HSS Northern NJ SURGERY CENTER

(特殊手術醫院北澤西手術中心)

慈善照護/財務援助政策

修訂日期：2025 年 2 月 10 日

若您擔憂可能無法支付照護費用，我們也許可以提供協助。**HSS Northern NJ SURGERY CENTER (特殊手術醫院北澤西手術中心)** 根據病患財務需求提供醫療所需 和緊急醫療服務的財務援助，並提供符合補助資格病患浮動費率的折扣補助。沒有保險和保額不足的患者可能有機會獲得補助。我們也許能與您共同規劃容易管理實現的付款計劃。

我們的財務援助政策僅適用由 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER 提供的服務**。

完整政策內容如下：您可以從我們的網站取得完整的政策、申請表以及其他資訊，包含參與 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 財務援助政策醫療從業者的完整名單。如需更多資訊，請造訪：www.hss.edu/hss-northern-nj-surgery-center.asp。您也可致電：212.606.1505 聯絡 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 財務諮詢部門 (Financial Advisory Department)。我們很樂意提供資訊和回答您的問題。

宗旨

本政策的宗旨在於確保所有財務援助的申請皆經過評估且平等處理；支持 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 的使命；以及賦予病患尊嚴、愛心與尊重。**HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 承諾提供財務援助，不論年齡、性別、宗教、種族、性取向或移民身分。本政策應於 2025 年 2 月 10 日開始推行。在原定生效日期後的政策修正，自上述修訂日期起開始生效。

HSS Northern NJ SURGERY CENTER 將提供財務援助給符合本政策中所述資格的病患。財務援助政策 (下稱「FAP」或「政策」) 與程序將依循所有適用法律來維護和建置。

範疇與適用性

1. 什麼是財務援助 (Financial Assistance)？

「財務援助」這個詞彙是用於描述由 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 與其聘僱的臨床醫事人員 (簡稱「承保醫療衛生提供者」) 以折扣後的醫療費用，提供必要醫療和急救醫療服務給有需要的人。本政策的立意並非取代現有的保險承保範圍、權利計畫或是其他援助計畫。

2. 符合財務援助條件的對象

若要申請 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 的財務援助，申請人必須同時符合財務標準 (Financial Criteria) 和承保標準 (Coverage Criteria) 兩項條件，如下方所述：此外，儘管有些人未符合財務援助的資格，然而可能符合 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 特殊使用方案 (Special Access Program) 的資格，如下方所述：

A. 下列對象符合財務標準：
    1. 美國居民 (包含學生)，其家庭規模和地區 (「聯邦貧困水準」或簡稱「FPL」) 的全年總收入未超過目前美國衛生及公共服務部貧困線的七倍 (依據聯邦退稅申報的總免稅額)，以及符合下方所述的資產審查 (如適用)。

2. 外國居民 (僅限經由特殊使用方案 (Special Access Program) 轉介，且其全年總收入未超過聯邦貧困水準 (FPL) 的七倍)。

B. 下列為符合承保標準對象：
   1. 沒有任何保險 (政府保險或商業保險) 的美國居民。這類對象通常稱為「無保險人 (Uninsured)」。
   2. 個人的承保範圍可支付 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 提供的服務 (醫療網內或經由定點服務組織或醫療網外承保範圍)，不過擁有此類承保範圍的病患會有最大自付額 (Out-of-Pocket) 費用的責任。這類對象通常稱為「保額不足 (Underinsured)」。

C. 下列為「不符合」承保標準對象：
   1. 個人使用的醫療保險 (政府或民營) 對於 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 而言不屬於醫療網內，且其承保人並未提供醫療網外的承保範圍。
   2. 非美國居民 (非經由特殊使用方案轉介的個人)。

D. 特殊使用方案 (Special Access Program)
符合財務標準但不符合承保標準的人，仍可能經由特殊使用方案取得財務援助的資格，不過僅限於未期望要求取得 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 醫療機構以外服務的病患。特殊使用方案讓下列族群有機會獲得財務援助 (若申請人符合財務標準)：
   1. 部分有醫療保險的美國居民未支付 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 提供的醫療服務 (且無法使用醫療網外承保)，不過該病患所需的服務類型，無法在距離比 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 更近的居住地附近合理取得 (涵蓋在個人計畫中)。一般而言，此規定適用於需要大多數醫院無法提供的高度專業照護，而 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 能提供此類服務。
   2. 有醫療保險的美國居民未支付 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 提供的醫療服務 (且無法使用醫療網外承保)，且不符合前面段落 (2)(D)(1) 中提到的資格；以及沒有承保的非美國居民，這些案例都是由 HSS 醫師醫院組織 (PHO) 的醫師參與者轉介至 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** (只要轉介經過 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 批准)。

