



Atlantic Health System

施政方針

件名：低所得、保険未加入、および一部保険加入患者のための資金援助

発効日：02/08/2024

主たる責任：責任者 - 患者向け経済的支援サービス

I. 目的：

すべての患者が、Atlantic Health System社（以下「Atlantic Health System」）の病院施設によって提供される必要不可欠な救急医療サービスおよびその他の医学的に必要な医療サービスを、自身の支払い能力に関わらず確実に受けられるようにすることを目的とします。このポリシーは、Morristown Medical Center、Overlook Medical Center、Chilton Medical Center、Newton Medical Center、Hackettstown Medical Center、および42 C.F.R. 413.65に従ってプロバイダーベースとして指定されるすべてのAtlantic Health System施設を含む、すべてのAtlantic Health Systemの病院に適用されるものとします。

II. ポリシー：

患者が、Atlantic Health Systemの病院施設によって提供される必要不可欠な救急医療サービスおよびその他の医学的に必要な医療サービスを、患者の支払い能力に関わらず確実に受けられるようにすることが、Atlantic Health Systemのポリシーです。資金援助は第IV節に記載されたさまざまなプログラムを通じて、低所得、保険未加入、および一部保険加入者で病院からの医療費の全額または一部を支払うことができない患者が利用できます。本ポリシーは、上記のAtlantic Health Systemの病院施設、および連邦規則が管理する42 C.F.R. 413.65に基づきプロバイダーベースとして指定されているAtlantic Health System施設に適用されるものとします。

資金援助および一部免除制度は、救急医療サービスおよび医学的に必要な医療サービスのみに対して利用可能です。診察費、麻酔費用、放射線画像解釈、および外来処方箋を含むがこれに限定されない一部のサービスは、病院からの請求額からは別途請求となり、Atlantic Health Systemと通じた資金援助の対象外となる可能性があります。本病院施設以外で、病院施設内で救急医療サービスやその他の医学的に必要な医療処置を提供している施設ごとの全プロバイダーのリストは、どのプロバイダーが資金援助ポリシー（以下「FAP」）によりカバーされ、どのプロバイダーがカバーされていないかを具体的に示した形で本FAPの付属書Aに記載されています。プロバイダーリスト2は、四半期ごとにレビューされ、必要に応じて更新されます。

III. 概要：

- A. Atlantic Health Systemは、患者にそのようなサービスに対する支払い能力があるかどうか、また患者が本FAPに従って資金援助を受ける資格があるかどうか、またその程度は問わず、入院および外来の医療サービスを、救急または医学的に必要な医療処置を必要とするすべてのニュージャージー州の居住者に提供します。
- B. Atlantic Health Systemは、救急科の患者が治療を受ける前に支払いを要求したり、救急科で債権回収行為を許可したり、またそのような行為が救急医療の提供に対して無差別的に妨げる可能性のあるその他の場所において債権回収行為を許可するなど、個人が救急医療を求める意欲を妨害するような行為に関与しません。
- C. Atlantic Health SystemのFAP、資金援助申請書、および平易な要約（以下「PLS」）は、すべて以下のウェブサイトからオンラインで入手できます：
<http://www.atlantichealth.org/financialassistance>
- D. Atlantic Health SystemのFAP、資金援助申請書、およびPLSは、英語、および各病院施設の主要サービスエリアが提供するコミュニティの1,000人または5%のうち少ない方に当たる、英語能力が限られている人々の主要言語で利用可能です。FAP、資金援助申請書、およびPLSの翻訳版は、本FAPの付属書Bに記載されている言語で入手可能です。FAP、資金援助申請書、およびPLSが、翻訳可能な言語に第一言語が含まれていない患者に対して明確に伝わるよう、最善を尽くします。
- E. FAP、資金援助申請書、およびPLSの紙面による写しは、郵送で請求していただければ無料で入手できます。また、入院手続き部門、救急科、および以下に示す財務相談室などの病院施設内各所で提供されています。資金援助申請書は、直接提出するか、郵送、ファクス、Eメールで提出できます。

財務相談室：

Morristown Medical Center : 100 Madison Avenue, Morristown, New Jersey 07960,
Financial Counseling Office, 電話番号 973-971-4967

Overlook Medical Center : 99 Beauvoir Avenue, Summit, New Jersey 07901, Financial
Counseling Office, 電話番号 908-522-4689

Chilton Medical Center : 97 West Parkway, Pompton Plains, New Jersey 07444, Financial
Counseling Office, 電話番号 973-831-5435

