

PATAKARAN SA TULONG PINANSYAL LAYUNIN

Ang layunin ng Patakarang ito ay tukuyin ang mga kinakailangan para sa pangangasiwa ng Tulong Pinansyal sa mga pasilidad ng AdventHealth na matatagpuan sa kalakhang lugar ng Chicago, Illinois.

PATAKARAN

Ito ang patakaran ng mga organisasyong nakalista sa ibaba ng talatang ito (bawat isa ay ang "Organisasyon") na tiyakin ang isang makatwirang kasanayan sa lipunan para sa pagbibigay ng pang-emerhensya at iba pang medikal na kinakailangang pangangalaga sa mga pasilidad ng Organisasyon. Ang patakarang ito ay partikular na idinisenyo upang tugunan ang pagiging karapat-dapat sa tulong pinansyal para sa mga pasyenteng nangangailangan ng tulong pinansyal at tumatanggap ng pangangalaga mula sa Organisasyon.

Inilalapat ang patakarang ito sa bawat isa sa mga sumusunod sa loob ng

AdventHealth:

AdventHealth Bolingbrook
AdventHealth Glen Oaks
AdventHealth Hinsdale
AdventHealth LaGrange
AdventHealth Employed Physician Practices

- A. Lahat ng tulong pinansyal ay magpapakita ng ating pangako at paggalang sa indibidwal na dignidad ng tao at sa kabutihang panlahat, ang ating espesyal na pagmamalasakit at pakikiisa sa mga taong nabubuhay sa kahirapan at iba pang mahihinang tao, at ang ating pangako sa nagbabaha-bahaging hustisya at pangangasiwa.
- B. Inilalapat ang patakarang ito sa lahat ng emerhensya at iba pang pangangalagang medikal na kinakailangan na ibinibigay ng Organisasyon, kabilang ang mga serbisyo ng doktor na nagtatrabaho at kalusugan ng pag-uugali. Ang patakarang ito ay hindi nailalapat sa mga singil para sa pangangalaga na hindi pang-emerhensya at iba pang medikal na kinakailangang pangangalaga.
- C. Ang *Listahan ng Mga Provider na Saklaw ng Patakaran sa Tulong Pinansyal* ay nagbibigay ng listahan ng anumang mga provider na naghahatid ng pangangalaga sa loob ng mga pasilidad ng Organisasyon na tumutukoy kung alin ang saklaw ng patakaran sa tulong pinansyal at alin ang hindi.

MGA PAKAHULUGAN

Mga Kahulugan na Partikular sa Patakaran

- A. Ang ibig sabihin ng "**501(r)**" ay Seksyon 501(r) ng Internal Revenue Code at ang mga regulasyong ipinahayag sa ilalim nito.