3. 政策涵蓋的服務有哪些？
   A. 財務援助可以幫忙減少醫療所需和緊急醫療服務的財務負擔。 在本政策中，化妝品、實驗和便利服務不視為醫療所需，並且旅行和相關成本皆未涵蓋在本政策中。醫療必要性或「醫療所需」將根據「2023 年紐澤西州修訂法規第 17B 篇 - 保險第 17B 節：30-55 節」 所定義，此法規代表或說明醫療衛生提供者透過其審慎的臨床判斷行使的醫療照護服務，也許能基於評估、診斷或治療身體不適、損傷、疾病或其症狀的用途，提供給承保人；換言之，依據一般接受的醫療實踐標準；醫療適當性 (根據類型、頻率、範圍、位置以及持續期)，並認為對承保人的身體不適、損傷或疾病有助益；主要並非是為了承保人或醫療衛生提供者的便利性；並且成本不會比替代醫療服務或連續性醫療服務更高，至少對診斷或治療承保人的身體不適、損傷或疾病，能產生同等的治療或診斷結果。

   B. 本政策涵蓋所有由 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 和其承保醫療衛生提供者提供的服務。附錄 A 中提供 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 裡有提供醫療所需 照護的醫療衛生提供者名單，其中指定名單中哪些醫療衛生提供者 (醫療衛生提供者團體) 受本政策約束，哪些不受本政策約束。附錄 A 通常一季左右會進行審查和修訂。

   C. 財務援助符合資格不能保證病患可於特定醫療機構就診，或是在任意時間範圍內於特定醫療機構就診。

政策和申請通知

1. 個人與社區將獲得財務援助政策的相關資訊，如下所示：

A. 所有病患在掛號和出院時，皆會收到 FAP 概要副本 (簡稱「概要」)。此外，只要提出要求，即可取得此「概要」。概要中將提供病患取得完整財務援助政策的方式、FAP 申請表以及其他與財務援助相關的資訊。

B. **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 會在自家網站上提供本政策、FAP 申請表以及用簡明語言撰寫的 FAP 概要；有人提出請求；並且在 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 掛號櫃台，並且將通知 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 的病患和社區關於 FAP 的資訊。

2. 財務援助的申請方式。
   A. **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 會將任何可能無法支付醫療費用的徵兆，視為可能需要財務援助。初次請求可能會以書面或電話形式，不過 FAP 申請表需要在最終判斷結果出來前事先建檔。只要有人請求財務援助，即應告知本政策資訊，並提供一份相關申請表與 FAP 概要。

   B. 儘管有上述規定，HSS Northern NJ SURGERY CENTER 在某些情況下，可能在申請前或未申請的狀況下提供此類援助。(請參閱下方的「推定資格 (Presumptive Eligibility)」)。

   C. 財務援助請求可視狀況隨時提出。這代表病患有可能在接受醫療服務之前、中間或之後提出請求，包含開始對個人進行代收欠款公司催款行動之後。不過，若病患已透過推定資格核准財務援助 (如下所述)，病患需在收到此類決定通知後最多 30 天內提　申請，方可取得更多適用推定資格的相關特定服務。

完成申請

申請手續可由個人或其監護人完成。若您有任何關於辦理財務援助的問題，請聯絡財務援助政策 (FAP) 專員：(212) 606-1505。

1. 經濟援助政策申請要求提供下列資訊：

   a. 正式請求日期
   b. 請求人 (父母或監護人 (若父母是未成年人)
   c. 病患姓名
   d. 病患出生日期
   e. 病患通訊地址
   f. 病患電話號碼
   g. 家庭人數 (如聯邦所得稅豁免所定義)
   h. 近 12 個月和近 3 個月的家庭收入
   i. 收入超過 FPL 400% 的可用資產人士
   j. 您的承保人/第三方付款人身分和承保範圍說明
   k. **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 或承保醫療衛生提供者要求或是提供的臨床服務類型
   l. 附上簽名和日期的申請表

