



AUTORIDAD DEL HOSPITAL DEL CONDADO DE MILLER

NOMBRE DEL DOCUMENTO: Plan de Asistencia Financiera (FAP)	Documento No.:	
	Versión:	
	Fecha original:	Junio de 2001
Entidad de HAMC:	Fecha de revisión:	Junio de 2018
Manual:	Propietario del proceso:	Servicios Financieros para el Paciente

Fecha de revisión	Descripción de la revisión	Aprobado por:
Junio de 2015		
Junio de 2017		
1 de diciembre de 2018	Definiciones agregadas, números de teléfono actualizados, formateo y documentación agregada al objeto, procedimiento y factores a considerar.	
11 de febrero de 2019	Anexos "G, H e I" agregados	

Objeto:

- **Definir el Cuidado solidario y para indigentes por separado de las deudas incobrables, establecer procedimientos que aseguren una identificación y registro consistentes como el Hospital del Condado de Miller y tanto definir como ajustar los saldos de pago por cuenta propia para descuentos, según corresponda.**
- **Proporcionar pautas y criterios de elegibilidad consistentes y objetivos para su uso en la determinación del estado financiero de los pacientes, de modo que pueda realizarse una clasificación y distinción adecuada entre sumas incobrables que surjan de la incapacidad del paciente de pagar y aquellas que deriven de la falta de voluntad de pago de un paciente.**
- **Identificar a aquellos que necesitan asistencia financiera al inicio del ciclo de cobro y reducir el tiempo que toma saldar una cuenta.**
- **Explicar de qué como los pacientes pueden solicitar asistencia financiera.**
- **Proporcionar un descuento a pacientes no asegurados que resulte en cargos iguales a los Montos Generalmente Facturados (AGB por sus siglas en inglés) a los pacientes que no cuentan con seguro.**
- **Definir el método utilizado para calcular los AGB y cómo obtener esta información sin costo.**
- **Facilitar el flujo de efectivo mediante el ofrecimiento de un descuento por pago inmediato a pacientes con saldos de pago por cuenta propia.**



AUTORIDAD DEL HOSPITAL DEL CONDADO DE MILLER

NOMBRE DEL DOCUMENTO: Plan de Asistencia Financiera (FAP)	Documento No.:	
	Versión:	
	Fecha original:	Junio de 2001
Entidad de HAMC:	Fecha de revisión:	Junio de 2018
Manual:	Propietario del proceso:	Servicios Financieros para el Paciente

- **Simplificar el proceso para los pacientes y reducir el papeleo tanto para el paciente como para el personal de Autoridad del Hospital del Condado de Miller (HAMC por sus siglas en inglés).**
- **Reunir y mantener datos para corroborar la incapacidad de pagar de un paciente y cumplir con los requerimientos del § 501(r) del Código de Renta Interna y los requerimientos de la Ley de Cuidados Asequibles para los hospitales del § 501(c) (3).**

Alcance: Esta política se aplica a todos los establecimientos de Autoridad del Hospital del Condado de Miller que se detallan en la definición de Establecimientos de HAMC de abajo y todos los proveedores de HAMC que aparecen en la definición de Médicos y Grupos médicos de HAMC a continuación que proporcionan cuidados en los establecimientos de HAMS.

Definiciones:

Montos Generalmente Facturados (AGB): Son los montos generalmente facturados por emergencias u otros cuidados médicos necesarios para personas que cuentan con un seguro que cubre dicho cuidado, determinado de acuerdo con el § 1.50(r)-5(b). El AGB se determina dividiendo la suma de las solicitudes de reintegro que permitieron las aseguradoras médicas durante el año fiscal anterior, el cargo por servicio del Medicare y todos los seguros médicos privados, incluyendo los pagos y montos permitidos que hayan sido recibidos de beneficiarios y pacientes asegurados, por la suma de cargos brutos asociados a estos reclamos.

Solicitante: El solicitante puede incluir al paciente, el garante de una cuenta financiera del paciente, o un representante designado para el paciente, por ejemplo, un tutor legal.

Activos: Los activos incluyen, entre otros: cuentas bancarias; inversiones, incluyendo cuentas 401 y 403b; bienes inmuebles; empresas, ya sea que hayan sido constituidas en sociedad o no; bienes personales, incluyendo vehículos, botes, aviones y otros conceptos similares. Los activos se informarán en la solicitud del Programa de Asistencia Financiera (FAP por sus siglas en inglés) como una fuente de ingreso.

Programa de Asistencia Financiera (FAP): Un programa que brinda asistencia financiera a personas que presentan necesidades de cuidados médicos emergentes y/o clínicamente necesarios, que no son elegibles para un programa del gobierno, y que de otro modo no podrían pagar dicho cuidado en base a



AUTORIDAD DEL HOSPITAL DEL CONDADO DE MILLER

NOMBRE DEL DOCUMENTO: Plan de Asistencia Financiera (FAP)	Documento No.:	
	Versión:	
	Fecha original:	Junio de 2001
Entidad de HAMC:	Fecha de revisión:	Junio de 2018
Manual:	Propietario del proceso:	Servicios Financieros para el Paciente

su situación financiera particular, y que además cumplen con los requerimientos descritos en esta Política.

Pautas Federales de Pobreza (FPG): Las Pautas Federales de Pobreza (FPG por sus siglas en inglés) son pautas de pobreza que emite el gobierno federal al inicio de cada año calendario y que se utilizan para determinar la elegibilidad para programas de pobreza. Las FPG actuales pueden encontrarse en el sitio del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., en www.hhs.gov.

Cargos brutos, o la tarifa del responsable de pagos: Los ingresos, según la definición del Servicio de Renta Interna (IRS por sus siglas en inglés), incluyen, entre otros: ingresos por sueldos, salarios y propinas; ingresos por intereses y dividendos; pensión por desempleo; política de ingresos personales; pensión alimenticia; todos los ingresos del seguro social; ingresos por discapacidad; ingresos por empleo autónomo; ingresos por rentas; ingresos de k-1; así como también otros ingresos tributables. En el caso de los solicitantes que dependan de otra persona en términos económicos, los ingresos de esta última persona formarán parte del ingreso bruto del solicitante. Otros ejemplos de fuentes de ingresos incluidas en la definición de Ingresos brutos son los cupones de alimentos, los préstamos estudiantiles y los gastos por acogimiento de menores.

Hogar: Es el número de personas nombradas en la declaración de impuestos a la renta, o las personas por las que el Solicitante es legalmente responsable, así como también cualquier persona cuyos ingresos hayan sido incluidos en los ingresos brutos del solicitante.

