政策
资助资格政策

本政策适用于 Corewell Health 的如下场所：

Beaumont Corporate Shared Services, Beaumont Dearborn, Beaumont Farmington Hills, Beaumont Grosse Pointe, Beaumont Medical Group, Beaumont Pharmacy Solutions, Beaumont Royal Oak, Beaumont Taylor, Beaumont Trenton, Beaumont Troy, Beaumont Wayne, Post Acute Care (Beaumont) Corewell Health, Big Rapids (Mecosta County Medical Center), Continuing Care, Corporate, Gerber Memorial (Newaygo County General Hospital Association), Ludington (Memorial Medical Center of West Michigan), Outpatient/Physician Practices, Pennock (Pennock Hospital), Reed City (Reed City Hospital Corporation), SH GR Hospitals (Spectrum Health Hospitals), SHMG, Spectrum Health Lakeland (Lakeland Community Hospital Watervliet; Lakeland Hospitals at Niles and St. Joseph Inc.), United/Kelsey (Spectrum Health United; Spectrum Health Kelsey Hospital), Zeeland (Zeeland Community Hospital)

适用限制：	不适用
参考号：	2983
版本号：	10
生效日期：	11/01/2022
功能领域：	财务、收支周期
部门领域：	财务、Patient Access（患者便捷服务）

无歧视通知：Corewell Health及其全部附属机构所采取的政策是向所有人提供优质的医疗保健服务。Corewell Health不会因种族、肤色、民族、国籍、性别、宗教、年龄、残疾、政治信仰、性取向、婚姻或家庭状况而歧视任何人。是否收治患者的决定仅取决于患者的医疗需求及医疗机构提供所需医学护理和治疗的能力。Corewell Health不会因种族渊源、肤色、性别、血统、民族、宗教、残疾、年龄、HIV状况、退伍军人或兵役状况、服务费用缴费来源或联邦、州或地方法律所禁止的任何其他原因而拒绝收治患者。Corewell Health将以符合患者性别认同的方式对待患者。此外，经国家医疗服务队（“NHSC”）及密歇根州贷款偿还计划（“MSLRP”）批准的场所在向个人提供服务时，不会因个人的缴费能力（无论是否通过医疗保险制度（Medicare）、医疗补助计划（Medicaid）或儿童健康保险计划（CHIP）缴纳服务费用）而歧视个人（且不会根据个人的缴费能力认定其参与计划的资格），也不会因种族、肤色、性别、民族、残疾、宗教、年龄、性取向或性别认同而歧视个人。
详情请参见“患者的权利与责任”（Legacy Beaumont Health）、“患者的权利与责任”（Legacy Spectrum Health Lakeland）或“患者的权利与责任”（Legacy Spectrum Health West Michigan）政策。

浮动制费用折扣计划政策仅适用于经NHSC及MSLRP批准的场所，详见附件B。

请参见附件C，了解完整的无歧视通知及可获得的语言帮助。

1. 目的

对有资格获得Corewell Health经济资助的患者进行合理认定流程的概述。向患者及公众传达获取经济资助的信息，确保资助申请所适用的指南一致，无论提供患者服务的Corewell Health机构所在何处。

本政策旨在满足颁布的《1986年国内税收法典》（以修订版为准）第501条第（r）款所述要求，该法典对医院提出了有关经济资助、费用限制、计费及收款活动等方面的要求。无法向Corewell Health机构缴纳服务费用的患者可以根据本政策的条款及细则申请并获得资助。

本政策还旨在遵守Medicare的某些成本报告规则。

2. 责任

本Corewell Health资助资格政策（“政策”）将由适当指定的Corewell Health人员负责管理，如支持财务援助资格部门流程和教育中所述。

3. 政策内容

如患者/或担保人符合下文第6.6条所列经济困难指南所述资格并配合Corewell Health管理其资助资格部门流程的，Corewell Health将免除患者因紧急或必要医疗所产生的经济负担。在免除任何费用之前，必须本着诚信的原则对患者的经济需求作出认定。

4. 准则

治疗将基于紧急或必要医疗需求，而非经济能力。是否提供资助的决定取决于可证实的经济需求，如有可能，将在患者/担保人的配合下批准资助。无论主要缴费人是谁，所有申请资助的患者/担保人均需办理相同的资助手续。

必要医疗是指在考虑最适当的医疗程度的情况下，为确定或治疗已确诊或合理怀疑有医疗必要的疾病或损伤所需要的服务。最适合提供医疗保健服务的环境可能是家里、医师诊所、门诊设施或长期护理、康复或医院病床，具体取决于患者的医疗状况。服务必须符合如下标准，才能视为具有医学必要：

