

### برنامه دسترسی به خدمات درمانی

#### خلاصه خط‌مشی:

The County of Santa Clara Health System (County) از افزایش امکان دسترسی به خدمات درمانی مقرون‌به‌صرفه برای همه ساکنین کانتی حمایت می‌کند. بنابراین، کانتی از طریق این برنامه دسترسی به خدمات درمانی (که تحت عنوان خط‌مشی کمک مالی به بیماران نیز شناخته می‌شود)، خدمات یا لوازم پزشکی لازم تخفیفی را به بیماران کم‌درآمد یا با درآمد متوسط ساکن کانتی که خودپرداز (Self-Pay) هستند و هزینه‌های پزشکی بالایی دارند ارائه می‌دهد. شرح مختصری از این خط‌مشی به قرار زیر است. بیماران باید خط‌مشی را به طور کامل مطالعه کنند یا برای دریافت اطلاعات کامل درباره برنامه، با یک مشاور کمک مالی کانتی صحبت کنند.

- بیماران خودپرداز بیمارانی هستند که فاقد بیمه سلامت (یا هر گونه منبع پرداخت ثالث برای خدمات یا لوازم پزشکی لازم) هستند و ثابت کرده‌اند که واجد شرایط بیمه سلامت کارفرما یا برنامه‌های بیمه سلامت دولتی مثل Medi-Cal یا Covered California نیستند.
- بیماران دارای هزینه‌های بالای پزشکی (High Medical Cost)، بیمارانی هستند که یا خودشان متحمل هزینه‌های خدمات درمانی در کانتی شده‌اند یا خانواده‌شان بابت هزینه‌های خدمات درمانی، مبلغی را به ارائه‌دهنده خدمات پزشکی پرداخت کرده است که بیشتر از 10% از درآمد خانواده بیمار در دوازده (12) ماه گذشته بوده است.
- بیماران خودپرداز و بیماران دارای هزینه‌های بالای پزشکی که ساکن کانتی هستند و درآمدی زیر 400% از سطح فقر فدرال دارند واجد شرایط 100% تخفیف برای دریافت خدمات یا لوازم پزشکی لازم از ارائه‌دهندگان خدمات درمانی کانتی هستند.
- بیماران خودپرداز و بیماران دارای هزینه‌های بالای پزشکی که ساکن کانتی هستند و درآمدی بالای 400% اما زیر 450%، 550% یا 650% از سطح فقر فدرال دارند، به ترتیب، واجد شرایط 70%، 50% یا 25% تخفیف برای دریافت خدمات یا لوازم پزشکی لازم از ارائه‌دهندگان خدمات درمانی کانتی هستند.
- بیماران واجد شرایط، صلاحیت دریافت کمک مالی را برای یک دوره یک ساله دارند، مگر این که بیمار قبل از این زمان، واجد شرایط یک منبع ثالث پوشش بیمه سلامت شود. بیماران باید کانتی را درباره تغییرات عمده مربوط به صلاحیت خود مطلع سازند (تغییراتی مثل درآمد، دسترسی به پوشش خدمات درمانی، ترکیب خانواده یا هزینه‌های پزشکی). کانتی حق بررسی مجدد و تایید صلاحیت بیمار در هر زمان را برای خود محفوظ می‌دارد.
- سطح فقر فدرال هر سال تغییر می‌کند. لیست سطح فقر فدرال 2020 که در این خط‌مشی به آن اشاره شده در پیوست A ذکر شده است.
- بیماران واجد شرایط باید یک درخواست تکمیل‌شده بابت کمک مالی را ارسال کنند یا ظرف 149 روز پس از تاریخ دریافت اولین اظهارنامه، مطابق با این خط‌مشی، به عنوان فرد ثبت‌نام‌شده فرضی برای خدمات درمانی تخفیفی تلقی شوند.
- به طور کلی، بیماران خودپرداز و بیماران دارای هزینه‌های بالای پزشکی که ساکن کانتی نیستند، واجد شرایط دریافت خدمات درمانی غیراورژانسی در مراکز کانتی سانتا کلارا نیستند. در این مراکز، در صورتی که مازاد ظرفیت وجود داشته باشد، افراد غیرساکن در کانتی می‌توانند از خدمات درمانی غیراورژانسی استفاده کنند. افراد غیرساکن در کانتی که در مراکز کانتی، دریافت خدمات یا لوازم پزشکی لازم را دریافت می‌کنند و بیماران خودپرداز و دارای هزینه‌های بالای پزشکی هستند، اگر درآمدی زیر 400% از سطح فقر فدرال داشته باشند، واجد شرایط دریافت 100% تخفیف برای آن دوره خاص از درمان هستند.

