



COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

HEALTHCARE ACCESS PROGRAM

ਨੀਤੀ ਦਾ ਸਾਰ-ਅੰਸ਼:

The County of Santa Clara Health System (ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, "ਕਾਉਂਟੀ") ਕਿਫਾਇਤੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਨੂੰ ਵਧਾਉਣ ਦਾ ਸਮਰਥਨ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਇਸਲਈ ਕਾਉਂਟੀ ਇਸ Healthcare Access Program (ਜਿਸ ਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ ਵੀ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ) ਦੇ ਜ਼ਰੀਏ ਘੱਟ-ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਦਰਮਿਆਨੀ-ਆਮਦਨੀ ਵਾਲੇ ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਅਤੇ ਉਚੇਰੀ ਮੈਡੀਕਲ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਛੋਟ-ਵਾਲੀਆਂ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਨੀਤੀ ਬਾਰੇ ਸੰਖੇਪ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੀ ਸੰਪੂਰਣ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਪੂਰੀ ਨੀਤੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲਾਂ ਲਈ ਇੱਕ ਕਾਉਂਟੀ ਵਿੱਤੀ ਸਲਾਹਕਾਰ ਦੇ ਨਾਲ (866) 967-4677 (ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5 ਵਜੇ) 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

- ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ ਅਜਿਹੇ ਮਰੀਜ਼ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜਿਹਨਾਂ ਕੋਲ ਕਿਸੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾਕਰਤਾ, ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾ ਯੋਜਨਾ, Medicare, ਜਾਂ Medi-Cal ਵਲੋਂ ਤੀਜੀ-ਪਿਰ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਜਿਹਨਾਂ ਦੀ ਸੱਟ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਦੇ ਮੁਆਵਜ਼ੇ, ਆਟੋਮੋਬਾਈਲ ਬੀਮੇ, ਜਾਂ ਦੂਜੇ ਬੀਮੇ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਮੁਆਵਜ਼ਾ ਦੇਣ ਯੋਗ ਸੱਟ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਅਤੇ ਜੋ ਕਾਉਂਟੀ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਜਾਂ ਦੂਜੀ ਤੀਜੀ-ਪਿਰ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।
- ਉੱਚ ਬੀਮਾ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ ਜਾਂ ਤਾਂ (1) ਉਹ ਮਰੀਜ਼ ਹਨ ਜਿਹਨਾਂ ਨੇ ਸਾਲਾਨਾ ਆਉਟ-ਔਫ-ਪਾਕੇਟ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਲਾਗਤਾਂ ਆਪਣੇ-ਆਪ ਕੀਤੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਵਰਤਮਾਨ ਪਰਿਵਾਰਿਕ ਆਮਦਨੀ ਦੇ 10% ਜਾਂ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਵਿੱਚੋਂ ਜੋ ਵੀ ਘੱਟੋ ਹੋਵੇ, ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹਨ, ਜਾਂ ਫੇਰ (2) ਉਹ ਮਰੀਜ਼ ਹਨ ਜਿਹਨਾਂ ਦੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨੇ ਕਿਸੇ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਖਰਚਿਆਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਹੈ ਜੋ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਦੇ 10% ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਮਰੀਜ਼ ਆਪਣੇ ਵਲੋਂ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਦੱਸਾਂ ਵਲੋਂ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਖਰਚਿਆਂ ਦਾ ਲਿਖਤੀ ਸਬੂਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ।

- ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਅਤੇ ਉਚੇਰੀ ਮੈਡੀਕਲ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ ਉਹ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜੋ ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਵਸਨੀਕ ਹਨ ਅਤੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਪੱਧਰ ਦੇ 400% ਤੋਂ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ, ਉਹ ਕਾਉਂਟੀ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੁਆਰਾ 100% ਛੋਟ ਵਾਲੀਆਂ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਲੋੜਾਂ ਵਾਲੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਦੇ ਯੋਗ ਹਨ।
- ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਅਤੇ ਉਚੇਰੀ ਮੈਡੀਕਲ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ ਉਹ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜੋ ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਵਸਨੀਕ ਹਨ ਅਤੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਪੱਧਰ ਦੇ 400% ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਹੈ ਪਰ 450%, 550%, ਜਾਂ 650% ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ, ਉਹ ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੁਆਰਾ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੋੜੀਂਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਲਈ ਕ੍ਰਮਵਾਰ 70%, 50%, ਜਾਂ 25% ਛੋਟ ਦੇ ਯੋਗ ਹਨ। ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਜੋ ਅੰਸ਼ਕ ਛੋਟ ਲਈ ਪਾਤਰ ਬਣਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਲੰਮੀ-ਮਿਆਦ ਦੀ, ਵਿਆਜ-ਰਹਿਤ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਸਥਾਪਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਆਖ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਛੋਟ ਕੀਤੀ ਕੀਮਤ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਮਿਲੇ।
- ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਦੇ ਪੱਧਰ ਹਰ ਸਾਲ ਬਦਲਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਨੀਤੀ ਵਿੱਚ ਸੰਦਰਭਿਤ 2022 ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਦੇ ਪੱਧਰ ਅਟੈਚਮੈਂਟ ਏ ਵਿੱਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਹਨ।
- ਯੋਗ ਮਰੀਜ਼ ਇੱਕ-ਸਾਲ ਦੀ ਮਿਆਦ ਲਈ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ (Financial Assistance) ਲਈ ਪਾਤਰ ਬਣਦੇ ਹਨ, ਸਿਵਾਏ ਜੇ ਉਸ ਸਾਲ ਦੇ ਖਤਮ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੱਡਾ ਬਦਲਾਵ ਆਉਂਦਾ ਹੈ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਸੱਠ (60) ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਜਾਂ ਸੇਵਾ ਦੇ ਅਗਲੇ ਬਿੰਦੂ 'ਤੇ, ਜੇ ਵੀ ਪਹਿਲਾਂ ਹੋਵੇ, ਆਪਣੀ ਯੋਗਤਾ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਆਮਦਨੀ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ, ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਜਾਂ ਦੂਜੀ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗਤਾ, ਪਰਿਵਾਰਕ ਰਚਨਾ, ਅਤੇ/ਜਾਂ ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚਿਆਂ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ) ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਜ਼ਰੂਰ ਦੇਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਕਾਉਂਟੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਰਾਖਵਾਂ ਰੱਖਦੀ ਹੈ।
- ਯੋਗ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਇੱਕ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਐਪੀਸੋਡ ਲਈ ਆਪਣੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਬਿੱਲਿੰਗ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਐਕਸੈਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨੋਟਿਸ ਨੂੰ ਭੇਜਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਦੇ 180 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇਸ ਨੀਤੀ ਦੇ ਅਨੁਪਾਲਣ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਿਯੋਗ ਅਰਜ਼ੀ (ਜਾਂ ਛੋਟ ਕੀਤੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਕਿਆਸੀ ਭਰਤੀ ਲਈ ਪਾਤਰ ਹੋਣਾ) ਨੂੰ ਦਰਜ ਕਰਨ ਲਈ ਸਾਰੇ ਮੁਨਾਸਿਬ ਯਤਨ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਕਿਸੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਐਪੀਸੋਡ ਲਈ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਬਿੱਲਿੰਗ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਭੇਜਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਦੇ 180 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇਸ ਨੀਤੀ ਦੇ ਅਨੁਪਾਲਣ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਿਯੋਗ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਦਰਜ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹੈ (ਜਾਂ ਛੋਟ ਕੀਤੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਕਿਆਸੀ ਭਰਤੀ ਲਈ ਪਾਤਰ ਹੋਣਾ) ਅਤੇ ਵਿੱਤੀ ਸਹਿਯੋਗ ਲਈ ਪਾਤਰ ਨਹੀਂ ਬਣਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਵੇਰਵਾ ਇਕੱਤਰਨ ਲਈ ਭੇਜਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਅਟੈਚਮੈਂਟ ਬੀ ਵਜੋਂ ਨੱਥੀ ਕੀਤੀ ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ ਉਗਰਾਹੀ ਨੀਤੀ ਵਿੱਚ ਵਰਣਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਸਦੇ ਡਿਜ਼ਾਈਨੀ ਕੋਲ ਯੋਗਤਾ ਲਈ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨ ਦਾ ਵਿਵੇਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਉਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਅਸਫਲ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਨਿਰਧਾਰਨ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਉਂਟੀ ਵਾਸਤੇ ਮੁਨਾਸਬ ਅਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋਵੇ। Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਡਿਜ਼ਾਈਨੀ

ਇਸ 180-ਦਿਨ ਦੀ ਮਿਆਦ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੋਈ ਵਾਜਬ ਕਾਰਨ ਦੱਸੇ ਬਿਨਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਇਸ ਨੀਤੀ ਵਿੱਚ ਮਗਰੋਂ ਵਰਣਨ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਨਿਰਧਾਰਨ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

- ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ, ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਅਤੇ ਉਚੇਰੀ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ ਜੋ ਗੈਰ-ਕਾਉਂਟੀ ਨਿਵਾਸੀ ਹਨ, Santa Clara County ਸਹੂਲਤਾਂ ਵਿੱਚ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਉਨ੍ਹਾਂ ਸਹੂਲਤਾਂ ਵਿੱਚ ਜਿੱਥੇ ਵਧੇਰੇ ਸਮਰੱਥਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਗੈਰ-ਕਾਉਂਟੀ ਨਿਵਾਸੀ ਗੈਰ-ਆਪਾਤਕਾਲੀਨ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਗੈਰ-ਕਾਉਂਟੀ ਨਿਵਾਸੀ ਜੋ ਕਾਉਂਟੀ ਸਹੂਲਤਾਂ 'ਤੇ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਜੋ ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਅਤੇ ਉਚੇਰੀ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ ਹਨ, ਉਹ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਉਸ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਐਪੀਸੋਡ ਲਈ (ਜਿਵੇਂ ਹੇਠਾਂ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ) 100% ਛੋਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹਨ ਜੋ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਪੱਧਰ ਦੇ 400% 'ਤੇ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ।

ਪਰਿਭਾਸ਼ਾਵਾਂ:

1. **ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਪਰਿਵਾਰ ਜਾਂ ਪਰਿਵਾਰ:** ਅਠਾਰਾਂ (18) ਅਤੇ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ, ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼, ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ ਅਤੇ ਇੱਕੀ (21) ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਨਿਰਭਰ ਬੱਚੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਚਾਹੇ ਉਹ ਘਰ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋਣ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਅਠਾਰਾਂ (18) ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ, ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਮਾਪੇ ਜਾਂ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ, ਅਤੇ ਮਾਪਿਆਂ ਦੇ (21) ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਦੂਜੇ ਬੱਚੇ ਜਾਂ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।
2. **ਕਾਉਂਟੀ ਨਿਵਾਸੀ:** ਕਾਉਂਟੀ ਨਿਵਾਸੀ ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਹੈ ਜੋ Santa Clara County ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।
3. **ਗੈਰ-ਕਾਉਂਟੀ ਨਿਵਾਸੀ:** ਗੈਰ-ਕਾਉਂਟੀ ਨਿਵਾਸੀ ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੋ Santa Clara County ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ।
4. **ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ:** ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਕੁੱਲ ਕਮਾਈ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਗੁਜ਼ਾਰਾ ਭੱਤਾ ਜਾਂ ਬਾਲ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਦਾਇਗੀ ਨੂੰ ਘਟਾ ਕੇ।
5. **ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਵਾਲਾ ਮਰੀਜ਼:** ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਵਾਲਾ ਮਰੀਜ਼ ਅਜਿਹਾ ਮਰੀਜ਼ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਕੋਲ ਕਿਸੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾਕਰਤਾ, ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾ ਯੋਜਨਾ, Medicare, ਜਾਂ Medi-Cal ਵਲੋਂ ਤੀਜੀ-ਪਿਰ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਜਿਸ ਦੀ ਸੱਟ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਦੇ ਮੁਆਵਜ਼ੇ, ਆਟੋਮੋਬਾਈਲ ਬੀਮੇ, ਜਾਂ ਦੂਜੇ ਬੀਮੇ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਮੁਆਵਜ਼ਾ ਦੇਣ ਯੋਗ ਸੱਟ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਅਤੇ ਜੋ ਕਾਉਂਟੀ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਜਾਂ ਦੂਜੀ ਤੀਜੀ-ਪਿਰ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਸੀਮਾ ਦੇ, ਨਿਮਨਲਿਖਤ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ: (a) ਉਹ ਮਰੀਜ਼ ਜੋ ਸਰਕਾਰੀ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਪੂਰੀ ਕਰਦੇ ਹਨ ਪਰ ਉਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜੋ

ਅਜਿਹੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਅਧੀਨ ਨਹੀਂ ਹਨ ਅਤੇ (b) ਉਹ ਮਰੀਜ਼ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਲਾਭ, ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਪ੍ਰਾਵਧਾਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਜਾਂ ਦੌਰਾਨ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।

6. **ਉਚੇਰੀ ਮੈਡੀਕਲ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼:** ਉਚੇਰੀ ਮੈਡੀਕਲ ਲਾਗਤ ਵਾਲਾ ਮਰੀਜ਼ ਉਹ ਮਰੀਜ਼ ਹੁੰਦਾ ਹੈ:

a. ਜਿਸਦੇ ਕੋਲ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਦਾ ਸਰੋਤ ਹੈ (ਭਾਵ, ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਵਾਲਾ ਮਰੀਜ਼ ਨਹੀਂ ਹੈ), ਅਤੇ

b. ਜਾਂ ਤਾਂ:

i. ਉਹ ਆਪਣੇ ਕੋਲੋਂ ਕੀਤੀਆਂ ਸਾਲਾਨਾ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਲਾਗਤਾਂ ਲਈ ਕਾਉਂਟੀ ਦਾ ਦੇਣਦਾਰ ਹੈ ਜੋ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਵਰਤਮਾਨ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਦੇ 10% ਜਾਂ ਪਿਛਲੇ ਬਾਰ੍ਹਾਂ (12) ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਵਿੱਚੋਂ ਘੱਟ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਰਕਮ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ

ii. ਜਿਸ ਨੇ ਕਿਸੇ ਸਿਹਤ-ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਕੋਲੋਂ ਕੀਤੇ ਸਾਲਾਨਾ ਮੈਡੀਕਲ ਖਰਚਿਆਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਇੱਕ ਜਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਦੱਸਾਂ ਨੇ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਹੈ ਜੋ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਦੇ 10% ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੈ, ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ ਜਾਂ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਦੱਸਾਂ ਦੁਆਰਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਖਰਚਿਆਂ ਦਾ ਲਿਖਤੀ ਸਬੂਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਦੇ ਇਹਨਾਂ ਖਰਚਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਅਧੀਨ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਸਹਿ-ਬੀਮਾ, ਕਟੌਤੀ-ਯੋਗ ਰਾਸ਼ੀ, ਜਾਂ ਬੀਮਿਤ ਮਰੀਜ਼ ਤੋਂ ਬਕਾਇਆ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭੁਗਤਾਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

7. **ਛੋਟੇ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਪੂਰਵ-ਅਨੁਮਾਨਿਤ ਦਾਖਲਾ:** ਬਾਜ਼ਾਰ ਦੇ ਸਰੋਤਾਂ ਤੋਂ ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਮਰੀਜ਼-ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸਮਾਜਿਕ-ਆਰਥਿਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਮਰੀਜ਼, ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਐਕਸੈਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (Healthcare Access Program) ਲਈ ਯੋਗ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਉਹ ਮਰੀਜ਼ ਜੋ ਬੇਘਰ ਹਨ ਜਾਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੌਰਾਨ ਮੌਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਕੋਲ ਨਾ ਤਾਂ ਫੰਡਿੰਗ ਦਾ ਕੋਈ ਸਰੋਤ ਹੈ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਕੋਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਧਿਰ ਜਾਂ ਜਾਇਦਾਦ, ਉਹ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਭਾਵੇਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਅਰਜ਼ੀ ਪੂਰੀ ਨਹੀਂ ਵੀ ਕੀਤੀ। Patient Access Director ਜਾਂ Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਡਿਜ਼ਾਈਨੀ ਅਜਿਹੇ ਕੇਸਾਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰੇਗਾ ਅਤੇ ਕੇਸ-ਦਰ-ਕੇਸ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ ਫੈਸਲਾ ਲਏਗਾ।

8. **ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈ:** ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੋੜੀਂਦੀ ਸੇਵਾ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈ ਇੱਕ ਅਜਿਹੀ ਡਾਕਟਰੀ ਸੇਵਾ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸਪਲਾਈ ਹੈ ਜੋ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰੀ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਨਿਦਾਨ ਕਰਨ

ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਸਦੀ ਅਣਹੋਂਦ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਸਿਹਤ 'ਤੇ ਮਾੜਾ ਪ੍ਰਭਾਵ ਪਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਨਹੀਂ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸ ਨੀਤੀ ਦੁਆਰਾ ਕਵਰ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀਆਂ:

- a. ਪ੍ਰਜਨਨ ਐਂਡੋਕਰੀਨੋਲੋਜੀ ਅਤੇ ਬਾਂਝਪਨ ਸੇਵਾਵਾਂ;
- b. ਕਾਸਮੈਟਿਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਪਲਾਸਟਿਕ ਸਰਜਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ;
- c. ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀ ਸੁਧਾਰ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ LASEK, PRK, ਕੰਡਕਟਿਵ ਕੇਰਾਟੋਪਲਾਸਟੀ, ਇੰਟੈਕ ਦੇ ਕਾਰਨੀਅਲ ਰਿੰਗ ਸੈਗਮੈਂਟਸ, ਕਸਟਮ ਕੰਟੈਰਡ ਸੀ-ਕੈਪ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ;
- d. ਮਰੀਜ਼ ਦੁਆਰਾ ਅਰੰਭ ਕੀਤੀ ਗਈ ਐਂਬੂਲੈਂਸ ਆਵਾਜਾਈ; ਅਤੇ
- e. ਜੀਵਨ-ਸ਼ੈਲੀ ਦੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ Santa Clara Valley Medical Center (SCVMC) Pharmacy and Therapeutics Committee ਦੁਆਰਾ ਪਰਿਭਾਸ਼ਤ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ।

ਕਾਉਂਟੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਗੈਰ-ਕਵਰ ਕੀਤੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਦੀ ਇਸ ਸੂਚੀ ਨੂੰ ਬਦਲਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਰਾਖਵਾਂ ਰੱਖਦੀ ਹੈ। ਦੁਰਲੱਭ ਸਥਿਤੀਆਂ ਵਿੱਚ, ਉਦਾਹਰਣ ਵਜੋਂ, ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਭਾਗੀਦਾਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ 'ਤੇ, ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਮੁੱਖ ਮੈਡੀਕਲ ਅਧਿਕਾਰੀ ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਡਿਜ਼ਾਈਨੀ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਸੇਵਾ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਖਾਸ ਮਰੀਜ਼ ਲਈ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈ ਵਜੋਂ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਮੁੱਖ ਮੈਡੀਕਲ ਅਧਿਕਾਰੀ ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਡਿਜ਼ਾਈਨੀ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਅੰਤਿਮ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

9. **ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਐਪੀਸੋਡ:** ਇਸ ਨੀਤੀ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ, ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਐਪੀਸੋਡ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ:

- a. ਇਨਪੇਸ਼ੰਟ ਸੈਟਿੰਗ ਵਿੱਚ, ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਉਸ ਦਾਖਲੇ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਛੁੱਟੀ ਮਿਲਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀਆਂ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ; ਜਾਂ
- b. ਆਪਾਤਕਾਲ ਵਿਭਾਗ ਦੀ ਸੈਟਿੰਗ ਜਾਂ ਆਉਟਪੇਸ਼ੰਟ ਸੈਟਿੰਗ ਵਿੱਚ, ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਮੁਲਾਕਾਤ।

ਕਾਰਜਵਿਧੀ:

A. ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗਤਾ

1. ਇਸ ਨੀਤੀ ਦੇ ਅਧੀਨ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਜਾਂ ਤਾਂ ਇੱਕ ਮੁਕੰਮਲ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾ ਕੇ ਜਾਂ ਫਿਰ ਛੋਟ ਵਾਲੀ ਦੇਖਭਾਲ (Discount Care) ਲਈ ਕਿਆਸੀ ਭਰਤੀ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਕੇ ਦੇਣੀ ਹੋਵੇਗੀ।
 - a. ਯੋਗ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਇੱਕ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਐਪੀਸੋਡ ਲਈ ਆਪਣੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਬਿੱਲਿੰਗ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਐਕਸੈਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨੋਟਿਸ ਨੂੰ ਭੇਜਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਦੇ 180 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇਸ ਨੀਤੀ ਦੇ ਅਨੁਪਾਲਣ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਿਯੋਗ ਅਰਜ਼ੀ (ਜਾਂ ਛੋਟ ਕੀਤੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਕਿਆਸੀ ਭਰਤੀ ਲਈ ਪਾਤਰ ਹੋਣਾ) ਨੂੰ ਦਰਜ ਕਰਨ ਲਈ ਸਾਰੇ ਮੁਨਾਸਿਬ ਯਤਨ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਕਿਸੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਐਪੀਸੋਡ ਲਈ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਬਿੱਲਿੰਗ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਨੂੰ ਭੇਜਣ ਦੇ 180 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇਸ ਨੀਤੀ ਦੇ ਅਨੁਪਾਲਣ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਿਯੋਗ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਦਰਜ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹੈ (ਜਾਂ ਛੋਟ ਕੀਤੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਕਿਆਸੀ ਭਰਤੀ ਲਈ ਪਾਤਰ ਹੋਣਾ) ਅਤੇ ਵਿੱਤੀ ਸਹਿਯੋਗ ਲਈ ਪਾਤਰ ਨਹੀਂ ਬਣਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਵੇਰਵਾ ਇਕੱਤਰਨ ਲਈ ਭੇਜਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਅਟੈਚਮੈਂਟ ਬੀ ਵਜੋਂ ਨੱਥੀ ਕੀਤੀ ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ ਉਗਰਾਹੀ ਨੀਤੀ ਵਿੱਚ ਵਰਣਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਸਦੇ ਡਿਜ਼ਾਈਨੀ ਕੋਲ ਯੋਗਤਾ ਲਈ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨ ਦਾ ਵਿਵੇਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਉਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਅਸਫਲ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਜੇ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਨਿਰਧਾਰਨ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਉਂਟੀ ਵਾਸਤੇ ਮੁਨਾਸਬ ਅਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋਵੇ।
 - b. ਇਸ 180 ਦਿਨਾਂ ਦੀ ਮਿਆਦ ਤੋਂ ਤੁਰੰਤ ਬਾਅਦ, ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਨਾ ਕੀਤੇ ਬਿੱਲ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਸਿਵਲ ਉਗਰਾਹੀ ਕਾਰਵਾਈ ਵਿੱਚ ਅੰਤਿਮ ਫੈਸਲਾ ਦਰਜ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸੁਰਤ ਵਿੱਚ, Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਸਦਾ ਡਿਜ਼ਾਈਨੀ ਕੋਈ ਵਾਜਬ ਕਾਰਨ ਦਿਖਾ ਕੇ ਵਿੱਤੀ ਸਹਿਯੋਗ ਲਈ ਦੱਸੇ ਦਏ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਨਿਰਧਾਰਨ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਨਾਲ, ਮਰੀਜ਼ ਲਈ ਲਿਖਤ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਦਰਜ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ ਜੋ ਲਿਖਤ ਵਿੱਚ ਵਰਣਨ ਕਰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਉਹਨਾਂ ਨੇ ਲੋੜੀਂਦੀ 180-ਦਿਨ ਦੀ ਸਮਾਂ-ਸੀਮਾ ਦੇ ਅੰਦਰ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਕਿਉਂ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ। Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਡਿਜ਼ਾਈਨੀ ਵਾਜਬ ਕਾਰਨ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਨੂੰ ਸਿੱਧ ਕਰਨ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਤੋਂ ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਅਜਿਹੇ ਹਾਲਾਤਾਂ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਨਾਂ ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਇਹ ਦਿਖਾਉਣ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਵਾਜਬ ਕਾਰਨ ਮੌਜੂਦ ਹੈ, ਵਿੱਚ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਪਰ ਇਹਨਾਂ ਤਕ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ ਹਨ: ਕਾਉਂਟੀ ਨੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਜਾਣਬੂਝ ਕੇ Healthcare Access Program ਜਾਂ ਸਰਕਾਰ ਵਲੋਂ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਵਿਕਲਪਾਂ ਬਾਰੇ ਅਧੂਰੀ ਜਾਂ ਗਲਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੱਤੀ; ਮਰੀਜ਼ ਦੀਆਂ ਸਰੀਰਕ, ਮਾਨਸਿਕ, ਸਿੱਖਿਅਕ, ਜਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸਬੰਧੀ ਕਮੀਆਂ ਨੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ 180 ਦਿਨ ਦੀ ਸਮਾਂ-ਸੀਮਾ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇੱਕ ਮੁਕੰਮਲ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਸਬਮਿਟ ਕਰਨ ਤੋਂ ਰੋਕਿਆ; ਅਤੇ/ਜਾਂ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ ਹੋਈ ਸੀ, ਜਾਂ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ

ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਸਦੱਸ ਦੀ ਮੌਤ ਜਾਂ ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ ਹੋਈ ਸੀ, ਜਿਸਨੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ 180-ਦਿਨ ਦੀ ਸਮਾਂ-ਸੀਮਾ ਦੇ ਅੰਦਰ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਦਰਜ ਕਰਨ ਤੋਂ ਰੋਕਿਆ।

2. ਕਾਉਂਟੀ ਦੁਆਰਾ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੇ ਅਨੁਸਾਰ, ਲੋੜੀਂਦੇ ਸਹਾਇਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਸਮੇਤ, ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਸਮੇਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਸਹੀ, ਸਟੀਕ ਅਤੇ ਸੰਪੂਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨੀ ਹੋਵੇਗੀ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਯੋਗ ਠਹਿਰਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੇ ਉਹ ਅਰਜ਼ੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਗਲਤ ਜਾਂ ਅਧੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੇ ਹਨ।
3. ਮਰੀਜ਼ ਲਈ ਆਪਣੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਨਾਲ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀਆਂ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਕਿਸਮਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਹਰ ਇੱਕ ਨੂੰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ:
 - a. ਪਛਾਣ ਦਾ ਸਬੂਤ (ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਡ੍ਰਾਈਵਰ ਦਾ ਲਾਇਸੈਂਸ, ਪਾਸਪੋਰਟ, ਸਰਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ID ਕਾਰਡ, ਕੰਮ ਜਾਂ ਸਕੂਲ ਦਾ ID ਕਾਰਡ, ਜਾਂ ਜਨਮ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਦੇ ਨਾਲ ਦੂਜਾ ID, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਜਿਮ ਜਾਂ Costco ਦੀ ਮੈਂਬਰਸ਼ਿਪ);
 - b. ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਸਬੂਤ (ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ: ਤਨਖਾਹ ਦੇ ਸਟੱਬ ਜਾਂ ਇਨਕਮ ਟੈਕਸ ਰੀਟਰਨਸ); ਅਤੇ
 - c. ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦਾ ਸਬੂਤ (ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਕਿਰਾਏ ਦਾ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ/ਲੀਜ਼, ਮਾਰਟਗੇਜ ਸਟੇਟਮੈਂਟ, ਉਪਯੋਗਤਾ ਬਿੱਲ, ਵਾਹਣ ਦਾ ਪੰਜੀਕਰਨ, ਡ੍ਰਾਈਵਰ ਦਾ ਲਾਇਸੈਂਸ, ਬੇਘਰ ਹੋਣ ਦੀ ਘੋਸ਼ਣਾ, ਜਾਂ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਵਲੋਂ ਸਮਰਥਨ ਪੱਤਰ ਜਿਸਦੇ ਨਾਲ ਬਿਨੈਕਾਰ ਰਹਿ ਰਿਹਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦਾ ਸਬੂਤ)।
 - d. ਉਪਰੋਕਤ “ਉਚੇਰੀ ਮੈਡੀਕਲ ਲਾਗਤ ਵਾਲਾ ਮਰੀਜ਼” ਪਰਿਭਾਸ਼ਾ ਦੇ ਭਾਗ (b)(ii) ਦੇ ਤਹਿਤ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਬਣਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰ ਰਹੇ ਕਿਸੇ ਮਰੀਜ਼ ਲਈ ਅਜਿਹੇ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਖਰਚਿਆਂ ਦਾ ਲਿਖਤੀ ਸਬੂਤ ਦਰਜ ਕਰਨਾ ਵੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਹਨਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਉਹਨਾਂ ਨੇ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨੇ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕੀਤਾ।
4. ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦਾ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਪੱਧਰ ਯੋਗ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਦੇ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਹੇਠਾਂ ਸਾਰਣੀ ਅਤੇ ਇਸ ਨੀਤੀ ਦੇ ਅਟੈਚਮੈਂਟ ਏ ਵਿੱਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਹੈ।

ਕਾਉਂਟੀ ਨਿਵਾਸੀਆਂ ਲਈ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਮਾਤਰਾ ਉਪਲਬਧ ਹੈ ਜੇ ਜਾਂ ਤਾਂ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ ਹਨ ਜਾਂ ਉੱਚ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ ਹਨ

ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ	ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੋੜੀਂਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਤੋਂ ਬਕਾਇਆ ਰਕਮ ਦੀ ਰਕਮ
ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਪੱਧਰ ਦੇ 400% 'ਤੇ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਘੱਟ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ	100% ਚੈਰਿਟੀ ਕੇਅਰ ਰਾਇਟ ਆਫ
ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਪੱਧਰ ਦੇ 401-449% ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ	70% ਚੈਰਿਟੀ ਕੇਅਰ ਰਾਇਟ ਆਫ
ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਪੱਧਰ ਦੇ 450 – 549% ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ	50% ਚੈਰਿਟੀ ਕੇਅਰ ਰਾਇਟ ਆਫ
ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਪੱਧਰ ਦੇ 550 – 649% ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ	25% ਚੈਰਿਟੀ ਕੇਅਰ ਰਾਇਟ ਆਫ

2022 ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਦੇ ਪੱਧਰ ਅਟੈਚਮੈਂਟ ਏ ਵਿੱਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਹਨ।

ਉਨ੍ਹਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਜੋ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਜਾਂ ਸਾਰੇ ਲੋੜੀਂਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਸਿਹਤ-ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਬੇਘਰ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਔਰਤਾਂ, ਬੱਚੇ ਅਤੇ ਬਾਲ (Women, Infants and Children, WIC) ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ, Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP, ਜਿਸਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ ਵਜੋਂ ਜਾਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ), ਅਤੇ ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਸਬਸਿਡਾਇਜ਼ਡ ਹਾਉਸਿੰਗ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦਾ ਦਾਖਲੇ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਐਕਸੈਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਕਰਨ ਦੇ ਇੱਕ ਸਾਧਨ ਦਾ ਵਿਕਾਸ ਅਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।

- ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਕੋਲ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ (ਜਾਂ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਦਾ ਸਰੋਤ) ਨਹੀਂ ਹੈ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਇਹ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾਏਗੀ ਕਿ ਕੀ ਉਹ ਕਿਸੇ ਰਾਜ, ਸੰਘੀ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ, ਅਤੇ/ਜਾਂ ਭੁਗਤਾਨ ਦੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਤੀਜੇ ਪੱਖ ਦੇ ਸਰੋਤ ਲਈ ਯੋਗ ਹਨ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਕਾਉਂਟੀ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਤੋਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਦੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਮੁਨਾਸਬ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਕਰੇਗੀ ਕਿ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਜਾਂ ਪਬਲਿਕ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਜਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤੀ ਕਾਉਂਟੀ ਦੁਆਰਾ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਖਰਚਿਆਂ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਵਰ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਅੰਸ਼ਕ ਤੌਰ 'ਤੇ। ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ Patient Access Department ਦੇ ਨਾਲ ਉਪਲਬਧ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਵਿਕਲਪਾਂ ਬਾਰੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਾਉਂਟੀ Medi-Cal, ਸਰਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਫੰਡ ਕੀਤੀ ਹੋਰ ਸਿਹਤ-ਦੇਖਭਾਲ ਕਵਰੇਜ, ਅਤੇ, Healthcare Access Program, ਜਿਵੇਂ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ, ਲਈ ਅਰਜ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ ਵੀ ਕਦਮ ਪੁੱਟੇਗੀ। ਜੇ ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਉਸਦੀ ਅਰਜ਼ੀ ਉਸੇ ਸਮੇਂ 'ਤੇ ਲੰਬਤ ਹੈ ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਵਿੱਤੀ

ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕੋਈ ਵੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੂਜੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਖਤਮ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗੀ।

6. ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਾਰੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ (ਜਾਂ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੋੜੀਂਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਦੇ ਦੂਜੇ ਤੀਜੇ ਪੱਖ ਦੇ ਸਰੋਤਾਂ) ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣੀ ਹੋਵੇਗੀ ਜਿਸਦੇ ਲਈ ਉਹ ਯੋਗ ਹਨ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ County Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਡਿਜ਼ਾਈਨੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਉਸ ਲੋੜ ਤੋਂ ਛੇਟ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦਾ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਹੇਠਾਂ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ।
7. ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ (ਜਾਂ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੋੜੀਂਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਦਾ ਸਰੋਤ) ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਹਰ ਇੱਕ ਵਾਜਬ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਅਸਫਲਤਾ, ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦਾ ਕਾਰਨ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।
8. Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਡਿਜ਼ਾਈਨੀ ਉਨ੍ਹਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਲੋੜ ਤੋਂ ਛੇਟ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜੋ "Public Charge Grounds 'ਤੇ ਅਯੋਗਤਾ" 84 Fed ਦੇ ਅੰਤਮ ਨਿਯਮ ਵਜੋਂ ਸੰਘੀ ਨਿਯਮਾਂ ਦੇ ਅਧੀਨ ਵਾਜਬ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਕਾਰਾਤਮਕ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਭੁਗਤ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਪੰਜੀਕ੍ਰਿਤ 41,292 (14 ਅਗਸਤ, 2019). ਉਦਾਹਰਣ ਦੇ ਲਈ, 21 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਬਾਲਗ ਮਰੀਜ਼ ਜੋ ਕਨੂੰਨੀ ਸਥਾਈ ਨਿਵਾਸ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਰਹੇ ਹਨ ਅਤੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਹੇਠਲੀਆਂ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਥਿਤੀਆਂ ਹਨ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਸੰਘ ਦੁਆਰਾ ਫੰਡ ਪ੍ਰਾਪਤ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਨਹੀਂ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦੀ: (1) ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਘੱਟੋ ਘੱਟ ਇੱਕ ਸਾਲ ਲਈ ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਜ ਵਿੱਚ ਪੈਰੋਲ ਦਿੱਤੀ ਗਈ, (2) ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਦੇਸ਼ ਨਿਕਾਲਾ ਦੇਣ ਜਾਂ ਹਟਾਏ ਜਾਣ 'ਤੇ ਰੋਕ ਲਗਾਉਣ ਦੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦਿੱਤੀ ਗਈ, (3) ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ 1 ਅਪ੍ਰੈਲ 1980 ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸ਼ਰਤ ਨਾਲ ਦਾਖਲਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ, (4) ਕਿਊਬਾ-ਰੈਤੀਆਈ ਪ੍ਰਵੇਸ਼ ਕਰਨ ਵਾਲੇ, ਜਾਂ (5) 22 ਅਗਸਤ, 1996 ਦੇ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ SSI ਨਾਲ ਜੁੜੇ Medi-Cal ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼।
9. ਯੋਗ ਮਰੀਜ਼, ਕਾਉਂਟੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੋਂ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਲਈ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ ਉਨ੍ਹਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੇ ਹੱਕਦਾਰ ਨਹੀਂ ਹਨ ਜੋ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਨਹੀਂ ਹਨ ਜਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਦੁਆਰਾ ਬੇਨਤੀ ਨਾ ਕੀਤੀਆਂ ਵੱਖਰੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿੱਲ ਕੀਤੀਆਂ ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਫੀਸਾਂ ਜਾਂ ਐਂਬੂਲੈਂਸ ਆਵਾਜਾਈ ਲਈ ਹਨ। ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੁਰਲੱਭ ਸਥਿਤੀਆਂ ਵਿੱਚ ਜਦੋਂ ਕਾਉਂਟੀ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਦੇ ਬਾਹਰ ਦਾ ਰੈਫਰਲ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਮੁੱਖ ਮੈਡੀਕਲ ਅਫਸਰ ਜਾਂ ਡਿਜ਼ਾਈਨੀ, ਕਾਉਂਟੀ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਦੇ ਬਾਹਰੋਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤ, ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸਪਲਾਈਆਂ ਲਈ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੂੰ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹਨ।

B. ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਵਸਨੀਕਾਂ ਲਈ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਗੁੰਜਾਇਸ਼

1. ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਵਸਨੀਕਾਂ ਲਈ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਸ ਮਹੀਨੇ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਦਿਨ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦਿਆਂ ਇੱਕ-ਸਾਲ ਦੀ ਮਿਆਦ ਲਈ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ ਨੇ ਆਪਣੀ ਮੁੱਕਮਲ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂ ਛੋਟ ਵਾਲੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਕਿਆਸੀ ਭਰਤੀ ਲਈ ਪਾਤਰ ਬਣਿਆ, ਜਾਂ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਐਪੀਸੋਡ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਦਿਨ ਨੂੰ ਜਿਸ ਦੇ ਨਾਲ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਮੁੱਕਮਲ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਜਾਂ ਛੋਟ ਵਾਲੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਕਿਆਸੀ ਭਰਤੀ ਸਬੰਧ ਰੱਖਦੀ ਹੈ, ਸਿਵਾਏ ਜੇ ਉਹ ਸਾਲ ਖਤਮ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੱਡਾ ਬਦਲਾਵ ਹੁੰਦਾ ਹੈ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਲਈ ਇੱਕ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾਕਰਤਾ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਤੀਜੀ-ਧਿਰ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਸਰੋਤ ਤੋਂ ਤੀਜੀ-ਧਿਰ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਪਾਤਰ ਬਣਨਾ)। Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਡਿਜ਼ਾਈਨੀ ਕੋਲ, ਚੰਗੇ ਕਾਰਨ ਦਿਖਾਏ ਜਾਣ 'ਤੇ, ਵਾਧੂ ਛੋਟ ਦੇਣ ਦਾ ਵਿਵੇਕ ਵੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
2. ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਜਾਂ ਤਾਂ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੂੰ ਨਵਿਆਉਣ ਦੀ ਅਰਜ਼ੀ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਕੇ ਜਾਂ ਫਿਰ ਛੁੱਟ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਸੰਭਾਵਿਤ ਦਾਖਲੇ ਲਈ ਮੁੜ-ਪਾਤਰ ਹੋਣ ਦੁਆਰਾ ਢੁਕਵੇਂ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਲਾਨਾ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਮੁੜ-ਅਰਜ਼ੀ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨੀ ਹੋਏਗੀ।
3. ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਸੱਠ (60) ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਜਦੋਂ ਬਦਲਾਵ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਸੇਵਾ ਦੇ ਅਗਲੇ ਬਿੰਦੂ 'ਤੇ, ਜੇ ਵੀ ਪਹਿਲਾਂ ਹੋਵੇ, ਆਪਣੀ ਯੋਗਤਾ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਆਮਦਨੀ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ, ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਜਾਂ ਦੂਜੀ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗਤਾ, ਪਰਿਵਾਰਕ ਰਚਨਾ, ਅਤੇ/ਜਾਂ ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚਿਆਂ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ) ਵਿੱਚ ਵੱਡੇ ਬਦਲਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ। ਕਾਉਂਟੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਰਾਖਵਾਂ ਰੱਖਦੀ ਹੈ।
4. ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਆਪਣੀ ਯੋਗਤਾ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੱਡੇ ਬਦਲਾਵ ਬਾਰੇ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਖ਼ਬਰ ਦੇਣ ਲਈ ਅਸਫਲ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਬਦਲਾਵ ਦੇ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਕੇ ਪਿਛਲੀ ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਮਿਤੀ ਅਨੁਸਾਰ ਸਮਾਪਤ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

C. ਗੈਰ-ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਵਸਨੀਕਾਂ ਲਈ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਗੁੰਜਾਇਸ਼

1. ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਅਤੇ ਉਚੇਰੀ ਮੈਡੀਕਲ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ ਜੋ ਗੈਰ-ਕਾਉਂਟੀ ਨਿਵਾਸੀ ਹਨ, ਉਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੈਂਟਾ ਕਲਾਰਾ ਕਾਉਂਟੀ ਸਹੂਲਤਾਂ ਵਿੱਚ ਗੈਰ-ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ। ਉਨ੍ਹਾਂ ਸਹੂਲਤਾਂ ਵਿੱਚ ਜਿੱਥੇ ਵਧੇਰੇ ਸਮਰੱਥਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਗੈਰ-ਕਾਉਂਟੀ ਨਿਵਾਸੀ ਗੈਰ-ਆਪਾਤਕਾਲੀਨ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।
2. ਗੈਰ-ਕਾਉਂਟੀ ਨਿਵਾਸੀ ਜੋ, ਕਾਉਂਟੀ ਦੀਆਂ ਸਹੂਲਤਾਂ ਤੇ, ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੋੜੀਂਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ

ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਜੇ ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਜਾਂ ਉਚੇਰੀ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ ਹਨ, ਉਹ ਉਨ੍ਹਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ 'ਤੇ 100% ਰਾਈਟ-ਆਫ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹਨ ਜੋ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਪੱਧਰ 'ਤੇ ਜਾਂ ਇਸਦੇ 400% ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ।