- 是治疗某一疾病或损伤所必要的；
- 与患者病情的诊断及治疗相符；
- 符合良好医疗实践标准；
- 不是为了患者或患者医生的便利而提供的；并且
- 达到根据患者医疗状况而非患者经济状况或家庭情况确定的最适合患者的医疗程度。

紧急医疗应视为具有“医学必要”。

5. 紧急医疗政策

Corewell Health将无歧视地为个人提供紧急医疗的护理，无论其缴费能力如何或是否符合资助资格。导致患者需要紧急医疗护理的原因可能是伴随急性症状的突发健康状况，如未立即就医的，极有可能严重危及患者健康，从而导致其任何身体器官或部位的功能严重紊乱。Corewell Health不会作出妨碍个人寻求紧急医疗的行为，为此，在提供紧急医疗时，会避免患者受到催收或要求其在治疗前预付服务费用的干扰，详情请参见“紧急医疗与积极劳动法”（EMTALA）（Legacy Beaumont Health）政策或“紧急医疗状况/治疗/转院政策”（“紧急医疗与积极劳动法”-EMTALA）（Legacy Spectrum Health）政策。

6. 政策

6.1. 居住期要求

为维护我们改善健康、灌输人性并唤起希望的使命，Corewell Health在考虑是否提供资助时，将仅限于那些已证明在Michigan或在医院的社区健康需求评估中被纳入其服务区域的“社区”至少居住了6个月的患者。如患者需要紧急医疗或寻求在其他医疗保健机构服务区域内所无法获得必要医疗的，可予以例外处理。

6.2. 概述

6.2.1. 在申请资助之前，患者/担保人及Corewell Health将寻求一切合理的第三方缴费方式，详见第6.3条。

6.2.2. Corewell Health的政策是要求在提供服务之前或首次出示账单时，针对非紧急或非必要的医疗（包括但不限于实验性/调研性研究、选择性美容服务及肥胖症治疗手术）制定缴费解决方案，已作出其他缴费安排并获得批准的情况除外。Corewell Health还要求针对未经授权或不属于保险范围的非紧急医疗制定缴费解决方案。

6.2.3. 如患者/担保人认为其无经济能力缴费，或被Corewell Health认定可能无经济能力缴费的，将被转介到Corewell Health适当指定人员进行评估（如适用）。届时，Corewell Health人员可启动资助申请流程，确定患者/担保人是否确实无能力缴费。Corewell Health人员可要求患者/担保人填写资助申请表，还可获取患者/担保人的信用报告，以证明申请表中所提供的信息，但不会仅依赖信用报告来认定资助资格。如推定患者/担保人符合资助资格且随后得到证实的，可根据Corewell Health的政策及程序规定，免予办理资助申请的部分或全部流程。在进行推定资格筛查的过程中，Corewell Health可利用第三方开发的计算模型估计患者的家庭收入，该模型将利用信用报告信息、自我报告数据、营销数据来源及患者所报住址附近居民的平均收入进行计算。推定资格的其他例子包括无家可归的人或无遗产的死者。

6.2.4. 如因资助申请流程而未达到资助标准的，将建议患者/担保人根据“计费与收款政策”（Legacy Beaumont Health）或“患者应付余额的计费与收款政策”（Legacy Spectrum Health）及适用的程序安排缴费，在该等政策及程序项下，患者/担保人可能有资格获得折扣和/或选择其他缴费选项，例如立即缴费折扣、缴费方案等。

6.2.5. 如可能适用经济困难指南的，可要求患者/担保人提供申请表中所列证明文件并对申请作出相应处理。

6.2.6. 将在患者的账户中记录认定结果。Corewell Health将作出合理努力，以书面形式告知患者/担保人认定结果（包括（如适用）个人有资格获得的资助）及原因。

6.2.7. 在申请中所提交的一切适用的证明文件将根据“文件保留政策及程序”（Legacy Beaumont Health）或“记录的管理、保留及销毁政策”（Legacy Spectrum Health）规定予以保留。

6.3. 第三方缴费来源

在申请资助之前，患者/担保人及Corewell Health将寻求一切合理的第三方缴费方式，包括但不限于Medicaid及注册Health Insurance Marketplace（健康保险市场）。

Corewell Health保留调查、核实、询问并要求其转让的权利：

- 从任何第三方保险来源获得的所有救济金；
- 从患者/担保人可能符合资格的国家或联邦资助计划中获得的所有救济金；
- 从任何慈善组织获得的所有救济金；和/或
- 未决诉讼。