2. FAP 申請也會要求下列資訊 (HSS Northern NJ SURGERY CENTER 可能會用於驗證申請人的家庭全年總收入)。申請人不需提供下方所有項目 (若沒有相關資訊)：
   a. 最近三個月的薪資單
   b. 失業救濟金申請獲准或遭拒的表單
   c. 公家福利機關以口頭或書面方式提供的收入驗證
   d. 銀行帳戶或投資報表
   e. 彈性支出帳戶 (Flexible Spending Account) 或健康儲蓄帳戶 (Health Care Savings Account) 選擇資訊和餘額
   f. SSI 福利聲明或利益確定
   g. 自我證明

3. FAP 申請的其中一個部分，將特別著重要求與特殊使用方案相關的資訊，例如適用的醫療照護為何無法在距離申請人居住地更近的醫療機構取得，或是轉介當事人的 HSS Northern NJ SURGERY CENTER

醫師。請參閱前面「範疇與適用性」下方的 D(1) 和 D(2)。

4. 若 FAP 申請已提交但內容不完整，HSS Northern NJ SURGERY CENTER 應在收到提　文件的 30 天內以書面方式通知申請人申請文件不完整，並通知申請人缺失的資訊。院方應提供申請人一段合理時間 (不可少於額外 30 天) 來補　缺少的資訊。

決定符合資格對象以及財務援助金額

除了推定資格 (如下所述) 決定，財務援助的資格認定、補助金額僅會根據提　的完整財務援助申請表以及必要文件。 申請表必須提交至財務部門的財務援助計畫；電話：212-606-1505。**HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 必須在申請表中記錄某些資訊，而某些特定資訊必須由申請人提供。此部分已於上方的「完成申請」區段中說明。

除了推定資格決定 (如下所述)，**HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 將遵循下方程序來審查財務援助申請。儘管審核決定是按個案處理，不過仍應依據政策平等處理：

1. 財務援助的資格決定，補助金額決定 (若適用)，應在收到完整申請資料的 10 天內決定。當財務部門收到所有要求的資訊和材料，即視為完成申請。

2. HSS Northern NJ SURGERY CENTER 會依據下列方式決定申請人是否符合財務援助政策中的資格：
    1. **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 會比較病患的家庭收入與家庭規模和實際 FPL。
    2. **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 會依據下列方式計算淨資產：
        a. 可用淨資產的定義為流動資產，並且會排除病患的主要自用住宅、遞延稅帳戶持有資產或比較退休金帳戶、大學儲蓄帳戶或是病患或直系親屬固定使用的車輛。
        b. 收入水準處於或低於 FPL 400% 的人，可用資產不會列入考量。
    3. 普通收費金額 (「AGB」) 將透過套用平均 Medicaid 對收費的回收率計算得出。(申請人也可向財務援助計畫聯絡人或是 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 網站請求，獲得特定 AGB 百分比和計算說明。)
    4. 若要計算年收入，**HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 一般會將近 3 個月的收入乘以 4，並將計算結果與完整 12 個月的數字互相比較。財務援助會採用較低一方的金額來判斷符合資格。
    5. **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 將決定特殊使用方案是否適用。

3. 假設認定了申請人具有接受財務援助的資格，則 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 會決定要提議的補助金額。
    A. 若該病患的家庭規模收入是處於或低於聯邦貧困水準的 500%，則 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 將提供這些無保險病患免費的醫療服務。(若是保額不足病患，則病患責任將降為零。)
    B. 若收入介於 FPL 的 501% 和 700% 之間，**HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 應折扣 50% 費用。折扣金額將套用至該病患的義務，也就是對無保險的病患而言，是根據 Medicaid 支付該服務的 AGB 基礎進行費用折扣 (若是保額不足的病患，則套用自付額和共付額義務 (請參閱下方段落 (D) 調整為自付額和共付額義務)。
    C. 若申請人的收入介於 FPL 的 401% 和 700% 之間，並擁有足夠的可用淨資產支付其部分或全部的醫療帳單，則 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 應基於套用其浮動費率考量，將三分之一的可用淨資產視為年收入。
    D. 若申請人符合財務援助資格，則該申請人支付任何醫療服務的應付費用金額上限為普通收費金額 (AGB)。(針對保額不足的病患，經由將浮動費率折扣水平 (如上所述) 套用至該病患適用照護的自付額和共付額義務，應付金額會大於普通收費金額付款水平，則該病患的義務將降為普通收費金額。)