Necesidad médica: Se trata de cualquier procedimiento determinado a fin de prevenir, diagnosticar, corregir, curar, aliviar o evitar el empeoramiento de las condiciones que ponen la vida en riesgo, causan sufrimiento o dolor, resultan en una enfermedad o dolencia, amenazan con causar o agravar una discapacidad o causan deformidad física o un mal funcionamiento, en caso de no haber otra opción de tratamiento igualmente efectiva, más prudente o menos costosa disponible.

Procedimientos/hospitalizaciones opcionales: Las hospitalizaciones/procedimientos opcionales serán denegados en caso de no estar cubiertos por una fuente de tercero o si el paciente no puede establecer acuerdos de pago satisfactorios. Todas las hospitalizaciones/procedimientos opcionales se clasificarán como "Pago total". Una hospitalización/procedimiento opcional es un procedimiento u hospitalización que no contaría con la cobertura del Medicaid de Georgia si el paciente fuese un beneficiario del dicho Medicaid; esto también incluye servicios para los que el Medicaid de Georgia requiere una certificación previa. Nota: Las personas con un seguro de terceros que no opten por facturar al seguro por un servicio del hospital serán consideradas con pago por cuenta propia para ese servicio. Sin embargo, el paciente no será elegible para el Fondo Fiduciario para el Cuidado de Indigentes (ICTF por sus siglas en inglés), dado que ya tiene un plan de seguro médico.

THIS DOCUMENT CONTAINS CONTROLLED INFORMATION PERTINENT TO HAMC OPERATIONS.

UNAUTHORIZED REPRODUCTION IS STRICTLY PROHIBITED. THE ELECTRONIC VERSION OF THE DOCUMENTED INFORMATION

ON THIS FORM (QMS ISO DOC-0002) IS CONSIDERED THE LATEST VERSION. PRINTED DOCUMENTS ARE NOT CONSIDERED CONTROLLED. Página 3 de 14



AUTORIDAD DEL HOSPITAL DEL CONDADO DE MILLER

NOMBRE DEL DOCUMENTO: Plan de Asistencia Financiera (FAP)	Documento No.:	
	Versión:	
	Fecha original:	Junio de 2001
Entidad de HAMC:	Fecha de revisión:	Junio de 2018
Manual:	Propietario del proceso:	Servicios Financieros para el Paciente

HAMC determinará si un servicio es elegible para la asistencia financiera.

Residente: Se reconocerá a una persona como residente de Georgia si él/ella o su tutor legal puede proporcionar los documentos que comprueben su residencia en Georgia a pedido.

PROCEDIMIENTO: Como condición para participar del programa de hospitales con cuota desproporcionada del Medicaid y servir a la necesidad de cuidados médicos de nuestra comunidad, HAMC proporcionará cuidados solidarios y para indigentes a pacientes que no tengan los medios económicos para pagar por los servicios del hospital. Todas las políticas deben implementarse de acuerdo con cada una de las normas y reglamentaciones de la Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto (EMTALA por sus siglas en inglés) y el ICTF, así como también cualquier otra ley federal o estatal, norma o reglamentación, en la medida que se relacione con la prestación de servicios de cuidados médicos, en el modo en que estas leyes existan actualmente y con cualquier cambio o modificación futura. Esta política estará disponible a pedido en inglés, a menos que sea solicitada en español.

Los cuidados solidarios y para indigentes se proporcionarán a todos los pacientes que se presenten en persona para recibir el cuidado en el Hospital del Condado de Miller, sin importar cuál sea su raza, credo, color o nacionalidad, ni quiénes estén clasificados como indigentes en términos financieros o económicos, de acuerdo con el sistema de elegibilidad del hospital.

ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR CUIDADOS PARA INDIGENTES

1. INDIGENTE EN TÉRMINOS FINANCIEROS/MÉDICOS:

- A. Un paciente financieramente indigente es una persona que no tiene seguro o se encuentra infrasegurado y que es aceptado para recibir cuidados sin la obligación de pagar o un descuento en el pago de los servicios prestados, en base a los criterios de elegibilidad del Hospital del Condado de Miller que se establecen en este proceso. Un paciente indigente en términos médicos es una persona que cuenta con el seguro del Medicaid, pero que también puede calificar para obtener descuentos en el pago posterior a la cobertura del seguro, en caso de cumplir con los requerimientos de ingresos.

- B. A fin de resultar elegible para recibir cuidados para indigentes, el ingreso total del hogar de una persona debe ser igual o menor al 200% de las pautas federales de pobreza actuales. A la hora de determinar su elegibilidad, el Hospital del Condado de Miller podría considerar otros activos y pasivos financieros de la persona.



AUTORIDAD DEL HOSPITAL DEL CONDADO DE MILLER

NOMBRE DEL DOCUMENTO: Plan de Asistencia Financiera (FAP)	Documento No.:	
	Versión:	
	Fecha original:	Junio de 2001
Entidad de HAMC:	Fecha de revisión:	Junio de 2018
Manual:	Propietario del proceso:	Servicios Financieros para el Paciente

- C. El Hospital del Condado de Miller usará las pautas de ingresos de pobreza más actuales, emitidas por el Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los EE.UU., a fin de determinar la elegibilidad de una persona para recibir cuidados para indigentes, como paciente financieramente indigente. Las pautas de ingresos de pobreza se publican en el Registro Federal en el mes de febrero de cada año y para fines de procesamiento, entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente al mes de su publicación.
- D. El Hospital del Condado de Miller no establecerá, bajo ninguna circunstancia, criterios de elegibilidad para los pacientes financieramente indigentes, los cuales establecen el nivel de ingresos para los cuidados solidarios, por debajo de aquellos requeridos por la Ley Estatal de Cuidados Médicos y Tratamientos para Indigentes, ni por encima del 200% de las pautas federales de ingresos de pobreza actuales. El Hospital del Condado de Miller puede ajustar los criterios de elegibilidad de vez en cuando, en base a los recursos financieros del Hospital del Condado de Miller y según sea necesario a fin de cumplir con las necesidades de cuidados solidarios y para indigentes en la comunidad.

2. CUIDADOS SOLIDARIOS:

- A. A fin de resultar elegible para cuidados solidarios, el ingreso total del hogar de una persona debe ser mayor al 200%, pero menor al 300% de las pautas federales de pobreza actuales. A la hora de determinar su elegibilidad, el Hospital del Condado de Miller podría considerar otros activos y pasivos financieros de la persona.
- B. Los pacientes elegibles para recibir cuidados solidarios obtendrán un descuento en su factura médica del 20, 40 o 60% de los cargos según sus ingresos del hogar sobre las Pautas Federales de Pobreza. El saldo restante vencerá y se volverá pagadero por parte del paciente y los esfuerzos para la cobranza normal continuarán.