经济资助是解决账款的最后手段。因此，在申请资助之前，患者/担保人必须履行上述任一项适用计划所规定的一切责任或利用可用的个人资源。患者/担保人如未能按要求提供信息或参加上述任一项计划的，可能导致其资助申请被驳回。

6.4. 资助可用性

Corewell Health 已采取措施，向患者及公众进行有关获取经济资助的广泛宣传。宣传方式包括但不限于在各医院急诊科、挂号处及其他公共场所设立广告牌以及在 Corewell Health 网站（如第6.5 条所述）发布信息。此外，Corewell Health 还会在患者办理入院和/或出院手续时，提供有关其资助资格政策的通俗易懂的概要，并协助个人完成申请手续的办理。

患者将在出院后首个账单开具之日起至少 120 天内获知资助资格政策。在出院后首个账单开具之日起至少 240 天内（“申请期”），患者余额均有资格接受资助评估。如 Corewell Health 在申请期内收到资助申请的，无论申请是否完整，都将暂停对其的所有收款工作，直至资助资格认定结束。

在 Corewell Health 中，向患者提供服务的某些机构可能并未采用 Corewell Health 的资助资格政策及流程。如需了解该等机构的列表，请参见附件 A（最新版），该文件将根据信息的更新随时变化。

6.5. 资助认定及申请流程

资助资格流程的目标是确定患者/担保人的缴费能力。

Corewell Health 的所有机构均可提供资助资格政策免费复印件以及现行资助申请表和有关本政策的通俗易懂的概要。免费复印件还可通过如下方式获取：

- 对于 Legacy Beaumont Health：
  - https://www.beaumont.org/patients-families/billing/financial-assistance
  - 拨打电话（877）687-7309
  - 或发送电子邮件至 EastFinancialCounseling@corewellhealth.org
- 对于 Legacy Spectrum Health Lakeland：
  - https://www.spectrumhealthlakeland.org/patient-visitor-guide/patient/billing/financial-assistance
  - 拨打电话（844）408.4103
  - 或发送电子邮件至 SHLfinancialcounseling@spectrumhealth.org
- 对于 Legacy Spectrum Health West Michigan：
  - https://www.spectrumhealth.org/billing/financial-assistance
  - 拨打电话（844）838.3115
  - 或发送电子邮件至 FinancialCounseling@spectrumhealth.org

在申请时，每个人均可能需要填写资助申请表并提供 Corewell Health 所要求的信息。Corewell Health 将根据第 6.6 条所述经济困难指南决定是否提供资助。Corewell Health 可要求提交工资单、联邦所得税申报表及申请表所述任何其他收入及资产证明的复印件。在患者无法提供完整的申请信息时，Corewell Health 可利用技术及其他公共记录（例如破产申请、死亡记录、遗产申请等）主动高效地确定患者是否符合资助资格，或在特殊情况下自动化必要信息的获取流程及缴费能力分析。在利用技术辅助推定资格时，技术将被用于获取申请所需要的信息。如经确定获得破产保的申请人、无遗产的死者、根据收容所记录或其他可接受来源显示无家可归的人，将获得推定资格。Corewell Health 可要求申请人协助并配合申请第 6.3 条所述第三方保险或州、联邦或其他慈善计划的救济金。

患者如为 Medicaid 受益人的，将以慈善医疗调整的形式推定其符合 100%资助资格。

Corewell Health可授权合作机构进行资助资格认定，以避免重复工作。合作机构将采用本政策的指南进行资格认定，或按照其所服务的人群性质，满足我们的最低申请要求。如作出授权的，Corewell Health将定期审查认定机构的证明文件，确保其遵守本政策的规定。

6.6. 经济困难指南资格

除在经国家医疗服务队（“NHSC”）或密歇根州贷款偿还计划（“MSLRP”）批准的执业场所接受治疗的患者外，在认定资助资格时，Corewell Health将就其所需要或已获得的服务评估患者/担保人向Corewell Health缴纳费用的能力。

在评估缴费能力时，Corewell Health将评估如下信息：

- 收入水平
- 净资产
- 就业状态
- 其他债务
- 医疗保健账单的金额及频率

Corewell Health可获取信用报告，以核实上述信息。Corewell Health将根据美国现行联邦贫困指南（FPG）进行收入方面的资格认定。要符合免除以其他方式产生的所有经济负担（免费医疗）的资格，收入应在美国卫生与公众服务部每年公布的现行FPG（参见 https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines，了解现行指南）所述贫困标准的250%以内。

