

## 经济援助

起草人： CNE 财务咨询经理 Tara Pizzi,	页码： 第 1 页，共 12 页	生效日期： 2024 年 10 月 1 日	政策编号： CNE FIN-102
	审核人： CNE 财务总监 Andrew Burke	审核人： CNE 营收周期管理副 总裁 Krysten Blanchette	批准人： CNE 执行副总裁兼首席财 务官 Todd Conklin

- I. 目的。本经济援助政策 (FAP) 旨在确保 Care New England (以下简称为 "CNE") 符合罗德岛州和联邦慈善关怀机构制定的标准以及《国内税收法》第 501(r) 条的规定。经济援助旨在确保所有患者都能获得 CNE 提供的基本紧急医疗服务和其他必需医疗服务，无论其支付能力如何。为此，CNE 根据每个人支付医疗费用的能力制定了获得经济援助的资格标准，并为符合该资格标准的个人提供援助。CNE 的经济援助不可替代雇主提供的保险、私人购买的保险、第三方责任险、州或联邦提供的援助或保险计划。
- II. 范围。本政策适用于 Care New England (**CNE**) 及其所有关联医院，以及下列指定实体：
- a. Butler Hospital
  - b. Kent Hospital
  - c. Women & Infants Hospital
  - d. The Providence Center\*\*
  - e. VNA of Care New England
  - f. Butler Hospital Allied Medical Services, LLC
  - g. Kent Ancillary Services, LLC
  - h. W&I Ancillary Services, LLC
  - i. W&I Health Care Alliance, LLC
  - j. Affinity Physicians, LLC
  - k. Faculty Physicians Incorporated, LLC

关于参与和不参与 CNE 经济援助计划的其他医疗服务提供者 (参与提供者和非参与提供者) 名单见附表1。

\*\*普罗维登斯中心 (TPC) 作为CNE实体包含在本政策中, 但 TPC 也有一项政策, 概述了作为社区心理健康中心 (TPC-FIN-103) 的具体申请要求。

III. 政策。根据《CNE 紧急医疗和积极劳动法案 (EMTALA) 政策》的规定, 无论支付能力如何, 所有患者均可获得。所有紧急医疗服务和其他必需医疗服务。患者可通过致电 (401)277-3660 免费获取本政策的副本。

- a. 无论种族、肤色、宗教、年龄、国籍、婚姻状况或法律保护地位, 任何经济状况符合预先确定的资格要求的申请者均可获得经济援助。本政策适用于未参保或保额不足的患者。
- b. 患者有资格获得针对紧急医疗服务和其他必需医疗服务的经济援助。必需医疗服务是指为了诊断、纠正、治愈、减轻或防止危及生命或造成痛苦、导致疾病或虚弱、可能造成或加重残疾、造成身体畸形或功能障碍的情况或防止其恶化而合理要求提供的医疗服务, 且对于请求提供此类服务的患者而言, 没有其他同样有效、更保守或更低成本的治疗方法。
- c. 符合 CNE Charity Care 经济援助资格的患者有资格享受折扣或免费处方保险。该处方必须用于 CNE 340B 所涵盖实体 (CNE 系统内的急诊医院) 所提供的护理及与之相关的护理。满足 340B 患者定义 (参见 HRSA 的规定) 要素的患者可以使用 340B 药物。

