៉ាប់រង) នៃ FPL អាចមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនៅក្រោម "តែស្តង់ដារ" សម្រាប់ការបញ្ចុះតម្លៃនៃការគិតថ្លៃលើអ្នកជំងឺពីអង្គការ ដោយផ្អែកលើបំណុលរដ្ឋសាស្ត្រសរុបរបស់អ្នកជំងឺ។

អ្នកជំងឺនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ដោយយោងតាមតេស្តចំណូល ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមានបំណុលវេជ្ជសាស្ត្រសរុបច្រើនហួសហេតុពាក់ ដែលរួមមានបំណុលវេជ្ជសាស្ត្រទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលស្ថិតនៅខាងក្នុង AMITA Health និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតណាមួយសម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងការថែទាំដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលស្មើនឹង ឬច្រើនជាងចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នកជំងឺបែបនេះ។ កម្រិតនៃជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដែលបានផ្តល់ជូនស្របតាមតេស្តចំណូល គឺដូចគ្នានឹងកម្រិតដែលបានផ្តល់ទៅឲ្យអ្នកជំងឺដែលមានចំណូល 600% (អ្នកជំងឺគ្មានការធានារ៉ាប់រង) និង 400% (អ្នកជំងឺមានការធានារ៉ាប់រង) នៃ FPL នៅក្រោមកថាខណ្ឌទី 2 ខាងលើ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺបែបនេះដាក់ជូនពាក្យស្នើសុំនៅ ឬនៅមុនថ្ងៃទី 240 បន្ទាប់ពីថ្ងៃចេញវិក្កយបត្រចេញពីមន្ទីរពេទ្យដំបូងរបស់អ្នកជំងឺ និងពាក្យស្នើសុំត្រូវបានយល់ព្រមដោយអង្គការនេះ។ អ្នកជំងឺនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុបញ្ចុះតម្លៃតេស្តចំណូល ប្រសិនបើអ្នកជំងឺបែបនេះដាក់ជូនពាក្យស្នើសុំបន្ទាប់ពីថ្ងៃទី 240 បន្ទាប់ពីថ្ងៃចេញវិក្កយបត្រចេញពីមន្ទីរពេទ្យដំបូងរបស់អ្នកជំងឺ ប៉ុន្តែបន្ទាប់មក ចំនួននៃជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដែលមានសម្រាប់អ្នកជំងឺនៅក្នុងប្រភេទនេះត្រូវបានកំណត់ត្រឹមចំនួនទឹកប្រាក់មិនទាន់ទូទាត់របស់អ្នកជំងឺ ដែលបានធ្វើឡើងនៅលើគណនីរបស់អ្នកជំងឺ។ អ្នកជំងឺមានសិទ្ធិទទួលបានប្រភេទនៃជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនេះ នឹងមិនត្រូវបានគិតប្រាក់ច្រើនជាងការគិតប្រាក់ AGB ដែលបានគណនានោះទេ។ ជាងនេះទៅទៀត សម្រាប់អ្នកជំងឺគ្មានការធានារ៉ាប់រង ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការបញ្ចុះតម្លៃតាមកម្រិតប្រែប្រួលដូចបានចែងនៅក្នុងកថាខណ្ឌទី 2 ការប្រមូលទុកក្នុងរយៈពេល 12 ខែនឹងត្រូវបានកំណត់ត្រឹម 20% នៃចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នកជំងឺ។

4. អ្នកជំងឺអាចមិនមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងកថាខណ្ឌទី 1 ដល់ទី 3 ខាងលើ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺបែបនេះត្រូវបានចាត់ទុកថាមានទ្រព្យសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីបង់ថ្លៃ យោងតាម "តេស្តទ្រព្យសម្បត្តិ" មួយ។ តេស្តទ្រព្យសម្បត្តិរួមមាន ការវាយតម្លៃសំខាន់មួយលើសមត្ថភាពរបស់អ្នកជំងឺក្នុងការបង់ប្រាក់ ដោយផ្អែកលើប្រភេទនៃទ្រព្យសម្បត្តិ ដែលបានវាស់វែងនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំ FAP។ អ្នកជំងឺដែលមានទ្រព្យសម្បត្តិបែបនេះ ដែលលើសពី 600% នៃចំនួន FPL របស់អ្នកជំងឺបែបនេះអាចមិនមានសិទ្ធិដើម្បីទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនោះទេ។

