



# គោលការណ៍ ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

## ADVENTHEALTH – Chicago, Illinois Facilities Only

### គោលបំណង

គោលបំណងនៃគោលការណ៍នេះគឺដើម្បីកំណត់លក្ខខណ្ឌទាមទារសម្រាប់ការផ្តល់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនៅប្រព័ន្ធ AdventHealth ។

### គោលការណ៍

វាជាគោលការណ៍របស់អង្គការដែលបានរាយឈ្មោះនៅខាងក្រោមក្នុងខណ្ឌនេះ (ដោយនិមួយជា "អង្គការ") ដើម្បីធានាឱ្យបាននូវការប្រតិបត្តិយុត្តិធម៌សង្គម និងការថែទាំដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀត នៅកន្លែងរបស់អង្គការនេះ។ គោលការណ៍នេះត្រូវបានរចនាឡើងជាពិសេសដើម្បីដោះស្រាយនូវសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមាន តម្រូវការនៃការផ្តល់ជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុនិងទទួលបានការថែទាំពីអង្គការ។

គោលការណ៍នេះអនុវត្តចំពោះគ្រប់អង្គការដោយតទៅនេះដែលស្ថិតនៅខាងក្នុង AdventHealth ៖  
AdventHealth Bolingbrook  
AdventHealth GlenOaks  
AdventHealth Hinsdale  
AdventHealth LaGrange  
AdventHealth Employed Physician Practices

- A. ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុទាំងអស់នឹងឆ្លុះបញ្ចាំងពីការប្តេជ្ញាចិត្តនិងការគោរពរបស់យើងចំពោះសេចក្តីថ្លៃថ្នូររបស់មនុស្ស ម្នាក់ៗនិងអំពើល្អទូទៅ។ ក្តីកង្វល់ពិសេសរបស់យើងចំពោះសាមគ្គីភាពជាមួយនិងមនុស្សដែលរស់នៅក្នុងភាពក្រីក្រនិងជនងាយរងគ្រោះ ផ្សេងទៀត និងការប្តេជ្ញាចិត្តរបស់យើងដើម្បីឱ្យមាននូវយុត្តិធម៌នៃការថែទាំកែលម្អនិងភាពម្ចាស់ការ។
- B. គោលការណ៍នេះអនុវត្តចំពោះគ្រប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងការថែទាំដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀត ដែលផ្តល់ជូនដោយអង្គការនេះ ដែលរួមមានសេវាកម្មគ្រូពេទ្យជួល និងសុខភាពឥរិយាបថ។ គោលការណ៍នេះមិនអនុវត្តចំពោះការគិតថ្លៃសម្រាប់ការថែទាំ ដែលជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬការថែទាំដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀតនោះទេ។
- C. បញ្ជីអ្នកផ្តល់សេវា ដែលធានារ៉ាប់រងដោយគោលការណ៍ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ផ្តល់បញ្ជីនៃអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយ ដែលផ្តល់ការថែទាំស្ថិតនៅក្នុងកន្លែងរបស់អង្គការ ដែលកំណត់ថាជាតើអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយគោលការណ៍ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ និងអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រង។

# និយមន័យ

និយមន័យសម្រាប់លើគោលការណ៍នេះ:

- A. "501 (r)" មានន័យថាផ្នែកទី 501 (r) នៃក្រមច្បាប់ថវិកាចំណូលផ្ទៃក្នុង និងបទបញ្ញត្តិធានាដែលបានប្រកាសឱ្យប្រើប្រាស់នៅក្រោមក្រមច្បាប់នោះ។
- B. "ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានបង់ប្រាក់ជាទូទៅ" ឬ "AGB"  
បើពាក់ព័ន្ធនឹងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ឬការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រចាំបាច់នោះ វាមានន័យថាជាចំនួនទឹកប្រាក់ទូទៅដែលបានបង់ដល់បុគ្គលដែលមានការធានារ៉ាប់រងគ្របដណ្តប់ការថែទាំបែបនេះ។
- C. "សហគមន៍" មានន័យថាអង្គការ Illinois ។ ដើម្បី "រស់នៅក្នុងសហគមន៍" សម្រាប់គោលបំណងនៃគោលការណ៍នេះ មានន័យថាមានបំណងជាអ្នករស់នៅរដ្ឋ Illinois ដែលជាបុគ្គលដែលរស់នៅក្នុងរដ្ឋ Illinois គឺជាបុគ្គលដែលរស់នៅក្នុងរដ្ឋ Illinois និងដែលមានបំណងបន្តរស់នៅក្នុងរដ្ឋ Illinois ដោយគ្មានពេលកំណត់ ឬប្តូរមិនមែនជាអ្នកដែលបានផ្លាស់ទីលំនៅទៅកាន់រដ្ឋ Illinois សម្រាប់គោលបំណងដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពនោះទេ។  
អ្នកជំងឺក៏នឹងត្រូវបានចាត់ទុកថាជាសមាជិកម្នាក់នៃសហគមន៍របស់អង្គការដែរ ប្រសិនបើការសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងការថែទាំដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលអ្នកជំងឺរូបនេះត្រូវការ គឺជាការបន្តនៃការសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងការថែទាំដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលបានទទួលនៅកន្លែង AdventHealth ផ្សេងទៀតដែលអ្នកជំងឺ បានមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ សម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងការថែទាំដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្របែបនេះ។
- D. "ការថែទាំការសង្គ្រោះបន្ទាន់" មានន័យថាការថែទាំដើម្បីព្យាបាលជំងឺដែលបង្ហាញឱ្យឃើញដោយរោគសញ្ញាស្រួចស្រាវ ដែលមានភាពធ្ងន់ធ្ងរគ្រប់គ្រាន់ (ដែលរួមមានការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ) រហូតដល់ការអត្តមាននៃការយកចិត្តទុកដាក់ក្នុងការព្យាបាលភ្លាមៗអាចបណ្តាលឱ្យមានការខូចខាតធ្ងន់ធ្ងរទៅកាន់មុខងាររាងកាយ ដំណើរការខុសប្រក្រតីធ្ងន់ធ្ងររបស់សរីរាង្គ ឬផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយ ឬធ្វើឱ្យសុខភាពរបស់បុគ្គលនេះស្ថិតនៅក្នុងហានិភ័យធ្ងន់ធ្ងរ។
- E. "ការថែទាំដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ" មានន័យថាជាការថែទាំដែល (1) សមរម្យ និងស្របតាម និងសំខាន់សម្រាប់ការបង្ការទុក ការវិនិច្ឆ័យរោគ ឬការព្យាបាលជំងឺរបស់អ្នកជំងឺ; (2) ការផ្គត់ផ្គង់ ឬកម្រិតសមរម្យនៃសេវាកម្ម សម្រាប់ជំងឺរបស់អ្នកជំងឺ ដែលអាចត្រូវបានផ្តល់ជូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាព; (3) មិនត្រូវបានផ្តល់ជូនជាចម្បងសម្រាប់ភាពងាយស្រួលរបស់អ្នកជំងឺ គ្រួសារ គ្រូពេទ្យ ឬអ្នកមើលថែរបស់អ្នកជំងឺនោះទេ និង (4) មានលទ្ធភាពខ្ពស់ក្នុងការបណ្តាលឱ្យមានប្រយោជន៍មួយសម្រាប់អ្នកជំងឺជាងគ្រោះថ្នាក់។  
ដើម្បីឱ្យការថែទាំតាមការកំណត់ពេលអនាគតជា "ការថែទាំដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ" ការថែទាំ និងការកំណត់ពេលនៃការថែទាំចាំបាច់ត្រូវមានការយល់ព្រមពីប្រធានមន្ត្រីវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អង្គការ (ឬអ្នកតំណាង)។ ការកំណត់ការថែទាំដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រចាំបាច់ត្រូវបានធ្វើឡើងដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលមាន អាជ្ញាប័ណ្ណ ដែលកំពុងផ្តល់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទៅដល់អ្នកជំងឺ និងតាមឆន្ទានុសិទ្ធិរបស់អង្គការ ដោយគ្រូពេទ្យដែលបញ្ជូនអ្នកជំងឺចូលព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ គ្រូពេទ្យបញ្ជូនបន្ត និង/ឬ ប្រធានមន្ត្រីវេជ្ជសាស្ត្រ ឬគ្រូពេទ្យគ្រួសារពិសិដ្ឋឡើងវិញផ្សេងទៀត (ដែលអាស្រ័យលើប្រភេទនៃការថែទាំដែលបានណែនាំ)។ នៅក្នុងករណីដែលការថែទាំដែលបានស្នើសុំដោយអ្នកជំងឺ ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគោលការណ៍នេះត្រូវបានកំណត់ថាមិនចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដោយគ្រូពេទ្យគ្រួសារពិសិដ្ឋឡើងវិញ ហើយការកំណត់នេះចាំបាច់ត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយគ្រូពេទ្យបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្រូពេទ្យបញ្ជូនបន្ត។
- F. "អង្គការ" មានន័យថាជា AdventHealth និងស្ថាប័ន ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគោលការណ៍ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ដូចបានចែងខាងលើនៅក្នុងផ្នែក II ។
- G. "អ្នកជំងឺ" មានន័យថាអ្នកដែលទទួលបានការសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងការថែទាំដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៅអង្គការ និងបុគ្គលដែលទទួលខុសត្រូវខាងហិរញ្ញវត្ថុលើការថែទាំអ្នកជំងឺ។
- H. "ការដាក់ពន្ធដោយការសន្មត់ទុក" មានន័យថាគឺជាការប្រើប្រភពព័ត៌មានរបស់ភាគីទីបី ដែលអាចរួមបញ្ចូលកំណត់ត្រាសាធារណៈ ឬមធ្យោបាយត្រឹមត្រូវសមហេតុផល និងសក្យានុម័តផ្សេងទៀតនៃការវាយតម្លៃលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់របស់អ្នកជំងឺសម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។
- I. "អ្នកជំងឺដែលគ្មានការធានារ៉ាប់រង"