- B. Ang ibig sabihin ng "**Halaga na Pangkalahatang Sinisingil**" o "**AGB**", patungkol sa emerhensya at iba pang pangangalagang medikal na kinakailangan, ang halagang karaniwang sinisingil sa mga indibidwal na may insyurans na sumasaklaw sa naturang pangangalaga.
- C. Ang ibig sabihin ng "**Komunidad**" ay ang Estado ng Illinois. Ang "tumira sa Komunidad," para sa mga layunin ng Patakarang ito, ay nangangahulugang maging residente ng Illinois – isang taong nakatira sa Illinois at nagnanais na manatiling nakatira sa Illinois nang walang katapusan, ngunit hindi isang taong lumipat sa Illinois para sa layunin na pagtanggap ng benepisyo sa kalusugan. Ang isang pasyente ay ituturing din na miyembro ng Komunidad ng Organisasyon kung ang pang-emerhensya at medikal na kinakailangang pangangalaga na kailangan ng Pasyente ay ang pagpapatuloy ng emerhensya at kinakailangang medikal na pangangalaga na natanggap sa isa pang pasilidad ng AdventHealth kung saan ang pasyente ay naging kwalipikado para sa tulong pinansyal sa naturang emerhensya at medikal na kinakailangang pangangalaga.
- D. Ang ibig sabihin ng "**Emerhensyang Pangangalaga**" ay pangangalaga upang gamutin ang isang kondisyong medikal na nagpapakita ng sarili sa pamamagitan ng mga talamak na sintomas ng sapat na kalubhaan (kabilang ang matinding pananakit) kung kaya't ang kawalan ng agarang medikal na atensyon ay maaaring magresulta sa malubhang kapansanan sa paggana ng katawan, malubhang hindi-paggana ng anumang organo o bahagi ng katawan, o ilagay ang kalusugan ng indibidwal sa malubhang panganib.
- E. Ang ibig sabihin ng "**Medically Necessary Care**" ay pangangalaga na (1) naaangkop at naaayon sa at mahalaga para sa pag-iwas, pagsusuri, o paggamot sa kondisyon ng isang Pasyente; (2) ang pinakaangkop na supply o antas ng serbisyo para sa kondisyon ng Pasyente na maaaring maibigay nang ligtas; (3) hindi ibinigay na pangunahin para sa kaginhawahan ng Pasyente, pamilya ng Pasyente, manggagamot o tagapag-alaga; at (4) mas malamang na magresulta sa isang benepisyo sa Pasyente kaysa sa pinsala. Para sa hinaharap na nakaiskedyul na pangangalaga ay "medikal na kinakailangang pangangalaga," ang pangangalaga at ang tiyempo ng pangangalaga ay dapat aprubahan ng Punong Opisyal ng Medikal (o itinalaga) ng Organisasyon. Ang pagpapasya ng kinakailangang pangangalagang medikal ay dapat gawin ng isang lisensyadong tagapagkaloob na nagbibigay ng pangangalagang medikal sa Pasyente at, sa pagpapasya ng Organisasyon, ng doktor na umaamin, nagre-refer na doktor, at/o Punong Opisyal ng Medikal o iba pang nagsusuri na manggagamot (depende sa uri ng pangangalaga na inirerekomenda). Kung sakaling ang pangangalagang hiniling ng isang Pasyente na sakop ng patakarang ito ay napagpasyahan na hindi medikal na kinakailangan ng isang nagsusuri na manggagamot, ang pagpapasya na iyon ay dapat din kumpirmahin ng nagpapapasok o nagre-refer na doktor.
- F. Ang ibig sabihin ng "**Organisasyon**" ay AdventHealth at ang mga entidad na saklaw ng Patakarang sa Tulong Pinansyal na ito tulad ng itinakda sa itaas sa Seksyon II.
- G. Ang ibig sabihin ng "**Pasyente**" ay ang mga taong tumatanggap ng emerhensya at iba pang medikal na kinakailangang pangangalaga sa Organisasyon at ang taong may pananagutan sa pananalapi para sa pangangalaga ng pasyente.

- H. Ang ibig sabihin ng "**Presumptive Scoring**" ay ang paggamit ng mga ikatlong-partido na pinagmumulan ng impormasyon, na maaaring kabilang ang pampublikong mga rekord, o iba pang layunin at makatwirang tumpak na paraan ng pagtatasa sa pagiging karapat-dapat ng isang pasyente para sa tulong pinansyal.
- I. **Ang "Pasyenteng Walang Seguro"** ay nangangahulugang isang pasyenteng hindi sakop sa ilalim ng isang patakaran ng segurong pangkalusugan at hindi isang benepisyaryo sa ilalim ng pampubliko o pribadong segurong pangkalusugan, benepisyong pangkalusugan, o iba pang programa sa pagsakop sa kalusugan, kabilang ang mga plano sa segurong pangkalusugan na mataas ang mababawas, kompensasyon ng mga manggagawa, insyurans sa pananagutan ng aksidente, o iba pang pananagutan ngikatlong-partido.