5. លក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុអាចត្រូវបានកំណត់នៅចំណុចមួយនៅក្នុងវេជ្ជប្រាក់ចំណូល និងអាចរួមបញ្ចូលការប្រើប្រាស់ការដាក់ពិន្ទុដោយការសន្មត់ទុកសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានចំនួនទឹកប្រាក់មិនទាន់បង់គ្រប់គ្រាន់ នៅក្នុងរយៈពេល 240 ថ្ងៃដំបូង បន្ទាប់ពីថ្ងៃចេញវិក្កយបត្រចេញពីមន្ទីរពេទ្យដំបូងរបស់អ្នកជំងឺ ដើម្បីកំណត់លក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ថែទាំសប្បុរសធម៌ 100% ទោះបីជាមានការខកខនរបស់អ្នកជំងឺក្នុងការបំពេញពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ("ពាក្យស្នើសុំ FAP") នោះទេ។ ការកំណត់លក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដោយផ្អែកលើការដាក់ពិន្ទុដោយការសន្មត់ទុក គ្រាន់តែអនុវត្តចំពោះវគ្គនៃការថែទាំ ដែលសម្រាប់វគ្គនោះ ការដាក់ពិន្ទុដោយការសន្មត់ទុកត្រូវបានធ្វើឡើង។

អ្នកជំងឺដែលបង្ហាញពីលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យណាមួយដូចតទៅនេះ នឹងត្រូវបានចាត់ទុកថាមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដោយការសន្មត់ទុកសម្រាប់ការថែទាំសប្បុរសធម៌ 100% ៖ អ្នកគ្មានផ្ទះសំបែង អ្នកស្លាប់ដោយគ្មានទ្រព្យសម្បត្តិ ជនពិការភាពខ្សែក្បាលដែលគ្មានអ្នកណាម្នាក់មកតាងនាមឲ្យខ្លួន ការមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medicaid ប៉ុន្តែមិនមែននៅថ្ងៃចាប់ផ្តើមសេវាកម្ម ឬសម្រាប់សេវាកម្មដែលគ្មានធានារ៉ាប់រង ការចុះឈ្មោះចូលរួមក្នុង Medicaid នៅរដ្ឋផ្សេង ដែលអង្គការមិនស្ថិតនៅ ហើយមិនមានបំណងក្លាយជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួម និងការចូលរួមរបស់ Medicaid ប៉ុន្តែបានផុតកំណត់នៃរយៈពេលកំណត់សម្រាប់ការស្នាក់នៅ។

ប្រភេទមាន អាណត្តិបន្ថែមរួមមានការចុះឈ្មោះចូលរួមនៅក្នុងកម្មវិធីដូចតទៅនេះ៖ ស្ត្រី, កម្មវិធីអាហារបំប៉នទារក និងកុមារ (WIC); កម្មវិធីជំនួយអាហារបំប៉នបន្ថែម (SNAP); កម្មវិធីអាហារពេលព្រឹក និងថ្ងៃត្រង់ឥតគិតថ្លៃរដ្ឋ Illinois; កម្មវិធីជំនួយថាមពលផ្ទះមានចំណូលទាប (LIHEAP); ការចុះឈ្មោះចូលរួមក្នុងកម្មវិធីតាមសហគមន៍ដែលមានការរៀបចំ ដែលផ្តល់សិទ្ធិទទួលបានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលវាយតម្លៃ និងផ្តល់ឯកសារបញ្ជាក់ពីស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុចំណូលទាបទុកជាលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ និងការទទួលបានជំនួយឥតសំណងសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ។

6. សម្រាប់អ្នកជំងឺ ដែលចូលរួមក្នុងគម្រោងធានារ៉ាប់រងជាក់លាក់ណាមួយ ដែលចាត់ទុកអង្គការនេះថា "នៅក្រៅបណ្តាញ" អង្គការនេះអាចកាត់បន្ថយ ឬបដិសេធជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ដែលនឹងមានសម្រាប់អ្នកជំងឺតាមរបៀបណាមួយ

ដោយផ្អែកលើការពិនិត្យមើលព័ត៌មានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកជំងឺ និងព័ត៌មានពិតប្រាកដ និងកាលៈទេសៈពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត។

