



<b>Betreff: Richtlinie zur finanziellen Unterstützung (wohltätige Betreuung) von Providence – Alaska</b>	<b>Nummer der Richtlinie:</b> PSJH RCM 002 AK	
<b>Abteilung:</b> Revenue Cycle Management (Umsatzzyklusmanagement)	<input checked="" type="checkbox"/> Überarbeitet <input type="checkbox"/> Neu <input type="checkbox"/> Überprüft	<b>Datum:</b> 01.01.2023
<b>Exekutiver Sponsor:</b> SVP Chief Revenue Cycle Officer (SVP Verantwortlicher für den Umsatzzyklus)	<b>Zuständiger für die Richtlinie:</b> Exekutivdirektor Finanzberatung	
<b>Genehmigt durch:</b> SVP Chief Revenue Cycle Officer (SVP Verantwortlicher für den Umsatzzyklus)	<b>Datum der Umsetzung:</b> 01.04.2023	

Providence ist eine katholische gemeinnützige Gesundheitsorganisation, die von der Verpflichtung zu ihrer Mission geleitet wird, allen zu dienen, insbesondere denen, die arm und verletzlich sind, durch ihre Kernwerte Mitgefühl, Würde, Gerechtigkeit, Exzellenz und Integrität und durch die Überzeugung, dass Gesundheitsversorgung ein Menschenrecht ist. Die Philosophie und Praxis jedes Providence-Krankenhauses besteht darin, dass dringende und medizinisch notwendige Gesundheitsdienste für diejenigen in den Gemeinden, denen wir dienen, unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit jederzeit verfügbar sind.

#### **GELTUNGSBEREICH:**

Diese Richtlinie gilt für alle Providence-Krankenhäuser im Bundesstaat Alaska und für alle Notfall-, Dringlichkeits- und sonstigen medizinisch notwendigen Leistungen, die von Providence-Krankenhäusern in Alaska erbracht werden (mit Ausnahme von experimenteller oder untersuchender Versorgung). Eine Liste und weitere Erläuterungen zu den Providence-Krankenhäusern, die unter diese Richtlinie fallen, finden Sie in Anhang A, Liste der betroffenen Einrichtungen (Covered Facilities List). Wenn in dieser Richtlinie das Wort "Krankenhaus" verwendet wird, bezieht es sich auf den in Anhang A beschriebenen Bereich der Einrichtungen.

Diese Richtlinie ist in Übereinstimmung mit Abschnitt 501(r) des Internal Revenue Code von 1986 in seiner geänderten Fassung auszulegen. Im Falle von Widersprüchen zwischen den jeweiligen Gesetzesbestimmungen und dieser Richtlinie sind die Gesetzesbestimmungen maßgeblich.

#### **ZWECK:**

Der Zweck dieser Richtlinie ist es, eine faire, nicht diskriminierende, effektive und einheitliche Methode für die Bereitstellung finanzieller Unterstützung (wohltätige Betreuung) für berechnigte Personen zu gewährleisten, die nicht in der Lage sind, medizinisch notwendige Notfall- und andere Krankenhausdienstleistungen, die von Providence-Krankenhäusern erbracht werden, ganz oder teilweise zu begleichen.

Mit der vorliegenden Richtlinie wird beabsichtigt, alle bundesstaatlichen, staatlichen und örtlichen Gesetze einzuhalten. Diese Richtlinie und die darin enthaltenen Programme zur



finanziellen Unterstützung stellen die offizielle Richtlinie zur finanziellen Unterstützung (Financial Assistance Policy, FAP) und zur medizinischen Notfallversorgung für jedes Krankenhaus dar, das sich im Besitz von Providence befindet oder von diesem gepachtet oder betrieben wird.

#### **VERANTWORTLICHE:**

Abteilungen Umsatzzyklus. Darüber hinaus werden alle zuständigen Mitarbeiter, die Aufgaben im Zusammenhang mit der Registrierung, Zulassung, Finanzberatung und Kundenbetreuung wahrnehmen, regelmäßig in dieser Richtlinie geschult.