IV. 定义。下文未另行定义但在本政策中使用的术语应具备如下含义。

- a. **一般收费金额 (AGB)**: 根据《国内税收法》("IRC") 第 501(r)(5) 条的规定, 在个人获取紧急医疗服务或其他必需医疗服务时, 向参保涵盖此类服务保险的个人收取的费用。
- b. **一般收费金额比例**: 医院为确定其向符合经济援助资格的患者提供的紧急医疗服务或其他必需医疗服务应收取的一般收费金额 (AGB) 时所采用的总收费百分比。
- c. **申请期**: 个人可以申请经济援助的期限。根据 IRC 第 501(r)(6) 条的规定, CNE 允许个人在收到第一份出院结账单之日起 240 天内申请经济援助。
- d. **资格标准**: 本经济援助政策 (FAP) 规定的用于确定患者是否有资格获得经济援助的认定标准 (有程序支持)。
- e. **紧急医疗条件**: 定义参见《社会保障法》第 1867 条 (42 U.S.C. 1395dd)。
- f. **特别催收行动 ("ECA")**: 包括 CNE 为获得本经济援助政策所涵盖的医疗服务费用而对个人采取的以下行动。特别催收行动 (ECA) 包括但不限于: 需要采取法律或司法程序的诉讼; 将个人的不良信息呈报给消费者信用报告机构或征信机构; 对不动产行使留置权和/或取消不动产的赎回权; 查封银行账户或扣押工资; 因未支付之前所提供服务的账单而延迟或拒绝提供必需医疗服务, 或要求先付款再提供服务。

- g. **家庭**：根据人口普查局的定义，家庭是指由因出生、结婚、民事结合或收养关系而居住在一起的两个或两个以上的人组成的群体。
- h. **家庭收入**：根据人口普查局的定义，家庭收入是指在计算贫困线标准时使用的以下收入：
  - i. 收入、失业补偿金、工伤赔偿金、社会保障金、附加保障收入、公共援助、退伍军人抚恤金、遗属抚恤金、养老金或退休收入、利息、股息、租金、版税、地产收入、信托、教育补助、离婚抚养费、子女抚养费、家庭外援助及其他杂项收入来源。
- i. **获得经济援助资格**：有资格获得本政策全部或部分经济援助的个人。
- j. **联邦贫困线指南**：联邦贫困线 ("FPL") 由美国卫生与公众服务部每年制定一次，在本经济援助政策 (FAP) 中用于确定患者是否具备经济援助资格。
- k. **经济援助**：向无力支付全部或部分医疗服务费用的个人提供的免费医疗服务或减免部分费用的医疗服务。
- l. **总收费**：在适用任何合同津贴、折扣或扣减政策之前，按照既定价格统一向患者收取的医疗服务费。
- m. **简明语言概述 (PLS)**：一份书面声明，旨在将 CNE 在本经济援助政策 (FAP) 下提供的经济援助通知到个人，并以清晰、简洁和易于理解的方式提供其他信息。
- n. **保额不足**：购买了一定程度的保险或第三方保险，但自付医疗费用仍超出其经济能力的个人。保额不足包括但不限于免赔额、共付保险、共担额、超过初始索赔金额后的福利和终身福利限额。
- o. **未参保**：未购买一定程度的保险或第三方保险（包括 Medicare、Medicaid 或其他政府或商业保险计划）来帮助支付医疗服务费用的个人。
- p. **不在保障范围内的服务**：不在患者福利/保险计划范围内且不由患者的保险计划支付的服务。

## V. 程序。

- a. 未购买健康保险或健康保险覆盖面不足的患者有资格申请该计划。为了申请本经济援助政策下的经济援助，患者和/或其法定代表人必须提交完整的经济援助申请（包括相关文件/资料）（**附表 2**），同时必须与 CNE 合作，提供必要的信息和文件，以申请可用于支付其医疗服务费用的其他现有财政资源，如 Medicare、Medicaid、Rlticare，第三方责任险等。
- b. CNE 的经济援助政策、简明语言概述 (PLS)、申请表格和所需文件可从 CNE 的网站上获取：[www.carenewengland.org](http://www.carenewengland.org)。此外，患者还可以通过邮件和致电 (401)921-7200 免费索取文件。
- c. 此外，CNE 会在其所服务的实体中宣传推广经济援助政策 (FAP) 及简明语言概述 (PLS)。患者可通过以下途径获得经济援助：
  - i. 患者或其代表可要求提供经济援助
  - ii. CNE 员工可以向患者或其代表推荐经济援助
  - iii. 转诊医生可以向患者或其代表推荐经济援助
- d. 家庭总收入低于或等于联邦贫困线 (FPL) 200% 的患者将获得全额经济援助，经