4. 折扣應由 HSS Northern NJ SURGERY CENTER 依據上述標準計算。HSS Northern NJ SURGERY CENTER

應將財務援助 (如下方所述) 決定表單 (如下方所述) 記錄在冊。

5. 未償餘額 (outstanding balances) 付款允許使用付款計畫。 在此付款計畫中，每月付款金額不得超過每月總收入的 5% 且最高限期為 5 年。 此付款計畫中不得收取利息。

6. 若病患是由具公信力的第三方慈善外展計畫 (提供的條款和細則與上述規定不同) 轉介至 HSS Northern NJ SURGERY CENTER，HSS Northern NJ SURGERY CENTER 可能會參與計畫，並且本政策得視需要修訂，為參與計畫的病患符合計畫的標準，修訂程度範圍需達到不讓紐澤西州和聯邦對慈善機構折扣政策出現不一致的狀況。

7. 所有根據政策完成申請審查且決定符合財務援助的病患，應保持援助決定時的符合資格水準 (不需額外提醒) 達 2 年 (自決定日期算起)；本段落下方指定的狀況除外。決定日期是指初始決定的日期或完成訴願後的決定日期 (如有提出訴願)。儘管有上述規定，在多變的社會環境下，病患往往會感到需要額外的財務援助，病患在 2 年期間，可以再次申請援助，並且可能接受符合政策規定的額外財務援助 (若適用)。透過推定資格程序決定符合資格的病患，其符合資格的前提是要有可用的期末結餘 (open balance)。透過特殊使用方案符合資格的病患應只有適用照護週期的部分符合補助資格。

8. 我們期望符合政策接受財務援助的病患，若有大幅變化的情況時 (例如從無保險身分轉為承保身分)，應通知 HSS Northern NJ SURGERY CENTER / 財務援助計畫小組 (電話：(212) 606-1505)，如此未來才能將這種狀況列入評估考量。此類正向的變化不會影響已提供的財務援助。此外，我們不希望病患將生活中次要的變化向我們回報，只需回報明顯對財務援助決定可能有重大影響的變化即可。
即可。

9. 若 HSS Northern NJ SURGERY CENTER 知曉財務援助申請人在申請程序中提供了實質性虛假資訊，HSS Northern NJ SURGERY CENTER 可能會在其審查申請或延續財務援助資格時，將此性質資訊列入考量。

10. HSS Northern NJ SURGERY CENTER 將會接受 HSS 的決定 (關於 HSS 病患)，並將此類決定施用在 HSS Northern NJ SURGERY CENTER 的病患。

推定資格 (PRESUMPTIVE ELIGIBILITY)

在某些情況下，**HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 可能會在病患進行此類援助申請之前 (或未申請的狀況下) 提供財務援助。這部分會經由篩選程序完成；可經由商用收入預測軟體篩選欠款帳戶，進而依據變數 (例如地址、年齡和性別) 判斷病患是否符合財務援助的資格 (「推定資格」)。**HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 同時也會在轉介任何特別收款行動 (ECA) (如下方「收款活動」所定義) 轉介之前，對帳戶先執行「推定資格」篩選。

推定資格決定將只適用於觸發篩選程序的未付餘額。若病患在未付餘額部分符合推定方法論，並且依篩選程序推估該病患收入為 FPL 的 500% 或以下，則 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 將授予最大程度的援助，以另種方式允許未付款項 (也就是免費照護)。若病患的預估收入介於 FPL 的 501% 和 700% 之間，則 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 將提供 50% 的折扣。針對因推定資格得到財務援助但未獲得免費照護的病患，我們將通知這些病患可以申請符合政策的額外援助。若根據超過 240 天的未付餘額篩選取得推定資格，則病患即可針對推定資格決定適用的醫療服務，申請額外財務援助。

決定結果通知

HSS Northern NJ SURGERY CENTER 在審查每件已完成財務援助申請請求並做出決定後，應填寫下列財務援助決定表格的資訊：

a. 決定結果日期
b. 病患姓名
c. SURGERY CENTER 帳號
d. 服務開始日期
e. 適當指定人選的資格認定 (核准/拒絕)
f. 核准折扣金額

若已核准財務援助請求，則 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 會給予或郵寄一封財務援助決定函給病患或法定監護人，內容會標示已核准的折扣、決定的方法以及取得其他關於決定資訊的方式。

若財務援助請求遭到拒絕，則 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 會在財務援助決定表格中記錄拒絕財務援助請求的原因，並給予或郵寄一封拒絕函給病患或法定監護人。拒絕通知中會包含病患針對拒絕決定結果提出訴願的權利和程序資訊。