3. ਪਾਤਰ ਬਣਦੇ ਨੌਨ-ਕਾਉਂਟੀ ਵਸਨੀਕ ਸਿਰਫ਼ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਉਸ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਐਪੀਸੋਡ ਲਈ ਪਾਤਰ ਬਣ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਨਾ ਕਿ ਨਿਰੰਤਰ, ਇੱਕ-ਸਾਲ ਉੱਤੇ ਆਧਾਰਿਤ। Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਡਿਜ਼ਾਈਨੀ ਕੋਲ, ਚੰਗੇ ਕਾਰਨ ਦਿਖਾਏ ਜਾਣ ਤੇ, ਵਾਧੂ ਛੇਟ ਦੇਣ ਦਾ ਵਿਵੇਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

D. ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾਵਾਂ

1. ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਜੋ ਇਸ ਨੀਤੀ ਦੇ ਤਹਿਤ ਅੰਸ਼ਕ ਛੇਟ ਲਈ ਪਾਤਰ ਬਣਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਲੰਮੀ-ਮਿਆਦ ਦੀ, ਵਿਆਜ-ਰਹਿਤ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਸਥਾਪਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਆਖ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਛੇਟ ਕੀਤੀ ਕੀਮਤ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਮਿਲੇ।
2. ਕਾਉਂਟੀ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਉੱਤੇ ਸੌਦੇਬਾਜ਼ੀ ਕਰਨਗੇ। ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਨਾਲ ਮੁਨਾਸਬ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਉੱਤੇ ਸੌਦੇਬਾਜ਼ੀ ਕਰਨ ਵਿੱਚ, ਕਾਉਂਟੀ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਰਹਿਣ-ਸਹਿਣ ਦੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਖਰਚਿਆਂ ਉੱਤੇ ਮੋਚ-ਵਿਚਾਰ ਕਰੇਗੀ। “ਰਹਿਣ-ਸਹਿਣ ਦੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਖਰਚੇ” ਦਾ ਮਤਲਬ ਕਿਰਾਏ ਜਾਂ ਘਰ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਅਤੇ ਰਖ-ਰਖਾਅ, ਭੋਜਨ ਅਤੇ ਘਰੇਲੂ ਸਪਲਾਈਆਂ, ਉਪਯੋਗਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਟੈਲੀਫੋਨ, ਕੱਪੜੇ, ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ, ਬੀਮਾ, ਸਕੂਲ ਜਾਂ ਬੱਚੇ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ, ਬੱਚੇ ਜਾਂ ਪਤੀ-ਪਤਨੀ ਦਾ ਸਮਰਥਨ, ਆਵਾਜਾਈ ਅਤੇ ਆਟੋ ਦੇ ਖਰਚੇ, ਜਿਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਬੀਮਾ, ਗੈਸ, ਅਤੇ ਮੁਰੰਮਤ, ਕਿਸ਼ਤਾਂ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ, ਲਾਂਡਰੀ ਅਤੇ ਸਫ਼ਾਈ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਅਤੇ ਦੂਜੇ ਅਸਧਾਰਨ ਖਰਚਿਆਂ ਤੋਂ ਹੈ।
3. ਜੇ ਕਾਉਂਟੀ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਇੱਕ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਉੱਤੇ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਅਜਿਹੇ ਮਾਸਿਕ ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਜੋ ਰਹਿਣ-ਸਹਿਣ ਦੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਖਰਚਿਆਂ ਲਈ ਕਟੌਤੀਆਂ ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਕੱਢ ਕੇ ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਦੇ 10 ਪ੍ਰਤੀਸ਼ਤ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਇੱਕ ਮੁਨਾਸਬ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਕੈਲੀਫਾਰਨੀਆ ਹੈਲਥ ਐਂਡ ਸੇਫਟੀ ਕੋਡ ਸੈਕਸ਼ਨ 127400 ਦੇ ਉਪ-ਵਿਭਾਗ (i) ਵਿੱਚ ਵਰਣਨ ਕੀਤੇ ਫਾਰਮੂਲੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੇਗੀ।

E. ਅਪੀਲਾਂ

1. ਕਾਉਂਟੀ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਮੁਕੰਮਲ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਫੈਸਲਾ ਜਾਰੀ ਕਰੇਗੀ। ਫੈਸਲੇ ਵਿੱਚ ਇਸ ਬਾਰੇ ਹਿਦਾਇਤਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣਗੀਆਂ ਕਿ ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਇਨਕਾਰ ਲਈ ਅਪੀਲ ਕਿਵੇਂ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਦੀ ਸਮੇਂ-ਸੀਮਾ ਕੀ ਹੈ।

2. ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਜਿਸਨੂੰ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਉਹ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨ ਦੀ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਅਪੀਲ ਵਿੱਚ ਅਪੀਲ ਅਤੇ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਰਾਹਤ ਦਾ ਆਧਾਰ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਅਪੀਲ ਫਾਰਮ <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> 'ਤੇ ਔਨਲਾਈਨ ਜਾਂ Patient Access ਨਾਲ (877) 967-4677 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰਕੇ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।
3. ਇਨਕਾਰ ਕਰਨ ਦੇ ਤੀਹ (30) ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਪਤੇ 'ਤੇ ਅਪੀਲਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣੀਆਂ ਚਾਹੀਦੀਆਂ ਹਨ:

County of Santa Clara Health System Patient Business
Services 5750 (ਸੈਂਟਾ ਕਲੈਰਾ ਕਾਉਂਟੀ ਹੈਲਥ ਸਿਸਟਮ ਮਰੀਜ਼ ਵਪਾਰ ਸੇਵਾਵਾਂ)
Fontanoso Way, 1st Floor

San José, CA 95138
ਧਿਆਨ ਦਿਓ: Revenue Cycle Director (ਰੇਵੇਨਿਊ ਸਾਈਕਲ ਡਾਇਰੈਕਟਰ)

4. The Revenue Cycle Director ਸਾਰੀਆਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਅਪੀਲਾਂ ਦਾ ਅਪੀਲ ਫਾਰਮ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ ਤੀਹ (30) ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਫੈਸਲਾ ਕਰੇਗਾ।
5. ਜੇ Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਡਿਜ਼ਾਈਨੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਇਨਕਾਰ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਮਰੀਜ਼ ਦੂਜੀ ਲਿਖਤੀ ਅਪੀਲ ਦਰਜ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕੋਈ ਵੀ ਦੂਜੀ ਅਪੀਲ, County of Santa Clara Health System ਦੇ ਮੁੱਖ ਵਿੱਤੀ ਅਧਿਕਾਰੀ ਦੁਆਰਾ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਪਤੇ 'ਤੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਅਪੀਲ ਨਾਮਨਜ਼ੂਰ ਹੋਣ ਦੇ ਤੀਹ (30) ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ:

County of Santa Clara Health System Finance
Department 2325 Enborg Lane, Suite 360B
San José, CA 95128
ਧਿਆਨ ਦਿਓ: Chief Financial Officer (ਮੁੱਖ ਵਿੱਤੀ ਅਫਸਰ)

6. Chief Financial Officer ਤੀਹ (30) ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਸਾਰੀਆਂ ਦੂਜੀਆਂ ਅਪੀਲਾਂ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰੇਗਾ।
7. ਦੂਜੀ ਅਪੀਲ 'ਤੇ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਫੈਸਲਾ ਅੰਤਿਮ ਹੋਵੇਗਾ।

F. ਸੂਚਿਤ ਕਰਨ ਦੀਆਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ

1. ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ ਅਤੇ ਅਟੈਚਮੈਂਟਾਂ, ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਹੁੰਚ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਵਿਭਾਗ (Department of Health Care Access and Information, HCAI) ਨੂੰ ਘੱਟੋ ਘੱਟ 1 ਜਨਵਰੀ ਨੂੰ ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਵੀ ਕੋਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਸੋਧ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਏਗੀ।
2. ਉਸ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ ਜਦੋਂ ਪਿਛਲੀ ਵਾਰ ਦਰਜ ਕਰਨ ਦੇ ਬਾਅਦ ਤੋਂ ਕੋਈ ਵੱਡੀ ਸੁਧਾਈ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ, ਤਾਂ HCAI ਨੂੰ ਖ਼ਬਰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ਕਿ ਕੋਈ ਵੱਡੀ ਸੁਧਾਈ ਨਹੀਂ ਹੋਈ ਹੈ।

ਨੀਤੀ ਦਾ ਪਿਛੋਕੜ:

ਇਸ ਨੀਤੀ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨਾ ਹੈ:

- California Hospital Fair Pricing Policies (ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਹਸਪਤਾਲ ਫੇਅਰ ਪ੍ਰਾਈਸਿੰਗ ਪਾਲਿਸੀਜ਼) (HFFP) ਕਾਨੂੰਨ, ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕੋਡ § 127400 *et seq.*
- California Emergency Physician Fair Pricing Policies (ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਫਿਜ਼ੀਸ਼ੀਅਨ ਫੇਅਰ ਪ੍ਰਾਈਸਿੰਗ ਪਾਲਿਸੀਜ਼) (EPFPP) ਕਾਨੂੰਨ, ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕੋਡ § 127450 *et seq.*

ਇਹ ਨੀਤੀ ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ Charity Care (ਚੈਰਿਟੀ ਕੇਅਰ) ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦਾ ਗਠਨ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਨੀਤੀ ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਸਾਰੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ 'ਤੇ ਨਿਰੰਤਰ ਲਾਗੂ ਕੀਤੀ ਜਾਏਗੀ।

ਇਹ ਨੀਤੀ ਸਿਰਫ ਕਾਉਂਟੀ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਵੱਲੋਂ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਸਿਹਤ-ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਵਰਤਮਾਨ ਸੂਚੀ ਅੱਗੇ ਦਿੱਤੇ "Find A Provider (ਇੱਕ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਲੱਭੋ)" ਪੰਨਿਆਂ ਦੁਆਰਾ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀ ਹੈ: <https://www.scvmc.org/find-provider> (Santa Clara Valley Medical Center), <https://och.sccgov.org/find-provider> (O'Connor Hospital), ਅਤੇ <https://slrh.sccgov.org/find-provider> (St. Louise Regional Hospital). ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਅਤੇ ਕਲੀਨਿਕਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਸੂਚੀ ਇੱਥੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ: <https://www.scvmc.org/find-health-center>।

ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਦੁਆਰਾ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਹੈਲਥ ਐਂਡ ਸੇਫਟੀ ਕੋਡ ਸੈਕਸ਼ਨ 127450 ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਡਾਕਟਰ, ਜੋ ਕਾਉਂਟੀ ਦੀਆਂ ਸਹੂਲਤਾਂ 'ਤੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਨੂੰ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ ਅਜਿਹੇ ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਅਤੇ ਉਚੇਰੀ ਮੈਡੀਕਲ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਛੋਟ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ ਜੋ ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਪੱਧਰ ਦੇ 400% ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹਨ।