## تعاریف:

1. **خانواده بیمار یا خانواده:** برای بیماران هجده (18) ساله به بالا، خانواده بیمار شامل همسر یا پارتنر همخانه و فرزندان تحت تکفل زیر بیست و یک (21) سال می‌شود، چه در همان خانه زندگی کنند، چه نکنند. برای بیماران زیر هجده (18) سال، خانواده بیمار شامل والدین بیمار یا خویشاوندان مراقب و سایر فرزندان والدین یا خویشاوندان مراقب زیر بیست و یک (21) سال می‌شود.
2. **ساکن کانتی:** ساکن کانتی، فردی است که در کانتی سانتا کلارا زندگی می‌کند.
3. **فرد غیر ساکن کانتی:** فرد غیر ساکن، شخصی است که در کانتی سانتا کلارا زندگی نمی‌کند.
4. **درآمد خانواده:** درآمد خانواده شامل عایدات سالانه همه اعضاء خانواده بیمار از دوازده (12) ماه قبل یا از سال مالیاتی قبل، منهای هر گونه پرداختی است که بابت نفقه یا هزینه‌های فرزند صورت می‌گیرد.
5. **بیمار خودپرداز:** بیمار خودپرداز، بیماری است که فاقد بیمه سلامت (یا هر گونه منبع پرداخت ثالث برای خدمات یا لوازم پزشکی لازم) است و واجد شرایط بیمه سلامت یا هر گونه منبع پرداخت ثالث برای خدمات درمانی نیست. بیماران خودپرداز شامل و نه محدود به بیماران زیر است: (i) بیمارانی که واجد شرایط یک برنامه بیمه دولتی هستند اما خدماتی را دریافت می‌کنند که تحت پوشش چنین برنامه‌ای نیست و (ii) بیمارانی که مزایای آنها قبل از ارائه خدمات یا در طول ارائه خدمات، به اتمام می‌رسد.
6. **بیمار دارای هزینه‌های بالای پزشکی:** بیمار دارای هزینه‌های بالای پزشکی، بیماری است که:
  - a. یک منبع ثالث پرداخت بابت خدمات درمانی دارد (یعنی بیمار خودپرداز نیست)، و
  - b. یا:
    - i. بابت هزینه‌های خدمات درمانی خود، به کانتی مبلغی را بدهکار است که بیشتر از 10% از درآمد خانواده بیمار در دوازده (12) ماه قبل است، یا
    - ii. هزینه‌های خدمات درمانی خانواده را پرداخت کرده است که مبلغ آن فراتر از 10% از درآمد خانواده بیمار در دوازده (12) ماه قبل بوده است.این هزینه‌های خدمات درمانی ممکن است شامل پرداخت مشترک (copayment)، پرداخت مشترک پس از پرداخت مبلغ قابل کسر (coinsurance)، مبلغ قابل کسر (deductible) یا سایر مبالغی باشد که مطابق با بیمه‌نامه سلامت بیمار، پرداخت آن به عهده بیمار است.
7. **ثبت نام فرضی برای خدمات درمانی تخفیفی:** یک بیمار ممکن است بر اساس اطلاعات اجتماعی-اقتصادی خاص بیمار که از منابع بازار جمع آوری شده است، واجد شرایط برنامه دسترسی به خدمات درمانی تعیین گردد.
8. **خدمات یا لوازم پزشکی لازم:** منظور از خدمات یا لوازم پزشکی لازم، خدمات و/یا لوازم پزشکی‌ای است که برای درمان یا تشخیص یک بیماری لازم است و حذف آن ممکن است تاثیر نامطلوبی بر سلامتی بیمار بگذارد. خدمات زیر به طور کلی به عنوان خدمات یا لوازم پزشکی لازم تلقی نمی‌شوند و بنابراین معمولاً تحت پوشش این خط مشی قرار نمی‌گیرند:
  - a. خدمات متخصص غدد درون‌ریز دستگاه تولید مثل و ناباروری؛
  - b. خدمات زیبایی یا خدمات جراحی پلاستیک؛
  - c. خدمات اصلاح بینایی از جمله لیزیک، PRK، کراتوپلاستی هدایتی، کارگذاری رینگ داخل قرنیه‌ای یا Intacs، عمل لیزر C-CAP؛
  - d. حمل و نقل با آمبولانس درخواستی از سوی بیمار؛ و
  - e. داروهای مربوط به سبک زندگی طبق تعریف کمیته داروخانه و داروهای درمانی مرکز پزشکی Santa Clara Valley Medical Center (SCVMC).

