



Wellstar 财务援助计划 (FAP) 政策概要

Wellstar 健康系统 (简称 Wellstar) 的使命是创建和提供能够改善客户个人健康和福祉的优质医疗保健服务。Wellstar 的愿景是提供世界一流的医疗保健服务。为了消除资源有限的 Wellstar 医院患者的经济障碍，使其能够支付医院或医院门诊设施提供的必要医疗服务，Wellstar 根据财务援助计划 (FAP) 政策向合格的患者提供各种等级的资助。本政策仅适用于合格的医院服务，包括已实施和计费的服务。

如何申请财务援助计划

第1步：确定家庭收入是否在联邦贫困水平 (FPL) 和 FAP 计划指南范围内。

Wellstar 为所有无保险个人提供最低慈善补助 (MCA)，其金额等于必要医疗服务费用与联邦政府定义的“普通收费金额 (AGB)”之间的差额。

其它等级的资助根据 FPL 和 FAP 政策指南确定。联邦政府将 FPL 定义为个人或家庭食物、衣服、交通、居住及其它生活必需品所需的最低总收入 (税前)。Wellstar 将收入低于 FPL 125% 的个人或家庭视为只有有限的方式支付医院必要医疗服务，因此向这些个人提供高于 MCA 的额外资助，从而使其享受 100% 的免费医院医疗服务。对于收入在 FPL 126% 至 200% 之间的个人或家庭，Wellstar 提供最高不超过联邦定义 AGB 金额 97% 的额外资助。对于收入在 FPL 201% 至最高 300% 之间的个人或家庭，根据其家庭收入水平以及其是否符合“合格资产”标准，可以酌情提供额外资助。

以下 FAP 表第一列是家庭人数，请选择相应的人数——个人独居或者同一家庭内共同生活的配偶、父母及未满 21 周岁子女的总人数。包括与法定监护人共同生活的未成年人。然后，根据在该行所列的家庭总收入范围确定 FAP 类别。仅因收入水平不符合 FAP 资格的患者仍可享受资助，如果必要的医疗费用支出已耗尽其家庭的收入和资源 (医疗欠费)。此外，Wellstar 或第三方将尽力帮助患者确定其是否可以使用保险或政府资助的财务援助或其它社区福利计划，以帮助减少医疗费用。

Wellstar FAP 患者指南——最高 300% FPL 的家庭收入

家庭人数	125%或以下 第 1 类	126%—200% 第 2 类	201%—250% 第 3 类	251%—300% 第 4 类
1	\$0 - \$18,825	\$18,826 - \$30,120	\$30,121 - \$37,650	\$37,651 - \$45,180
2	\$0 - \$25,550	\$25,551 - \$40,880	\$40,881 - \$51,100	\$51,101 - \$61,320
3	\$0 - \$32,275	\$32,276 - \$51,640	\$51,641 - \$64,550	\$64,551 - \$77,460
4	\$0 - \$39,000	\$39,001 - \$62,400	\$62,401 - \$78,000	\$78,001 - \$93,600
5	\$0 - \$45,725	\$45,726 - \$73,160	\$73,161 - \$91,450	\$91,451 - \$109,740
6	\$0 - \$52,450	\$52,451 - \$83,920	\$83,921 - \$104,900	\$104,901 - \$125,880
7	\$0 - \$59,175	\$59,176 - \$94,680	\$94,681 - \$118,350	\$118,351 - \$142,020
8	\$0 - \$65,900	\$65,901 - \$105,440	\$105,441 - \$131,800	\$131,801 - \$158,160
*	\$6,725	\$10,760	\$13,450	\$16,140

*对于年满 8 周岁以上的每个家庭成员，工资收入范围折扣因数有相应的增量。

第2步：填写Wellstar FAP申请表并提供相应的财务证明文件。

要申请 FAP，无保险或保险不足的患者必须填写一份申请表，披露任何保险和/或其它付费收入来源，以证明其需求。填妥的 FAP 申请表包含所有要求的证明文件，例如银行对账单、报税单以及其它收入审核信息，以帮助 Wellstar 确定患者是否符合全额资助（贫困医疗）或部分资助（慈善医疗）资格。您可以在 <http://www.wellstar.org> 上申请，也可向医院和医院门诊机构挂号和/或出院登记处索取申请表。申请可以在服务日期后或首次出院声明出具后 240 天内提交。若申请缺少必要信息，将书面通知患者，患者须在收到通知后 30 天内重新提交。FAP 申请状态将在收到填妥的申请表后 30 天内告知。若获得批准，FAP 等级在 6 个月内有效。患者须按照 FAP 政策支付任何减少后的余额。如需申请方面的帮助，Wellstar 的财务顾问可为您提供现场咨询，患者也可拨打 470-245-9998 洽询。请将填妥的申请表以及 FAP 相关的任何其它信函寄送至：

Wellstar Hospital Financial Assistance Program Application
Post Office Box 748733
Atlanta Georgia 30374