



ข้อมูลสรุปนโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน

คุณอาจมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน

Community Medical Centers (“CMC”) มีนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินซึ่งให้ความช่วยเหลือทางการเงิน (การดูแลการกุศล) แก่ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันแต่มีสิทธิ์และผู้ป่วยที่มีประกันและมีสิทธิ์โดยมีค่ารักษาพยาบาลสูง

คุณอาจมีสิทธิ์หากคุณไม่มีประกันและรายได้ของครอบครัวของคุณต่ำกว่า 450% ของระดับความยากจนของรัฐบาลกลางสำหรับขนาดครอบครัวของคุณ (ดูตาราง) หรือหากคุณเป็นผู้ประกันตนและรายได้ของครอบครัวของคุณน้อยกว่า 400% ของระดับความยากจนของรัฐบาลกลางตามขนาดครอบครัวของคุณและคุณมีค่ารักษาพยาบาลที่เกิน 10% ของรายได้ต่อปีของคุณ แม้ว่า คุณจะมีคุณสมบัติไม่ตรงตามข้อกำหนดด้านรายได้เหล่านี้ แต่คุณยังอาจมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากใบเรียกเก็บเงินจากโรงพยาบาลของคุณ

มีความช่วยเหลือทางการเงินอะไรบ้าง

หากคุณเป็นผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติ คุณอาจมีสิทธิ์ได้รับการยกเว้นการชำระใบเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลของคุณทั้งหมดหรือบางส่วนสำหรับการรักษาแบบฉุกเฉินและการรักษาที่จำเป็นทางการแพทย์อื่นๆ ที่ CMC หากคุณมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน เราอาจเรียกเก็บเงินจากคุณไม่เกินจำนวนที่เรียกเก็บโดยทั่วไปสำหรับบุคคลที่มีขอบเขตความคุ้มครองของประกันสำหรับบริการนั้นๆ

ฉันจะสมัครได้อย่างไร

เราสนับสนุนให้ผู้ป่วยของเราที่ไม่สามารถชำระเงินเพื่อสมัครขอความช่วยเหลือได้ นโยบายความช่วยเหลือทางการเงินและแบบฟอร์มใบสมัครมีให้บริการฟรีบนเว็บไซต์ของเรา (<https://www.communitymedical.org/for-patients-families/billing-and-insurance/Discounts-Charity-Care>), หรือโทรติดต่อแผนก Patient Financial Services ได้ที่หมายเลข (559) 459-3939 แบบฟอร์มนี้ยังมีให้ฟรีที่แผนก CMC Admitting ซึ่งตั้งอยู่ที่:

Community Regional Medical Center
(559)459-6000
Clovis Community Medical Center
(559)324-4000
Fresno Heart and Surgical Hospital
(559)433-8000

2823 Fresno Street, Fresno, CA 93721

2755 Herndon Avenue, Clovis, CA 93611

15 E. Audubon Drive, Fresno, CA 93720

รายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 450% ของระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง (2022)		
ขนาดครอบครัว	ต่อเดือน	ต่อปี
1	\$5,096	\$61,155
2	\$6,866	\$82,395
3	\$8,636	\$103,635
4	\$10,406	\$124,875
5	\$12,176	\$146,115
6	\$13,946	\$167,355
7	\$15,716	\$188,595
8	\$17,486	\$209,835

หากคุณมีคำถามเกี่ยวกับคุณสมบัติหรือต้องการความช่วยเหลือในการสมัคร คุณสามารถขอความช่วยเหลือได้โดยโทรไปที่หมายเลขหรือไปยังที่อยู่ด้านบน คุณยังสามารถเข้าถึงกลุ่มผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Health Consumer Alliance) (<https://healthconsumer.org>) เพื่อดูข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางการเงินได้ นอกจากนี้ยังมีองค์กรอื่นๆ ที่จะช่วยให้คุณทำความเข้าใจขั้นตอนการเรียกเก็บเงินและการชำระเงิน สำหรับรายการค่าธรรมเนียมมาตรฐานของ CMC โปรดเยี่ยมชมเว็บไซต์ของเราที่ ([https://www.communitymedical.org/for-patients-families/billing-insurance/hospital-standard-charges-\(1\)](https://www.communitymedical.org/for-patients-families/billing-insurance/hospital-standard-charges-(1))) ท้ายที่สุด CMC ได้มีส่วนร่วมในโครงการ Hospital Presumptive Eligibility (HPE) โปรดสอบถามกับ Patient Financial Services หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโปรแกรม HPE

กรอกใบสมัครสำหรับความช่วยเหลือทางการเงินและส่งพร้อมเอกสารที่จำเป็นไปยัง **Community Medical Centers, Patient Financial Services, P.O. Box 1232, Fresno, CA 93715** โดยเร็วที่สุดหลังจากได้รับการรักษา ใบสมัครที่ได้รับหลังจาก 240 วันนับจากวันที่ออกใบแจ้งยอดค่าใช้จ่ายภายหลังการรักษาอาจถูกปฏิเสธ

นี่คือบทสรุปของนโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน คุณควรอ้างอิงตามนโยบายสำหรับคำถามที่เฉพาะเจาะจง

นโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน แบบฟอร์มใบสมัคร และข้อมูลสรุปนี้ยังมีไว้ในภาษาดังต่อไปนี้: อารบิก อาร์เมเนีย จีน ฟาร์ซี ฝรั่งเศส เยอรมัน ฮินดี มัง อิตาลี ญี่ปุ่น เกาหลี ลาว มอญ-เขมร (กัมพูชา) โปรตุเกส ญิบฎาบ รัสเซีย สเปน ตากาล็อก ไทย และเวียดนาม