济援助金额将根据家庭规模进行调整，但前提是此类患者不具备享受其他私人或公共医疗保险的资格，且未超过资产保护门槛。如果申请经济援助的患者/担保人符合收入标准，但不符合资产标准，则 CNE 将按照浮动比例提供最高折扣。患者/担保人需承担的最高责任额是指实际资产减去适用的资产门槛或罗德岛州和联邦法规（包括 IRS 第 501(r) 条）规定的最高上限额，以两者中较低者为准（见附表3）。

- e. 总收入在联邦贫困线 (FPL) 的 201% 至 300% 之间且未超过资产保护门槛的患者也有资格按照浮动比例获得部分医疗费用的经济援助（附表 3）。患者的责任额不超过罗德岛州法律和联邦法律（包括 IRS 第 501(r) 条）规定的或 CNE 定期设定的最高上限。向患者/担保人收取的最高责任额不得超过一般收费金额 (AGB)、州法律规定的金额或 CNE 设定的其他标准金额中的较低者。关于 CNE 设定的限额及浮动比例，患者可致电 (401) 921-7200 向 CNE 客户服务部门免费索取。
- f. CNE 将按照既定的催收程序，在根据 CNE 计费 and 催收政策提供的浮动收费表进行计算后，向有付款义务的个人催收款项。未参保患者在出院时会收到经济援助通知。所有患者，无论是否参保，也均会在收到第一份出院结账单后的 120 天内（“通知期”），通过患者对账流程收到经济援助通知。此外，个人也可通过邮件、致电 (401)921-7200 或亲自到 CNE 医院所在地的方式申请经济援助文件）。
- g. 为了获得全额经济援助或部分经济援助的资格，申请者的最大流动资产（不包括主要住所和自用汽车）不得超过个人和家庭单位浮动比例表规定的门槛（该门槛每年都会根据最新的消费者价格指数上调）。如果个人因不符合这些门槛要求而未获得罗德岛州医疗援助计划的资格，CNE 将采用罗德岛州医疗援助计划的门槛值取代这些门槛值。罗德岛州医疗援助计划的门槛值可以从下列网站获取：  
<http://medicaid4you.com/eligibility-requirements>.
  - i. 根据人口普查局的定义，家庭单位是指由因出生、结婚、民事结合或收养关系而居住在一起的两个或两个以上的人组成的群体。
  - ii. 自付部分的总费用金额或百分比应等于或低于一般收费金额 (AGB)（附表 4），即：根据《国内税收法》(IRC) 第 501(r)(5) 条的规定，在个人获取紧急医疗服务或其他必需医疗服务时，向参加了涵盖此类服务保险的个人收取的费用。
  - iii. 如果收到不完整的 FAP 申请，CNE 会向个人发出书面通知，说明获得经济援助资格所需的其他信息或文件，以及简明语言概述 (PLS)，并给予 30 天的信息提供期限。在此期间，CNE 会暂停任何特别催收行动 (ECA)。CNE 会向个人会提供一个电话号码，如对所需的其他信息或文件有任何疑问，可以拨打此电话号码。附表5概述了文件要求。
  - iv. 如有超出标准政策福利的情况，必须由营收循环管理副总裁或其指定人员批准。
- h. 如果申请遭到拒绝，则患者/担保人可以在收到拒绝通知后30天内，通过提供额外的收入或家庭规模证明，提出申诉。所有申诉均由营收循环管理副总裁或其指定人员审核，以作出最终决定。CNE 规定，申诉应由比原审核人高一级以上的管理层进行复审。相关人员必须在收到申诉后 30 天内予以处理。复审结束后，