7. អ្នកជំងឺអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ប្រឆាំងនឹងការបដិសេធលើលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ដោយការផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមទៅកាន់អង្គការនេះនៅក្នុងរយៈពេលដប់បួន (14) ថ្ងៃប្រតិទិនចាប់ពីថ្ងៃទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងពីការបដិសេធនេះ។
បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទាំងអស់នឹងត្រូវបានពិនិត្យឡើងវិញដោយអង្គការចំពោះការសម្រេចចិត្តចុងក្រោយ។ ប្រសិនបើការសម្រេចចិត្តចុងក្រោយបញ្ជាក់ពីការបដិសេធជំនួយហិរញ្ញវត្ថុពីមុននោះ ការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនឹងត្រូវបញ្ជូនទៅអ្នកជំងឺ។ ដំណើរការសម្រាប់អ្នកជំងឺ និងគ្រួសារដើម្បីប្តឹងឧទ្ធរណ៍ប្រឆាំងនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់អង្គការ ទាក់ទងនឹងលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុគឺមានដូចតទៅនេះ៖

- a. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវត្រូវបានទទួលដំបូងគេដោយសេវាកម្មហិរញ្ញវត្ថុអ្នកជំងឺ សម្រាប់ការពិនិត្យមើល និងសំណួរតាមដានបន្ត បើមាន។
- b. គណៈកម្មាធិការបន្ទាប់មកនឹងជួបប្រជុំជាមួយរាល់ខែដើម្បីពិនិត្យមើលគ្រប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទាំងអស់។ សមាជិកភាពគណៈកម្មាធិការត្រូវមានអ្នកតំណាងពីសេវាកម្មហិរញ្ញវត្ថុអ្នកជំងឺ សមាហរណកម្មបេសកកម្ម (Mission Integration) សេវាកម្មសង្គម/គ្រប់គ្រងករណី និងហិរញ្ញវត្ថុ/CFO ។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នឹងត្រូវបានចែកចាយទៅកាន់សមាជិកគណៈកម្មាធិការ នៅមុនកិច្ចប្រជុំប្រចាំខែសម្រាប់ការពិនិត្យមើល។
- c. អ្នកតំណាងសេវាកម្មហិរញ្ញវត្ថុអ្នកជំងឺគួរមានវត្តមាននៅកិច្ចប្រជុំគណៈកម្មាធិការនេះ ដើម្បីពិភាក្សាពីករណីនីមួយៗ និងផ្តល់មតិចូលរួមបន្ថែម ដែលអ្នកជំងឺអាចបានផ្តល់ជូន។
- d. គណៈកម្មាធិការនេះនឹងពិនិត្យមើលពាក្យស្នើសុំ FAP របស់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំដោយមានការយកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេសទៅកាន់ព័ត៌មាន និងមតិចូលរួមបន្ថែម ដែលបានធ្វើឡើងដោយអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំនៅក្នុងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នេះ។
- e. គណៈកម្មាធិការនេះអាចយល់ព្រមមិនយល់ព្រម ឬលើកយកបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នេះមកពិភាក្សានៅក្នុងកិច្ចប្រជុំ។ គណៈកម្មាធិការអាចលើកយកបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ណាមួយមកពិភាក្សាក្នុងកិច្ចប្រជុំ ប្រសិនបើព័ត៌មានបន្ថែមត្រូវបានតម្រូវ ដោយផ្អែកលើសំណួរ ដែលបានសួរនៅអំឡុងការពិភាក្សាពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នេះ។
- f. សេវាកម្មហិរញ្ញវត្ថុអ្នកជំងឺនឹងទាក់ទងប្រាប់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីលទ្ធផលនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នេះទៅកាន់ អ្នកជំងឺ ឬសមាជិកគ្រួសារ។

B. ជំនួយផ្សេងទៀតសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

អ្នកជំងឺដែលមិនមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដូចដែលបានរៀបរាប់ខាងលើនៅតែអាចមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ប្រភេទផ្សេងទៀតនៃការផ្តល់ជំនួយដែលបានផ្តល់ដោយអង្គការ។ ដើម្បីជាប្រយោជន៍ដល់ភាពពេញលេញ ប្រភេទនៃជំនួយទាំងនេះផ្សេងទៀតត្រូវបានរាយនាមនៅទីនេះ ទោះបីជាពួកវាមិនផ្អែកលើតម្រូវការ និងមិនមានបំណងគោរពតាម 501(r) ប៉ុន្តែត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅទីនេះសម្រាប់ភាពងាយស្រួលរបស់សហគមន៍ ដែលបានបម្រើដោយអង្គការនេះ។