Corewell Health还可要求患者/担保人提供有关家庭收入的财务记录，但并非为了界定第三方责任，而是为了确定其家庭收入是如何直接影响申请人的财务状况的。根据美国人口普查局的定义，家庭是指由两人或两人以上通过生育、婚姻、收养或其他方式存在关系并居住在一起的家庭成员组成的群体（不包括室友等无亲缘关系的人员）；同一个家庭内所居住的所有关联人员均视为同一个家庭的成员。Corewell Health将不居住在同一所房子但分别自行承担经济负担的个人视为组合家庭。因医疗状况而产生的临时居住情况也不适用。

在评估患者的缴费能力时，不得考虑其病史、行为史和/或社会史。

6.7. 一致性

为确保在 Corewell Health 提交的有关本政策的申请一致，如下规定适用于 Corewell Health 的所有适用设施：

- 所有费用均应根据正常收费程序规定记录于患者账户内。虽然费用是计费及收款记账的基础，但是成本（而非费用）应作为估算资助额度的主要报告单位。
- 不得“下调”服务代码至较低费用水平。
- 不得利用“专业赞助”。
- Corewell Health 不会因种族、肤色、民族、国籍、性别、宗教、年龄、残疾、政治信仰、性取向、婚姻或家庭状况而歧视个人。
- 患者如符合本政策标准并获批经济资助的，可在第 6.9 条所述批准期内享受免费的紧急或必要医疗。由于 Corewell Health 不会向符合本政策项下资助资格的患者收取任何费用，Corewell Health 将完全遵守适用于慈善医院的“普遍收费金额”和低于总费用的限制。

6.8. 申请审批流程

6.8.1. 所有资助认定必须经过资助资格部门流程及教育中所述适当人员批准。

6.8.2. 证明文件应随附所有资助认定并根据第6.2.7条所述规定予以保留。

6.9. 批准期

根据资助资格政策规定申请获批的所有资助有效期至少为90天，且包括后续的紧急或必要医疗。如经济状况发生变动或增加第三方缴费人资格的，可变更批准期，并需要进一步审查。

6.10. 申诉流程

根据本政策规定被驳回资助申请的个人可要求对该认定进行复核。复核将由下一级审批机构实施。如超出Patient Access管理级别的申诉将提交给Corewell Health高级领导小组处理，该小组成员由Corewell Health收支周期SVP或其指定人员选定。

6.11. 未缴费情况下的收款工作

在患者/担保人未申请或不符合本政策项下资助资格的情况下，Corewell Health可在其未缴费时采取收款措施，详情请参见如下政策：

- 计费与收款政策（Legacy Beaumont Health）
- 患者应付余额的计费与收款政策（Legacy Spectrum Health）。

上述政策的免费复印件可通过如下方式获取：

- 对于Legacy Beaumont Health：
  - https://www.beaumont.org/patients-families/billing/financial-assistance
  - 拨打电话（877）687-7309
  - 或发送电子邮件至EastFinancialCounseling@corewellhealth.org
- 对于Legacy Spectrum Health Lakeland：
  - https://www.spectrumhealthlakeland.org/patient-visitor-guide/patient/billing/financial-assistance
  - 拨打电话（844）408.4103
  - 或发送电子邮件至SHLfinancialcounseling@spectrumhealth.org
- 对于Legacy Spectrum Health West Michigan：
  - https://www.spectrumhealth.org/billing/financial-assistance
  - 拨打电话（844）838.3115
  - 或发送电子邮件至FinancialCounseling@spectrumhealth.org

在采取收款措施之前，会至少提前30天向个人单独发送书面通知。

6.12. 一般账单金额（AGB）的计算依据

对于符合资助政策（“FAP”）的患者，Corewell Health（包括实质上存在关联的实体）收取的紧急或必要医疗费用不会高于其向有保险承保的患者收取的一般账单金额（AGB）。更确切的说，Corewell Health将向符合本政策项下资助资格标准的任何患者免费提供紧急或必要医疗。Corewell Health将采用回溯法，用Medicare按次付费计划在前十二（12）个月内结合私人保险所批准的索赔金额总和除以该等索赔的相关总费用总和，从而计算出各医院设施的AGB比例。Corewell Health在其网站上公布有现行AGB计算说明及比例：

- billilng-percentages-english.pdf（beaumont.org）（Legacy Beaumont Health）
- amounts-generally-bill-agb-table2019-english.pdf（spectrumhealthlakeland.org）（Legacy Spectrum Health Lakeland）
- spectrum-health-amounts-generally-billed-table.pdf（contentstack.io）（Legacy Spectrum Health West Michigan）