应向患者/担保人提供有关申诉结果的书面通知。

- i. 已收金额：自付部分的总费用金额或百分比不得高于 IRS 第 501(r)(5) 条规定的一般收费金额 (AGB)。
- j. 如果患者未参保，且有资格享受 CNE 信贷政策规定的未参保折扣，则 CNE 向患者/担保人收取的最高责任额不得超过一般收费金额 (AGB)、州法律规定的金额或 CNE 设定的其他标准金额中的较低者。
  - i. 折扣计划：
    - 1. 社区福利折扣：所有未参保患者，无论其支付能力如何，在必需医疗服务方面均可享受 65% 的折扣。
    - 2. 预付折扣：所有未参保患者均有资格在获得服务之前或当日预先支付其责任额时享受 70% 的折扣。此折扣适用于任何额外的意外责任额，但前提是患者在最终结账单生成后的三十 (30) 天内全额付款。如果预支付责任额超过其实际应承担的责任额，则 CNE 会在确定收费金额后 30 天内向患者发起退款。
    - 3. 及时付款折扣：所有未享受预付折扣的未参保患者若能在最终结账单生成的三十 (30) 天内全额付款，则有资格享受余额 10% 的折扣。
- k. 如果 CNE 确定患者故意谎报其财务状况、受抚养者人数或为根据本政策确定其财务状况而必需的其他信息，则 CNE 有权撤销其享受经济援助的资格。
- l. 《医疗服务费用经济援助通知》可在 CNE 网站、患者结账单上查阅，也可应要求提供。CNE 还会将该通知张贴在急诊科、主大厅、办公室和入院/登记区。
- m. CNE 必须根据适用的“文化和语言适当的医疗保健服务标准”（标准 4 和标准 7，基于 1964 年《民权法案》第六章）提供其他语言版本的经济援助标准。这些版本必须经董事批准，提供给所有有需求的人士。CNE 还将尽一切努力向所提供语言版本之外其他语言的患者清晰地传达本政策。可应要求提供翻译服务。

批准/修订：

2018/05/03：已批准的初始版本

2020/10/01：已批准的修订版本

2021/06/21：已批准的修订版本

2021/10/1：已批准的修订版本

2022/10/01：已批准的修订版本

2023/12/01：已批准的修订版本

替换：

财务 1

# 经济援助政策

附表 1

参与本经济援助计划的医疗服务提供者	未参与本经济援助计划的医疗服务提供者
Baxter, Kelly MD	Atlantic Pediatrics
Bower, Jonathan MD	Correia, David MD
Cabral, Lisa MD	Delvecchio, Jane-Joseph
Erinakes, Christina MD – Tollgate OBGYN	Leonard, Polly MD
Gallucci, Robert MD	Segal, Leonard MD
Hamid, Rabia MD – RI Eye Institute	South County Hospital
Koster, Michael MD – Pediatrics Infectious Diseases	Williams, Elena MD
Mancini, T MD	
Prompt, Patricia MD	
Silva, Monica MD- Hasbro Children’s Hospital Gastroenterology	
Kent Radiation	

# 经济援助政策

## 附表 2

### 医疗服务费用经济援助申请

本申请的批准具有临时性，自批准之日起 12 个月内有效

医院: <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> The Providence Center <input type="checkbox"/> Women & Infants 日期: _____	
患者:	担保人/配偶:
MR#: _____	MR#: _____
出生日期: _____	社会保险号 (如有): _____
社会保险号 (如有): _____	家庭电话: _____
家庭电话: _____	工作电话: _____
工作电话: _____	与患者的关系: _____
家庭住址: _____	地址: _____
职业及雇主: _____	
雇主地址: _____	
语言: <input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 非英语	
族裔: <input type="checkbox"/> 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔 <input type="checkbox"/> 未确定的族裔	
人种: <input type="checkbox"/> 亚洲人 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 黑人/非裔美国人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民/太平洋岛民	
<input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 其他或多种族 <input type="checkbox"/> 未确定的人种	