KINAKAILANGAN NA MGA PAMAMARAAN

A. Ang tulong pinansyal na inilarawan sa seksyong ito ay limitado sa mga pasyenteng nakatira sa Komunidad:

1. Ang mga pasyente na may kita na mas mababa sa o katumbas ng 250% ng kita ng Federal Poverty Level ("FPL"), ay magiging karapat-dapat para sa 100% na diskwento sa bahagi ng mga singil kung saan ang Pasyente ay may pananagutan kasunod ng pagbabayad ng isang tagapagsiguro, kung mayroon man, kung ang naturang Pasyente ay nagpasya na maging karapat-dapat alinsunod sa ipinapalagay na pagmamarka (na inilalarawan sa Talata 5 sa ibaba) o nagsumite ng aplikasyon para sa tulong pinansyal (isang "Aplikasyon") sa o bago ang ika-240 araw pagkatapos ng unang bill ng paglabas ng Pasyente at ang Aplikasyon ay inaprubahan ng Organisasyon. Magiging karapat-dapat ang pasyente para sa hanggang 100% na pinansiyal na tulong kung isusumite ng Pasyente ang Aplikasyon pagkatapos ng ika-240 araw pagkatapos ng unang singil sa paglabas ng Pasyente, ngunit pagkatapos ay ang halaga ng tulong pinansyal na makukuha ng isang Pasyente sa kategoryang ito ay limitado sa hindi nabayarang balanse ng Pasyente pagkatapos kunin i-account ang anumang mga pagbabayad na ginawa sa account ng Pasyente. Ang isang hindi nakasegurong pasyente na karapat-dapat para sa kategoryang ito ng tulong pinansyal ay hindi sisingilin ng higit sa kinakalkulang mga singil sa AGB.
2. Alinsunod sa iba pang mga probisyon ng Patakaran sa Tulong Pinansyal na ito, ang mga Pasyenteng walang insyurans na may kita na higit sa 250% ng FPL ngunit hindi hihigit sa 600% ng FPL, ay makakatanggap ng sliding scale na diskwento sa bahaging iyon ng mga singil para sa mga serbisyong ibinigay. Ang mga pasyenteng may insyurans at may kita na higit sa 250% ng FPL ngunit hindi hihigit sa 400% ng FPL, ay makakatanggap ng sliding scale na diskwento sa bahaging iyon ng mga singil para sa mga serbisyong ibinigay kung saan ang Pasyente ay responsable, ayon sa paliwanag ng insurance plan sa mga benepisyo. Ang mga naturang diskwento ay dapat ilapat pagkatapos mag-apply ang Pasyente sa o bago ang ika-240 araw pagkatapos ng unang singil sa paglabas ng Pasyente at ang Aplikasyon ay naaprubahan ng Organisasyon. Magiging karapat-dapat ang pasyente para sa sliding scale discount financial assistance kung isusumite ng Pasyente ang Aplikasyon pagkatapos ng ika-240 araw pagkatapos ng unang singil sa paglabas ng Pasyente, ngunit ang halaga ng tulong pinansyal na makukuha ng isang Pasyente sa kategoryang ito ay limitado sa hindi nabayarang balanse ng Pasyente pagkatapos isaalang-alang ang anumang mga pagbabayad na ginawa sa account ng Pasyente. Ang isang hindi nakasegurong pasyente na karapat-dapat para sa kategoryang ito ng tulong pinansyal ay hindi sisingilin ng higit sa kinakalkulang mga singil sa AGB.