#### **RICHTLINIE:**

Providence bietet berechtigten einkommensschwachen, nicht versicherten und unterversicherten Patienten sowie Patienten mit hohen medizinischen Kosten, die bei oder unter 350% der Armutsgrenze (FPL) liegen, kostenlose oder ermäßigte Krankenhausleistungen an, wenn die Zahlungsfähigkeit ein Hindernis für den Zugang zu medizinisch notwendiger Notfall- und sonstiger Krankenhausversorgung darstellt und keine alternative Deckungsquelle identifiziert wurde. Die Patienten müssen die in dieser Richtlinie beschriebenen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme erfüllen.

Die Krankenhäuser von Providence, die über eigene Notfallabteilungen verfügen, bieten ohne jegliche Diskriminierung eine medizinische Notfallversorgung (im Sinne des Gesetzes über medizinische Notfallbehandlung und Arbeit (Emergency Medical Treatment and Labor Act)) im Rahmen der verfügbaren Möglichkeiten an, unabhängig davon, ob eine Person Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat. Providence übt bei der Entscheidung über die Gewährung finanzieller Unterstützung keine Diskriminierung aufgrund von Alter, Rasse, Hautfarbe, Glaubensbekenntnis, ethnischer Zugehörigkeit, Religion, nationaler Herkunft, Familienstand, Geschlecht, sexueller Orientierung, Geschlechtsidentität oder -ausdruck, Behinderung, Veteranen- oder Militärstatus oder einer anderen nach bundesstaatlichem, staatlichem oder örtlichem Recht verbotenen Grundlage aus.

Providence-Krankenhäuser mit eigenen Notfallabteilungen führen medizinische Vorsorgeuntersuchungen und stabilisierende Behandlungen durch oder überweisen und verlegen eine Person, wenn eine solche Verlegung gemäß 42 C.F.R. 482.55 angemessen ist. Providence verbietet alle Handlungen, Zulassungspraktiken oder Richtlinien, die Personen davon abhalten würden, medizinische Notfallversorgung in Anspruch zu nehmen, wie z. B. die Genehmigung von Inkassotätigkeiten, die die Bereitstellung von medizinischer Notfallversorgung beeinträchtigen.

**Liste der Berufsangehörigen, die der FAP von Providence unterliegen:** Alle Providence-Krankenhäuser erstellen eine Liste mit den Ärzten, medizinischen Gruppen oder anderen Fachleuten, die Leistungen erbringen, die unter diese Richtlinie fallen und die nicht unter diese Richtlinie fallen. Alle Providence-Krankenhäuser stellen diese Liste allen Patienten zur Verfügung, die eine Kopie anfordern. Die Liste der Anbieter ist auch online auf der Providence-Website zu finden: [www.providence.org/obp](http://www.providence.org/obp).

**Voraussetzungen für die Gewährung von finanzieller Unterstützung:** Finanzielle



Unterstützung steht sowohl nicht versicherten als auch versicherten Patienten und Bürgen zur Verfügung, wenn diese Unterstützung mit dieser Richtlinie und den bundesstaatlichen und staatlichen Gesetzen über zulässige Leistungen für Patienten vereinbar ist. Bevor die Providence-Krankenhäuser irgendwelche Inkassobemühungen an den Patienten richten, unternehmen sie alle zumutbaren Anstrengungen, um festzustellen, ob für die von den Providence-Krankenhäusern erbrachten Leistungen eine Kostenübernahme durch Dritte ganz oder teilweise möglich ist. Nicht versicherte Patienten können einen Preisnachlass für Nichtversicherte erhalten. Zu den anspruchsberechtigten finanziellen unterstützungssalden gehören unter anderem: selbstzahlung, gebühren für patienten mit deckung durch ein unternehmen ohne vertragsbeziehung, mitversicherung, selbstbehalt und zuzahlungsbeträge im zusammenhang mit versicherten patienten. Selbstbehalts- und Mitversicherungsbeträge, die als Medicare- Forderungsausfall geltend gemacht werden, werden von der Meldung der wohlthätigen Betreuung ausgeschlossen.