کانتی حق تغییر فهرست خدمات و/یا لوازمی را که عموماً تحت پوشش نیستند برای خود محفوظ می‌دارد. در موارد نادر، به عنوان مثال بر اساس توصیه یک پزشک یا ارائه‌دهنده طرف قرارداد، مسئول ارشد امور پزشکی یا معاون وی می‌تواند یکی از این خدمات یا لوازم را به عنوان خدمات یا لوازم پزشکی لازم برای یک بیمار خاص تایید کند. تصمیم مسئول ارشد امور پزشکی کانتی یا معاون وی، نهایی و قطعی خواهد بود.

رویه:

#### A. صلاحیت دریافت کمک مالی

1. به منظور دریافت کمک مالی طبق این خط‌مشی، بیمار باید یا با ارسال یک درخواست تکمیل‌شده بابت کمک مالی یا با تلقی شدن به عنوان ثبت‌نام شده فرضی برای خدمات درمانی تخفیفی، جهت دریافت کمک مالی اقدام کند.<sup>1</sup>
2. بیماران باید هنگام درخواست بابت کمک مالی، اطلاعات درست، دقیق و کامل از جمله مدارک مثبت‌ه لازم مورد درخواست کانتی را ارائه دهند. در صورتی که بیماران در طول فرایند درخواست، اطلاعات غلط یا ناقص ارائه دهند ممکن است فاقد شرایط لازم برای دریافت کمک مالی تعیین شوند.
3. مقادیر مختلف کمک مالی بر اساس درآمد خانواده بیمار برای بیماران واجد شرایط موجود است.

#### مبلغ کمک مالی موجود برای ساکنین کانتی که یا بیماران خودپرداز هستند یا بر اساس درآمد خانواده، دارای هزینه‌های بالای پزشکی هستند

میزان کسر شده از مبلغی که بابت خدمات یا لوازم پزشکی لازم به عهده بیمار است	درآمد خانواده
100% کسر مبلغ به عنوان خدمات درمانی خیریه	درآمد خانواده کمتر از 400% از سطح فقر فدرال
70% کسر مبلغ به عنوان خدمات درمانی خیریه	درآمد خانواده بین 400 تا 449% از سطح فقر فدرال
50% کسر مبلغ به عنوان خدمات درمانی خیریه	درآمد خانواده بین 450 تا 549% از سطح فقر فدرال
25% کسر مبلغ به عنوان خدمات درمانی خیریه	درآمد خانواده بین 550 تا 649% از سطح فقر فدرال

<sup>1</sup> بیمارانی که بی‌خانمان هستند یا در حین دریافت خدمات، مزایای آنها منقضی می‌شود و نه منبع تامین بودجه و نه یک طرف یا ورثه مسئول دارند، ممکن است واجد شرایط دریافت کمک مالی شوند حتی اگر درخواست بابت کمک مالی را تکمیل نکرده یا به عنوان بیمار ثبت‌نام شده فرضی برای خدمات درمانی تخفیفی تلقی نشده باشند. مدیر دسترسی بیماران یا مدیر امور چرخه عایدات (Revenue Cycle) یا معاون(های) آنها این موارد را به صورت انفرادی و بر اساس مورد به مورد بررسی خواهند کرد.