Ang diskwento sa sliding scale ay ang mga sumusunod: (FPL – Federal Poverty Level Income)

Sliding Scale ng Hindi Nakasegurong Pasyente	%
0% - 250% FPL	100%
251% - 400% FPL	98%
401% - 600% FPL	85%

Insured Patient Sliding Scale	%
0% - 250% FPL	100%
251% - 400% FPL	75%

3. Alinsunod sa iba pang mga probisyon ng Patakaran sa Tulong Pinansyal na ito, ang isang Pasyente na may kita na higit sa 600% (para sa hindi nakaseguro) at 400% (para sa nakaseguro) ng FPL ay maaaring maging karapat-dapat para sa tulong pinansyal sa ilalim ng isang "Means Test" para sa ilang diskwento ng Pasyentena mga singil para sa mga serbisyo mula sa Organisasyon batay sa kabuuang utang na medikal ng Pasyente. Ang isang Pasyente ay magiging karapat-dapat para sa tulong pinansyal alinsunod sa Means Test kung ang Pasyente ay may labis na kabuuang utang na medikal, na kinabibilangan ng medikal na utang sa mga tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan sa loob ng AdventHealth at anumang iba pang tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan, para sa emerhensya at iba pang medikal na kinakailangang pangangalaga, iyon ay katumbas sa o mas malaki kaysa sa kabuuang kita ng sambahayan ng naturang Pasyente. Ang antas ng tulong pinansyal na ibinibigay alinsunod sa Means Test ay kapareho ng ibinibigay sa isang pasyente na may kita na 600% (walang insurance) at 400% (insured) ng FPL sa ilalim ng Talata 2 sa itaas, kung ang nasabing Pasyente ay nalalapat sa o bago ang ika-240 araw pagkatapos ng unang singil sa paglabas ng Pasyente at ang Aplikasyon ay naaprubahan ng Organisasyon. Magiging karapat-dapat ang pasyente para sa tulong pinansyal na diskwento sa paraan ng pagsubok kung isumite ng naturang Pasyente ang Aplikasyon pagkatapos ng ika-240 araw pagkatapos ang unang discharge bill ng pasyente, ngunit ang halaga ng tulong pinansyal na makukuha ng isang Pasyente sa kategoryang ito ay limitado sa hindi nabayarang balanse ng Pasyente pagkatapos isinasaalang-alang ang anumang mga pagbabayad na ginawa sa account ng Pasyente. Ang isang Pasyenteng karapat-dapat para sa kategoryang ito ng tulong pinansyal ay hindi sisingilin ng higit sa kinakalkulang mga singil sa AGB. Bukod pa rito, para sa mga pasyenteng walang insyurans na kwalipikado para sa isang sliding-scale na diskwento gaya ng itinakda sa Talata 2, ang mga koleksyon sa loob ng 12 buwang panahon ay dapat na dagdagan ng limitasyon sa 20% ng kita ng pamilya ng pasyente.

4. Maaaring hindi karapat-dapat ang isang Pasyente para sa tulong pinansyal na

inilarawan sa Mga Talata 1 hanggang 3 sa itaas kung ang nasabing Pasyente ay itinuring na may sapat na mga ari-arian na babayaran alinsunod sa isang "Pagsusuri sa Asset." Ang Asset Test ay nagsasangkot ng isang mahalagang pagtatasa ng kakayahan ng isang Pasyente na magbayad batay sa mga kategorya ng mga asset na sinusukat sa FAP Application. Maaaring hindi karapat-dapat para sa pinansiyal na tulong ang isang Pasyente na may ganoong mga asset na lumalampas sa 600% ng naturang halaga ng FPL ng Pasyente.

5. Ang pagiging karapat-dapat para sa tulong pinansyal ay maaaring matukoy sa anumang punto sa ikot ng kita at maaaring kabilangan ang paggamit ng ipinapalagay na pagmamarka para sa isang Pasyente na may sapat na hindi nabayaran balanse sa loob ng unang 240 araw pagkatapos ng unang singil sa paglabas ng Pasyente upang matukoy ang pagiging karapat-dapat para sa 100% na pangangalaga sa kawanggawa sa kabila ng pagkabigo ng pasyente na kumpletuhin ang isang aplikasyon para sa tulong pinansyal ("FAP Application"). Ang pagpapasya ng pagiging karapat-dapat batay sa ipinapalagay na pagmamarka ay nalalapat lamang sa yugto ng pangangalaga kung saan isinasagawa ang ipinapalagay na pagmamarka.