Patienten, die finanzielle Unterstützung beantragen, müssen den Standardantrag auf finanzielle Unterstützung von Providence ausfüllen, und die Anspruchsberechtigung richtet sich nach dem zu diesem Zeitpunkt bestehenden finanziellen Bedarf. Es werden angemessene Anstrengungen unternommen, um die Patienten über die Verfügbarkeit von finanzieller Unterstützung zu informieren, und zwar durch Informationen bei der Aufnahme und Entlassung, auf der Rechnung des Patienten, in den für den Patienten zugänglichen Rechnungsbereichen, auf der Website des Providence-Krankenhauses, durch mündliche Benachrichtigung bei Zahlungsgesprächen sowie durch Beschilderung in stationären und ambulanten Bereichen, einschließlich der Bereiche, in denen Patienten aufgenommen oder registriert werden, sowie in der Notaufnahme. Die Aufbewahrung der zur Feststellung der Anspruchsberechtigung verwendeten Informationen durch Providence erfolgt im Einklang mit ihren Aufbewahrungsrichtlinien.

**Beantragung von finanzieller Unterstützung:** Patienten oder Bürgen können eine finanzielle Unterstützung beantragen und einen entsprechenden Antrag dazu einreichen, der kostenlos und bei der Providence-Direktion erhältlich ist, oder auf folgende Weise: durch Benachrichtigung der Mitarbeiter der Finanzdienststelle für Patienten zum oder vor dem Zeitpunkt der Entlassung, dass eine finanzielle Unterstützung beantragt wird, und zwar unter Vorlage der entsprechenden Unterlagen; per Post oder unter [www.providence.org/obp](http://www.providence.org/obp), wo der ordnungsgemäß ausgefüllte Antrag mit den entsprechenden Unterlagen heruntergeladen und eingereicht werden kann. Personen, die eine finanzielle Unterstützung beantragen, werden einer Voruntersuchung unterzogen, bei der unter anderem geprüft wird, ob der Patient bereits alle Zahlungsquellen Dritter ausgeschöpft hat oder nicht für diese in Frage kommt und ob er eventuell die Kriterien für wohlthätige Betreuung erfüllt.

Alle Providence-Krankenhäuser stellen benanntes Personal zur Verfügung, das den Patienten beim Ausfüllen des Antrags auf finanzielle Unterstützung behilflich ist und feststellt, ob sie Anspruch auf finanzielle Unterstützung von Providence oder gegebenenfalls auf finanzielle Unterstützung durch staatlich finanzierte Versicherungsprogramme haben. Dolmetscherdienste stehen zur Verfügung, um Fragen oder Bedenken zu klären und beim Ausfüllen des Antrags auf finanzielle Unterstützung zu helfen.



Patienten oder Bürgen, die für eine finanzielle Unterstützung in Frage kommen, können Providence jederzeit ausreichende Unterlagen zum Nachweis der Anspruchsberechtigung vorlegen, wenn sie erfahren, dass ihr Einkommen unter der bundesstaatlichen Armutsgrenze (Federal Poverty Level, FPL) gemäß den einschlägigen bundesstaatlichen und staatlichen Vorschriften liegt. Providence wird alle Inkassotätigkeiten aussetzen, bis eine erste Entscheidung über den Anspruch auf finanzielle Unterstützung getroffen wurde, vorausgesetzt, der Patient oder sein Bürge ist bei den angemessenen Bemühungen von Providence um eine erste Entscheidung kooperativ.