HSS Northern NJ SURGERY CENTER 會將已結案財務援助請求的通知 (拒絕或核准) 副本歸檔。

病患也許能針對財務援助拒絕結果或針對援助的層級提出訴願。若病患提出訴願，**HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 將會重新審查該病患的申請文件 (包含所有新提　的材料)，再次記錄核准或拒絕的決定，並依據本章節通知病患 (需在提　訴願的 30 天內完成)。

持續提出拒絕訴願又未能提交附加資訊或無法改變處境的病患，可能會立即遭到拒絕。執行立即拒絕或拒絕訴願之後，**HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 已提供最終決定，不得再提出訴願。

若有個人表示其偏好收到數位通知與通訊，則 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 根據本政策的所有書面通知或通訊，可能會透過電子郵件或其他形式的電子通訊方式提供。

財務援助政策宣傳

掛號櫃台人員負責確保在病患掛號和辦理出院時發配此摘要。**HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 將通知詢問關於 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** FAP 服務費用的人士；標誌會張貼在掛號地點以及其他適當的位置，包含等候室和診間。**HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 可能會更新本政策與附錄 A。

培訓

HSS Northern NJ SURGERY CENTER 將會培育、教育和監控適宜的 FAP 專員員工 (需要與病患互動或是有收費或收款責任的員工)。

收款活動

HSS Northern NJ SURGERY CENTER (或其代理機構) 將依循本政策從代表 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 的催款機構取得書面合約，其中包含提供適合病患申請財務援助機構資訊的合約。

若病患已提　完整的財務援助申請，包含所有要求的證明文件，而 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 決定該病患符合此類援助資格；**HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 會避免採取特別收款行動 (定義如下)。

HSS Northern NJ SURGERY CENTER 不得針對收入低於 FPL 400% 的病患，進行任何收款行動。除非該病患收到通知表示，若其債務在轉為催收前的 30 天內未償還，則會將債務轉給催收公司；否則沒有債務的病患不會被轉介到催收公司。相關帳單核發後的 180 天內，不會進行收款活動。

針對決定符合 Medicaid 醫療援助的任何病患，此時正給予服務且 Medicaid 付款足以支付醫療服務的情況下，不會進行收款。

除非符合其計費與收款政策 (Billing and Collection Policy)，否則 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 將不會參與特別收款行動 (「ECA」)。 (計費與收款政策是根據 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** / 財務援助計畫聯絡人的請求適用，如下方提供。) 特別收款行動包含下列事項：

(i) 開始向病患進行回收欠款帳單的法律行動 (但不包含在未決的破產法律程序中申請理賠)
(ii) 回報給信用評等機構
(iii) 除非病患預付，否則就推遲或拒絕服務 (前提是預付規定與無法支付先前帳單無關)
(iv) 扣押個人財產 (除非州法審判允許扣押財產，或是可針對與提供照護相關的個人損害提出和解)
(v) 扣押或扣留任何個人帳戶
(vi) 扣發工資

所有 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 合作的債務公司必須取得 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 的書面同意書 (在對積欠 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 款項的病患開始行使法律行動回收欠款之前)。

HSS Northern NJ SURGERY CENTER 可能會強制售出或取消病患主要自用住宅抵押品贖回權，進而收回未償帳款。

報表與合規性

HSS Northern NJ SURGERY CENTER 會將財務援助的必要文件呈交紐澤西州政府。**HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 的公司治理暨內部稽核 部門和/或 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 的管理階層會議，將負責年度審查 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 對此政策的法規遵循。

如申請人覺得 **HSS Northern NJ Surgery Center 未遵循其規定實行政策，應尋求 HSS Northern NJ Surgery Center** 部門的協助。申訴部分可直接致電 **HSS Northern NJ Surgery Center** 公司合規主管 (Corporate Compliance Officer)，電話：212.548.2481 或是致電 **HSS Northern NJ Surgery Center** 的保密服務專線：888.651.6234。

聯絡資訊

如需更多關於 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 財務援助計畫的資訊或申請財務援助，請撥打 (212) 606-1505，向 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 財務援助專員 (Financial Assistance Associate) 諮詢。如有要求，可提供外語翻譯服務。您可在 **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** 網站找到申請表，或者可詢問掛號人員關於申請表的資訊。

申請表應郵寄至：

HSS Northern NJ SURGERY CENTER
Financial Assistance Program 535
East 70th Street
New York, NY 10021

或

傳真至：212.774.2811