Ang mga pasyenteng nagpapakita ng isa sa higit pa sa mga sumusunod na pamantayan ay ituring na karapat-dapat para sa isang 100% na pangangalaga sa kawanggawa: kawalan ng tirahan, namatay na walang ari-arian, kawalan ng kakayahan sa pag-iisip nang walang sinumang kumilos sa ngalan ng pasyente, pagiging karapat-dapat sa Medicaid, ngunit wala sa petsa ng serbisyo o para sa hindi saklaw na serbisyo, pagpapatala sa Medicaid sa ibang estado kung saan ang Organisasyon ay wala at hindi nilalayon na maging isang kalahok na tagapagkaloob, at paglahok ng Medicaid ngunit pagkaubos ng anumang mga limitasyon sa haba ng pananatili.

Kasama sa mga karagdagang ipinag-uutos na kategorya ang pagpapatala sa sumusunod na mga programa: Women, Infants and Children Nutrition Program (WIC); Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP); Illinois Libreng Programang Tanghalian at Almusal; Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP); Pagpapatala sa isang organisadong programang nakabatay sa komunidad na nagbibigay ng access sa pangangalagang medikal na nagtatasa at nagdodokumento ng limitadong katayuan sa pananalapi na mababa ang kita bilang pamantayan; at Pagtanggap ng tulong na gawad para sa mga serbisyong medikal.

6. Para sa isang Pasyente na nakikilahok sa ilang partikular na mga plano sa seguro na itinuturing na ang Organisasyon ay "wala sa network," maaaring bawasan o tanggihan ng Organisasyon ang tulong pinansyal na kung hindi man ay magagamit sa pasyente batay sa pagsusuri sa impormasyon ng seguro ng Pasyente at iba pang nauugnayna mga katotohanan at mga pangyayari.
7. Maaaring mag-apela ang Pasyente sa anumang pagtanggap sa pagiging karapat-dapat para sa Tulong Pinansyal sa pamamagitan ng pagbibigay ng karagdagang impormasyon sa Organisasyon sa loob ng labing-apat (14) na araw ng kalendaryo

pagkatapos matanggap ang abiso ng pagtanggap. Lahat ng apela ay susuriin ng Organisasyon para sa isang pangwakas na pagpapasya. Kung pinagtibay ng huling pagpapasya ang nakaraang pagtanggap sa Tulong Pinansyal, ipapadala ang nakasulat na abiso sa pasyente. Ang proseso para sa mga pasyente at pamilya na iapela ang mga desisyon ng Organisasyon tungkol sa pagiging karapat-dapat para sa tulong pinansyal ay ang mga sumusunod:

- a. Ang mga apela ay dapat na unang matanggap ng Mga Serbisyo sa Pinansyal ng Pasyente para sa pagsusuri at pag-follow up ng mga tanong, kung naaangkop.
- b. Ang isang komite ay dapat magpulong sa buwanang batayan upang suriin ang lahat ng mga apela. Sa pinakamababa, ang pagiging miyembro ng komite ay dapat magsama ng representasyon mula sa Mga Serbisyong Pinansyal ng Pasyente, Pamamahala ng Pangangalaga, at ang Departamento ng Pananalapi/Punong Pinansyal na Opisyal.
- c. Ang mga apela ay dapat ipamahagi sa mga miyembro ng komite bago ang buwanang pagpupulong ng komite para sa pagsusuri.
- d. Ang isang kinatawan ng Mga Serbisyo sa Pinansyal ng Pasyente ay dapat na naroroon sa pulong ng komite upang talakayin ang bawat kaso at magbigay ng karagdagang input na maaaring ibinigay ng pasyente.
- e. Susuriin ng komite ang FAP Application ng aplikante na may espesyal na atensyon sa karagdagang impormasyon at mga puntong ginawa ng aplikante sa proseso ng apela.
- f. Maaaring aprubahan, hindi aprubahan, o ihain ng komite ang apela. Ang komite ay maaaring maghain ng apela kung ang karagdagang impormasyon ay kinakailangan batay sa mga tanong na itinanong sa panahon ng talakayan sa apela.
- g. Ang mga Serbisyong Pinansyal ng Pasyente ay ipapaalam sa pamamagitan ng sulat ang kinalabasan ng apela sa Pasyente o mga miyembro ng pamilya.