មានន័យថាគឺជាអ្នកជំងឺដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រងនៅក្រោមគោលការណ៍របស់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងមិនមែនជាអ្នកទទួលបានលើក្រោមក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជន ឬសាធារណៈ អត្ថប្រយោជន៍សុខភាព ឬកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលរួមមានគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពកាត់ទុកខ្ពស់ សំណងរបស់បុគ្គលិក ធានារ៉ាប់រងការទទួលខុសត្រូវគ្រោះថ្នាក់ ឬការទទួលខុសត្រូវភាគីទីបីផ្សេងទៀត។

## នីតិវិធីដែលបានតម្រូវ

A. ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងផ្នែកនេះត្រូវបានកំណត់ត្រឹមអ្នកជំងឺដែលរស់នៅក្នុងសហគមន៍នេះប៉ុណ្ណោះ៖

- អ្នកជំងឺដែលមានចំណូលតិចជាង ឬស្មើនឹង 250% នៃចំណូលកម្រិតភាពក្រីក្រសហព័ន្ធ ("FPL") និងមានសិទ្ធិទទួលបានការបញ្ឈប់តម្លៃ 100% លើចំណែកនៃការគិតថ្លៃ ដែលនៅក្នុងនោះ អ្នកជំងឺទទួលខុសត្រូវបន្ទាប់ពីការបង់ប្រាក់របស់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង បើមានប្រសិនបើអ្នកជំងឺបែបនេះត្រូវបានកំណត់ថាមានសិទ្ធិទទួលបានដោយអនុលោមតាមការដាក់ពន្ធដោយការសន្មត់ទុកនោះ (ដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងកថាខណ្ឌទី 5 ខាងក្រោម) ឬ ដាក់ជូនពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ("ពាក្យស្នើសុំ") នៅ ឬនៅមុនថ្ងៃទី 240 បន្ទាប់ពីថ្ងៃចេញវិក្កយបត្រពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យដំបូងរបស់អ្នកជំងឺ និងពាក្យស្នើសុំនេះត្រូវបានយល់ព្រមដោយអង្គការនេះ។ អ្នកជំងឺនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរហូតដល់ 100% ប្រសិនបើអ្នកជំងឺដាក់ជូនពាក្យស្នើសុំនេះ បន្ទាប់ពីថ្ងៃទី 240 បន្ទាប់ពីថ្ងៃចេញវិក្កយបត្រចេញពីមន្ទីរពេទ្យដំបូងរបស់អ្នកជំងឺ ប៉ុន្តែបន្ទាប់មក ចំនួននៃជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដែលមានសម្រាប់អ្នកជំងឺនៅក្នុងប្រភេទនេះត្រូវបានកំណត់ត្រឹមចំនួនទឹកប្រាក់មិនទាន់បានបង់របស់អ្នកជំងឺ បន្ទាប់ពីពិចារណាលើការបង់ប្រាក់ណាមួយ ដែលបានធ្វើឡើងនៅលើគណនីរបស់អ្នកជំងឺ។ អ្នកជំងឺមានសិទ្ធិទទួលបានប្រភេទនៃជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនេះ និងមិនត្រូវបានគិតប្រាក់ច្រើនជាងការគិតប្រាក់ AGB ដែលបានគណនានោះទេ។
- ដោយគោរពតាមបទបញ្ញត្តិផ្សេងទៀតរបស់គោលការណ៍ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ អ្នកជំងឺដែលគ្មានការធានារ៉ាប់រងដែលមានចំណូលលើសពី 250% នៃ FPL ប៉ុន្តែមិនលើសពី 600% នៃ FPL នោះ និងទទួលបានការបញ្ឈប់តម្លៃតាមកម្រិតប្រែប្រួលលើចំណែកនៃការគិតថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មដែលបានផ្តល់ជូន។ អ្នកជំងឺដែលមានធានារ៉ាប់រង និងមានចំណូលលើសពី 250% នៃ FPL ប៉ុន្តែមិនលើសពី 400% នៃ FPL នោះទេ នឹងទទួលបានការបញ្ឈប់តម្លៃតាមកម្រិតប្រែប្រួលលើចំណែកនៃការគិតថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្ម ដែលបានផ្តល់ជូន ដែលសម្រាប់សេវាកម្មនោះ អ្នកជំងឺត្រូវទទួលខុសត្រូវយោងតាមការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងធានារ៉ាប់រងនេះ។ ការបញ្ឈប់តម្លៃបែបនេះនឹងត្រូវបានអនុវត្ត បន្ទាប់ពីអ្នកជំងឺដាក់ជូនពាក្យស្នើសុំនៅ ឬនៅមុនថ្ងៃទី 240 បន្ទាប់ពីថ្ងៃចេញវិក្កយបត្រចេញពីមន្ទីរពេទ្យដំបូងរបស់អ្នកជំងឺ និងពាក្យស្នើសុំត្រូវបានយល់ព្រមដោយអង្គការនេះ។ អ្នកជំងឺនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានការបញ្ឈប់តម្លៃតាមកម្រិតប្រែប្រួលលើជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺដាក់ជូនពាក្យស្នើសុំ បន្ទាប់ពីថ្ងៃទី 240 បន្ទាប់ពីថ្ងៃចេញវិក្កយបត្រចេញពីមន្ទីរពេទ្យដំបូងរបស់អ្នកជំងឺ ប៉ុន្តែបន្ទាប់មក ចំនួននៃជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដែលមានសម្រាប់អ្នកជំងឺនៅក្នុងប្រភេទនេះត្រូវបានកំណត់ត្រឹមចំនួនទឹកប្រាក់ដែលមិនទាន់ទូទាត់របស់អ្នកជំងឺ បន្ទាប់ពីពិចារណាលើការបង់ប្រាក់ណាមួយដែលបានធ្វើឡើងនៅលើគណនីរបស់អ្នកជំងឺ។ អ្នកជំងឺមានសិទ្ធិទទួលបានប្រភេទនៃជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនេះ នឹងមិនត្រូវបានគិតប្រាក់ច្រើនជាងការគិតប្រាក់ AGB ដែលបានគណនានោះទេ។