**Individuelle finanzielle Lage:** Bei der Beurteilung der individuellen finanziellen Lage des Patienten werden sein Einkommen, bestimmte Vermögenswerte und seine Ausgaben herangezogen. Providence wird die von den Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) für die Medicare-Kostenberichterstattung geforderten Informationen über Vermögenswerte berücksichtigen und erheben. Zu den Vermögenswerten, die bei der Feststellung der Anspruchsberechtigung auf finanzielle Unterstützung berücksichtigt werden, gehören nicht: (A) bei einer Einzelperson die ersten 100.000 USD des Geldvermögens eines Patienten und 50% des Geldvermögens eines Patienten über die ersten 100.000 USD hinaus; (B) bei einer Familie mit zwei oder mehr Personen die ersten 100.000 USD des Geldvermögens der Familie und 50% des Geldvermögens der Familie über die ersten 100.000 USD hinaus; (C) Kapitalbeteiligungen an einem Hauptwohnsitz; (D) nach dem Internal Revenue Code qualifizierte Altersversorgungs- oder Entgeltumwandlungspläne oder nicht qualifizierte Entgeltumwandlungspläne; (E) ein Kraftfahrzeug und ein zweites Kraftfahrzeug, wenn es für die Beschäftigung oder für medizinische Zwecke erforderlich ist; (F) vorausbezahlte Bestattungsverträge oder Grabstätten; und (G) Lebensversicherungspolice mit einem Nennwert von 10.000 USD oder weniger. Der Wert eines Vermögenswerts, der mit einer Vorfälligkeitsentschädigung belegt ist, ist der Wert des Vermögenswerts nach Zahlung der Entschädigung. Auskunftersuchen von Providence an den/die Verantwortliche(n) zur Überprüfung von Vermögenswerten beschränken sich auf das, was vernünftigerweise notwendig und leicht verfügbar ist, um das Vorhandensein, die Verfügbarkeit und den Wert des Vermögens einer Person festzustellen, und werden nicht dazu verwendet, von der Beantragung kostenloser oder ermäßigter Leistungen abzuschrecken. Es werden keine doppelten Nachweise verlangt. Zum Nachweis des Geldvermögens ist nur ein aktueller Kontoauszug erforderlich. Liegen keine Nachweise vor, stützt sich Providence auf eine schriftliche und unterzeichnete Erklärung des/der Verantwortlichen. Jegliche Informationen über das Vermögen, die das Krankenhaus bei der Beurteilung eines Patienten im Hinblick auf die Gewährung von Wohltätigkeitsleistungen erhält, werden nicht für Inkassotätigkeiten verwendet.

**Einkommensqualifikationen:** Zur Bestimmung des Anspruchs auf kostenlose oder ermäßigte Versorgung können Einkommenskriterien herangezogen werden, die auf der FPL basieren. Einzelheiten finden Sie in Anhang B.

**Festlegungen und Genehmigungen:** Die Patienten erhalten innerhalb von 30 Tagen nach Einreichung des ausgefüllten Antrags auf finanzielle Unterstützung und der erforderlichen Unterlagen eine Benachrichtigung über die Feststellung der FAP-Berechtigung. Bei Feststellung der Nichtberechtigung wird der Grund für die Ablehnung erläutert. Sobald ein Antrag eingegangen ist, werden die Inkassobemühungen ausgesetzt, bis dem Patienten eine schriftliche Entscheidung über die Anspruchsberechtigung zugestellt wird. Providence wird keine Entscheidung über die Anspruchsberechtigung auf der Grundlage von Informationen treffen, von denen das Krankenhaus vernünftigerweise annimmt, dass sie falsch oder unzuverlässig sind.