برای بیمارانی که قادر به تکمیل درخواست یا ارائه همه مدارک لازم نیستند، سیستم سلامت ممکن است ابزاری را ایجاد و به آن تکیه کند که بر اساس ثبت نام فعلی در برنامه‌هایی مثل خدمات بی‌خانمان، برنامه زنان، شیرخواران و کودکان (WIC)، برنامه کمک تکمیلی غذا (SNAP) که عموماً به عنوان بن غذا شناخته می‌شود) و برخی از برنامه‌های ارائه مسکن رایانه‌ای، به طور فرضی، بیماران را در برنامه دسترسی خدمات درمانی ثبت نام می‌کند.

لیست سطح فقر فدرال 2020 در پیوست A ذکر شده است.

4. بیمارانی که فاقد بیمه سلامت (یا یک منبع ثالث دیگر برای پرداخت بابت خدمات یا لوازم پزشکی لازم) هستند بررسی خواهند شد تا تعیین گردد آیا واجد شرایط هر گونه برنامه سلامت ایالتی یا فدرال یا هر گونه منبع ثالث پرداخت دیگر هستند یا خیر.
5. بیمارانی که در صدد دریافت کمک مالی هستند باید برای همه بیمه‌های سلامتی (یا سایر منابع ثالث پرداخت بابت خدمات یا لوازم پزشکی لازم) که واجد شرایط آن هستند، درخواست دهند مگر این که مدیر چرخه عایدات کانتی، بیمار را از چنین الزامی طبق توضیحات زیر معاف بداند.
6. قصور بیمار در به کار گرفتن تمام تلاش خود برای دریافت بیمه سلامت (یا سایر منابع ثالث پرداخت بابت خدمات یا لوازم پزشکی لازم) ممکن است منجر به رد کمک مالی شود.
7. مدیر چرخه عایدات کانتی مجاز است بیمارانی را که ممکن است طبق قانون نهایی درباره «عدم پذیرش به علت متحمل کردن هزینه بر دولت»، روزنامه رسمی فدرال، جلد 84، شماره 41، 292 (14 آگوست 2019)، در مهاجرت خود با عواقب منفی روبرو شوند، از این الزام معاف کند. به عنوان مثال، بیماران بزرگسال 21 ساله و بالاتر که در صدد دریافت اقامت دائم قانونی هستند و از وضعیت‌های مهاجرتی زیر برخوردار هستند ممکن است ملزم به اقدام برای دریافت بیمه سلامت تحت بودجه فدرال نباشند: (1) بیمارانی که حداقل به مدت یک سال به آنها اجازه اقامت مشروط در ایالات متحده اعطا شده است، (2) بیمارانی که در وضعیت تعلیق موقت دیپورت شدن یا اخراج قرار دارند، (3) بیمارانی که اجازه ورود مشروط قبل از 1 آوریل 1980 به آنها اعطا شده است، (4) متقاضیان کوبایی - اهل هایتی، یا (5) بیماران دارای Medi-Cal مرتبط با SSI از قبل از 22 آگوست 1996.
8. بیماران متقاضی کمک مالی باید واجد شرایط بودن خود را اثبات کنند. اشکال قابل قبول اثبات در فهرست درخواست کمک مالی توضیح داده شده است.