根据密歇根州的法律规定，对于无保险且家庭收入达FPG标准的250%或以下的患者，Corewell Health所收取的费用不会超过Medicare报销标准的115%。

6.13. 严重经济负担

Corewell Health认为，重大健康事件可能导致患者及其家庭面临严重经济负担。因此，Corewell Health保留审查个别严重案件的权利。在考虑减轻患者经济负担时，Corewell Health将把过去240天内患者累积的医疗账单及预计在未来90天内产生的医疗账单纳入考量范围。严重经济负担是指达到家庭年度收入的25%或以上的经济负担。

7. 修订

Corewell Health保留随时变更、修正、修订或取消本政策而不事先发出通知的权利。

Corewell Health总裁兼首席执行官及其代理人有权对本政策作出任何修订。Corewell Health注册与财务咨询高级总监有权对本政策的任何附件及与本政策有关的辅助文件作出任何修订，例如资助申请表、通俗易懂的概要等。

8. 取代和替换的政策：本政策自生效之日起取代并替换如下政策：Spectrum Health Hospital Group Financial Assistance Eligibility Policy #SH-ADMIN-FIN-001; Lakeland Heath Financial Assistance Policy CORP #176; Spectrum Health Financial Assistance Eligibility Policy #2983; Beaumont Health Financial Assistance Policy #9349605.

9. 参考内容

患者的权利与责任（Legacy Beaumont Health）
患者的权利与责任（Legacy Spectrum Health Lakeland）
患者的权利与责任（Legacy Spectrum Health West Michigan）
计费与收款政策（Legacy Beaumont Health）
患者应付余额的计费与收款政策（Legacy Spectrum Health）
紧急医疗与积极劳动法（EMTALA）（Legacy Beaumont Health）
紧急医疗状况/治疗/转院政策（紧急医疗与积极劳动法-EMTALA）（Legacy Spectrum Health）
文件保留政策及程序（Legacy Beaumont Health）
记录管理、保留及销毁政策（Legacy Spectrum Health）

10. 政策的制定与审批

文件所有人：
Kyleigh Hafeli (Spec, Project)

撰写人：
Sarah Clark (VP, Registration/Fin Counseling)

审稿人：
Amy Assenmacher (SVP, Finance Revenue Cycle), Celeste Mcintyre (SVP, Corporate Controller), Courtney Guernsey (VP, Patient Financial Services), Darryl Elmouchi (President, Corewell Health West), Hardik Dalal (SVP, Finance CHW), Loren Hamel (President, CHS & Strat Advisor CH), Matthew Cox (Chief Financial Officer), Steffany Dunker (Managing Counsel)

Corewell Health Beaumont 领导人：Benjamin Schwartz, MD (President, Corewell Health East), Christopher Flores (SVP Finance)

批准人：
Christina Freese Decker (President & CEO)

11. 关键词：
帮助、贫困、资格、慈善、解决方案、专业赞助、慈善医疗、免费医疗、资助政策

Corewell Health资助资格政策–附件A

Corewell Health的资助资格政策（“政策”）仅涵盖Corewell Health的实体（如政策中所列）及该等实体所雇佣的机构。

Legacy Beaumont Health：
有关本政策所未涵盖的机构列表，可点击此处，访问我们的网站进行查阅。

Legacy Spectrum Health Lakeland：
本政策不适用 Caring Circle。有关本政策所未涵盖的机构列表，可点击此处，访问我们的网站进行查阅。

Legacy Spectrum Health West Michigan：
有关本政策所未涵盖的机构列表，可点击此处，访问我们的网站进行查阅。

国家医疗服务队及密歇根州贷款偿还浮动制费用折扣计划-附件 B

如下政策仅适用于经 Corewell Health NHSC & MSLRP 批准的执业场所

政策：向有需要的患者提供免费或折扣服务。在经 Corewell Health 国家医疗服务队（“NHSC”）或密歇根州贷款偿还计划（“MSLRP”）批准的执业场所接受治疗的患者如申请资助的，均将根据 NHSC 要求的收入及家庭人数对其进行评估，而非根据其他因素。

目的：确保在经 Corewell Health NHCSC & MSLRP 批准的场所寻求医疗保健服务的所有患者，无论其缴费能力如何，均可获得服务。任何人均不会因缺乏缴费的经济来源而被拒绝提供服务。本计划旨在向没有经济来源或经济来源有限的患者（无保险或保险不足的患者）提供免费或折扣医疗服务。