3. DESCUENTO DE PAGO POR CUENTA PROPIA:

- A. Sin importar el Estado en que residan, los pacientes no asegurados (de pago por cuenta propia) serán elegibles para el Descuento de cuidados solidarios/pago por cuenta propia tal como lo define la Ley de Protección del Paciente y Cuidados Asequibles, y se establece adicionalmente en el Formulario 990 del Servicio de Renta Interna, Programa H, Parte V, y las Reglamentaciones Definitivas 501(r)4. Los pacientes no asegurados cuyo ingreso familiar supera el 300% de las Pautas Federales de Pobreza de los EE.UU. pueden calificar para un descuento no asegurado en los cargos brutos al establecer los acuerdos de pago. Este descuento no se aplica a los servicios del mercado o con precio minorista, o a los procedimientos que ya tienen descuento.



AUTORIDAD DEL HOSPITAL DEL CONDADO DE MILLER

NOMBRE DEL DOCUMENTO: Plan de Asistencia Financiera (FAP)	Documento No.:	
	Versión:	
	Fecha original:	Junio de 2001
Entidad de HAMC:	Fecha de revisión:	Junio de 2018
Manual:	Propietario del proceso:	Servicios Financieros para el Paciente

- B. El porcentaje de Cuidados solidarios/Descuento de pago por cuenta propia se calculará usando el "Método de actualización", como el monto promedio que el hospital recibe en concepto de pago de las aseguradoras y el Medicare tradicional para los servicios prestados tanto a pacientes hospitalizados como a los ambulatorios.
- C. Tenga en cuenta que los pacientes que califiquen para un descuento de pago por cuenta propia de acuerdo con esta sección no serán tratados como calificados para la asistencia financiera bajo esta Política y, por lo tanto, no estarán sujetos a las limitaciones de los AGB u otros requerimientos aplicables a pacientes que califiquen para la asistencia financiera.

1. Identificación de casos de caridad e indigencia:

- A. El Hospital del Condado de Miller mantiene letreros ubicados en la sala de emergencias, las clínicas, las áreas de hospitalización y los consultorios, en los que puede leerse la siguiente pregunta: "¿Necesita ayuda con su factura del hospital?" Los letreros estarán tanto en inglés como en español. También hay letreros adicionales que informan a los pacientes acerca de la disponibilidad de cuidados solidarios y para indigentes y cuáles son los requerimientos para determinar su elegibilidad.
- B. Todos los pacientes hospitalizados con pago por cuenta propia serán evaluados para programas gubernamentales potenciales y los pacientes ambulatorios con pago por cuenta propia serán evaluados por el Consejero Financiero.
 - 1. En base a la solicitud y la documentación de apoyo, el Consejero Financiero determinará si el paciente califica para los cuidados solidarios y/o para indigentes. Él/ella completará y aprobará la solicitud antes de la asignación de cualquier descuento. También evaluará la presunta elegibilidad para el Medicaid.
 - 2. Se requerirá la siguiente información a fin de verificar los ingresos: una copia de la declaración de impuestos del año anterior; tres (3) talonarios de cheques actuales y consecutivos; una carta de vales de comida; cualquier pensión para hijos menores, si corresponde; y una copia de la solicitud de asistencia rechazada por el Departamento de Servicios para Niños y Familias, si corresponde. El solicitante también proporcionará una copia de sus facturas actuales, incluyendo, entre otros: servicios públicos, teléfono, cable, recibo de renta/hipoteca, etc.
 - 3. El Hospital del Condado de Miller no aceptará solicitudes incompletas. Será responsabilidad del Consejero Financiero notificar al paciente por correo acerca del estado de solicitud "incompleta".



AUTORIDAD DEL HOSPITAL DEL CONDADO DE MILLER

NOMBRE DEL DOCUMENTO: Plan de Asistencia Financiera (FAP)	Documento No.:	
	Versión:	
	Fecha original:	Junio de 2001
Entidad de HAMC:	Fecha de revisión:	Junio de 2018
Manual:	Propietario del proceso:	Servicios Financieros para el Paciente

2. FACTORES A CONSIDERAR PARA LA DETERMINACIÓN DE CUIDADOS SOLIDARIOS Y PARA INDIGENTES:

- A. A la hora de determinar la elegibilidad del paciente para cuidados solidarios, deben considerarse los siguientes factores:
1. ingresos brutos;
 2. tamaño de la familia;
 3. situación laboral y capacidad de ingresos futuros;
 4. otros recursos financieros; y
 5. otras obligaciones financieras.
 6. El monto y la frecuencia de las facturas del hospital y otras facturas médicas.
- B. Las pautas de ingresos necesarios para la determinación de elegibilidad para cuidados solidarios se encuentran adjuntas en el *Anexo "A"*. Las Pautas Federales de Pobreza actuales se encuentran adjuntas como *Anexo "B"* e incluyen la definición a continuación.
1. Grupo familiar
- C. Todas las posibles cuentas solidarias y/o para indigentes deben permanecer en la clase financiera de pago por cuenta propia, y los esfuerzos habituales para el cobro continuarán hasta la recepción de la solicitud y la documentación. Estas cuentas no permanecerán como cuentas por cobrar por tiempo indefinido, sino que, de no presentarse la información adecuada de manera oportuna, cambiarán a deudas incobrables y serán remitidas a una agencia de cobranza.

3. DOCUMENTACIÓN PARA LA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

- A. Una vez que se haya realizado la determinación de elegibilidad, los resultados se documentarán en la sección de comentarios de la cuenta del paciente y la clase financiera cambiará a fin de reflejar el estado adecuado. El Consejero Financiero completará un formulario ajustado y lo enviará a Servicios Financieros para el Paciente (PFS por sus siglas en inglés) para su aprobación previa a la publicación de los ajustes por parte del Departamento de Contabilidad. La Asistencia Financiera ("FA" por sus siglas en inglés) completa y aprobada se archivará en la carpeta de Cuidados solidarios/para indigentes. La solicitud aprobada estará en vigor por un período de seis (6) meses, a menos que la situación financiera del solicitante cambie. El solicitante será responsable de notificar al Hospital del Condado de Miller en caso de haber cualquier cambio.
- B. Notificación de clasificación de pago: Tras la aprobación de los servicios para indigentes, se notificará a los pacientes mediante el Servicio de Correo Postal de los EE.UU. y/o el Ajuste de Cuidados solidarios/para indigentes se reflejará en la factura del hospital para el paciente. Los pacientes podrían recibir uno (1) o dos (2) estados de cuenta. Cualquier estado de cuenta adicional estará disponible a pedido.



AUTORIDAD DEL HOSPITAL DEL CONDADO DE MILLER

NOMBRE DEL DOCUMENTO: Plan de Asistencia Financiera (FAP)	Documento No.:	
	Versión:	
	Fecha original:	Junio de 2001
Entidad de HAMC:	Fecha de revisión:	Junio de 2018
Manual:	Propietario del proceso:	Servicios Financieros para el Paciente

4. INFORME DE CUIDADOS SOLIDARIOS

La información al respecto de la cantidad de cuidados solidarios y para indigentes proporcionados por HAMC en su año fiscal debe agregarse e incluirse en el Informe Anual a presentar ante el Departamento de Georgia de Salud Comunitaria.