County of Santa Clara Health System ਦੀਆਂ ਖਰੀਦਾਰੀ ਯੋਗ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਸੂਚੀ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ <https://www.scvmc.org/patients-visitors/services/shoppable-servicesestimate->

[potential-charges](#) 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਇਹ ਨੀਤੀ ਕਾਉਂਟੀ ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨਕਰਤਾ ਦੁਆਰਾ ਅਤੇ ਦਰਮਿਆਨ ਕਿਸੇ ਸਮਝੌਤੇ ਦੀਆਂ ਵਿਵਸਥਾਵਾਂ ਜਾਂ ਦਰਾਂ ਵਿੱਚ ਛੋਟ ਜਾਂ ਬਦਲਾਵ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ, ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਇਹ ਗੈਰ-ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਵਾਲੇ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਦੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਨੂੰ ਛੋਟ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੀ ਹੈ ਜੋ ਕਾਊਂਟੀ ਤੋਂ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਲਾਭਪਾਤਰੀ, ਕਵਰ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਬੀਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਤਰਫੋਂ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹਨ। ਇਹ ਨੀਤੀ ਉਹਨਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀਆਂ ਦੁਆਰਾ ਲਗਾਏ ਗਏ ਕਟੌਤੀ, ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨਾਂ, ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸਹਿ-ਬੀਮੇ ਦੀ ਨਿਯਮਤ ਛੋਟ ਦੀ ਆਗਿਆ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੀ ਜੋ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹਨ।

ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ:

ਇਸ ਨੀਤੀ ਦੇ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਬਾਰੇ ਪ੍ਰਸ਼ਨ ਮਰੀਜ਼ ਪਹੁੰਚ ਨਿਰਦੇਸ਼ਕ ਨੂੰ ਨਿਰਦੇਸ਼ਤ ਕੀਤੇ ਜਾਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ: 770 South Bascom Avenue, San José, CA 95128 ਜਾਂ (866) 967-4677.

ਇਹ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਹੁਣ-ਅਮਾਨਿਤ ਨੀਤੀਆਂ ਦੀ ਥਾਂ ਲੈਂਦੀ ਹੈ: VMC#924.0 Sliding Scale; HHS#735.0 Ability to Pay Determination (APD) Program; O'Connor Hospital #4765025 Financial Assistance Policy; and St. Louise Regional Hospital #5424657 Financial Assistance Policy.

ਇਹ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ ਆਖਰੀ ਵਾਰ 8 ਦਸੰਬਰ, 2022 ਨੂੰ ਅਪਡੇਟ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ।

ਅਟੈਚਮੈਂਟ ਏ

2022 ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਪੱਧਰਾਂ ਦਾ ਚਾਰਟ

2022 ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਦੇ ਪੱਧਰ							
ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਆਕਾਰ	100% ਛੋਟਾ	70% ਛੋਟਾ		50% ਛੋਟਾ		25% ਛੋਟਾ	
	Up to 400% FPL	401%	449%	450%	549%	550%	649%
1	\$4,530	\$4,531	\$5,096	\$5,097	\$6,228	\$6,229	\$7,361
	\$54,360	\$54,361	\$61,154	\$61,155	\$74,744	\$74,745	\$88,334
2	\$6,103	\$6,104	\$6,866	\$6,867	\$8,391	\$8,392	\$9,917
	\$73,240	\$73,241	\$82,394	\$82,395	\$100,704	\$100,705	\$119,014
3	\$7,677	\$7,678	\$8,636	\$8,637	\$10,555	\$10,556	\$12,474
	\$92,120	\$92,121	\$103,634	\$103,635	\$126,664	\$126,665	\$149,694
4	\$9,250	\$9,251	\$10,406	\$10,407	\$12,718	\$12,719	\$15,031
	\$111,000	\$111,001	\$124,874	\$124,875	\$152,624	\$152,625	\$180,374
5	\$10,823	\$10,824	\$12,176	\$12,177	\$14,881	\$14,882	\$17,587
	\$129,880	\$129,881	\$146,114	\$146,115	\$178,584	\$178,585	\$211,054
6	\$12,397	\$12,398	\$13,946	\$13,947	\$17,044	\$17,045	\$20,144
	\$148,760	\$148,761	\$167,354	\$167,355	\$204,544	\$204,545	\$241,734
7	\$13,970	\$13,971	\$15,716	\$15,717	\$19,208	\$19,209	\$22,701
	\$167,640	\$167,641	\$188,594	\$188,595	\$230,504	\$230,505	\$272,414
8	\$15,543	\$15,544	\$17,486	\$17,486	\$21,371	\$21,372	\$25,257
	\$186,520	\$186,521	\$209,834	\$209,835	\$256,464	\$256,465	\$303,094



COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

ਮਿਤੀ: 8 ਦਸੰਬਰ, 2022

ਸੇਵਾ ਵਿਖੇ: County of Santa Clara Health System
ਕਾਰਜਕਾਰੀ ਲੀਡਰਸ਼ਿਪ ਗਰੁੱਪ

ਇਹਨਾਂ ਵਲੋਂ: René G. Santiago, ਡਿਪਟੀ ਕਾਉਂਟੀ ਕਾਰਜਕਾਰੀ ਅਧਿਕਾਰੀ ਅਤੇ
ਡਾਇਰੈਕਟਰ, County of Santa Clara Health System

ਵਿਸ਼ਾ: ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ ਉਗਰਾਹੀ ਨੀਤੀ

ਹਵਾਲੇ: Cal. Health & Safety Code, §§ 127400–127462
Cal. Civ. Code, §§ 1788–1788.33
15 U.S.C. §§ 1692–1692p
CSCHS Policy #715.0 (Healthcare Access Program)

ਪਰਿਭਾਸ਼ਾਵਾਂ:

- ਮਰੀਜ਼:** ਇਸ ਨੀਤੀ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ, ਮਰੀਜ਼ ਵਿੱਚ ਅਜਿਹਾ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਜਿਸਨੇ CSCHS ਤੋਂ ਅਤੇ, ਜੇ ਸਮਾਨ ਵਿਅਕਤੀ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਗਾਰੰਟਰ ਤੋਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਵਸਤਾਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀਆਂ ਹਨ।
- ਗਾਰੰਟਰ:** ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਜਿਸਨੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਕਰਜ਼ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਲਈ ਵਿੱਤੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਸਵੀਕਾਰ ਕੀਤੀ ਹੈ।
- ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਕਰਜ਼:** ਰਕਮ ਜੋ ਮਰੀਜ਼ ਨੇ CSCHS ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਵਸਤਾਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਦੇਣੀ ਹੈ।
- DTAC:** County of Santa Clara's Department of Tax and Collections (ਕਾਉਂਟੀ ਔਫ਼ ਸਾਂਟਾ ਕਲਾਰਾ ਦਾ ਕਰ ਅਤੇ ਉਗਰਾਹੀ ਵਿਭਾਗ), ਜੋ CSCHS ਦੇ ਵਲੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਕਰਜ਼ ਇਕੱਤਰ ਕਰਦਾ ਹੈ।
- ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ:** CSCHS ਦੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਦੇ ਤਹਿਤ CSCHS ਦੁਆਰਾ

ਅਧਿਕਾਰਤ ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ ਉੱਤੇ ਪੂਰੀ ਜਾਂ ਅੰਸ਼ਕ ਛੋਟ।

6. **CSCHS ਪਾਲਿਸੀ #715.0 ਜਾਂ CSCHS ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ:** ਇੱਕ ਵੱਖਰੀ ਨੀਤੀ ਜੋ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਪਹੁੰਚ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ Healthcare Access Program (HAP) ਵਜੋਂ ਵੀ ਜਾਣੇ ਜਾਂਦੇ CSCHS ਦੇ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਘੱਟ ਜਾਂ ਮੱਧਮ ਆਮਦਨੀ ਵਾਲੇ ਕੁਝ ਖਾਸ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ CSCHS ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਵਸਤਾਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉੱਤੇ ਛੋਟ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਇਹ CSCHS ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ: <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> 'ਤੇ ਔਨਲਾਈਨ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਲੋਕੀ CSCHS Patient Access Department ਨਾਲ (866) 967-4677 'ਤੇ (ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5 ਵਜੇ, ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ) ਕਾਲ ਕਰਕੇ CSCHS ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ ਦੀ ਇੱਕ ਨਕਲ ਵੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਪਿਛੋਕੜ:

ਇਸ ਨੀਤੀ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ County of Santa Clara Health System (CSCHS) ਨੂੰ ਦੇਣ ਯੋਗ ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ ਦੀ ਉਗਰਾਹੀ ਲਈ ਮਿਆਰਾਂ ਅਤੇ ਅਭਿਆਸਾਂ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰਨਾ ਹੈ।

ਨੀਤੀ:

ਇਹ CSCHS ਦੀ ਨੀਤੀ ਹੈ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਤਰੀਕੇ ਵਿੱਚ ਬਿੱਲ ਭੇਜੇ ਜੋ ਸਟੀਕ, ਸਮੇਂ ਸਿਰ, ਅਤੇ ਲਾਗੂ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਅਤੇ ਕਾਇਮੀਆਂ ਦੇ ਨਾਲ ਇਕਸਾਰ ਹੋਵੇ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ California Health and Safety Code (ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕੋਡ), California Civil Code (ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਸਿਵਲ ਕੋਡ), ਅਤੇ United States Code (ਯੂਨਾਈਟਿਡ ਸਟੇਟਸ ਕੋਡ) ਦੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਪ੍ਰਾਵਧਾਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਪਰ ਇਹਨਾਂ ਤਕ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਕਾਰਜਵਿਧੀ:

ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਧਿਰ

CSCHS Patient Business Services

ਕਾਰਵਾਈ

1. CSCHS ਮੁੱਖ ਵਿੱਤੀ ਅਧਿਕਾਰੀ ਦੇ ਇਖਤਿਆਰ ਤਹਿਤ, CSCHS ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਵਸਤਾਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਦੁਆਰਾ ਕਰਜ਼ ਲਿੱਤੀ ਰਕਮ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਅਨੁਸਰਣ CSCHS ਕਰੇਗਾ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਨਾ ਮਿਲਣ ਵਾਲੇ ਪੈਸਿਆਂ ਵਜੋਂ ਮਨੋਨੀਤ ਕੀਤੀਆਂ ਭੁਗਤਾਨ-ਰਹਿਤ ਰਕਮਾਂ ਅਤੇ ਉਗਰਾਹੀ ਲਈ DTAC ਨੂੰ ਅਜਿਹੀਆਂ ਰਕਮਾਂ ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦੇਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਉਗਰਾਹੀ ਦੀਆਂ ਕਾਰਵਾਈਆਂ CSCHS ਦੇ ਅਤੇ DTAC ਦੇ ਵਿਵੇਕ 'ਤੇ ਪੂਰੀਆਂ

ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣਗੀਆਂ ਅਤੇ ਸਾਰੇ ਲਾਗੂ ਰਾਜ ਅਤੇ ਸੰਘੀ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਅਤੇ ਕਾਇਮੀਆਂ ਦਾ ਪਾਲਣ ਕਰਨਗੀਆਂ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ California Hospital Fair Pricing Policies ਕਾਨੂੰਨ (California Health and Safety Code, ਸੈਕਸ਼ਨ 127400 *et seq.*), Emergency Physician Fair Pricing Policies ਕਾਨੂੰਨ (California Health and Safety Code, ਸੈਕਸ਼ਨ 127450 *et seq.*), Rosenthal Fair Debt Collection Practices Act (California Civil Code, ਸੈਕਸ਼ਨ 1788 *et seq.*), ਅਤੇ ਸੰਘੀ Fair Debt Collection Practices Act (United States Code, ਟਾਈਟਲ 15, ਸੈਕਸ਼ਨ 1692 *et seq.*) ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।

2. CSCHS ਨੂੰ DTAC ਵਲੋਂ ਇੱਕ ਲਿਖਤ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਵੇਗਾ ਕਿ DTAC ਇਸ ਨੀਤੀ ਦਾ ਆਪਣੇ ਵਲੋਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪਾਲਣ ਕਰੇਗਾ। ਲਿਖਤ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਦਾ ਅਰਥ CSCHS ਅਤੇ DTAC ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਇੱਕ ਸਾਂਝੇ ਵਪਾਰ ਦਾ ਨਿਰਮਾਣ ਕਰਨ ਵਜੋਂ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਤਰ੍ਹਾਂ DTAC ਦੇ CSCHS ਸ਼ਾਸਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਵਜੋਂ ਨਹੀਂ ਕੱਢਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।
3. DTAC ਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦੇਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, CSCHS ਹੇਠ ਲਿਖਿਆ ਸਾਰਾ ਕੁਝ ਕਰੇਗਾ:
 - a. ਕਾਉਂਟੀ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਤੋਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਦੇ ਸਾਰੀਆਂ ਮੁਨਾਸਬ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਕਰੇਗੀ ਕਿ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਜਾਂ ਪਬਲਿਕ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਜਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤੀ CSCHS ਦੁਆਰਾ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਖਰਚਿਆਂ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਵਰ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਅੰਸ਼ਕ ਤੌਰ 'ਤੇ।
 - b. ਅਜਿਹੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਜੋ ਕਿਸੇ ਤੀਜੀ-ਧਿਰ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨਕਰਤਾ ਦੁਆਰਾ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਦਿਖਾਉਂਦੇ, ਜਾਂ ਜੋ ਛੋਟ ਵਾਲੀ ਕੀਮਤ ਜਾਂ ਚੈਰਿਟੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦੇ ਹਨ, Medi-Cal ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਜਾਂ ਰਾਜ- ਜਾਂ ਕਾਉਂਟੀ-ਦੁਆਰਾ-ਫੰਡ ਕੀਤੇ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨਾ।

- c. ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ CSCHS ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਚਾਰ (4) ਖਾਤੇ ਦੀਆਂ ਸਟੇਟਮੈਂਟਾਂ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜ ਕੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਵਿੱਤੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਦੇਣਾ।
- d. ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਸੇਵਾ ਦੀ ਮਿਤੀ(ਆਂ) ਨੂੰ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਛੇਤੀ ਹੀ, ਬਿੱਲਿੰਗ ਦੇ ਸਮੇਂ 'ਤੇ, ਅਤੇ DTAC ਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦੇਣ ਤੋਂ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 30 ਦਿਨ ਪਹਿਲਾਂ, CSCHS ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ ਅਤੇ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਕੇ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਉਪਲਬਧ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਵਿਕਲਪਾਂ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਦੇਣਾ।
- e. ਕਦਮ ਪੁੱਟਣਾ, ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ CSCHS Patient Access Department ਦੇ ਨਾਲ ਉਪਲਬਧ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਵਿਕਲਪਾਂ ਬਾਰੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਜੋ ਉਹਨਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ Medi-Cal, ਸਰਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਫੰਡ ਕੀਤੀ ਹੋਰ ਸਿਹਤ-ਦੇਖਭਾਲ ਕਵਰੇਜ, ਅਤੇ, Healthcare Access Program, ਜਿਵੇਂ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ, ਲਈ ਅਰਜ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ।
- f. DTAC ਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦੇਣ ਤੋਂ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 60 ਦਿਨ ਪਹਿਲਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਇੱਕ ਨੋਟਿਸ ਭੇਜਣਾ—ਜਿਸ ਨੂੰ ਉੱਝ "ਗੁੱਡਬਾਇ ਲੈਟਰ" ਵਜੋਂ—ਜਾਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਵੇਗਾ:
 - i. ਉਸ ਬਿੱਲ ਦੀ ਸਰਵਿਸ ਦੀ ਮਿਤੀ(ਆਂ) ਜੋ DTAC ਨੂੰ ਭੇਜਿਆ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ;
 - ii. DTAC ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ;
 - iii. ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਸੂਚਨਾ ਦੇ ਰਹੀ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਕਿ CSCHS ਵਲੋਂ ਵਸਤੂ ਅਨੁਸਾਰ ਬਿੱਲ ਕਿਵੇਂ ਹਾਸਲ ਕਰਨਾ ਹੈ;

- iv. ਸੇਵਾ ਦੇ ਸਮੇਂ 'ਤੇ CSCHS ਦੇ ਨਾਲ ਰਿਕਾਰਡ ਉੱਤੇ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ ਲਈ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਕਿਸਮ, ਜਾਂ ਇੱਕ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਕਿ CSCHS ਕੋਲ ਅਜਿਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਹੀਂ ਹੈ;
 - v. CSCHS ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਇੱਕ ਨਕਲ; ਅਤੇ
 - vi. ਮਿਤੀ(ਆਂ) ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਬਾਰੇ ਨੋਟਿਸ ਭੇਜਿਆ ਗਿਆ ਸੀ, ਮਿਤੀ(ਆਂ) ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਅਰਜ਼ੀ ਭੇਜੀ ਗਈ ਸੀ, ਅਤੇ ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ, ਮਿਤੀ ਜਦੋਂ CSCHS ਨੇ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਅਰਜ਼ੀ ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਫੈਸਲਾ ਲਿਆ।
- g. DTAC ਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ (Patient Debt) ਭੇਜਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਬਿਲਿੰਗ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 180 ਦਿਨ ਉਡੀਕ ਕਰਨਾ।
4. ਇੱਕ ਵਾਰ ਉਪਰੋਕਤ ਪੈਰਾਗ੍ਰਾਫ (3) ਵਿੱਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੇ ਕਦਮ ਪੂਰੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, CSCHS ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਇੱਕ ਜਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਉਗਹਾਰੀ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਦਾ ਅਨੁਪਾਲਣ ਕਰਨ ਲਈ DTAC ਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ:
- a. ਮਿਆਰੀ ਉਗਹਾਰੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਰੁੱਝਣਾ ਜਿਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਬਿੱਲਿੰਗ ਸਟੇਟਮੈਂਟਾਂ, ਲਿਖਤ ਪੱਤਰ-ਵਿਹਾਰ, ਅਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਾਲਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਪਰ ਇਹਨਾਂ ਤਕ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ;
 - b. ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਖਿਲਾਫ਼ ਇਸ ਤਰੀਕੇ ਵਿੱਚ ਨਾਗਰਿਕ ਕਾਰਵਾਈ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨਾ ਜੋ ਲਾਗੂ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦਾ ਅਨੁਪਾਲਣ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਇੱਕ ਲਿਖਤ ਇੰਟਰਏਜੰਸੀ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਦੇ ਦੁਆਰਾ,

CSCHS ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਏਗਾ ਕਿ DTAC ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਖਿਲਾਫ਼ ਨਾਗਰਿਕ ਕਾਰਵਾਈ ਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਜੇ ਅਜਿਹੀਆਂ ਵਸਤਾਂ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਪੀਲ ਲੰਬਤ ਹੈ ਜਿਸ ਵਾਸਤੇ ਉਹਨਾਂ ਨੇ CSCHS ਤੋਂ ਬਿੱਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤਾ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ California Health and Safety Code, ਸੈਕਸ਼ਨ 127426, ਉਪ-ਵਿਭਾਗ (b) ਵਿੱਚ ਪਰਿਭਾਸ਼ਿਤ ਹੈ), ਜਦੋਂ ਤਕ ਉਸ ਅਪੀਲ ਦਾ ਅੰਤਿਮ ਫੈਸਲਾ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ, ਜੋ ਮਰੀਜ਼ CSCHS ਅਤੇ DTAC ਦੇ ਨਾਲ ਕਿਸੇ ਲੰਬਤ ਅਪੀਲਾਂ ਦੀ ਤਰੱਕੀ ਬਾਰੇ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਨ ਦੀ ਮੁਨਾਸਬ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਲੰਬਤ ਅਪੀਲ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦੀਆਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤਾਂ, Department of Managed Health Care (ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿਭਾਗ) ਜਾਂ Department of Insurance (ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ) ਦੁਆਰਾ ਸੰਚਾਲਿਤ ਸੁਤੰਤਰ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਸਮੀਖਿਆਵਾਂ, Medi-Cal ਨਿਰਪੱਖ ਸੁਣਵਾਈਆਂ, ਅਤੇ Medicare ਅਪੀਲਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਜਿਹਨਾਂ ਦਾ ਵਰਣਨ California Health and Safety Code, section 127426, ਉਪ-ਵਿਭਾਗ (b) ਵਿੱਚ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

5. ਇੱਕ ਲਿਖਤ ਇੰਟਰਏਜੰਸੀ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਦੁਆਰਾ, CSCHS ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਏਗਾ ਕਿ ਅਜਿਹੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੇ ਨਾਲ ਜੋ ਦਰਸਾ ਰਿਹਾ ਹੈ ਕਿ ਉਗਰਾਹੀ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, DTAC ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਇੱਕ ਨੋਟਿਸ ਭੇਜੇਗਾ ਜਿਸ ਵਿੱਚ Hospital Fair Pricing Policies ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ, Rosenthal Fair Debt Collection Practices Act, ਅਤੇ ਸੰਘੀ Fair Debt Collection Practices Act ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਦਾ ਸਰਲ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਾਰ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਵੇਗੀ ਕਿ ਗੈਰ-ਮੁਨਾਫ਼ਾ ਉਧਾਰ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ, Health and Safety Code ਸੈਕਸ਼ਨ 127430 ਦੇ ਅਨੁਰੂਪ ਉਪਲਬਧ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ; ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਨਾਲ ਪਹਿਲੇ ਲਿਖਤ ਸੰਚਾਰ ਵਿੱਚ, DTAC ਗੁੱਡਬਾਇ ਲੈਟਰ ਦੀ ਇੱਕ ਨਕਲ ਅਤੇ ਇੱਕ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੇਗਾ ਕਿ ਉਸ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 180 ਤੋਂ