ការបញ្ឈប់តម្លៃគឺមានដូចខាងក្រោម៖ (FPL – ចំណូលកម្រិតភាពក្រីក្រសហព័ន្ធ)

កម្រិតប្រែប្រួលសម្រាប់អ្នកជំងឺគ្មានការធានារ៉ាប់រង	%
0% - 250% FPL	100%
251% - 300% FPL	95%
301% - 400% FPL	90%

កម្រិតប្រែប្រួលសម្រាប់អ្នកជំងឺមានធានារ៉ាប់រង	%
0% - 250% FPL	100%
251% - 300% FPL	95%
301% - 400% FPL	90%

401% - 600% FPL	85%
-----------------	-----

3. ដោយគោរពតាមបទបញ្ញត្តិផ្សេងទៀតរបស់គោលការណ៍ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនេះ អ្នកជំងឺដែលមានចំណូលច្រើនជាង 600% (សម្រាប់អ្នកជំងឺគ្មានធានារ៉ាប់រង) និង 400% (សម្រាប់អ្នកជំងឺមានធានារ៉ាប់រង) នៃ FPL អាចមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនៅក្រោម "តេស្តចំណូល" សម្រាប់ការបញ្ឈប់ការគិតថ្លៃលើអ្នកជំងឺពីអង្គការ ដោយផ្អែកលើបំណុលវេជ្ជសាស្ត្រសរុបរបស់អ្នកជំងឺ។ អ្នកជំងឺនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ដោយយោងតាមតេស្តចំណូល ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមានបំណុលវេជ្ជសាស្ត្រសរុបច្រើនហួសហេតុពេក ដែលរួមមានបំណុលវេជ្ជសាស្ត្រទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលស្ថិតនៅខាងក្នុង AdventHealth និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតណាមួយ សម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងការថែទាំដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលស្មើនឹង ឬច្រើនជាងចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នកជំងឺបែបនេះ។ កម្រិតនៃជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដែលបានផ្តល់ជូន ស្របតាមតេស្តចំណូល គឺដូចគ្នានឹងកម្រិតដែលបានផ្តល់ទៅឲ្យអ្នកជំងឺដែលមានចំណូល 600% (អ្នកជំងឺគ្មានការធានារ៉ាប់រង) និង 400% (អ្នកជំងឺមានការធានារ៉ាប់រង) នៃ FPL នៅក្រោមកថាខណ្ឌទី 2 ខាងលើ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺបែបនេះដាក់ជូនពាក្យស្នើសុំនៅ ឬនៅមុនថ្ងៃទី 240 បន្ទាប់ពីថ្ងៃចេញវិក្កយបត្រចេញពីមន្ទីរពេទ្យដំបូងរបស់អ្នកជំងឺ និងពាក្យស្នើសុំត្រូវបានយល់ព្រមដោយអង្គការនេះ។ អ្នកជំងឺនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុបញ្ឈប់ការគិតថ្លៃតេស្តចំណូល ប្រសិនបើអ្នកជំងឺបែបនេះដាក់ជូនពាក្យស្នើសុំ បន្ទាប់ពីថ្ងៃទី 240 បន្ទាប់ពីថ្ងៃចេញវិក្កយបត្រចេញពីមន្ទីរពេទ្យដំបូងរបស់អ្នកជំងឺ ប៉ុន្តែបន្ទាប់មក ចំនួននៃជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដែលមានសម្រាប់អ្នកជំងឺនៅក្នុងប្រភេទនេះត្រូវបានកំណត់ត្រឹមចំនួនទឹកប្រាក់មិនទាន់ទូទាត់របស់អ្នកជំងឺ ដែលបានធ្វើឡើងនៅលើគណនីរបស់អ្នកជំងឺ។ អ្នកជំងឺមានសិទ្ធិទទួលបានប្រភេទនៃជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនេះ នឹងមិនត្រូវបានគិតប្រាក់ច្រើនជាងការគិតប្រាក់ AGB ដែលបានគណនានោះទេ។ ជាងនេះទៅទៀត សម្រាប់អ្នកជំងឺគ្មានការធានារ៉ាប់រង ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការបញ្ឈប់ការគិតថ្លៃតាមកម្រិតប្រែប្រួល ដូចបានចែងនៅក្នុងកថាខណ្ឌទី 2 ការប្រមូលទុកក្នុងរយៈពេល 12 ខែនឹងត្រូវបានកំណត់ត្រឹម 20% នៃចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នកជំងឺ។

4. អ្នកជំងឺអាចមិនមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងកថាខណ្ឌទី 1 ដល់ទី 3 ខាងលើ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺបែបនេះត្រូវបានចាត់ទុកថាមានទ្រព្យសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីបង់ថ្លៃ យោងតាម "តេស្តទ្រព្យសម្បត្តិ" មួយ។ តេស្តទ្រព្យសម្បត្តិរួមមានការវាយតម្លៃសំខាន់មួយលើសមត្ថភាពរបស់អ្នកជំងឺក្នុងការបង់ប្រាក់ ដោយផ្អែកលើប្រភេទនៃទ្រព្យសម្បត្តិ ដែលបានវាស់វែងនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំ FAP ។ អ្នកជំងឺដែលមានទ្រព្យសម្បត្តិបែបនេះ ដែលលើសពី 600% នៃចំនួន FPL របស់អ្នកជំងឺបែបនេះអាចមិនមានសិទ្ធិដើម្បីទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនោះទេ។

5. លក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុអាចត្រូវបានកំណត់នៅចំណុចមួយនៅក្នុងវដ្តប្រាក់ចំណូល និងអាចរួមបញ្ចូលការប្រើប្រាស់ការដាក់ពិន្ទុដោយការសន្មត់ទុកសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានចំនួនទឹកប្រាក់មិនទាន់បង់គ្រប់គ្រាន់ នៅក្នុងរយៈពេល 240 ថ្ងៃដំបូង បន្ទាប់ពីថ្ងៃចេញវិក្កយបត្រចេញពីមន្ទីរពេទ្យដំបូងរបស់អ្នកជំងឺ ដើម្បីកំណត់លក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ថែទាំសប្បុរសធម៌ 100% ទោះបីជាមានការខកខនរបស់អ្នកជំងឺក្នុងការបំពេញពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ("ពាក្យស្នើសុំ FAP") នោះទេ។ ការកំណត់ពីលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដោយផ្អែកលើការដាក់ពិន្ទុដោយការសន្មត់ទុក គ្រាន់តែអនុវត្តចំពោះវគ្គនៃការថែទាំ ដែលសម្រាប់វគ្គនោះ ការដាក់ពិន្ទុដោយការសន្មត់ទុកត្រូវបានធ្វើឡើង។ អ្នកជំងឺដែលបង្ហាញពីលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យណាមួយដូចតទៅនេះ នឹងត្រូវបានចាត់ទុកថាមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដោយការសន្មត់ទុកសម្រាប់ការថែទាំសប្បុរសធម៌ 100% ៖ អ្នកគ្មានផ្ទះសំបែង អ្នកស្លាប់ដោយគ្មានទ្រព្យសម្បត្តិ ជនពិការភាពខ្លួនក្បាលដែលគ្មានអ្នកណាម្នាក់មកតាងនាមឲ្យខ្លួន ការមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medicaid ប៉ុន្តែមិនមែននៅថ្ងៃចាប់ផ្តើមសេវាកម្ម ឬសម្រាប់សេវាកម្មដែលគ្មានធានារ៉ាប់រង ការចុះឈ្មោះចូលរួមក្នុង Medicaid នៅរដ្ឋផ្សេង ដែលអង្គការមិនស្ថិតនៅ ហើយមិនមានបំណងក្លាយជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួម និងការចូលរួមរបស់ Medicaid ប៉ុន្តែបានផុតកំណត់នៃរយៈពេលកំណត់សម្រាប់ការស្នាក់នៅ។

ប្រភេទមានអាណត្តិបន្ថែមរួមមានការចុះឈ្មោះចូលរួមនៅក្នុងកម្មវិធីដូចតទៅនេះ៖ ស្ត្រី, កម្មវិធីអាហារបំប៉នទារក និងកុមារ (WIC); កម្មវិធីជំនួយអាហារបំប៉នបន្ថែម (SNAP); កម្មវិធីអាហារពេលព្រឹក

និងថ្លៃក្រុងឥតគិតថ្លៃរដ្ឋ Illinois; កម្មវិធីជំនួយថាមពលផ្ទះមានចំណូលទាប (LIHEAP); ការចុះឈ្មោះចូលរួមក្នុងកម្មវិធីតាមសហគមន៍ដែលមានការរៀបចំ ដែលផ្តល់សិទ្ធិទទួលបានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលរាយការន៍ និងផ្តល់ឯកសារបញ្ជាក់ពិស្តារភាពហិរញ្ញវត្ថុចំណូលទាបទុកជាលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ និងការទទួលបានជំនួយឥតសំណងសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ។