在经 NHCSC 或 MSLRP 批准的执业场所接受治疗的患者均可使用现行的 NHCSC/MSLRP 保密资助申请表。在经 NHCSC 或 MSLRP 批准的执业场所接受治疗的申请人在获得财政援助之前，无需先行向第三方保险、州、联邦或其他慈善计划申请救济金。

经 Corewell Health NHCSC & MSLRP 批准的执业场所将向所有无法缴纳服务费用的患者提供浮动制费用折扣计划。在 NHCSC 或 MSLRP 批准的执业场所中，任何无能力缴费的患者均不会被拒绝提供服务。Corewell Health 将根据个人的缴费能力认定其是否符合计划资格，不会因个人的种族、肤色、性别、民族、残疾、宗教、年龄、性取向或性别认同而歧视任何人。联邦贫困指南（“FPG”）将用于浮动费用明细表（SFS）的创建及每年的更新，以便于资格的认定。但是，在经 Corewell Health NHCSC 或 MSLRP 批准的执业场所接受治疗的患者如家庭收入达贫困水平（参见 https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines，了解现行指南）250%或以下的，将根据浮动制费用折扣计划规定，免除其因在 NHCSC 或 MSLRP 批准的场所接受的服务而产生的全部经济负担（免费医疗）。

程序：

在提供浮动制费用折扣计划时，应遵守如下指南。

1. 通知：Corewell Health 将通过如下方式告知患者浮动制费用折扣计划：
    - 所有患者在接受服务时均可获取缴费政策信息。
    - 每名患者入院时均会收到有关浮动制费用折扣计划的通知。
    - Corewell Health 发送的催款通知书中将包含有关获取浮动制费用折扣计划的信息。
    - Corewell Health 网站上提供有有关浮动制费用折扣计划的说明及申请表。
    - Corewell Health 在门诊等候区张贴有有关浮动制费用折扣计划的通知。

2. 折扣申请：患者、家属、社会服务人员或知晓患者存在经济困难的其他人员均可提交折扣服务申请。浮动制费用折扣计划仅向就诊患者提供。相关信息及表格可通过服务台及营业厅获取。

3. 管理：浮动制费用折扣计划程序将由 Patient Access 资助审查小组负责管理。患者会获得有关 FAP 和浮动制费用折扣计划政策及程序的信息。工作人员将协助患者办理申请手续。对于寻求和/或获得医疗保健服务的所有患者，其个人尊严及保密需求均将得到尊重。

4. 填写申请表：患者/责任方必须完整填写 NHCSC & MSLRP 保密资助申请表。如有需要，工作人员将协助患者/责任方填写申请表。签署申请表即表示当事人确认其在申请表中所披露的收入情况。

5. 资格：折扣将仅根据收入水平及家庭人数确定。
   a. 家庭的定义是：由两人或两人以上通过生育、婚姻或收养存在关系并居住在一起的人员（其中一个人为户主）组成的群体；所有该等人员（包括存在关系的次生家庭成员）均视为同一个家庭的成员。在计算家庭人数时，Corewell Health 接受无关系的家庭成员。
   b. 收入包括：总工资；薪金；小费；营业及个体经营收入；失业补助金；工人补偿金；社会保障金；补充保障收入；退伍军人补助金；遗属抚恤金；养老金或退休金收入；利息；股息；版税；房屋出租、遗产及信托收益；赡养费；子女抚养费；家庭外部援助及其他各种来源的收入。

6. 收入证明：申请人可提交下列任一项证明：上一年度 W-2 工资表、最近的两份工资单、雇主证明信或索取税单 4506-T 表（如未提交 W-2 工资表）。个体经营户可能需要提交最近三个月的营业收支明细。申请人必须提交充分的信息，以便确定其是否符合计划资格。申请人可使用收入自行申报表。无法提供书面证明的患者可提供其签署的收入声明书。

7. 折扣：在 NHCSC 或 MSLRP 批准的场所治疗的患者如收入达到贫困水平的 250%或以下的，将获得医疗保健服务费用 100%的折扣（即享受免费医疗）。在 NHCSC & MSLRP 批准的场所治疗的患者均可在资格认定之日起 90 天内享受该折扣，每隔 90 天必须重新提交申请。