El HAMC se reserva el derecho de establecer límites en los cuidados solidarios/para indigentes una vez que haya cumplido con su obligación financiera de participar en el programa del ICTF. Una vez que el paciente haya sido clasificado como en Estado de indigente y haya sacado provecho de la Política de HAMC para indigentes, no podrá negarse a dar su consentimiento para el uso de su Información médica. Si el paciente se niega a dar su consentimiento o lo retira, entonces la(s) cuenta(s) se reactivarán y se iniciarán los esfuerzos para el cobro total. Además, podría prohibirse la participación futura del paciente en el programa para indigentes.

5. RESPONSABILIDAD

Es responsabilidad del Consejero Financiero y el Director de FPS proporcionar esta información agregada al Director de Finanzas para su inclusión en el informe del Departamento de Cobranzas del Hospital (DHC por sus siglas en inglés).

FACTURACIÓN Y COBRO

HAMC puede tomar o autorizar a una agencia de cobranzas o firma de abogados a entablar ciertas acciones relacionadas con la obtención del pago de una factura de cuidados médicos, incluyendo las siguientes "acciones extraordinarias de cobro":

1. HAMC puede posponer o reprogramar servicios que no sean de emergencia, en caso de ser clínicamente adecuado luego de discutirlo con el médico tratante, hasta que se haya recibido el pago o se hagan los acuerdos de pago.
2. HAMC puede informar deudas impagas a agencias externas de cobro, agencias de informe crediticio y/u oficinas de crédito.
3. Las acciones pueden requerir un proceso legal o judicial, incluyendo, entre otros:
 - el inicio de una acción o demanda civil contra el paciente o la persona responsable;
 - el embargo de los salarios de una persona luego de obtener una sentencia judicial;
 - embargar o incautar la cuenta bancaria de una persona, otro bien personal u otra acción para el cumplimiento de una sentencia que la ley estatal permita luego de que se haya dictado un fallo.



AUTORIDAD DEL HOSPITAL DEL CONDADO DE MILLER

NOMBRE DEL DOCUMENTO: Plan de Asistencia Financiera (FAP)	Documento No.:	
	Versión:	
	Fecha original:	Junio de 2001
Entidad de HAMC:	Fecha de revisión:	Junio de 2018
Manual:	Propietario del proceso:	Servicios Financieros para el Paciente

Ni HAMC ni una agencia de cobranza o firma de abogados comenzarán ninguna *acción extraordinaria de cobro* antes de que hayan transcurrido 30 días desde la fecha del estado de cuenta adjunto o 120 días luego de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta por el cuidado médico aplicable recibido, lo que se produzca más tarde, y solo luego de hacer los esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para la asistencia bajo la política de asistencia financiera.

DEFINICIONES:

Grupo familiar: El grupo familiar consiste en personas que viven solas; y sus cónyuges, padres e hijos de menos de 21 años de edad que residan en la misma vivienda.

CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA

En todos los casos, la política tiene por finalidad cumplir con todos los requerimientos del Fondo Fiduciario de Cuidados para Indigentes y las pautas relacionadas.

Información del documento de referencia: (Normas de práctica, operación estándar, reglamentaria, documentos legales):

Pautas Federales de Pobreza

Ley de Protección al Paciente y Cuidados Asequibles, Ley Pública 111-148 (124 Ley 119 (2010)), Reglamentaciones del Servicio de Renta Interna, del § 1.50(r)-1 al § 1.50(r)-7.

Escala de Cuidados solidarios/para indigentes de la Autoridad del Hospital del Condado de Miller para determinar el nivel de cuidados no remunerados prestados a pacientes tras su solicitud y aprobación de indigencia en términos médicos.

INGRESOS	PORCENTAJE DE DESCUENTO
Del 0 al 200% del Nivel Federal de Pobreza (FPL)	100%
Del 201 al 233% del FPL	60%
Del 234 al 250% del FPL	40%
Del 251 al 300% del FPL	20%

Anexo "A"



AUTORIDAD DEL HOSPITAL DEL CONDADO DE MILLER

NOMBRE DEL DOCUMENTO: Plan de Asistencia Financiera (FAP)	Documento No.:	
	Versión:	
	Fecha original:	Junio de 2001
Entidad de HAMC:	Fecha de revisión:	Junio de 2018
Manual:	Propietario del proceso:	Servicios Financieros para el Paciente

Cuadro de Pautas Federales de Pobreza de 2018

Número de personas en la vivienda	48 Estados y DC	Alaska	Hawái
Uno	\$12.140	\$15.180	\$13.960
Dos	\$16.460	\$20.580	\$18.930
Tres	\$20.780	\$25.980	\$23.900
Cuatro	\$25.100	\$31.380	\$28.870
Cinco	\$29.420	\$36.780	\$33.840
Seis	\$33.740	\$42.180	\$38.810
Siete	\$38.060	\$47.580	\$43.780
Ocho	\$42.380	\$52.980	\$48.750
Para nueve o más, añade este monto para cada persona adicional	\$4.320	\$5.400	\$4.970

Anexo "B"

Cuadro de Pautas Federales de Pobreza de 2017

Número de personas en la vivienda	48 Estados y DC	Alaska	Hawái
Uno	\$12.060	\$15.060	\$13.860
Dos	\$16.240	\$20.290	\$18.670
Tres	\$20.420	\$25.520	\$23.480
Cuatro	\$24.600	\$30.750	\$27.290
Cinco	\$28.780	\$35.980	\$33.100
Seis	\$32.960	\$41.210	\$37.910
Siete	\$37.140	\$46.440	\$42.720
Ocho	\$41.320	\$51.670	\$47.530
Para nueve o más, añade este monto para cada persona adicional	\$4.180	\$5.230	\$4.810

Anexo "C"



AUTORIDAD DEL HOSPITAL DEL CONDADO DE MILLER

NOMBRE DEL DOCUMENTO: Plan de Asistencia Financiera (FAP)	Documento No.:	
	Versión:	
	Fecha original:	Junio de 2001
Entidad de HAMC:	Fecha de revisión:	Junio de 2018
Manual:	Propietario del proceso:	Servicios Financieros para el Paciente

Pautas Federales de Pobreza de 2016

Número de personas en la vivienda	48 Estados y DC	Alaska	Hawái
Uno	\$11.880	\$14.850	\$13.662
Dos	\$16.020	\$20.025	\$18.423
Tres	\$20.160	\$25.200	\$23.184
Cuatro	\$24.300	\$30.375	\$27.945
Cinco	\$28.440	\$35.550	\$32.706
Seis	\$32.580	\$40.725	\$37.467
Siete	\$36.730	\$45.913	\$42.240
Ocho	\$40.890	\$51.113	\$47.024
Para nueve o más, añade este monto para cada persona adicional	\$4.160	\$5.200	\$4.780