6. សម្រាប់អ្នកជំងឺ ដែលចូលរួមក្នុងគម្រោងធានារ៉ាប់រងជាក់លាក់ណាមួយ ដែលចាត់ទុកអង្គការនេះថា "នៅក្រៅបណ្តាញ" អង្គការនេះអាចកាត់បន្ថយ ឬបដិសេធដំនូយហិរញ្ញវត្ថុ ដែលនឹងមានសម្រាប់អ្នកជំងឺតាមរបៀបណាមួយ ដោយផ្អែកលើការពិនិត្យមើលព័ត៌មានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកជំងឺ និងព័ត៌មានពិតប្រាកដ និងកាលៈទេសៈពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត។
7. អ្នកជំងឺអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ប្រឆាំងនឹងការបដិសេធលើលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ដោយការផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមទៅកាន់អង្គការនេះនៅក្នុងរយៈពេលដប់បួន (14) ថ្ងៃប្រតិទិនចាប់ពីថ្ងៃទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងពីការបដិសេធនេះ។ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទាំងអស់នឹងត្រូវបានពិនិត្យឡើងវិញដោយអង្គការចំពោះការសម្រេចចិត្តចុងក្រោយ។ ប្រសិនបើការសម្រេចចិត្តចុងក្រោយបញ្ជាក់ពីការបដិសេធដំនូយហិរញ្ញវត្ថុពីមុននោះ ការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនឹងត្រូវបញ្ជូនទៅអ្នកជំងឺ។ ដំណើរការសម្រាប់អ្នកជំងឺ និងគ្រួសារដើម្បីប្តឹងឧទ្ធរណ៍ប្រឆាំងនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់អង្គការ ទាក់ទងនឹងលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុគឺមានដូចតទៅនេះ៖
  - a. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវត្រូវបានទទួលដំបូងគេដោយសេវាកម្មហិរញ្ញវត្ថុអ្នកជំងឺ សម្រាប់ការពិនិត្យមើល និងសំណួរតាមដានបន្ត បើមាន។
  - b. គណៈកម្មាធិការបន្ទាប់មកនឹងជួបប្រជុំជារៀងរាល់ខែដើម្បីពិនិត្យមើលគ្រប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទាំងអស់។ សមាជិកភាពគណៈកម្មាធិការត្រូវមានអ្នកតំណាងពីសេវាកម្មហិរញ្ញវត្ថុអ្នកជំងឺ សមាហរណកម្មបេសកកម្ម (Mission Integration) សេវាកម្មសង្គម/គ្រប់គ្រងករណី និងហិរញ្ញវត្ថុ/CFO ។  
  
បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នឹងត្រូវបានចែកចាយទៅកាន់សមាជិកគណៈកម្មាធិការ នៅមុនកិច្ចប្រជុំប្រចាំខែសម្រាប់ការពិនិត្យមើល។
  - c. អ្នកតំណាងសេវាកម្មហិរញ្ញវត្ថុអ្នកជំងឺត្រូវមានវត្តមាននៅកិច្ចប្រជុំគណៈកម្មាធិការនេះ ដើម្បីពិភាក្សាពីករណីនីមួយៗ និងផ្តល់មតិចូលរួមបន្ថែម ដែលអ្នកជំងឺអាចបានផ្តល់ជូន។
  - d. គណៈកម្មាធិការនេះនឹងពិនិត្យមើលពាក្យស្នើសុំ FAP របស់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំដោយមានការយកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេសទៅកាន់ព័ត៌មាន និងមតិចូលរួមបន្ថែម ដែលបានធ្វើឡើងដោយអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំនៅក្នុងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នេះ។
  - e. គណៈកម្មាធិការនេះអាចយល់ព្រម មិនយល់ព្រម ឬលើកយកបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នេះមកពិភាក្សានៅក្នុងកិច្ចប្រជុំ។ គណៈកម្មាធិការអាចលើកយកបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ណាមួយមកពិភាក្សាក្នុងកិច្ចប្រជុំ ប្រសិនបើព័ត៌មានបន្ថែមត្រូវបានតម្រូវ ដោយផ្អែកលើសំណួរ ដែលបានសួរនៅអំឡុងការពិភាក្សាពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នេះ។
  - f. សេវាកម្មហិរញ្ញវត្ថុអ្នកជំងឺនឹងទាក់ទងប្រាប់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីលទ្ធផលនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នេះទៅកាន់ អ្នកជំងឺ ឬសមាជិកគ្រួសារ។