Newton Medical Center : 175 High Street, Newton, New Jersey 07860, Financial
Counseling Office, 電話番号 973-579-8407

Hackettstown Medical Center : 651 Willow Grove Street, Hackettstown, New Jersey
07840, Financial Counseling Office, 電話番号 908-850-6902

- F. 患者がFAP、資金援助申請書、またはPLSの紙面による写しの入手やその他の面で支援が必要な場合は、電話番号 1-800-619-4024のカスタマーサービス部門へ連絡するか、または上記の財務支援室へ訪問または連絡してください。
- G. 入院手続き部門、救急科、および財務相談室など院内の公共の場に、資金援助の可否や情報をお知らせする標識や表示が目につくよう掲示されます。
- H. PLSは受け入れ手続き時の一環として、すべての患者に提供されます。

- I. **Atlantic Health System**は、救急やその他の医学的に必要な医療サービス費用の全額または一部を払う能力のない適格の患者に対して、資金援助を提供することをお約束いたします。この慈善活動の目標を達成するため、**Atlantic Health System**は地域の社会福祉団体や非営利団体との協力を通じて、このFAP、資金援助申請、およびPLSを、サービスを提供するコミュニティで広くPRしていきます。
- J. 患者またはその代理人が資金援助申請を行うことができます。患者またはその代理人は、**Atlantic Health System**の従業員、紹介元の医師、またはその他の者から財務カウンセラーを紹介される場合があります。財務カウンセラーは、利用可能な資金援助プログラムの要件を説明し、患者が利用可能な資金援助プログラムに適格かどうかを判定します。資金援助を申請する患者は、**Atlantic Health System**の資金援助申請書（認証ページを含む）に記入し、申請書に記載されている補足書類を提供する必要があります。英語力に限りがある方との有意義なコミュニケーションを可能にするため、必要に応じて翻訳された資料や通訳を使用します。
- K. 保険未加入の患者は、退院後の最初の請求書が発行されてから365日以内に、資金援助申請書を完備して提出する必要があります。保険に加入している、または一部保険に加入している患者は、退院後に保険会社による処理が反映された最初の請求書が発行されてから365日以内に、資金援助申請書を完備して提出する必要があります。

IV. 資金援助プログラム：

Atlantic Health Systemの患者は、下記に記載のさまざまなプログラムにより、無料または一部免除された治療を受けられる場合があります。いずれの場合も、**Atlantic Health System**は、提供されたサービスの請求総額から、患者または患者の保険会社によって支払われた金額、および政府からの償還もしくは当該サービスへの支払いを差し引いた差額に相当する金額の資金援助を提供したものとみなされます。**Atlantic Health System**は、そのような正味金額（資金援助が請求額ではなく費用に基づいて適切に報告される場合は、コスト対価比を適用することを条件とする）を、組織によって提供された資金援助として報告します。

A. ニュージャージー州のプログラム：

1. チャリティケア：

このプログラムは、患者がメディケイドの適格者となる場合、州のメディケイドプログラムでカバーされる医学的に必要なサービスに対する急性期治療の病院請求額のみをカバーするものです。財務相談室は、完備された申請書類が最初に受理されてから10営業日以内に申請が適格であるかどうかを判定します。申請書に不備がある場合（例として、収入／資産証明内容がない、もしくは不十分など）、却下の書面が発行され、承認を得るために必要な追加書類の詳細が提示されます。保険に未加入の申請者は、退院後の最初の請求書が発行された日付から365日以内に、チャリティケアの再申請を行う必要があります。保険に加入している、または一部保険に加入している申請者は、退院後に保険会社による処理が反映された最初の請求書が発行された日付から365日以内に、必要な書類を添えてチャリティケアの再申請を行う必要があります。チャリティケアの適格者である患者は、**付属書C**に記載のガイドラインに従って、無料で治療を受けるか、総治療費から一部免除を受けることができます。

不適格となった申請者は、将来、経済的な状況が変化してサービスを受けるために来訪した際、再申請を行うことができます。

チャリティケアは、以下に該当するニュージャージー州の居住者が利用できる州のプログラムです。

- a. 健康保険に加入していない、または請求金額の一部しか支払われない保険に加入している。
- b. 民間保険、または政府支援型保険（社会保障（退職者や障がい者が対象）、メディケイドを伴う生活保護補足給付金（SSI）、メディケイドなど）の保証に不適格である。
- c. 州によって規定された所得と資産の両方の適格規準を満たしている。