Anexo "D"

Pautas Federales de Pobreza de 2015

Número de personas en la vivienda	48 Estados y DC	Alaska	Hawái
Uno	\$11.770	\$14.720	\$13.550
Dos	\$15.930	\$19.920	\$18.330
Tres	\$20.090	\$25.120	\$23.110
Cuatro	\$24.250	\$30.320	\$27.890
Cinco	\$28.410	\$35.520	\$32.670
Seis	\$32.570	\$40.720	\$37.450
Siete	\$36.730	\$45.920	\$42.230
Ocho	\$40.890	\$51.120	\$47.010
Para nueve o más, añade este monto para cada persona adicional	\$4.160	\$5.200	\$4.780

Anexo "E"



AUTORIDAD DEL HOSPITAL DEL CONDADO DE MILLER

NOMBRE DEL DOCUMENTO: Plan de Asistencia Financiera (FAP)	Documento No.:	
	Versión:	
	Fecha original:	Junio de 2001
Entidad de HAMC:	Fecha de revisión:	Junio de 2018
Manual:	Propietario del proceso:	Servicios Financieros para el Paciente

Toda la información de asistencia financiera se encuentra disponible sin costo alguno, a pedido, en las ubicaciones a continuación o en <https://www.millercountyhospital.org> y/o <https://www.millercountyhospital.com>

Dirección de correo	Horario de atención
Hospital del Condado de Miller 209 N Cuthbert St Colquitt, GA 39837 229-758-3554	De 8:30 AM a 4:30 PM, de lunes a viernes Horario para visitas sin turno: de 8:00 AM a 4:30 PM, de lunes a viernes Citas programadas a pedido Las visitas al piso estarán disponibles a pedido de un paciente, un tercero responsable o cualquier miembro del personal dentro de la organización.
Centro Médico del Condado de Miller 208 N Cuthbert St. Colquitt, GA 39837 229-758-3304	De 8:00 AM a 5:00 PM, de lunes a viernes
Clínica Médica Robert E. Jennings 103 RE Jennings Ave., SE Arlington, GA 39813 229-725-4251	De 8:00 AM a 4:30 PM, de lunes a viernes

Anexo "F"



AUTORIDAD DEL HOSPITAL DEL CONDADO DE MILLER

NOMBRE DEL DOCUMENTO: Plan de Asistencia Financiera (FAP)	Documento No.:	
	Versión:	
	Fecha original:	Junio de 2001
Entidad de HAMC:	Fecha de revisión:	Junio de 2018
Manual:	Propietario del proceso:	Servicios Financieros para el Paciente

Establecimientos de HAMC incluidos en la Política de asistencia financiera			
Hospital del Condado de Miller	Centro Médico del Condado de Miller	Clínica de Especialidad Miller	Centro Médico Jennings

Anexo "G"

Para servicios emergentes y clínicamente necesarios, incluyendo:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sala de emergencias ▪ Cuidados de hospitalización ▪ Cirugía a pacientes hospitalizados y ambulatorios ▪ Servicios de anestesia ▪ Laboratorio ▪ Servicios pulmonares y cardiovasculares ▪ Diálisis ▪ Endoscopia, colonoscopia, broncoscopia y laparoscopia ▪ Podiatría ▪ Radiología: Rayos X, mamografía, tomografía computada (16 cortes), IRM, ecografía, ecocardiografía, ecografía vascular, ecografía (regular), estudios de densidad ósea ▪ Servicios de rehabilitación: Terapia física, ocupacional y del lenguaje ▪ Terapia respiratoria ▪ Clínica de Cuidado de Heridas del Condado de Miller

Anexo "H"



AUTORIDAD DEL HOSPITAL DEL CONDADO DE MILLER

NOMBRE DEL DOCUMENTO: Plan de Asistencia Financiera (FAP)	Documento No.:	
	Versión:	
	Fecha original:	Junio de 2001
Entidad de HAMC:	Fecha de revisión:	Junio de 2018
Manual:	Propietario del proceso:	Servicios Financieros para el Paciente

Médicos incluidos en el plan de asistencia financiera
Dr. William Franklin Swofford, Jr., MD
Dr. Roy Richard Reardon, MD
Dr. Garrett Nathaniel Bennett, MD
Dr. Michael Clifford, MD
Dr. Viet Anh Vu, DPM

Anexo "I"



CERTIFIED TRANSLATION

O-7-05918



Certification of Translator's Competency

I, Luciano Oliveira, on behalf of The Translation Company, a certified translation company, do hereby certify that this is a faithful translation of a document submitted to us in English to be translated into Spanish.

*The Translation Company
4645 Wyndham Ln. Suite 280
Frisco, TX 75033
February 25, 2019
O-7-05918*



CERTIFIED TRANSLATION
Document Translated by
Professional Translator:



245382

The Translation Company Group LLC

HOSPITAL AUTHORITY OF MILLER COUNTY

DOCUMENT NAME: Financial Assistance Plan (FAP)	Document #:	
	Version:	
	Original date:	June 2001
HAMC entity:	Review Date:	June 2018
Manual:	Process Owner:	Patient Financial Services

Revision Date	Revision Description	Approved By:
June 2015		
June 2017		
December 1, 2018	Added definitions, updated phone numbers, formatting, and added documentation to purpose, procedure and factors to be considered.	
February 11, 2019	Added Exhibit "G, H, and I"	

Purpose:

- **To define Indigent and Charity Care as distinguished from bad debts and to establish procedures to ensure consistent identification and recording as Miller County Hospital and to define and adjust self-pay balances for discounts, as appropriate.**
- **To provide guidelines and objective, consistent eligibility criteria for use in determining the financial status of patients so that appropriate classification and distinction can be made between uncollectible amounts arising from a patient's inability to pay and those arising from a patient's unwillingness to pay.**
- **To identify those needing financial assistance at the beginning of the collection cycle and reduce the time it takes to resolve an account.**
- **To explain how patients may apply for financial assistance.**
- **To provide a discount for uninsured patients that results in charges that equal the Amounts Generally Billed (AGB) to insured patients.**
- **To define the method used to calculate AGB and how to obtain this information free of charge.**
- **To facilitate cash flow by offering a prompt-pay discount to patients with self-pay balances.**
- **To simplify the process for patients and reduce paperwork for both the patient and HAMC staff.**
- **To gather and maintain data to substantiate a patient's inability to pay and meet the requirements of § 501(r) of the Internal Revenue Code and the Affordable Care Act requirements for § 501(c) (3) hospitals.**

HOSPITAL AUTHORITY OF MILLER COUNTY

DOCUMENT NAME: Financial Assistance Plan (FAP)	Document #:	
	Version:	
	Original date:	June 2001
HAMC entity:	Review Date:	June 2018
Manual:	Process Owner:	Patient Financial Services

Scope: This Policy applies to all Hospital Authority of Miller County facilities listed in the definition of HAMC Facilities below and all HAMC providers listed in the definition of HAMC Physicians and Physician Groups below providing care within HAMS facilities.