**B. ជំនួយផ្សេងទៀតសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ**

អ្នកជំងឺដែលមិនមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដូចដែលបានរៀបរាប់ខាងលើនៅតែអាចមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ប្រភេទផ្សេងទៀតនៃការផ្តល់ជំនួយដែលបានផ្តល់ដោយអង្គការ។ ដើម្បីជាប្រយោជន៍ដល់ភាពពេញលេញ ប្រភេទនៃជំនួយទាំងនេះផ្សេងទៀតត្រូវបានរាយនៅទីនេះ ទោះបីជាពួកវាមិនផ្អែកលើតម្រូវការ និងមិនមានបំណងគោរពតាម 501(r) ប៉ុន្តែត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅទីនេះសម្រាប់ភាពងាយស្រួលរបស់សហគមន៍ ដែលបានបម្រើដោយអង្គការនេះ។

1. អ្នកជំងឺគ្មានការធានារ៉ាប់រងដែលមិនមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនឹងត្រូវបានផ្តល់ការបញ្ជូនតម្លៃដោយផ្អែកលើការបញ្ជូនតម្លៃដែលបានផ្តល់ទៅឱ្យអ្នកទូទាត់ប្រាក់ខ្ពស់បំផុតសម្រាប់អង្គការនោះ។ អ្នកបង់ប្រាក់ដែលបង់ប្រាក់ខ្ពស់ជាងគេត្រូវតែបង្កើតឱ្យបានយ៉ាងតិច 3% នៃចំនួនសមាជិករបស់អង្គការ

ដូចដែលបានរៀនរាល់ដោយចំនួន ឬប្រាក់ចំណូលដុល្លារមួយដំបូង។  
ប្រសិនបើអ្នកបង់ប្រាក់តែម្នាក់មិនមានកម្រិតអប្បបរមានៃទំហំនេះនោះទេ  
កិច្ចសន្យាអ្នកបង់ប្រាក់ច្រើនជាងម្នាក់ គួរតែយកមកធ្វើជាមធ្យមភាគសម្រាប់លក្ខខណ្ឌបង់ប្រាក់បែបនេះ  
ដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់រកមធ្យមភាគឱ្យបានយ៉ាងហោចណាស់  
3%នៃទំហំមុខជំនួញរបស់អង្គការសម្រាប់ឆ្នាំនោះ។

- 2. អ្នកជំងឺគ្មានធានារ៉ាប់រង  
និងមានធានារ៉ាប់រងដែលមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុអាចទទួលបានការបញ្ជូន  
តម្លៃការបង់ប្រាក់ភ្លាមៗមួយបាន។  
ការបញ្ជូនតម្លៃការបង់ប្រាក់ភ្លាមៗអាចត្រូវបានផ្តល់ជូនបន្ថែមទៅនឹងការបញ្ជូនតម្លៃសម្រាប់អ្នកគ្មានធានា  
រ៉ាប់រង ដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងកថាខណ្ឌមុននេះ។

**C. ដែនកំណត់លើតម្លៃចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ**

- 1. អ្នកជំងឺដែលមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនឹងមិនត្រូវគិតប្រាក់ជាលក្ខណៈបុគ្គលច្រើនជាង AGB  
សម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់និងការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រចាំបាច់ដទៃទៀត  
និងមិនច្រើនជាងការគិតតម្លៃសរុបសម្រាប់ថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀតឡើយ។ អង្គការគណនាភាគរយ AGB  
មួយឬច្រើនជាងនេះដោយប្រើវិធីសាស្ត្រ "មើលថយក្រោយ" និងថ្លៃមួយសម្រាប់សេវាកម្មមួយ Medicare  
និងគ្រប់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពទាំងអស់ដែលបង់សំណងទៅកាន់អង្គការនេះ  
ដែលសុទ្ធត្រូវគោរពតាម 501(r)។
- 2. សំណើគិតថ្លៃមួយនៃការពិពណ៌នាលើការគណនា និងភាគរយ AGB  
អាចទទួលបាននៅលើគេហទំព័ររបស់អង្គការ ដោយហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 844-652-0600  
តាមអ៊ីមែលដែលមានអាសយដ្ឋាន [GLR.CustomerService@AdventHealth.com](mailto:GLR.CustomerService@AdventHealth.com),  
ឬជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនៅ៖

AdventHealth PFS  
ជូនជំពោះ៖ Financial Assistance Department  
1000 Remington Blvd., Suite 110  
Bolingbrook, IL 60440

**D. ការដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនិងជំនួយផ្សេងទៀត**

អ្នកជំងឺម្នាក់អាចមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុតាមរយៈការផ្តល់ពិន្ទុសន្តតប្បតាម  
រយៈដោយការដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដោយដាក់ពាក្យបំពេញស្នើសុំ FAP ដែលបានបំពេញរួច។ ពាក្យស្នើសុំ  
FAP និងការណែនាំពីការស្នើសុំ FAP មាននៅលើគេហទំព័ររបស់អង្គការនេះ ឬដោយការហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ  
844-652-0600 តាមអ៊ីមែលដែលមានអាសយដ្ឋាន [GLR.CustomerService@AdventHealth.com](mailto:GLR.CustomerService@AdventHealth.com),  
ឬជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនៅ៖