## B. محدوده کمک مالی

1. کمک مالی به طور کلی برای یک دوره یک ساله است مگر این که بیمار قبل از این زمان، واجد شرایط پوشش بیمه سلامت از سوی یک منبع ثالث شود.
2. کمک مالی به طور کلی در اولین روز ماهی آغاز می‌شود که بیمار درخواست کمک مالی تکمیل‌شده خود یا ثبت نام فرضی بابت خدمات درمانی تخفیفی را ارسال کرده است. اگر یک بیمار قبلاً خدمات یا لوازم پزشکی لازم را دریافت کرده باشد، ممکن است کمک مالی سه ماه قبل از آن تاریخ آغاز شود. مدیر چرخه عایدات همچنین می‌تواند به صلاحدید خود در صورت اثبات یک دلیل محکم‌پسند، تخفیف‌های دیگری را نیز ارائه دهد.
3. بیماران باید هر ساله در صورت لزوم بابت کمک مالی مجدداً درخواست دهند و برای این کار یا درخواست تجدید کمک مالی را ارسال کنند یا مجدداً واجد شرایط ثبت‌نام فرضی بابت خدمات درمانی تخفیفی شوند.
4. بیماران باید کانتی را درباره تغییرات عمده مربوط به صلاحیت خود مطلع سازند (تغییراتی مثل درآمد، دسترسی به پوشش خدمات درمانی، ترکیب خانواده یا هزینه‌های پزشکی) ظرف شصت (60) روز یا در زمان دریافت خدمات بعدی، هر کدام که زودتر باشد، مطلع سازند. کانتی حق بررسی مجدد و تایید صلاحیت بیمار در هر زمان را برای خود محفوظ می‌دارد.
5. بیماران در صورت عدم اطلاع رسانی به کانتی درباره تغییرات عمده در صلاحیت خود ممکن است فاقد شرایط لازم تعیین شوند.
6. بیماران واجد شرایط می‌توانند بابت خدمات یا لوازم پزشکی لازم از ارائه‌دهندگان خدمات درمانی کانتی، کمک مالی دریافت کنند. بیماران بابت خدماتی که جزو خدمات یا لوازم پزشکی لازم نیستند یا بابت هزینه‌های پزشکی که به صورت جداگانه صورت حساب آنها صادر شده است یا حمل و نقل آمبولانس که مورد درخواست کانتی نبوده است، مستحق دریافت کمک مالی نخواهند بود. در موارد نادری که ارجاع خارج از

سیستم سلامت کانتی لازم است، مسئول ارشد امور پزشکی یا معاون وی مجاز است کمک مالی بابت خدمات یا لوازم پزشکی لازم تامین شده از خارج از سیستم سلامت کانتی را تایید کند.

7. اگر بیمار در برنامه دسترسی به خدمات درمانی ثبت نام نکند و صورت حساب خود را پرداخت ننماید، ممکن است حساب وی به اداره مالیات و وصول انتقال داده شود. در برخی موارد، برای تعیین صلاحیت برای این برنامه، تحقیقات بیشتر لازم است. اگر مشخص گردد که یک بیمار ممکن است واجد شرایط دریافت تخفیف مالی باشد و حساب بیمار در بخش صورت حساب/وصول باشد، حساب وی از بخش صورت حساب/وصول خارج خواهد شد. اگر مشخص گردد که حساب، واجد شرایط دریافت کمک مالی است، سیستم سلامت کانتی سانتا کلارا حساب را از حالت بدهی غیرقابل وصول خارج خواهد کرد و هزینه‌های مرتبط را به عنوان تخفیف مالی بیمار ثبت خواهد نمود.

### C. افراد غیر ساکن

1. به طور کلی، بیماران خودپرداز و بیماران دارای هزینه‌های بالای پزشکی که ساکن کانتی نیستند، واجد شرایط دریافت خدمات درمانی غیراورژانسی در مراکز کانتی سانتا کلارا نیستند. در این مراکز، در صورتی که مازاد ظرفیت وجود داشته باشد، افراد غیر ساکن در کانتی می‌توانند از خدمات درمانی غیراورژانسی استفاده کنند.
2. افراد غیر ساکن در کانتی که در مراکز کانتی، دریافت خدمات یا لوازم پزشکی لازم را دریافت می‌کنند و بیماران خودپرداز و دارای هزینه‌های بالای پزشکی هستند، اگر درآمدی زیر 400% از سطح فقر فدرال داشته باشند، واجد شرایط دریافت 100% تخفیف برای آن دوره خاص از درمان هستند.
3. افراد غیر ساکن واجد شرایط، مجاز به دریافت کمک مالی مقطعی و نه کمک مالی مداوم هستند.