Definitions:

Amounts Generally Billed (AGB): means the amounts generally billed for emergency or other medically necessary care to individuals who have insurance covering such care, determined in accordance with § 1.50(r)-5(b). AGB is determined by dividing the sum of claims allowed by health insurers during the previous fiscal year, by Medicare fee-for-service and all private health insurance, including payments and allowed amounts received from beneficiaries and insured patients, by the sum of the associated gross charges for those claims.

Applicant: Applicant may include the patient, the guarantor of a patient's financial account, or a designated patient's representative such as a legal guardian.

Assets: Assets include but are not limited to: bank accounts; investments including 401k and 403b accounts; real property; businesses whether or not incorporated; personal property including vehicles, boats, airplanes, and other such items. Assets shall be reported on the FAP application as a source of revenue.

Financial Assistance Program (FAP): A program that provides financial assistance to persons who have emergent and/or medically necessary healthcare needs and are uninsured or under-insured, ineligible for a government program, and otherwise unable to pay for such care based on their individual financial situation, and who meet the requirements contained within this Policy.

Federal Poverty Guidelines (FPG): Poverty guidelines issued by the federal government at the beginning of each calendar year that are used to determine eligibility for poverty programs. The current FPG can be found on the U.S. Department of Health and Human Services website at www.hhs.gov.

Gross Charges, or the chargemaster rate: Income as defined by the Internal Revenue Service (IRS), which includes but is not limited to: income from wages, salaries, tips; interest and dividend income; unemployment compensation, individual income policy, alimony, all social security income, disability income, self-employment income, rental income, k-1 income, and other taxable income. For applicants who are financially dependent on another individual, that individual's income will become part of the gross income of the applicant. Examples of other sources of income that are included in the definition of Gross Income are food stamps, student loan, and foster care disbursement.

Household: Number or people claimed on income tax filing, or individuals the Applicant is legally responsible for, and any person whose income is included in the applicant's gross income.

THIS DOCUMENT CONTAINS CONTROLLED INFORMATION PERTINENT TO HAMC OPERATIONS.
UNAUTHORIZED REPRODUCTION IS STRICTLY PROHIBITED. THE ELECTRONIC VERSION OF THE DOCUMENTED INFORMATION

ON THIS FORM (QMS ISO DOC-0002) IS CONSIDERED THE LATEST VERSION. PRINTED DOCUMENTS ARE NOT CONSIDERED CONTROLLED .Page 2 of 12

HOSPITAL AUTHORITY OF MILLER COUNTY

DOCUMENT NAME: Financial Assistance Plan (FAP)	Document #:	
	Version:	
	Original date:	June 2001
HAMC entity:	Review Date:	June 2018
Manual:	Process Owner:	Patient Financial Services

Medical Necessity: Any procedure reasonably determined to prevent, diagnose, correct, cure, alleviate, or avert the worsening of conditions that endanger life, cause suffering or pain, result in illness or infirmity, threaten to cause or aggravate a handicap, or cause physical deformity or malfunction, if there is no other equally effective, more conservative or less costly course of treatment available.

Elective Admissions/Procedures: Elective admissions/procedures will be denied if not covered by a third party source or if the patient is unable to make satisfactory payment arrangements. All elective admissions/procedures will be classified as "Full Pay". An elective admission/procedure is a procedure or admission that would not be covered by Georgia Medicaid if the patient was a Georgia Medicaid beneficiary; this includes services that Georgia Medicaid requires pre-certification, as well. Note: Persons with third party insurance who elect not to bill insurance for a hospital service will be considered self-pay for that service; however, patient will not be eligible for ICTF since they have a health insurance plan.

HAMC will determine if a service is eligible for financial assistance.

Resident: An individual shall be recognized as a resident of Georgia if he/she or his/her legal guardian is able to provide proof of Georgia residency documents as requested.

PROCEDURE: As a condition of participation in the Medicaid disproportionate share program and to serve the health care need of our community, HAMC will provide indigent and charity care to patients without financial means to pay for hospital services. All policies shall be implemented in accordance with all EMTALA and ICTF rules and regulations, as well as, any other federal or state law, rule or regulation as it relates to the delivery of health care services, as they currently exist and any future changes or amendments to these rules and regulations. This policy will be made available upon request in English unless requested in Spanish.

Indigent and charity care will be provided to all patients who present themselves for care at Miller County Hospital without regard to race, creed, color, or national origin and who are classified as financially indigent or medically indigent according to the hospital's eligibility system.

ELIGIBILITY FOR INDIGENT CARE

1. FINANCIALLY / MEDICALLY INDIGENT:

- A. A financially indigent patient is a person who is uninsured or underinsured and is accepted for care with no obligation or a discounted obligation to pay for services rendered based on Miller County Hospital's eligibility criteria set forth in this process. A medically indigent patient is a person with Medical insurance who may also qualify for balances after insurance payment to be discounted provided they meet the income requirements.

HOSPITAL AUTHORITY OF MILLER COUNTY

DOCUMENT NAME: Financial Assistance Plan (FAP)	Document #:	
	Version:	
	Original date:	June 2001
HAMC entity:	Review Date:	June 2018
Manual:	Process Owner:	Patient Financial Services

- B. To be eligible for indigent care, a person's total household income shall be at or below 200% of the current federal poverty guidelines. Miller County Hospital may consider other financial assets and liabilities for the person when determining eligibility.
- C. Miller County Hospital will use the most current poverty income guidelines issued by the U.S. Department of Health and Human Services to determine an individual's eligibility for indigent care as a financially indigent patient. The poverty income guidelines are published in the Federal Register in February of each year and for the purposes of this Process will become effective the first day of the month following the month of publication.
- D. In no event will Miller County Hospital establish eligibility criteria for financially indigent patients which sets the income level for charity care lower than that required for counties under the State Indigent Health Care and Treatment Act, or higher than 200% of the current federal poverty income guidelines. Miller County Hospital may adjust the eligibility criteria from time to time based on the financial resources of Miller County Hospital and as necessary to meet the indigent and charity care needs of the community.

2. CHARITY CARE:

- A. To be eligible for charity care, a person's total household income shall be greater than 200% but less than 300% of the current federal poverty guidelines. Miller County Hospital may consider other financial assets and liabilities for the person when determining eligibility.
- B. Patients eligible for charity care will have their medical bill discounted at 20%, 40%, or 60% off the charges based on their household income above the Federal poverty guidelines. The remaining balance will be due and payable by the patient and normal collection efforts will continue.