AdventHealth PFS  
ជូនជំពោះ៖ Financial Assistance Department  
1000 Remington Blvd., Suite 110  
Bolingbrook, IL 60440

អង្គការនេះនឹងតម្រូវឱ្យអ្នកគ្មានធានារ៉ាប់រងធ្វើការជាមួយនឹងអ្នកប្រឹក្សាយោបល់ហិរញ្ញវត្ថុដើម្បីដាក់ពាក្យស្នើសុំ  
កម្មវិធី Medicaid ឬ កម្មវិធីជំនួយសាធារណៈផ្សេងទៀត  
ដែលអ្នកជំងឺត្រូវបានចាត់ទុកថាអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់  
ដើម្បីមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ (លើកលែងតែបើមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់  
និងត្រូវបានយល់ព្រមហើយ តាមការដាក់ពិន្ទុដោយការសន្តត់ទុក)។  
អ្នកជំងឺអាចត្រូវបានបដិសេធពីការទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុបាន  
ប្រសិនបើអ្នកជំងឺផ្តល់ព័ត៌មានក្លែងក្លាយស្តីពីពាក្យស្នើសុំ FAP  
ឬទាក់ទងនឹងដំណើរការលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ដាក់ពិន្ទុដោយការសន្តត់ទុក  
ប្រសិនបើអ្នកជំងឺបដិសេធកំណត់ប្រាក់សំណងធានារ៉ាប់រងដែលទទួលបាន  
ឬសិទ្ធិឱ្យគេបង់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់ដោយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង  
ដែលអាចមានកាតព្វកិច្ចបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំដែលបានផ្តល់ជូន  
ឬប្រសិនបើអ្នកជំងឺបដិសេធការធ្វើការជាមួយអ្នកប្រឹក្សាយោបល់ហិរញ្ញវត្ថុ ដើម្បីដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធី

Medicaid ឬកម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុសាធារណៈផ្សេងទៀត  
 ដែលអ្នកជំងឺត្រូវបានចាត់ទុកថាអាចលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់បាន  
 ដើម្បីមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ  
 (លើកលែងតែប្រសិនបើមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឬត្រូវបានយល់ព្រមហើយ  
 តាមរយៈការដាក់ពិន្ទុដោយការសន្មត់ទុក)។ អង្គការអាចចាត់ទុកថាពាក្យស្នើសុំ FAP  
 មានលក្ខណៈពេញលេញរយៈពេលតិចជាង 6 ខែ  
 នៅមុនកាលបរិច្ឆេទលើការកំណត់ពីលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ណាមួយនៅក្នុងការធ្វើការកំណត់ស្តីពីលក្ខណៈសម្ប  
 ត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់វគ្គថ្មីនៃការថែទាំ។ អង្គការនេះនឹងចាត់ទុកថាពាក្យស្នើសុំ FAP  
 មានលក្ខណៈពេញលេញរយៈពេលជាង 6 ខែ  
 នៅមុនកាលបរិច្ឆេទលើការកំណត់ពីលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ណាមួយ។

**E. វិក័យប័ត្រនិងការប្រមូល**

សកម្មភាពដែលអង្គការអាចប្រើនៅពេល មិនបានបង់ប្រាក់  
 ត្រូវបានរៀបរាប់នៅក្នុងគោលការណ៍វិក័យប័ត្រនិងការប្រមូលមួយដាច់ដោយឡែកមួយទៀត។  
 សំណើឥតគិតថ្លៃនៃគោលការណ៍ប្រមូលទុក  
 និងការចេញវិក័យបត្រអាចទទួលបាននៅលើគេហទំព័ររបស់អង្គការនេះ ឬដោយការហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 844-  
 652-0600 តាមអ៊ីមែលដែលមានអាសយដ្ឋាន [GLR.CustomerService@AdventHealth.com](mailto:GLR.CustomerService@AdventHealth.com),  
 ឬផ្ទាល់មាត់អ្នកនៅ៖

AdventHealth PFS  
 ជូនជំពោះ៖ Financial Assistance Department  
 1000 Remington Blvd., Suite 110  
 Bolingbrook, IL 60440

**F. ការបកស្រាយ**

គោលការណ៍នេះរួមជាមួយនឹងគ្រប់នីតិវិធីដែលពាក់ព័ន្ធ គឺសម្រាប់អនុលោមតាម ហើយនិងត្រូវបានបកស្រាយ  
 និងអនុវត្ត ដោយយោងទៅតាម 501(r) លើកលែងតែប្រសិនបើមានការបង្ហាញជាក់លាក់ណាមួយ។

**ឯកសារយោង**

- a. គោលការណ៍រដ្ឋបាលរបស់ Ascension #600 – ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់អ្នកកំពុងខ្វះខាត
- b. ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ
- c. ការសង្ខេបជាភាសាសាមញ្ញនៃគោលការណ៍ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ
- d. បញ្ជីនៃអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រង និងមិនមានការធានារ៉ាប់រង នៅក្រោមគោលការណ៍ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ
- e. ចំនួនដែលជាទូទៅត្រូវបានចេញវិក័យបត្រ