ਜ਼ਿਆਦਾ ਦਿਨ ਲੰਘ ਗਏ ਹਨ ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਬਿੱਲ ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ ਜੋ ਕਰਜ਼ ਦਾ ਆਧਾਰ ਸੀ, ਕਿ DTAC ਕਰਜ਼ ਦੀ ਉਗਰਾਹੀ ਕਰਨ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਖਿਲਾਫ਼ ਮੁਕੱਦਮਾ ਚਲਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ DTAC ਉਧਾਰ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਏਜੰਸੀ ਨੂੰ ਪ੍ਰਤੀਕੂਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ।

6. CSCHS ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਉਗਰਾਹੀ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ:

- a. ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ ਬਾਰੇ ਪ੍ਰਤੀਕੂਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਇੱਕ ਉਪਭੋਗਤਾ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਰਿਪੋਰਟਿੰਗ ਏਜੰਸੀ ਜਾਂ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਬਿਊਰੋ ਨੂੰ ਦੇਣਾ;
- b. ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਕਰਜ਼ ਨੂੰ ਕਰਜ਼ ਖਰੀਦਾਰ ਨੂੰ ਵੇਚਣਾ;
- c. ਪਿਛਲੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਇੱਕ ਜਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਬਿੱਲਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਨਾ ਹੋਣ ਕਾਰਨ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨੂੰ ਟਾਲਣਾ ਜਾਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨਾ, ਜਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨਾ;
- d. ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਅਸਲ ਸੰਪੱਤੀ ਉੱਤੇ ਪਾਬੰਦੀ ਲਾ ਦੇਣਾ;
- e. ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ ਜਾਂ ਦੂਜੀ ਨਿੱਜੀ ਸੰਪੱਤੀ ਨੂੰ ਨੱਥੀ ਜਾਂ ਜ਼ਬਤ ਕਰਨਾ; ਜਾਂ
- f. ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਪਾਏ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਮਰੀਜ਼ ਤੋਂ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਨਾ ਕੀਤੇ ਬਿੱਲਾਂ ਨੂੰ ਇਕੱਤਰ ਕਰਨ ਦੇ ਤਰੀਕਿਆਂ ਵਜੋਂ, ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਉੱਤੇ ਵੇਜ ਗਾਰਨਿਸ਼ਮੈਂਟ ਜਾਂ ਹੱਕ-ਰਖਾਈ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨਾ।

7. ਕੋਈ ਵੀ ਮਰੀਜ਼ ਮਰੀਜ਼ ਕਰਜ਼ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਲਈ ਇੱਕ ਵਿਆਜ-ਰਹਿਤ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਸਥਾਪਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਆਖ ਸਕਦਾ ਹੈ।

- a. ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਨਾਲ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਉੱਤੇ ਸੰਦੇਬਾਜ਼ੀ ਕਰਨ ਵਿੱਚ, CSCHS ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਰਹਿਣ-ਸਹਿਣ ਦੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਖਰਚਿਆਂ ਉੱਤੇ ਸੋਚ-ਵਿਚਾਰ ਕਰੇਗੀ।

- b. ਜੇ CSCHS ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਜੋ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਪਾਤਰ ਬਣਿਆ ਹੈ, ਇੱਕ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਉੱਤੇ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ CSCHS ਅਜਿਹੇ ਮਾਸਿਕ ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਜੋ ਰਹਿਣ-ਸਹਿਣ ਦੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਖਰਚਿਆਂ ਲਈ ਕਟੌਤੀਆਂ ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਕੱਢ ਕੇ ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਦੇ 10 ਪ੍ਰਤੀਸ਼ਤ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਇੱਕ ਮੁਨਾਸਬ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ California Health and Safety Code ਸੈਕਸ਼ਨ 127400 ਦੇ ਉਪ-ਵਿਭਾਗ (i) ਵਿੱਚ ਵਰਣਨ ਕੀਤੇ ਫਾਰਮੂਲੇ ਅਤੇ ਪਰਿਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੇਗੀ।

- c. ਮਰੀਜ਼ ਵਲੋਂ 90-ਦਿਨ ਦੀ ਮਿਆਦ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਸਾਰੇ ਲਗਾਤਾਰ ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਨੂੰ ਕਰਨ ਦੀ ਅਸਫਲਤਾ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਇੱਕ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਬੇਅਸਰ ਘੋਸ਼ਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

- d. ਇੱਕ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਬੇਅਸਰ ਘੋਸ਼ਿਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, CSCHS ਹੇਠ ਲਿਖਿਆ ਕਰੇਗਾ:
 - i. ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਟੈਲੀਫੋਨ ਰਾਹੀਂ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ ਮੁਨਾਸਬ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਕਰਨੀਆਂ, ਲਿਖਤ ਵਿੱਚ ਸੂਚਨਾ ਦੇਣੀ ਕਿ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਬੇਅਸਰ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਡਿਫੋਲਟ ਵਾਲੀ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਦੀ ਮੁੜ-ਸੰਦੇਬਾਜ਼ੀ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਨ ਦੇ ਮੌਕੇ ਬਾਰੇ ਸੂਚਨਾ ਦੇਣਾ।

 - ii. ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਬੇਨਤੀ 'ਤੇ, ਡਿਫੋਲਟ ਵਾਲੀ ਭੁਗਤਾਨ

ਯੋਜਨਾ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ 'ਤੇ ਮੁੜ-ਸੰਦੇਸ਼ਾਜੀ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਨੀ।

- e. CSCHS ਕਿਸੇ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਬੇਅਸਰ ਘੋਸ਼ਿਤ ਹੋਣ ਦੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਖਿਲਾਫ਼ ਭੁਗਤਾਨ ਨਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕੋਈ ਸਿਵਲ ਕਾਰਵਾਈ ਸ਼ੁਰੂ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ।
8. CSCHS ਉਗਰਾਹੀ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਲਈ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਤੋਂ ਹਾਸਲ ਤਨਖਾਹ ਸਟੱਬ, ਇਨਕਮਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨਸ, ਜਾਂ ਪੁੰਜੀਆਂ ਦੇ ਲਿਖਤੀ ਸਬੂਤ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ।
9. ਅਜਿਹੀ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ ਜਦੋਂ CSCHS Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਡਿਜ਼ਾਇਨੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਬਿਲਿੰਗ ਤੋਂ 180 ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਦਿਨਾਂ ਬਾਅਦ ਦਰਜ ਕੀਤੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ CSCHS Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਸਦਾ ਡਿਜ਼ਾਇਨੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰੇਗਾ ਕਿ DTAC ਸਿਵਲ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਸਮੇਤ ਉਗਰਾਹੀ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਨੂੰ ਰੋਕੇ, ਜਦੋਂ ਤਕ CSCHS Revenue Cycle Director ਜਾਂ ਉਸਦਾ ਡਿਜ਼ਾਇਨੀ ਅਰਜ਼ੀ ਉੱਤੇ ਫੈਸਲਾ ਨਹੀਂ ਦੇ ਦਿੰਦੇ। ਉਸ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ ਜਦੋਂ ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਸਿਵਲ ਕਾਰਵਾਈ ਦੇ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਪਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ CSCHS ਪੱਖਪਾਤ ਵਾਲੇ ਮੁਕੱਦਮੇ ਨੂੰ ਖਾਰਜ ਕਰਨ ਲਈ DTAC ਦੇ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰੇਗਾ।
10. ਇਸ ਨੀਤੀ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੀ ਚੀਜ਼ CSCHS ਜਾਂ DTAC ਨੂੰ ਲਾਗੂ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਤੀਰਕੇ ਵਿੱਚ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਦੀ ਜਵਾਬਦੇਹੀ ਦਾ ਪਾਲਣ ਕਰਨ ਤੋਂ ਨਹੀਂ ਰੋਕਦੀ।

ਮਰੀਜ਼

1. ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਨੀਤੀ ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ CSCHS Patient Business Services ਨੂੰ ਪੁੱਛਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ CSCHS Patient Business Services ਨਾਲ ਫ਼ੋਨ ਦੁਆਰਾ (408) 885-7470 'ਤੇ (ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 4:30 ਵਜੇ, ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ) ਜਾਂ ਆਪ ਜਾ ਕੇ 770 S. Bascom Ave, San Jose, CA 95128 (ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 4:30 ਵਜੇ, ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ) 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

2. ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ CSCHS ਅਤੇ DTAC ਵਲੋਂ ਬਿੱਲਿੰਗ ਸਟੇਟਮੈਂਟਾਂ ਅਤੇ ਸਬੰਧਤ ਸੰਚਾਰਾਂ ਦਾ ਫੌਰਨ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਰੀਆਂ ਮੁਨਾਸਬ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਕਰਨੀਆਂ ਚਾਹੀਦੀਆਂ ਹਨ।
3. ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ CSCHS ਨੂੰ ਸੂਚਨਾ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਰੀਆਂ ਮੁਨਾਸਬ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਕਰਨੀਆਂ ਚਾਹੀਦੀਆਂ ਹਨ ਜੇ ਉਹਨਾਂ ਕੋਲ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ, Medicare, Medi-Cal, ਜਾਂ ਹੋਰ ਤੀਜੀ-ਪਿਰ ਕਵਰੇਜ ਹੈ ਜੋ ਸ਼ਾਇਦ CSCHS 'ਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਜਾਂ ਕੁਝ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਵਸਤਾਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।
4. ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ CSCHS ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨ ਲਈ ਪ੍ਰੇਰਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ, ਜੇ ਉਹ ਮੰਨਦੇ ਹਨ ਕਿ ਉਹ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਹਨ, ਤਾਂ ਇੱਕ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਜਿੰਨੀ ਛੇਤੀ ਸੰਭਵ ਹੋਵੇ ਪੂਰਾ ਕਰੋ ਅਤੇ ਦਰਜ ਕਰੋ। ਮਰੀਜ਼ ਪੂਰਨ CSCHS ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ CSCHS ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਇੱਕ ਨਕਲ <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> 'ਤੇ ਡਾਊਨਲੋਡ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ ਬਾਰੇ ਕਿਸੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਨਾਲ CSCHS Patient Access Department ਨਾਲ (866) 967-4677 'ਤੇ (ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5 ਵਜੇ, ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ) ਸੰਪਰਕ ਵੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ: 12/08/2022