チャリティケアに適格とみなされるために必要となる追加の基準：

- a. (I)世帯総収入が連邦貧困レベルの200%以下の患者には医療費の100%を補償する、および(ii)世帯総収入が連邦貧困レベルの200%を超えるが300%以下の患者には医療費の一部を補償するチャリティーケアプログラムについて、**付属書C**に記載のガイドラインに従って、患者はスクリーニングを受けます。
- b. チャリティケアの適格制限は、個人資産の上限が\$7,500、および世帯資産の上限が\$15,000となります。本節において、資産が考慮対象となる家族メンバーはN.J.A.C.10:52-11.8(a)で次のように定義されています。成人申請者の家族構成には、申請者、配偶者、申請者が扶養している未成年の子ども、および申請者が法的に責任を負う世帯内の成人が含まれます。未成年申請者の家族構成には、両親、親の配偶者、未成年者の兄弟姉妹、および申請者の親が法的に責任を持つ世帯間の成人が含まれます。申請者が、配偶者や親としての責務を放棄されたこ

とを書面に記載した場合、その配偶者や親は家族には含まれないものとします。妊娠中の女性は2人家族とみなされます。

病院サービスマニュアルのチャリティケアセクション N.J.A.C. 10:52 et seq.に従って必要とされる書類には、以下のものが含まれます。

- a. 正式な患者および家族の身分証明書。これには以下のいずれかが含まれます：運転免許証、ソ-シャルセキュリティーカード、外国人登録カード、出生証明書、給与明細書、パスポート、ビザなど。
- b. サービスを受ける時点でのニュージャージー州に居住していることの証明（注：特定の状況では、救急処置は居住者要件の例外となります）。これには以下のいずれかが含まれます：運転免許証、有権者登録カード、労働組合員カード、保険または厚生プラン身分証明書、学生証、公共料金請求書、連邦所得税確定申告書、州所得税確定申告書、失業給付金明細書。
- c. 総収入の証明。これには、患者の総収入を計算するために病院が必要とする詳細情報が含まれます（以下のうちいずれか1つ）：
 - I. サービスを受ける前12ヶ月間の実際の総収入。
 - ii. サービスを受ける前3ヶ月間の実際の総収入。
 - iii. サービスを受ける直前1ヶ月間の実際の総収入。
- d. サービスを受ける時点での資産の証明。株式、債券、個人積立退職年金（IRA）、定期預金証書（CD）、当座預金口座、普通預金口座、主な住居でない住宅の持分など、容易に現金に換えることができるものがこれにあたります。

2. N.J.S.A.26:2H-12.52に基づく医療費一部免除資格：

世帯収入が連邦貧困レベルの500%を下回るニュージャージー州居住の保険未加入患者は、FAPの第IV.C.節に従い、医療費が一部免除された治療を受ける資格があります。チャリティケアに適用され、上記の第A.1.節に記載された書類要件は、本節の適格性の決定に適用されますが、個人および世帯資産の閾値は、本節に基づく医療費一部免除の適格性には適用されないという除外事項があります。

3. 子ども救済基金における難治性疾患プログラム：

ニュージャージー州の子ども救済基金における難治性疾患プログラムは、難治性疾患をかかえる子どものご家族に資金援助を提供しています。適格性、対象費用、および援助への申請に関する情報は、以下 <http://www.state.nj.us/humanservices/cicrf/home/> に記載されています。

4. ニュージャージー州犯罪被害者補償室：

ニュージャージー州は、特定の犯罪行為によって生じた損失や特定の医療費などの費用を犯罪被害者に対して補償するため、ニュージャージー州犯罪被害者

補償室を設立しました。適格性、対象費用、および援助への申請に関する情報は、以下<http://www.nj.gov/oag/njvictims/application.html>に記載されています。

B. 自己負担：

1. ニュージャージー州の居住者

チャリティケアまたは連邦や州の資金援助プログラムの対象とならない保険未加入の患者は、以下のように費用がかかります。

- i. 入院患者：医学的に必要な入院治療を受ける患者は、受けたサービスに対して適切なメディケアDRG率に15%追加された金額が請求されます。
- ii. 外来患者：Atlantic Health Systemで外来診療を受ける患者さんには、適切なメディケア率の115%が請求されます。