#### 请提供除患者或担保人外的所有家庭成员的以下信息。

姓名及与患者的关系:	社会保险号 (如有):	出生日期:	MR#:
雇主、电话及地址:	家庭住址:		
姓名及与患者的关系:	社会保险号 (如有):	出生日期:	MR#:
雇主、电话及地址:	家庭住址:		
姓名及与患者的关系:	社会保险号 (如有):	出生日期:	MR#:
雇主、电话及地址:	家庭住址:		
姓名及与患者的关系:	社会保险号 (如有):	出生日期:	MR#:
雇主、电话及地址:	家庭住址:		
<b>月收入</b>	<b>资产</b>		
患者薪资:	储蓄:		
配偶薪资:	支票:		
担保人薪资:	存款单 (CD):		
自营业务收入:	货币市场账户:		
托儿收入:	储蓄债券:		
租金收入:	股票:		
失业补助金:	债券:		
临时伤残保险:	共同基金:		
子女抚养费:	个人退休账户 (IRA):		
离婚抚养费:	401(k) 退休账户:		
工伤赔偿金:	403(b) 退休账户:		
退伍军人抚恤金:	457 退休账户:		
社会保险金:	人寿保险单现金价值:		
股息和利息收入:	个人财产:		
版税:	第 2 套房屋与出租房产:		
退休金:	第 2 辆机动车辆:		
公共援助:			合计:
其他:			
月收入:			
年收入:			

“我请求医院确认我是否具备获得经济援助的资格。我理解，医院会对这些信息保密，并进行核实。我也理解，如果我提供了虚假信息，我的经济援助申请可能会遭到拒绝，并需要承担相应的医疗服务费。我特此保证，据我所知，此申请表上的信息均完整无误，而且我已了解申请流程和本人应承担的责任。”

患者签字: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

医院代表签字: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

#### 仅供内部使用

批准人: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

拒绝人: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

保险范围: \_\_\_\_\_ 医疗援助:  是  否

与工伤或其他类型意外有关的服务:  是  否

备注: \_\_\_\_\_

家庭规模: \_\_\_\_\_ 联邦贫困线: \_\_\_\_\_ 联邦贫困线百分比: \_\_\_\_\_

折扣率 (%): \_\_\_\_\_ 折扣金额 (\$): \_\_\_\_\_

患者最高责任额: \_\_\_\_\_

# 经济援助政策

## 附表 2 (续)

### 医疗服务费用经济援助申请 - 保额不足患者

本申请的批准具有临时性，自批准之日起 12 个月内有效

医院: <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> The Providence Center <input type="checkbox"/> Women & Infants		日期: _____
患者:	担保人/配偶:	
MR#:	MR#:	
出生日期:	社会保障号 (如有):	
社会保险号 (如有):	家庭电话:	
家庭电话:	工作电话:	
工作电话:	与患者的关系:	
家庭住址:	地址:	
职业及雇主:		
雇主地址:		
语言 <input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 非英语		
族裔: <input type="checkbox"/> 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔 <input type="checkbox"/> 未确定的族裔		
人种: <input type="checkbox"/> 亚洲人 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 黑人/非裔美国人		
<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民/太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 其他或多种族 <input type="checkbox"/> 未确定的人种		

请提供除患者或担保人外的所有家庭成员的以下信息。			
姓名及与患者的关系:	社会保障号 (如有):	出生日期:	MR#:
雇主电话及地址:	家庭住址:		
姓名及与患者的关系:	社会保障号 (如有):	出生日期:	MR#:
雇主电话及地址:	家庭住址:		
姓名及与患者的关系:	社会保障号 (如有):	出生日期:	MR#:
雇主电话及地址:	家庭住址:		
姓名及与患者的关系:	社会保障号 (如有):	出生日期:	MR#:
雇主电话及地址:	家庭住址:		

