**EK E: Westfield Memorial Hastanesi Finansal Desteğine yönelik Ayrı ve Ek Gereksinimler**

**Başvuru Yöntemi**

Federal Yoksulluk Yönergesi kapsamının %100ü veya daha az gelirine sahip hastaların hasta uygunluk bakiyeleri %100de affedilecektir. Federal Yoksulluk Yönergesinin 101%-300% arasında gelire sahip hastalar için maksimum ödeme tutarı (MPA) baz alınarak % 85 ile % 95 arası bir indirim ile birlikte hareketli bir ücret tarifesi uygulanacaktır.Hastanın gelir düzeyini belirlemede varlıklar baz alınmayacaktır. Baz alınmayacak varlıklara hastanın birincil ikametyeri, vergiden ertelenmiş veya karşılaştırılabilir bir emeklilik tasarruf hesabında tutulan varlıklar, üniversite birikim hesapları veya hasta ya da aile üyeleri tarafından kullanılan bir araç örnek olarak gösterilebilir.

ABD resmi gazetesinde yayınlandığı şekliyle [FR Doc.2019-00621(/a/2019-00621) filed 01-31-19; 8:45AM] 01 Şubat 2019 itibariyle Federal Yoksulluk İlkeleri

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| %100 İndirim | Gelir Aralığı |  | %95 İndirim | Gelir Aralığı |   |
| Hane Büyüklüğü | %100 |  | Hane Büyüklüğü | %101 | %150 |
| 1 | $12,490.00 |  | 1 | $12,614.90 | $18,735.00 |
| 2 | $16,910.00 |  | 2 | $17,079.10 | $25,365.00 |
| 3 | $21,330.00 |  | 3 | $21,543.30 | $31,995.00 |
| 4 | $25,750.00 |  | 4 | $26,007.50 | $38,625.00 |
| 5 | $30,170.00 |  | 5 | $30,471.70 | $45,255.00 |
| 6 | $34,590.00 |  | 6 | $34,935.90 | $51,885.00 |
| 7 | $39,010.00 |  | 7 | $39,400.10 | $58,515.00 |
| 8 | $43,430.00 |  | 8 | $43,864.30 | $65,145.00 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  %90 İndirim | Gelir Aralığı |   |  | %85 İndirim | Gelir Aralığı |   |
| Hane Büyüklüğü | %151 | %250 |  | Hane Büyüklüğü | %251 | %300 |
| 1 | $18,859.90 | $31,225.00 |  | 1 | $31,349.90 | $37,470.00 |
| 2 | $25,534.10 | $42,275.00 |  | 2 | $42,444.10 | $50,730.00 |
| 3 | $32,208.30 | $53,325.00 |  | 3 | $53,538.30 | $63,990.00 |
| 4 | $38,882.50 | $64,375.00 |  | 4 | $64,632.50 | $77,250.00 |
| 5 | $45,556.70 | $75,425.00 |  | 5 | $75,726.70 | $90,510.00 |
| 6 | $52,230.90 | $86,475.00 |  | 6 | $86,820.90 | $103,770.00 |
| 7 | $58,905.10 | $97,525.00 |  | 7 | $97,915.10 | $117,030.00 |
| 8 | $65,579.30 | $108,575.00 |  | 8 | $109,009.30 | $130,290.00 |

\* 8 kişiden fazla üyesi olan aileler / haneler için her ek bir kişi namına 4,420 $ ekleyin.

**Ödeme (Taksit) Planları**

Westfield Memorial Hastanesi hizmetleri için onay alındıktan sonra ödeme planları mevcut bulunmaktadır. Ödeme planları, hastanın / kefilin aylık brüt gelirinin% 10'unu geçmeyecek şekilde endüstri standartlarına uygundur.. Hasta bakiyesine hiçbir faiz uygulanmayacaktır. Hızlandırılmış ödeme programları Westfield Memorial Hastanesinde kullanılmamaktadır.

**Faturalandırma ve Tahsilat**

Westfield Memorial Hastanesi, bir hastanın birincil ikametgahının zorla satışını veya icra edilmesini içeren olağandışı tahsilat işlemlerine (ECA) kalkışmayacaktır.