3. SELF-PAY DISCOUNT:

- A. Non-insured (Self-Pay) patients, regardless of their State of residence, will be eligible for HAMC's Charity Care/Self Pay Discount as defined in the Patient Protection & Affordable Care Act further defined by the IRS Form 990 Schedule H Part V and the 501r4 Final Regulations. Uninsured patients whose family income is greater than 300% of the U.S. Federal Poverty Guidelines may qualify for an uninsured discount on gross charges when payment arrangements are established. This discount does not apply to market or retail-priced services, or procedures that are already discounted.

HOSPITAL AUTHORITY OF MILLER COUNTY

DOCUMENT NAME: Financial Assistance Plan (FAP)	Document #:	
	Version:	
	Original date:	June 2001
HAMC entity:	Review Date:	June 2018
Manual:	Process Owner:	Patient Financial Services

- B. The Charity Care/Self-Pay Discount percentage will be calculated using the “Look Back Method” as the average amount the hospital is paid by the insurance companies and traditional Medicare for both Inpatient and outpatient services.
- C. Note that patients who qualify for a self-pay discount under this section are not treated as qualifying for financial assistance under this Policy and therefore, are not subject to the AGB limitations or other requirements applicable to patients who qualify for financial assistance.

1. Identification of Indigent and Charity Cases:

- A. Miller County Hospital maintains posted signs in the emergency room, clinics, admissions, and business offices, which state “Do You Need Help With Your Hospital Bill?” Signage will be in both English and Spanish. Additional signage informing patients that indigent and charity care is available and qualifications to determine eligibility.
- B. All self-pay inpatients will be screened for potential governmental programs and all self-pay outpatients will be screened by the Financial Counselor.
 - 1. The Financial Counselor will determine through the application and supporting documentation that the patient qualifies for indigent and/or charity care. She/he will complete and approve the application prior to write off. She also screens for Presumptive Medicaid Eligibility.
 - 2. The following information will be required for verification of income: copy of the previous year’s income tax statement, three (3) current and consecutive check stubs, food stamp letter – if applicable, any child support – if applicable, and a copy of the DFCS denied application for assistance, if applicable. The applicant will also provide a copy of current bills to include but not limited to: utility, telephone, cable, rent/mortgage receipt, etc.
 - 3. Miller County Hospital will not accept an incomplete application. It will be the responsibility of the Financial Counselor to notify the patient via mail with the “incomplete” status.

2. FACTORS TO BE CONSIDERED FOR INDIGENT AND CHARITY CARE DETERMINATION:

- A. The following factors are to be considered in determining the eligibility of the patient for charity care:
 - 1. Gross Income
 - 2. Family Size
 - 3. Employment status and future earning capacity

HOSPITAL AUTHORITY OF MILLER COUNTY

DOCUMENT NAME: Financial Assistance Plan (FAP)	Document #:	
	Version:	
	Original date:	June 2001
HAMC entity:	Review Date:	June 2018
Manual:	Process Owner:	Patient Financial Services

- 4. Other financial resources
 - 5. Other financial obligations
 - 6. The amount and frequency of hospital and other medical bills.
- B. The income guidelines necessary to determine the eligibility for charity care are attached on *Exhibit "A"*. The Current Federal Poverty Guidelines are attached as *Exhibit "B"* and it includes the following definition.
- 1. Family Unit
- C. All prospective Indigent and/or Charity accounts must remain in a self-pay financial class and regular collection efforts will continue until the application and documentation is received. These accounts are not to be left on the active A/R indefinitely, but adjusted off to bad debt and referred to a collection agency if the appropriate information is not received in a timely fashion.

3. DOCUMENTATION OF ELIGIBILITY DETERMINATION

- A. Once the eligibility determination has been made, the results will be documented in the comments section of the patient’s account and the financial class changed to reflect the appropriate status. An adjusted form will be completed by the Financial Counselor and submitted to the Patient Financial Services (PFS) Director for approval prior to the adjustments being posted by the Accounting Department. The completed and approved “FA” will be filed in the Indigent/Charity binders. The approved application will be in effect for a period of six (6) months unless the applicant’s financial situation changes. The applicant will be responsible for notifying MCH of any changes.
- B. Notification of Payment Classification: Patients will be notified upon approval for indigent services through the US Postal Service mail and/or the Indigent/Charity Care Adjustment reflected on the patient’s hospital bill. Patients may receive one (1) or two (2) statements any additional statements will be available upon request.

4. REPORTING OF CHARITY CARE

Information regarding the amount of indigent and charity care provided by HAMC in its fiscal year shall be aggregated and included in the Annual report filed with the Georgia Department of Community Health.

The HAMC reserves the right to set limits on Indigent/Charity care once it has fulfilled its financial obligation to participate in the ICTF program. Once patient has received Indigent Status and taken advantage of the HAMC Indigent policy, patient cannot refuse consent for use of Health Information. If patient refuses consent or withdraws consent, then account(s) will be reactivated and full collection efforts will begin. In addition, patient may be barred from future participation in indigent program.

HOSPITAL AUTHORITY OF MILLER COUNTY

DOCUMENT NAME: Financial Assistance Plan (FAP)	Document #:	
	Version:	
	Original date:	June 2001
HAMC entity:	Review Date:	June 2018
Manual:	Process Owner:	Patient Financial Services

5. RESPONSIBILITY

It is the responsibility of the Financial Counselor and the PFS Director to provide this aggregated information to the CFO for inclusion on the DCH report.

BILLING AND COLLECTION

HAMC may take or authorize a third-party collection agency or law firm to take certain actions related to obtaining payment of a bill for medical care, including the following “extraordinary collection actions”:

1. HAMC may defer or reschedule non-emergent services, if clinically appropriate after discussion with the treating physician, until payment is received, or payment arrangements are made.
2. HAMC may report unpaid debts to external collection agencies, credit reporting agencies and/or credit bureaus.
3. Actions that require legal or judicial process including, but not limited to:
 - Commencing a civil action or lawsuit against the patient or responsible individual;
 - Garnishing an individual’s wages after securing a court judgement;
 - Attaching or seizing an individual’s bank account, or other personal property, or other judgment enforcement action permissible under state law after securing a judgment.

Neither HAMC nor a collection agency or law firm will commence *Extraordinary Collection Actions* prior to 30 days from the date of the enclosed billing statement or 120 days after the date of the first post-discharge billing statement for the applicable medical care received, whichever date occurs later, and only after making reasonable efforts to determine whether an individual is eligible for assistance under the financial assistance policy.

DEFINITIONS:

Family Unit: The family unit consists of individuals living alone; and spouses, parents and their children under the age of 21 living in the same household.