2. 州外および海外からの患者

- a. 入院患者：医学的に必要な入院治療を受ける患者は、受けたサービスに対して適切なメディケアDRG率に25%追加された金額が請求されます。
- b. 外来患者：Atlantic Health Systemで外来診療を受ける患者さんには、適切なメディケア率の115%が請求されます。

C. 通常の請求額

ニュージャージー州の居住者で、世帯収入が連邦貧困レベルの50%未満であり、連邦または州の基金による資金援助プログラム（チャリティケアを除く）を受け資格のない保険未加入の患者は、第IV節に従ってアカウントに割引が適用されます。資金援助申請書が提出され、患者が本節に基づく資金援助の受領資格があると判定された場合、患者はAGBまたは適切なメディケア率に15%追加された金額のうち、低い方が請求されます。

Atlantic Health Systemは、各病院施設ごとにLook-Back方式を採用しています。AGB率（病院施設別）は以下の通りです：

Morristown Medical Center : 26.7%
Overlook Medical Center : 26.0%
Chilton Medical Center : 20.6%
Newton Medical Center : 14.4%
Hackettstown Medical Center 20.3%

内国歳入法第501条(r)に従って、各病院施設はLook-Back方式を用いてそれぞれのAGB率を算出しました。AGB率は、12ヶ月間で認められたすべての請求を、それらの請求に関連する総費用で割ることで算出しました。すべての病院施設に対して、以下の保険者の組み合わせが選択されました：メディケア出来高払い+すべての民間健康保険者。

AGB率は暦年の年末から100日ないし120日以内に毎年更新されます。算出されたAGB率が、患者の負担額よりも少なくなった場合、患者はAGBで算出された金額のみを負担することになります。

算出されたAGB率が、患者の負担額よりも多くなった場合、患者は上記の資金援助プログラムに基づいて算出した金額を負担することになります。

V. 請求と徴収ポリシー

この節では、Atlantic Health Systemの請求と徴収ポリシーおよび手順について明記し、資金援助の割引適用後の残高の請求を含む医療費の請求に対して支払いがなかった場合に講じられる措置について説明します。Atlantic Health Systemに代わり実行する、取立代行業者や法定代理人に対してFAPの写しが提供されます。

各請求明細書には、資金援助の利用可能性に関する通知が目につくように記載され、それに加えて患者がFAPに関する情報や資金援助申請に関するサポートを受けられる特定病院施設の財務相談室の電話番号が記載されます。また請求明細書には、FAP、資金援助申請書、およびPLSの写しを入手できるウェブサイトのアドレスが記載されます。

- A. 通知期間：Atlantic Health Systemは患者の残高が確認され次第、すぐに患者の未払い残高を請求します。保険未加入の患者に対しては、退院後の最初の請求明細書発行時が120日の通知期間の開始日とみなされ、この期間中は特殊徴収業務（以下「ECA」、下記に定義する）を患者に対して開始することはできません。保険に加入している、または一部保険に加入している患者に対しては、保険者による処理が反映された退院後最初の請求明細書発行時が120日の通知期間の開始日とみなされ、この期間中はECAを開始することができません（以下「120日通知期間」）。
- B. 患者が支払いを滞納した場合、資金援助、または新規や変更された支払い計画が必要かどうかを判定するため、請求明細についての話し合いを提案する通知が患者に送られます。Atlantic Health Systemは、支払い計画をリクエストして設定する患者に対応できます。
- C. 120日通知期間が終了しても支払いが受理されず、患者が資金援助の申請や病院施設の財務相談室や病院施設のカスタマーサービス部門で代替の支払い計画について相談しなかった場合、患者のアカウントは取立代行業者に引き渡されます。Atlantic Health Systemは、10日以内に支払いがない場合、患者のアカウントが取立代行業者に引き渡されることを書面で通知します（以下「最終通知」）。最終通知では、資金援助の適格者である患者には資金援助が利用可能である旨を伝え、具体的な病院施設の財務相談室の電話番号を記載し、患者はFAPに関する情報と、資金援助申請手続きについてサポートを受けることができます。また請求明細書には、FAP、資金援助申請書、およびPLSの写しを入手できるウェブサイトのアドレスが記載されます。
- D. Atlantic Health Systemは、Atlantic Health Systemの代理として業務を行う取立代行業者や法定代理人（以下「第三者」）に対して、120日通知期間の経過後に滞納している患者のアカウントについてECAを開始する権限を与えることがあります。アカウントが第三者に引き渡されると、第三者は患者がFAPに従って資金援助を受ける資格があるかどうかを判定するための妥当な努力がなされたことを確認し、ECAを開始する前に以下の行動が取られたことを確認します。
 - 1. 患者に、以下の内容が記載された書面による通知（以下「30日レター」）が提供されたこと：(a) 適格な患者は資金援助が利用可能であること、(b) 第三者が