8. 申请人通知：浮动制费用折扣计划的认定或（若可以）驳回原因将以书面形式告知申请人。计划申请涵盖的范围包括申请之日前 6 个月内患者尚未缴付的余额以及批准之日后 90 天内产生的任何余额，患者经济状况发生重大变动的情况除外。申请人有权在 90 天期限届满后或家庭收入发生重大变动时重新提交申请。如申请人重新申请的，回溯期将为六个月或截止最后一次申请期满之时（以较短的期限为准）。

9. 拒绝缴费：如患者口头表示不愿意缴费或在未缴付服务费用的情况下出院的，Corewell Health 将针对患者的缴费义务，采用书面形式联系患者。如患者尚未申请浮动制费用的，通知中将包含有关获取浮动制费用折扣计划的信息。如患者未在 60 天内努力缴费或作出回复的，将构成拒绝缴费。届时，Corewell Health 可采取的措施包括但不限于向患者提出缴费方案、免除费用或将患者移交收款程序。Corewell Health 的计费与收款政策适用于收入超过 FPG 所述水平 250%的，在 NHCSC 或 MSLRP 内的患者。如上文所述，收入在 FPG 所述水平 250%以下的患者将享受免费医疗，因此不适用收款政策。

10. 保存记录：有关浮动制费用折扣计划决定的信息将由计划管理人负责保管。申请的批准及驳回详情将保存于实践管理系统并由计划管理人负责监管。

11. 政策及程序审查：SFS 将根据现行联邦贫困指南进行更新。Corewell Health 还会审查政策及程序中可能存在的变动，并检查可能妨碍有资格的患者了解社区医疗规定的制度实践情况。

12. 预算：在年度预算过程中，浮动制费用折扣计划服务的预计金额将计入预算，扣减收入。

浮动制费用明细表

家庭人数	联邦贫困线	
	100%	250%
1	14,580 美元	36,450 美元
2	19,720 美元	49,300 美元
3	24,860 美元	62,150 美元
4	30,000 美元	75,000 美元
5	35,140 美元	87,850 美元
6	40,280 美元	100,700 美元
7	45,420 美元	113,550 美元
8	50,560 美元	126,400 美元
每增加一人	5,140 美元	12,850 美元

附件 C

无歧视通知：

Corewell Health及其全部附属机构所采取的政策是向所有人提供优质的医疗保健服务。Corewell Health不会因种族、肤色、民族、国籍、性别、宗教、年龄、残疾、政治信仰、性取向、婚姻或家庭状况而歧视任何人。是否收治患者的决定仅取决于患者的医疗需求及医疗机构提供所需医学护理和治疗的能力。Corewell Health不会因种族渊源、肤色、性别、种族、民族、宗教、残疾、年龄、HIV状况、退伍军人或兵役状况、服务费用缴费来源或联邦、州或地方法律所禁止的任何其他原因而拒绝收治患者。Corewell Health将以符合患者性别认同的方式对待患者。

详情请参见"患者的权利与责任"（Legacy Beaumont Health）、"患者的权利与责任"（Legacy Spectrum Health Lakeland）或"患者的权利与责任"（Legacy Spectrum Health West Michigan）政策。

Corewell Health：

- 向残疾人提供免费的帮助及服务，以便其与我们进行有效的沟通，例如：
  - 合格的手语口译员
  - 其他格式的书面信息（大号字体、音频、可访问的电子格式、其他格式）
- 向母语并非英语的患者提供免费的语言服务，例如：
  - 合格的口译员
  - 采用其他语言书写的信息

如需上述服务，可拨打如下电话，联系Legacy Spectrum Health的语言服务处：
616.267.9701或1.844.359.1607（文字电话：711）

对于Legacy Beaumont Health机构，请拨打如下电话，联系患者与家属体验部：
313-593-7070（Dearborn、Taylor、Trenton及Wayne）、947-521-8880（Farmington Hills）、248-551-7040 （Grosse Pointe、Royal Oak、Troy）、248-426-6976（Farmington Hills RNC）、248-743-9500 （Beaumont Home Health Services）、313-253-9024（Dearborn RNC）或947-522-2007（Beaumont Medical Group）。

如您认为Corewell Health因种族、肤色、民族、年龄、残疾、性别、性取向、性别认同或宗教原因而未提供上述服务或在其他方面存在歧视的，您可通过如下方式进行投诉：

- 对于Legacy Beaumont Health
  Patient Experience Department
  26901 Beaumont Blvd.
  Southfield, MI 48033
  电话947-522-1472
  Pfcc@beaumont.org
- 对于Legacy Spectrum Health
  Director, Patient Experience
  100 Michigan St NE MC 006
  Grand Rapids, MI 49503
  电话616-391-2624; 免费电话: 1-855-613-2262
  patient.relations@spectrumhealth.org

您可通过专人递送、邮寄、传真或电子邮件的方式提交投诉。如在提交投诉的过程中需要帮助，可联系患者体验总监获取帮助。

您还可向美国卫生与公众服务部民权办公室提交民权投诉，投诉时可采用电子方式（利用民权办公室门户网站：https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf）或根据如下信息发送邮件或拨打电话：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH
Building Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

投诉表可访问http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html获取。

联系我们

Español (Spanish)
ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-359-1607 (TTY: 711).