### D. درخواست تجدیدنظر

1. کانتی ظرف 30 روز پس از دریافت درخواست کمک مالی تکمیل شده بیمار، تصمیم خود را اعلام خواهد کرد.
2. بیماری که درخواست کمک مالی وی رد می‌شود، می‌تواند به صورت مکتوب علیه رد خواست، تقاضای تجدید نظر کند. درخواست تجدید نظر باید حاوی اساس و پایه تجدید نظر و خواسته مورد تقاضا باشد. فرم‌های درخواست تجدید نظر با تماس با بخش دسترسی بیمار به شماره 967-4677 (877) قابل دریافت هستند.
3. درخواست‌های تجدید نظر باید ظرف سی (30) روز پس از رد درخواست، به آدرس زیر ارسال شوند:

County of Santa Clara Health System Patient Business Services  
2325 Enborg Lane, Suite 440  
San José, CA 95128

Attention: (خطاب به) Revenue Cycle Director (مدیر چرخه عایدات)

4. مدیر چرخه عایدات ظرف سی (30) روز درباره همه درخواست‌های تجدیدنظر اولیه تصمیم‌گیری خواهد کرد.
5. اگر مدیر چرخه عایدات تصمیم اولیه رد درخواست را تایید کند، بیمار می‌تواند یک درخواست تجدید نظر ثانویه را به صورت مکتوب ثبت کند. درخواست تجدید نظر ثانویه باید ظرف سی (30) روز پس از رد درخواست تجدیدنظر اولیه به دست مسئول ارشد امور مالی سیستم سلامت کانتی به آدرس زیر برسد:

County of Santa Clara Health System Finance Department  
2325 Enborg Lane, Suite 360  
San José, CA 95128

Attention: (خطاب به) Chief Financial Officer (مسئول ارشد امور مالی)

6. مسئول ارشد امور مالی ظرف سی (30) روز درباره همه درخواست‌های تجدیدنظر ثانویه تصمیم‌گیری خواهد کرد.
7. رأیی که برای درخواست تجدیدنظر ثانویه صادر می‌شود، نهایی خواهد بود.

### E. رویه گزارش دادن

1. خط مشی کمک مالی و پیوست‌های آن باید حداقل هر دو سال یک بار در تاریخ 1 ژانویه یا هرگاه یک اصلاح عمده در آن صورت می‌گیرد، در اختیار دفتر برنامه‌ریزی و توسعه سلامت ایالت (OSHPD) قرار گیرد. اگر از زمانی که این اسناد قبلاً ارائه شده‌اند، هیچ اصلاح عمده‌ای در آن صورت نگرفته باشد، به OSHPD اطلاع‌رسانی خواهد شد که هیچ اصلاح عمده‌ای صورت نگرفته است.

## پیشینه خط مشی:

هدف از این خط مشی، پیروی از قوانین زیر است:

- قانون خط مشی‌های قیمت‌گذاری عادلانه بیمارستان کالیفرنیا (HFFP)، قانون سلامت و ایمنی کالیفرنیا، بخش 127400 به بعد.
- قانون خط مشی‌های قیمت‌گذاری عادلانه شرایط اورژانسی کالیفرنیا (EPFPP)، قانون سلامت و ایمنی کالیفرنیا، بخش 127450 به بعد.
- قانون حمایت از بیماران و خدمات درمانی مقرون‌به‌صرفه (ACA) مصوب 2010، قانون درآمد داخلی (IRC) بخش 501(r)
- 26 C.F.R.، بخش 1 و 53

این خط مشی، برنامه خدمات درمانی خیریه کانتی را تشکیل می‌دهد. این خط مشی به طور منسجم درباره همه بیماران کانتی اعمال می‌شود.

این خط مشی فقط درباره خدمات یا لوازم پزشکی لازم از ارائه‌دهندگان خدمات درمانی کانتی صدق می‌کند. یک لیست به‌روز شده از ارائه‌دهندگان خدمات درمانی پزشکی کانتی از طریق صفحه "یافتن یک ارائه‌دهنده" در دسترس است: <https://www.scvmc.org/Find-A-Provider/Pages/Find-A-Provider.aspx>. لیست بیمارستان‌ها و کلینیک‌های کانتی در صفحه زیر موجود است: <https://www.scvmc.org/Pages/home.aspx>.

بدین وسیله به اطلاع بیماران می‌رساند که پزشکان اورژانسی طبق تعریف در بخش 127450 از قانون سلامت و ایمنی کالیفرنیا که در مراکز کانتی، خدمات پزشکی اورژانسی ارائه می‌دهند طبق قانون ملزم هستند به بیماران خودپرداز و بیماران دارای هزینه‌های بالای پزشکی که زیر 350% سطح فقر فدرال هستند، تخفیف ارائه دهند.