治療費の徴収を開始することを意図したECAを示していること、(c) ECAを開始しようとする期日が記載されていること（この期日は通知が提供された日から少なくとも30日以降でなくてはならない）。

2. 30日レターには、FAPの平易な要約（PLS）の写しが添付されていたこと。
 3. Atlantic Health Systemおよび/または第三者は、患者に対してFAPについて、ならびに患者が資金援助申請手続きに関するサポートを受ける方法について、口頭により通知する適切な努力を行ったこと。
- E. 患者がFAPに従って資金援助を受ける資格があるかどうかを判定するために適切な努力が行われたことが確認された後、第三者は患者に対して、治療に対する支払いを徴収するために、以下のECAを開始します。
1. 以下を含むがそれに限定されない、法的または司法手続きを必要とする行為として：
 - a. I.R.C. Section 501(r)に別段の記載がある場合を除き、患者の財産に先取特権を設定する。
 - b. 患者に対して民事訴状を起す。
- 訴訟は、支払い残高が総額\$800以上である場合にのみ、開始される場合があります。
2. ECAには、人身傷害の判決、和解、調停、または破産申請において請求された収入に対する先取特権は含まれません。
- F. 資金援助のための申請が不備のある状態で受領された場合、Atlantic Health Systemは患者に対し、FAPの適格性判定に必要とされる追加の情報や書類について説明した書面による通知を行います。Atlantic Health Systemは、資金援助のための申請が不備のある状態で受領されたことを第三者に伝え、第三者は支払いを徴収するためのすべてのECAを30日間停止します。
- G. 資金援助申請書が完備された状態で受領された場合、Atlantic Health Systemは以下が確実に行われるようにします。
1. 患者に対するECAが中断される。
 2. 適格性の判定を行い、速やかに文書化する。
 3. Atlantic Health Systemは、判定結果とその根拠となる事項を書面にて通知する。
 4. FAPの資格がある患者（該当する場合）による負担額と、金額の決定方法、適用されるACB率について記載された、更新済みの請求明細を提示する。
 5. 支払額がFAPの資格がある患者の負担額を超えた場合、相当額が返金される（該当する場合）。
 6. 第三者は、判決の取り消し、差し押さえや先取特権の解除など、負債を回収するために患者に対して行ったECAを撤回するため、適切なあらゆる措置を講じます。

H. いずれかの病院施設が、推定的に適格性判定を行う場合、以下の要件を満たす必要があります。

1. 患者がFAPに従って利用可能な、最も手厚い援助よりも少ない援助を受ける資格があると推定判定された場合、Atlantic Health Systemは以下のことを行います。
 - a. 推定によるFAP適格性判定の根拠を患者に通知し、より手厚い援助の申請方法を説明する。
 - b. 算出された割引額を徴収するためのECAを開始する権限を与える前に、より手厚い支援を申請するための妥当な期間を患者に与える。
 - c. 資金援助申請書が完備された状態で受領された場合、患者のFAP適格性ステータスを再判定する。

参照：

Internal Revenue Service, 26 CFR Parts 1, 53, and 602, Additional Requirements for Charitable Hospitals; Community Health Needs Assessments for Charitable Hospitals; Requirement of a Section 4959 Excise Tax Return and Time for Filing the Return; Final Rule; N.J.S.A.26:2H-12.52; N.J.A.C.10:52

(内国歳入庁、26 CFR Parts 1、53および602、慈善病院に対する追加要件、慈善病院の地域保健ニーズ評価、セクション4959物品税申告および申告提出の期間の要件、最終規則；N.J.S.A. 26:2H-12.52; N.J.A.C. 10:52)

レビュー／承認概要 AHS ポリシー監視委員会 (AHS Policy Oversight Committee, APOC) および AHS 取締役会	
作成日： 11/08/2004	APOC 承認日： 02/07/2024
最新更新日： 03/01/2023	AHS 取締役会承認日： 01/30/2024