العربية **(Arabic)**
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-844-359-1607(رقم هاتف الصم والبكم: 711).

中文 (Chinese): 國語/普通話 (Mandarin), 粵語 (Cantonese)
請注意：如果您講中文，你可以獲得免費的語言輔助服務。請撥打 1-844-359-1607（TTY 手語翻譯：711）。

Tiếng Việt (Vietnamese)
CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-359-1607 (TTY: 711).

Ako govorite srpsko (Serbian, Croatian or Bosnian)
OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-844-359-1607 (TTY: 711).(TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

አማርኛ (Amharic)
ማስታወሻ: የሚናገሩትቋንቋአማርኛከሆነየትርጉምእርዳታድርጅቶች፣በነጻሊያግዝዎትተዘጋጀተዋል፡ወደሚከተለውቁጥርይደውሉ 1-844-359-1607.(መስማትለተሳናቸው: (TTY: 711).

नेपाली(Nepali)
ध्यानदिनुहोस्: तपाईंलेनेपालीबोल्नुहुन्छभनेतपाईंकोनिम्तिभाषासहायतासेवाहरूनिःशुल्करूपमाउपलब्धछ।फोनगर्नुहोस् 1-844-359-1607 (टिटिवाइ: (TTY: 711).

Thuɔŋjaŋ (Nilotic – Dinka)
PIƆ KENE: Na ye jam në Thuɔŋjaŋ, ke kuɔny yenë kɔc waar thook atö kuka lëu yök abac ke cïn wënh cuatë piny. Yuɔpë 1-844-359-1607 (TTY: 711).

Kiswahili (Swahili)
KUMBUKA: Ikiwa unazungumza Kiswahili, unaweza kupata, huduma za lugha, bila malipo. Piga simu 1-844-359-1607 (TTY: 711).

فارسی (Farsi)
توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1.844-359-1607 (TTY: 711)تماس بگیرید.

Français (French)
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique-vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1.844-359-1607 (TTY : 711).

မြန်မာ (Burmese)
အသိပေးခြင်း

သင်ပြောသော ဘာသာစကားကို အခမဲ့ ဘာသာပြန်
ရှိပါသည်။ ဖုန်းခေါ်ရန်

فارسی دری(Dari)
توجه اگر به زبان دری صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی بصورت رایگان برای شما در دسترس است. تماس با
1-844-359-1607 (TTY: 711).

Kreyòl Ayisyen(Haitian Creole)
ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, gen èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Rele nimewo 1-844-359-1607 (TTY: 711).

Ikinyarwanda (Kinyarwanda)
ICYITONDERWA: Niba uvuga ikinyarwanda, serivisi z'ubufasha ku byerekeye ururimi, urazihabwa, ku buntu. Hamagara 1-844-359-1607 (ABAFITE UBUMUGA BW'AMATWI BIFASHISHA ICYUMA CYANDIKA -TTY: 711).

Soomaali (Somali)
DIGTOONI: Haddii aad hadasho Soomaali, adeegyada caawimada luqadda, oo bilaasha, ayaad heli kartaa.Wac 1.844-359-1607 (TTY: 711).

(اللهجة السودانية) Sudanese(
انتباه: إذا كنت تتحدّث اللهجة السودانية، خدمات المساعدة بلغتك متاحة مجاناً. اتصل على الأرقام
1-844-359-1607 (رقم الصم والبكم: 711).

தமிழ் (Tamil)
கவனம்: நீங்கள்தமிழ்பேசினால்,உங்களுக்குஇலவசமானமொழிஉதவிச்சேவைகள்கிடைக்கின்றன.இந்தஎண்ணைஅழைக்கவும்: 1-844-359-1607 (TTY:711).

ትግርኛ (Tigrinya)
ትኹረት: ትግርኛእንድሕርትዛረብኮንካ፣ናይቋንቋደገፍኣልግሎታት፣ብናጻከቕርቡልካእዮም። ደውል1.844-359-1607 (TTY: 711)።