月收入	AMT	资产	AMT	月支出/负债额	AMT
患者薪资		储蓄		房贷或租金	
配偶薪资		支票		当前余额 _____	
担保人薪资		存款单 (CD)		财产税, 如果不包括在按揭还款中	
自营业务收入		货币市场账户		公用设施费: 燃气费/电费/燃油费 _____	
托儿收入		储蓄债券		有线电视/网络/互联网 _____	
租金收入		股票		电话 _____	
失业补助金		债券		汽车还款或租赁费	
临时伤残保险		共同基金		当前余额 _____	
子女抚养费		个人退休账户		信用卡还款	
离婚抚养费		401(k) 退休账户		当前余额 _____	
退伍军人抚恤金		403(b) 退休账户		分期付款	
社会保障金		457 退休账户		当前余额 _____	
股息和利息收入		人寿保险单现金价值		车险	
房租		个人财产		房屋保险	
退休金		第 2 套房屋与出租房产		医疗费用	
公共援助		其他机动车辆		生活用品	
其他				其他费用	
月收入:					
年收入:			合计:		合计:

“我请求医院确认我是否具备获得经济援助的资格。我理解，医院会对这些信息保密，并进行核实。我也理解，如果我提供了虚假信息，我的经济援助申请可能会遭到拒绝，并需要承担相应的医疗服务费。我特此保证，据我所知，此申请表上的信息均完整无误，而且我已了解申请流程和本人应承担的责任。”

患者签字: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

<b>仅供内部使用</b>	
批准人: _____	日期: _____
拒绝人: _____	日期: _____
保险范围: _____	医疗援助: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
与工伤或其他类型意外有关的服务: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
备注: _____	
家庭规模: _____	联邦贫困线: _____ 联邦贫困线百分比: _____
折扣率 (%): _____	折扣金额 (\$): _____
患者最高责任额: _____	
医院代表签字: _____	日期: _____

# 经济援助政策

## 附表 3

<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

3/1/2024

CNE Financial Assistance Eligibility Guidelines												
Summary of Sliding Scale Discounts and Maximum Patient Liability												
Income as % of Federal Poverty Level	100% and below	101%-200%	201%-210%	211%-220%	221%-230%	231%-240%	241%-250%	251%-260%	261%-270%	271%-280%	281%-290%	291%-300%
<b>Sliding Scale Discount to the Patient</b>	100%	100%	80%	60%	40%	20%	10%	10%	10%	5%	5%	5%
<b>Maximum Annual Patient Liability</b> See Incomes Below (multiply the income by <i>max annual %</i> )	0%	0%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
Income for Family Size of 1	\$15,060	\$30,120	\$31,626	\$33,132	\$34,638	\$36,144	\$37,650	\$39,156	\$40,662	\$42,168	\$43,674	\$45,180
Income for Family Size of 2	\$20,440	\$40,880	\$42,924	\$44,968	\$47,012	\$49,056	\$51,100	\$53,144	\$55,188	\$57,232	\$59,276	\$61,320
Income for Family Size of 3	\$25,820	\$51,640	\$54,222	\$56,804	\$59,386	\$61,968	\$64,550	\$67,132	\$69,714	\$72,296	\$74,878	\$77,460
Income for Family Size of 4	\$31,200	\$62,400	\$65,520	\$68,640	\$71,760	\$74,880	\$78,000	\$81,120	\$84,240	\$87,360	\$90,480	\$93,600
Income for Family Size of 5	\$36,580	\$73,160	\$76,818	\$80,476	\$84,134	\$87,792	\$91,450	\$95,108	\$98,766	\$102,424	\$106,082	\$109,740
Income for Family Size of 6	\$41,960	\$83,920	\$88,116	\$92,312	\$96,508	\$100,704	\$104,900	\$109,096	\$113,292	\$117,488	\$121,684	\$125,880
Income for Family Size of 7	\$47,340	\$94,680	\$99,414	\$104,148	\$108,882	\$113,616	\$118,350	\$123,084	\$127,818	\$132,552	\$137,286	\$142,020
Income for Family Size of 8	\$52,720	\$105,440	\$110,712	\$115,984	\$121,256	\$126,528	\$131,800	\$137,072	\$142,344	\$147,616	\$152,888	\$158,160