- 1. អ្នកជំងឺគ្មានការធានារ៉ាប់រងដែលមិនមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនឹងត្រូវបានផ្តល់ការបញ្ជូនតម្លៃដោយផ្អែកលើការបញ្ជូនតម្លៃដែលបានផ្តល់ទៅឱ្យអ្នកទូទាត់ប្រាក់ខ្ពស់បំផុតសម្រាប់អង្គការនោះ។ អ្នកបង់ប្រាក់ដែលបង់ប្រាក់ខ្ពស់ជាងគេត្រូវតែបង្កើតឱ្យបានយ៉ាងតិច 3% នៃចំនួនសមាជិករបស់អង្គការ ដូចដែលបានវាស់វែងដោយចំនួន ឬប្រាក់ចំណូលដុល្លារអ្នកជំងឺ។ ប្រសិនបើអ្នកបង់ប្រាក់តែម្នាក់មិនមានកម្រិតអប្បបរមានៃទំហំនេះនោះទេ កិច្ចសន្យាអ្នកបង់ប្រាក់ច្រើនជាងម្នាក់ គួរតែយកមកធ្វើជាមធ្យមភាគសម្រាប់លក្ខខណ្ឌបង់ប្រាក់បែបនេះ ដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់រកមធ្យមភាគឱ្យបានយ៉ាងហោចណាស់ 3% នៃទំហំមុខជំនួញរបស់អង្គការសម្រាប់ឆ្នាំនោះ។
- 2. អ្នកជំងឺគ្មានធានារ៉ាប់រង និងមានធានារ៉ាប់រងដែលមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុអាចទទួលបានការបញ្ជូនតម្លៃការបង់ប្រាក់ភ្លាមៗមួយបាន។

ការបញ្ជូនតម្លៃការបង់ប្រាក់ភ្លាមៗអាចត្រូវបានផ្តល់ជូនបន្ថែមទៅនឹងការបញ្ជូនតម្លៃសម្រាប់អ្នកគ្មានធានារ៉ាប់រង ដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងកថាខណ្ឌមុននេះ។

C. ផែនការណែនាំលើតម្លៃចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

1. អ្នកជំងឺដែលមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនឹងមិនត្រូវគិតប្រាក់ជាលក្ខណៈបុគ្គលច្រើនជាង AGB សម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់និងការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រចាំបាច់ដទៃទៀត និងមិនច្រើនជាងការគិតតម្លៃសរុបសម្រាប់ថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀតឡើយ។ អង្គការគណនាភាគរយ AGB មួយឬច្រើនជាងនេះដោយប្រើវិធីសាស្ត្រ "មើលថយក្រោយ" និងថ្លៃមួយសម្រាប់សេវាកម្មមួយ Medicare និងគ្រប់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពទាំងអស់ដែលបង់សំណងទៅកាន់អង្គការនេះ ដែលសុទ្ធត្រូវគោរពតាម 501(r)។

2. សំណើគិតតម្លៃមួយនៃការពិពណ៌នាលើការគណនា និងភាគរយ AGB អាចទទួលបាននៅលើគេហទំព័ររបស់អង្គការ ដោយហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 888-693-2252 តាមអ៊ីមែលដែលមានអាសយដ្ឋាន amitafinancialassistance@amitahealth.org, ឬជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនៅ៖

AMITA Health PFS
ជូនដំពោះ៖ Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

D. ការដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនិងជំនួយផ្សេងទៀត

អ្នកជំងឺម្នាក់អាចមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុតាមរយៈការផ្តល់ពិន្ទុសន្តតឬតាមរយៈដោយការដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដោយដាក់ពាក្យបំពេញស្នើសុំ FAP ដែលបានបំពេញរួច។ ពាក្យស្នើសុំ FAP និងការណែនាំពីការស្នើសុំ FAP មាននៅលើគេហទំព័ររបស់អង្គការនេះ ឬដោយការហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 888-693-2252 តាមអ៊ីមែលដែលមានអាសយដ្ឋាន amitafinancialassistance@amitahealth.org, ឬជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនៅ៖