B. Iba pang Tulong para sa mga Pasyenteng Hindi Karapat-dapat para sa Tulong Pinansyal

Ang mga pasyente na hindi karapat-dapat para sa tulong pinansyal, tulad ng inilarawan sa itaas, ay maaari pa rin maging karapat-dapat para sa iba pang mga uri ng tulong na inaalok ng Organisasyon. Sa interes ng pagiging kumpleto, ang iba pang mga uri ng tulong na ito ay nakalista rito, bagama't ang mga ito ay hindi nakabatay sa pangangailangan at hindi nilayon na sumailalim sa 501(r) ngunit kasama rito para sa kaginhawahan ng komunidad na pinaglilingkuran ng Organisasyon.

1. Ang mga Pasyenteng Walang Seguro na hindi karapat-dapat para sa tulong pinansyal ay bibigyan ng diskwento batay sa diskwento na ibinibigay sa pinakamataas na nagbabayad na tagapagbayad para sa Organisasyong iyon. Ang pinakamataas na nagbabayad na tagapagbayad ay dapat magkaroon ng hindi bababa sa 3% ng populasyon ng Organisasyon gaya ng sinusukat sa dami o kabuuang kita ng pasyente. Kung ang nag-iisang nagbabayad ay hindi nagsasaalang-alang para sa pinakamababang antas ng dami na ito, higit sa isang kontrata ng nagbabayad ang dapat ay katampatan upang ang mga tuntunin sa pagbabayad na ginagamit para sa pagiging karaniwan ay nagkakahalaga ng hindi bababa sa 3% ng dami ng negosyo ng Organisasyon para sa partikular na taon.
2. Ang mga hindi-nakaseguro at nakaseguro na mga pasyente na hindi karapat-dapat para sa tulong pinansyal ay maaaring makakatanggap ng agarang diskwento sa bayad. Ang agarang diskwento sa bayad ay maaaring iialok bilang karagdagan sa hindi-nakasegurong diskwento na inilarawan sa kaagad na sinusundan na talata.

C. Mga Limitasyon sa Mga Singilin para sa Mga Pasyenteng Karapat-dapat para sa Tulong Pinansyal

1. Ang mga pasyenteng karapat-dapat para sa Tulong Pinansyal ay hindi sisingilin nang indibidwal na higit sa AGB para sa emerhensya at iba pang medikal na kinakailangang pangangalaga at hindi hihigit sa kabuuang mga singil para sa lahat ng iba pang pangangalagang medikal. Kinakalkula ng Organisasyon ang isa o higit pang mga porsyento ng AGB gamit ang "look-back" na paraan at kabilang ang bayad-para sa serbisyo ng Medicare at lahat ng pribadong tagapagseguro sa kalusugan na nagbabayad ng mga claim sa Organisasyon, lahat alinsunod sa 501(r).
2. Ang isang libreng kopya ng paglalarawan ng pagkalkula ng AGB at (mga) porsyento ay maaaring makuha sa website ng AdventHealth <https://www.adventhealth.com/legal/financial-assistance-illinois>, pagtawag sa 800-462-0490 o magsulat sa:

AdventHealth
Attn: Tulong Pinansyal
PO Box 935979
Atlanta, GA 31193

D. Pag-aaplay para sa Tulong Pinansyal at Iba Pang Tulong

Ang isang Pasyente ay maaaring maging kwalipikado para sa pinansiyal na tulong sa pamamagitan ng ipinapalagay na pagiging karapat-dapat sa pagmamarka o sa pamamagitan ng pag-aplay para sa tulong pinansyal sa pamamagitan ng pagsusumite ng isang nakumpletong FAP Application. Ang FAP Application at FAP Application Instructions ay makukuha sa AdventHealth website o sa pamamagitan ng pagtawag sa 800-462-0490 o magsulat sa:

AdventHealth
Attn: Tulong Pinansyal
PO Box 935979
Atlanta, GA 31193

Hinihikayat ka naming i-download ang AdventHealth app at gumawa ng account, na magbibigay-daan sa iyong mag-apply sa online para din sa tulong pinansyal. Kung wala kang AdventHealth account, bisitahin ang account.adventhealth.com/register/.

Aatasan ng Organisasyon ang walang insyurans na makipagtulungan sa isang tagapayo ng pananalapi na mag-aplay para sa Medicaid o iba pang mga pampublikong tulong na programa kung saan ang pasyente ay itinuturing na potensyal na karapat-dapat upang maging kwalipikado para sa tulong pinansyal (maliban kung karapat-dapat at naaprubahan sa pamamagitan ng presumptive scoring). Maaaring tanggihan ang isang Pasyente ng tulong pinansyal kung ang Pasyente ay nagbibigay ng maling impormasyon sa isang Aplikasyon ng FAP o kaugnay na proseso ng pagiging karapat-dapat sa

pagpapalagay ng pagmamarka, kung ang pasyente ay tumangging magtalaga ng mga nalikom sa insyurans o ang karapatang direktang bayaran ng isang kompanya ng seguro na maaaring obligado upang bayaran ang pangangalagang ibinigay, o kung ang pasyente ay tumangging makipagtulungan sa isang tagapayo sa pananalapi upang mag-aplay para sa Medicaid o iba pang mga programa sa pampublikong tulong kung saan ang pasyente ay itinuturing na potensyal na karapat-dapat upang maging kwalipikado para sa tulong pinansyal (maliban kung karapat-dapat at naaprubahan sa pamamagitan ng presumptive scoring). Maaaring isaalang-alang ng Organisasyon ang isang FAP Application na nakumpleto nang wala pang labindalawang buwan bago ang anumang petsa ng pagpapasya ng pagiging karapat-dapat sa paggawa ng pagpapasya tungkol sa pagiging karapat-dapat para sa isang kasalukuyang yugto ng pangangalaga. Hindi isasaalang-alang ng Organisasyon ang isang FAP Application na nakumpleto nang higit sa labindalawang buwan bago ang anumang petsa ng pagpapasya ng pagiging karapat-dapat.

E. Pagsisingil at Mga Pagkolekta

Ang mga aksyon na maaaring gawin ng Organisasyon sa kaganapan ng hindi pagbabayad na inilarawan sa isang hiwalay na patakaran sa pagsisingil at mga pagkokolekta. Ang isang libreng kopya ng patakaran sa pagsisingil at pagkokolekta ay maaaring makuha sa pamamagitan ng pagtawag sa 855-241-2455.

F. Interpretasyon

Ang patakarang ito, kasama ang lahat ng naaangkop na pamamaraan, ay nilayon na sumunod at dapat bigyang-kahulugan at ilapat alinsunod sa 501(r) maliban kung partikular na ipinahiwatig.

MGA SANGGUNIAN

- a. Form sa Aplikasyon Para sa Pinansyal na Tulong
- b. Buod ng Simpleng Wika ng Patakaran sa Tulong Pinansyal
- c. Listahan ng Mga Provider na Saklaw at Hindi Saklaw sa ilalim ng Patakaran sa Tulong Pinansyal
- d. Mga Halaga na Karaniwang Sinisingil