付属書A

プロバイダーリスト

The Atlantic Health System, Inc. (以下「Atlantic Health System」) 資金援助ポリシー (以下「FAP」) は、Atlantic Health Systemの病院、またはAtlantic Health Systemの系列機関であるAHS Hospital Corp.が請求を行うプロバイダーベースの外来診療専門施設により提供される、救急医療またはその他の医学的に必要な治療に適用されるものとします。

またFAPは、Practice Associates Medical Group, P.A. d/b/a Atlantic Medical Group (以下「AMG」) の医師によりAtlantic Health Systemの病院で提供される、救急またはその他の医学的に必要な入院治療にも適用されるものとします。FAPは、AMGの医師によりAtlantic Health Systemの病院以外で提供された治療に対して請求される医療報酬には適用されないものとします。

ATLANTIC HEALTH SYSTEMの病院および外来診療専門施設において、他のプロバイダーがあなたの治療に関与することがあります。それらのプロバイダーが特に上記のリストに記載されていない場合には、当該プロバイダーはATLANTIC HEALTH SYSTEM資金援助ポリシーに従いません。別途当該プロバイダーから請求されるため、あなたはそれに応じて支払い手続きを行う必要があります。

このプロバイダーリストは必要に応じて、四半期ごとにレビューおよび更新されます。FAPまたはプロバイダーリストに関するご質問は、カスタマーサービス部門 (1-800-619-4024) までお電話ください。11/12

付属書B

FAP、資金援助申請書、およびPLSの翻訳は、英語および次の言語が入手可能です。

アラビア語
アルメニア語
中国語
フレンチクレオール語
ギリシャ語
グジャラート語
ヒンディー語
イタリア語
日本語
韓国語
ポーランド語
ポルトガル語
ロシア語
セルビア＝クロアチア語
スペイン語
タガログ語

所得基準
〃チャリティケアおよび割引チャリティケアの適格性基準
発効日：2024年3月15日

患者は収入と資産の基準を共に満たす必要があります

所得基準

以下の範囲に総年間所得がある場合の
 患者が支払う費用の割合

	患者の負担額 0% / 費用	患者の負担額 20% / 費用	患者の負担額 40% / 費用	患者の負担額 60% / 費用	患者の負担額 80% / 費用	患者の負担額 100% / 費用
家族構成	<=200%	>200<=225%	>225<=250%	>250<=275%	>275<=300%	>300%
1	\$30,120 以下	\$30,121 ～ \$33,885	\$33,886 ～ \$37,650	\$37,651 ～ \$41,415	\$41,416 ～ \$45,180	\$45,181 以上
2	\$40,880 以下	\$40,881 ～ \$45,990	\$45,991 ～ \$51,100	\$51,101 ～ \$56,210	\$56,211 ～ \$61,320	\$61,321 以上
3	\$51,640 以下	\$51,641 ～ \$58,095	\$58,096 ～ \$64,550	\$64,551 ～ \$71,005	\$71,006 ～ \$77,460	\$77,461 以上
4	\$62,400 以下	\$62,401 ～ \$70,200	\$70,201 ～ \$78,000	\$78,001 ～ \$85,800	\$85,801 ～ \$93,600	\$93,601 以上
5	\$73,160 以下	\$73,161 ～ \$82,305	\$82,306 ～ \$91,450	\$91,451 ～ \$100,595	\$100,596 ～ \$109,740	\$109,741 以上
6	\$83,920 以下	\$83,921 ～ \$94,410	\$94,411 ～ \$104,900	\$104,901 ～ \$115,390	\$115,391 ～ \$125,880	\$125,881 以上
7	\$94,680 以下	\$94,681 ～ \$106,515	\$106,516 ～ \$118,350	\$118,351 ～ \$130,185	\$130,186 ～ \$142,020	\$142,021 以上
8	\$105,440 以下	\$105,441 ～ \$118,620	\$118,621 ～ \$131,800	\$131,801 ～ \$144,980	\$144,981 ～ \$158,160	\$158,161 以上
家族構成が8人以上の場合、各欄の最高額に以下の額を追加メンバー分として加算してください。						
	\$10,760	\$12,105	\$13,450	\$14,795	\$16,140	
* 妊娠中の女性は2人家族とみなされます。						
スライド制料金率で20%～80%の患者が、総年間所得の30%を超える額の医療費を自己負担で支払う責任を負う場合（他者からの未払い請求など）、30%を超えた額が病院支払いへの援助対象となります（チャリティケア）。						

資産基準

個人資産は\$7,500を超えてはならず、世帯資産は\$15,000を超えてはなりません。

2024年3月15日