این خط مشی هیچ گونه مفاد قراردادی یا نرخ‌های مورد مذاکره توسط و بین کانتی و پرداخت‌کننده ثالث را سلب نمی‌کند یا تغییر نمی‌دهد و همچنین به پرداخت‌کنندگان ثالثی که طرف قرارداد نیستند یا سایر نهادهایی که از لحاظ قانونی مسئول پرداخت از طرف یک ذینفع، فرد تحت پوشش یا بیمه‌شده هستند، تخفیف ارائه نمی‌دهد. این خط مشی، اجازه معافیت مداوم از پرداخت مبالغ قابل کسر (deductible)، پرداخت‌های مشترک (co-payments) و/یا پرداخت مشترک بعد از پرداخت مبلغ قابل کسر (co-insurance) را که توسط شرکت‌های بیمه اعمال شده‌اند به کسانی که واجد شرایط کمک مالی نیستند نمی‌دهد.

## مسئولیت:

سوالات مربوط به اجرای این خط مشی باید به مدیر دسترسی بیماران به آدرس زیر ارسال گردد:  
770 South Bascom Avenue, San José, CA 95128 یا با شماره 967-4677 (866) تماس گرفته شود.

این خط مشی کمک مالی، جایگزین خط مشی‌های زیر که اکنون لغو شده‌اند می‌شود: VMC#924.0 جدول قابل تطبیق با درآمد افراد؛ HHS#735.0 برنامه تعیین توانایی پرداخت (APD)؛  
خط مشی کمک مالی بیمارستان O'Connor #4765025؛ و خط مشی کمک مالی بیمارستان منطقه‌ای St. Louise #5424657.

سطح فقر فدرال 2020									تعداد اعضاء خانوار
25% تخفیف		50% تخفیف		70% تخفیف		100% تخفیف		واجد شرایط Medi-Cal	
649%	550%	549%	450%	449%	400%	399%	139%	138%	
\$6,901	\$5,848	\$5,838	\$4,785	\$4,774	\$4,253	\$4,243	\$1,478	\$1,467	1
\$82,812	\$70,180	\$70,052	\$57,420	\$57,292	\$51,040	\$50,912	\$17,736	\$17,609	
\$9,324	\$7,902	\$7,887	\$6,465	\$6,451	\$5,747	\$5,732	\$1,997	\$1,983	2
\$111,888	\$94,820	\$94,648	\$77,580	\$77,408	\$68,960	\$68,788	\$23,964	\$23,791	
\$11,747	\$9,955	\$9,937	\$8,145	\$8,127	\$7,240	\$7,222	\$2,516	\$2,498	3
\$140,963	\$119,460	\$119,243	\$97,740	\$97,523	\$86,880	\$86,663	\$30,191	\$29,974	
\$14,170	\$12,008	\$11,987	\$9,825	\$9,803	\$8,733	\$8,712	\$3,035	\$3,013	4
\$170,038	\$144,100	\$143,838	\$117,900	\$117,638	\$104,800	\$104,538	\$36,418	\$36,156	
\$16,593	\$14,062	\$14,036	\$11,505	\$11,479	\$10,227	\$10,201	\$3,554	\$3,528	5
\$199,113	\$168,740	\$168,433	\$138,060	\$137,753	\$122,720	\$122,413	\$42,645	\$42,338	
\$19,016	\$16,115	\$16,086	\$13,185	\$13,156	\$11,720	\$11,691	\$4,073	\$4,043	6
\$228,188	\$193,380	\$193,028	\$158,220	\$157,868	\$140,640	\$140,288	\$48,872	\$48,521	
\$21,439	\$18,168	\$18,135	\$14,865	\$14,832	\$13,213	\$13,180	\$4,592	\$4,559	7
\$257,264	\$218,020	\$217,624	\$178,380	\$177,984	\$158,560	\$158,164	\$55,100	\$54,703	
\$23,866	\$20,222	\$20,185	\$16,545	\$16,508	\$14,707	\$14,670	\$5,111	\$5,074	8
\$286,389	\$242,660	\$242,219	\$198,540	\$198,099	\$176,480	\$176,039	\$61,327	\$60,886	