POLICY COMPLIANCE

In all instances, this policy is intended to comply with all requirements of the Indigent Care Trust Fund and related guidelines.

Reference Document Information: (Standards of Practice, Standard Operation, Regulatory, Legal Documents):

HOSPITAL AUTHORITY OF MILLER COUNTY

DOCUMENT NAME: Financial Assistance Plan (FAP)	Document #:	
	Version:	
	Original date:	June 2001
HAMC entity:	Review Date:	June 2018
Manual:	Process Owner:	Patient Financial Services

Federal Poverty Guidelines

Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law 111-148 (124 Stat. 119 (2010))

Internal Revenue Service Regulations § 1.50(r) -1 through § 1.50(r) -7

Hospital Authority of Miller County Indigent/Charity Care scale to determine level of uncompensated care given to patients upon application and approval of medical indigence.

INCOME	WRITE-OFF PERCENTAGE
0 – 200% of FPL	100 %
201 – 233 % of FPL	60%
234 – 250 % of FPL	40%
251 – 300 % of FPL	20%

Exhibit “A”

2018 Federal Poverty Guidelines Chart

Number of People in Household	48 States & DC	Alaska	Hawaii
One	\$12,140	\$15,180	\$13,960
Two	\$16,460	\$20,580	\$18,930
Three	\$20,780	\$25,980	\$23,900
Four	\$25,100	\$31,380	\$28,870
Five	\$29,420	\$36,780	\$33,840
Six	\$33,740	\$42,180	\$38,810
Seven	\$38,060	\$47,580	\$43,780
Eight	\$42,380	\$52,980	\$48,750
For nine or more, add this amount for each additional person	\$4,320	\$5,400	\$4,970

Exhibit “B”

HOSPITAL AUTHORITY OF MILLER COUNTY

DOCUMENT NAME: Financial Assistance Plan (FAP)	Document #:	
	Version:	
	Original date:	June 2001
HAMC entity:	Review Date:	June 2018
Manual:	Process Owner:	Patient Financial Services

2017 Federal Poverty Guidelines Chart

Number of People in Household	48 States & DC	Alaska	Hawaii
One	\$12,060	\$15,060	\$13,860
Two	\$16,240	\$20,290	\$18,670
Three	\$20,420	\$25,520	\$23,480
Four	\$24,600	\$30,750	\$27,290
Five	\$28,780	\$35,980	\$33,100
Six	\$32,960	\$41,210	\$37,910
Seven	\$37,140	\$46,440	\$42,720
Eight	\$41,320	\$51,670	\$47,530
For nine or more, add this amount for each additional person	\$4,180	\$5,230	\$4,810

Exhibit "C"

2016 Federal Poverty Guidelines

Number of People in Household	48 States & DC	Alaska	Hawaii
One	\$11,880	\$14,850	\$13,662
Two	\$16,020	\$20,025	\$18,423
Three	\$20,160	\$25,200	\$23,184
Four	\$24,300	\$30,375	\$27,945
Five	\$28,440	\$35,550	\$32,706
Six	\$32,580	\$40,725	\$37,467
Seven	\$36,730	\$45,913	\$42,240
Eight	\$40,890	\$51,113	\$47,024
For nine or more, add this amount for each additional person	\$4,160	\$5,200	\$4,780

Exhibit "D"

HOSPITAL AUTHORITY OF MILLER COUNTY

DOCUMENT NAME: Financial Assistance Plan (FAP)	Document #:	
	Version:	
	Original date:	June 2001
HAMC entity:	Review Date:	June 2018
Manual:	Process Owner:	Patient Financial Services

2015 Federal Poverty Guidelines

Number of People in Household	48 States & DC	Alaska	Hawaii
One	\$11,770	\$14,720	\$13,550
Two	\$15,930	\$19,920	\$18,330
Three	\$20,090	\$25,120	\$23,110
Four	\$24,250	\$30,320	\$27,890
Five	\$28,410	\$35,520	\$32,670
Six	\$32,570	\$40,720	\$37,450
Seven	\$36,730	\$45,920	\$42,230
Eight	\$40,890	\$51,120	\$47,010
For nine or more, add this amount for each additional person	\$4,160	\$5,200	\$4,780

Exhibit “E”

All financial assistance information may be obtained free of charge, upon request, at the locations below or at <https://www.millercountyhospital.org> and/or <https://www.millercountyhospital.com>

Mailing Address	Hours of Operation
Miller County Hospital 209 N Cuthbert St Colquitt, GA 39837 229-758-3554	8:30AM – 4:30PM, Monday – Friday Walk-in hours from 8:00AM – 4:30 PM, Monday – Friday Scheduled appointments upon request Floor visits are available upon request from a patient or responsible party, or any staff member within the organization
Miller County Medical Center 208 N Cuthbert St. Colquitt, GA 39837 229-758-3304	8:00AM – 5:00PM, Monday – Friday
Robert E. Jennings Medical Clinic 103 RE Jennings Ave., SE Arlington, GA 39813 229-725-4251	8:00AM – 4:30PM, Monday – Friday

Exhibit “F”

HOSPITAL AUTHORITY OF MILLER COUNTY

DOCUMENT NAME: Financial Assistance Plan (FAP)	Document #:	
	Version:	
	Original date:	June 2001
HAMC entity:	Review Date:	June 2018
Manual:	Process Owner:	Patient Financial Services

HAMC Facilities Included in Financial Assistance Policy			
Miller County Hospital	Miller County Medical Center	Miller Specialty Clinic	Jennings Medical Center

Exhibit “G”

<p>For Emergent, Medically Necessary Services Including:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Emergency Room ▪ Inpatient Care ▪ Inpatient and Outpatient Surgery ▪ Anesthesia Services ▪ Laboratory ▪ Cardiovascular Pulmonary Services ▪ Dialysis ▪ Endoscopy, Colonoscopy, Bronchoscopy, and Laparoscopy ▪ Podiatry ▪ Radiology: X-Ray, Mammography, CT SCAN (16 slice), MRI, Ultrasound, Echocardiography, Vascular Ultrasound, Ultrasound (Regular), Bone Density Studies ▪ Rehabilitation Services: Physical, Occupational, and Speech Therapy ▪ Respiratory Therapy ▪ Miller County Wound Care Clinic

Exhibit “H”

HOSPITAL AUTHORITY OF MILLER COUNTY

DOCUMENT NAME: Financial Assistance Plan (FAP)	Document #:	
	Version:	
	Original date:	June 2001
HAMC entity:	Review Date:	June 2018
Manual:	Process Owner:	Patient Financial Services

Physicians Included In Financial Assistance Plan
Dr. William Franklin Swofford, Jr., MD
Dr. Roy Richard Reardon, MD
Dr. Garrett Nathaniel Bennett, MD
Dr. Michael Clifford, MD
Dr. Viet Anh Vu, DPM

Exhibit "P"