For families with more than 8 persons, add \$5,140 for each additional person  
Asset protection threshold; individual \$9,400; Family \$14,100

# 经济援助政策

## 附表 4

### 一般收费金额 (AGB)

根据 IRC 第 501(r) (5) 条的规定, CNE 采用回溯法计算一般收费金额 (AGB) 百分比。一般收费金额 (AGB) 百分比是每年通过 Medicare Fee-for-Service 以及所有私人健康保险公司在前 12 个月期间允许的所有索赔的全部金额除以这些索赔的相关总费用之和来计算的。CNE 将采用适用的一般收费金额 (AGB) 百分比和总收费金额共同确定一般收费金额 (AGB)。

有资格根据本经济援助政策获得经济援助的个人对紧急医疗服务或其他必需医疗服务支付的费用不会超过一般收费金额 (AGB)。有资格获得经济援助的个人将按照一般收费金额 (AGB) 或本政策提供的折扣中的较低者支付费用。

分别于 2024 年 10 月 1 日和 2023 年 10 月 1 日生效:

CNE Operating Unit	AGB	
	FY 2025	FY 2024
<b>Butler Hospital</b>	32%	28%
<b>Kent County Memorial Hospital</b>	29%	30%
<b>Women and Infants Hospital</b>	34%	33%

# 经济援助政策

## 附表 5

患者在申请 Care New England 经济援助时，必须提交以下文件（如适用）。

1. 最近一年的纳税申报表及证明文件。
2. 收入记录\*（详情参见下文）
3. 当前工资单（最少 4 周）
4. 残疾补贴发放通知
5. 社会保障金发放通知（如果能提供直接存款及银行对账单，可不提供此文件）
6. 如果申请经济援助的人是学生，则提供父母收入证明（纳税申报表）
7. 资产记录（详情参见下文）\*\*
8. 银行对账单，包括储蓄、支票、投资对账单、年金、存款单 (CD)、货币市场账户、股票、债券、养老金、个人退休账户 (IRA)
9. 人寿保险单现金价值
10. 个人财产（但主要住所和自用机动车辆除外）。
11. 医疗援助和/或 HealthSource RI 的批准/拒绝情况
12. 死亡证明副本（如适用）。
13. 学籍证明（如适用）。
14. 推荐信（如适用）。
15. 支出和负债额。
16. 最近的房贷/租金、房产税、水电费、汽车还款/租赁费、信用卡、分期付款、汽车/房屋保险和医疗费用。

\*收入记录：收入是指实际或预估的税前年度现金总收入，包括薪金、工资、自营收入、托儿收入、租金收入、失业补偿金、临时伤残保险、子女抚养费、离婚抚养费、工伤赔偿金、退伍军人抚恤金、社会保障金、股息和利息收入、版税、私人和公共养老金、公共援助等。此外，收入还包括罢工津贴、彩票和赌博净收益，以及在寻求医疗服务费用经济援助的日历年内收到的一次性保险费或工伤赔偿。

\*\*资产记录：资产是指现金、现金等价物和其他可以转换为现金的硬资产，包括手头现金、储蓄账户、支票账户、存款单 (Cd)、货币市场账户、股票（普通股和优先股）、债券、共同基金、个人退休账户 (IRA)、401(k) 退休账户、403(b) 退休账户、457 退休账户、人寿保险单现金价值、个人财产、非自用机动车辆、第二套住房和出租房产。但主要住所和自用机动车辆除外。