AMITA Health PFS
ជូនដំពោះ៖ Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

អង្គការនេះនឹងតម្រូវឱ្យអ្នកគ្មានធានារ៉ាប់រងធ្វើការជាមួយនឹងអ្នកប្រឹក្សាយោបល់ហិរញ្ញវត្ថុដើម្បីដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធី Medicaid ឬកម្មវិធីជំនួយសាធារណៈផ្សេងទៀត ដែលអ្នកជំងឺត្រូវបានចាត់ទុកថាអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ (លើកលែងតែបើមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ និងត្រូវបានយល់ព្រមហើយ តាមការដាក់ពិន្ទុដោយការសន្មត់ទុក)។ អ្នកជំងឺអាចត្រូវបានបដិសេធពីការទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុបាន ប្រសិនបើអ្នកជំងឺផ្តល់ព័ត៌មានក្លែងក្លាយស្តីពីពាក្យស្នើសុំ FAP ឬទាក់ទងនឹងដំណើរការលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ដាក់ពិន្ទុដោយការសន្មត់ទុក ប្រសិនបើអ្នកជំងឺបដិសេធកំណត់ប្រាក់សំណងធានារ៉ាប់រងដែលទទួលបាន ឬសិទ្ធិឱ្យគេបង់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់ដោយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ដែលអាចមានកាតព្វកិច្ចបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំដែលបានផ្តល់ជូន ឬប្រសិនបើអ្នកជំងឺបដិសេធការធ្វើការជាមួយអ្នកប្រឹក្សាយោបល់ហិរញ្ញវត្ថុ ដើម្បីដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធី Medicaid ឬកម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុសាធារណៈផ្សេងទៀត ដែលអ្នកជំងឺត្រូវបានចាត់ទុកថាអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់បាន ដើម្បីមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ (លើកលែងតែប្រសិនបើមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឬត្រូវបានយល់ព្រមហើយ តាមរយៈការដាក់ពិន្ទុដោយការសន្មត់ទុក)។ អង្គការអាចចាត់ទុកថាពាក្យស្នើសុំ FAP មានលក្ខណៈពេញលេញរយៈពេលតិចជាង 6 ខែ នៅមុនកាលបរិច្ឆេទលើការកំណត់ពិលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ណាមួយនៅក្នុងការធ្វើការកំណត់ស្តីពីលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់វគ្គថ្មីនៃការថែទាំ។ អង្គការនេះនឹងចាត់ទុកថាពាក្យស្នើសុំ FAP មានលក្ខណៈពេញលេញរយៈពេលជាង 6 ខែ នៅមុនកាលបរិច្ឆេទលើការកំណត់ពិលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ណាមួយ។

E. វិក័យប័ត្រនិងការប្រមូល

សកម្មភាពដែលអង្គការអាចប្រើនៅពេលមិនបានបង់ប្រាក់
ត្រូវបានរៀបរាប់នៅក្នុងគោលការណ៍វិក័យប័ត្រនិងការប្រមូលមួយដាច់ដោយឡែកមួយទៀត។
សំណៅឥតគិតថ្លៃនៃគោលការណ៍ប្រមូលទុក
និងការចេញវិក្កយបត្រអាចទទួលបាននៅលើគេហទំព័ររបស់អង្គការនេះ ឬដោយការហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 888-
693-2252 តាមអ៊ីមែលដែលមានអាសយដ្ឋាន amitafinancialassistance@amitahealth.org, ឬជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនៅ៖

AMITA Health PFS
ជូនជំពោះ៖ Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

F. ការបកស្រាយ

គោលការណ៍នេះរួមជាមួយនឹងគ្រប់នីតិវិធីដែលពាក់ព័ន្ធ គឺសម្រាប់អនុលោមតាមហើយនិងត្រូវបានបកស្រាយ
និងអនុវត្ត ដោយយោងទៅតាម 501(r) លើកលែងតែប្រសិនបើមានការបង្ហាញជាក់លាក់ណាមួយ។

ឯកសារយោង

- a. គោលការណ៍រដ្ឋបាលរបស់Ascension #600– ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់អ្នកកំពុងខ្វះខាត
- b. ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ
- c. ការសង្ខេបជាភាសាសាមញ្ញនៃគោលការណ៍ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ
- d. បញ្ជីនៃអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រង និងមិនមានការធានារ៉ាប់រង នៅក្រោមគោលការណ៍ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ
- e. ចំនួនដែលជាទូទៅត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រ