**Beilegung von Streitigkeiten:** Der Patient kann innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt des Ablehnungsbescheids Einspruch gegen die Feststellung der Nichtberechtigung für die finanzielle Unterstützung einlegen, indem er Providence die entsprechenden zusätzlichen Unterlagen vorlegt. Der Patient muss unter Umständen weitere relevante Unterlagen zur Unterstützung seines Einspruchs vorlegen. Providence wird alle Inkassotätigkeiten aussetzen, bis der Einspruch geprüft ist. Alle Einsprüche werden geprüft, und wenn die Prüfung die Ablehnung bestätigt, werden der Bürge und das staatliche Gesundheitsministerium (State Department of Health) schriftlich benachrichtigt, sofern dies erforderlich ist und die gesetzlichen Bestimmungen eingehalten werden. Das endgültige Berufungsverfahren wird innerhalb von 10 Tagen nach Eingang der Ablehnung bei Providence abgeschlossen. Eine Beschwerde kann an das Providence Regional Business Office, P.O. Box 3268, Portland, OR 97208-3395 gesendet werden.

**Präsumtive wohltätige Betreuung:** Providence kann einem Patienten auch auf andere Weise als durch einen vollständigen Antrag auf finanzielle Unterstützung einen Ausgleich seines Kontostandes aus Wohltätigkeitsgründen genehmigen. Solche Feststellungen werden auf einer präsumtiven Basis unter Verwendung eines branchenweit anerkannten finanziellen Bewertungsinstruments getroffen, das die Zahlungsfähigkeit auf der Grundlage öffentlich zugänglicher finanzieller oder anderer Unterlagen bewertet, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Haushaltseinkommen, Haushaltsgröße sowie Kredit- und Zahlungsverhalten.

**Andere besondere Umstände:** Patienten, die für FPL-qualifizierte Programme wie Medicaid und andere staatlich geförderte Hilfsprogramme für Geringverdiener in Frage kommen, haben möglicherweise ebenfalls Anspruch auf finanzielle Unterstützung. Die Guthaben auf den Patientenkonten, die sich aus Gebühren ergeben, die von Medicaid oder anderen staatlich geförderten Hilfsprogrammen für Geringverdiener nicht erstattet werden, können ganz oder teilweise abgeschrieben werden, einschließlich, aber nicht beschränkt auf nicht erstattungsfähige Gebühren für medizinisch notwendige Leistungen im Zusammenhang mit den folgenden Punkten:

- Nicht genehmigte stationäre Aufenthalte
- Nicht genehmigte stationäre Pflagetage
- Nicht abgedeckte Dienstleistungen
- Ablehnungen von Anträgen auf Vorabgenehmigung
- Ablehnungen wegen eingeschränktem Versicherungsschutz

**Katastrophale medizinische Ausgaben:** Providence kann nach eigenem Ermessen im Falle katastrophaler medizinischer Kosten wohltätige Betreuung gewähren. Diese Patienten werden auf individueller Basis behandelt.

**Notzeiten:** Finanzielle Unterstützung kann nach dem Ermessen von Providence in Zeiten eines nationalen oder staatlichen Notstands gewährt werden, unabhängig von der Unterstützung bei katastrophalen Ausgaben.

**Begrenzung der Gebühren für alle Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben:** Patienten, die für eine der oben genannten Kategorien der Unterstützung in Frage kommen, müssen nicht mehr als den unten definierten Prozentsatz der allgemein in Rechnung gestellten Beträge (AGB) der Bruttokosten selbst tragen.



**Angemessener Zahlungsplan:** Wenn einem Patienten eine teilweise finanzielle Unterstützung bewilligt wurde, aber noch ein Restbetrag zu zahlen ist, wird Providence einen Zahlungsplan aushandeln. Der angemessene Zahlungsplan umfasst monatliche Zahlungen (ohne Zinsen oder Verzugsgebühren), die nicht mehr als 10 Prozent des monatlichen Einkommens des Patienten oder seiner Familie betragen, ohne Abzüge für lebensnotwendige Ausgaben, die der Patient in seinem Antrag auf finanzielle Unterstützung angegeben hat.

**Fakturierung und Inkasso:** Etwaige unbezahlte Salden, die von Patienten oder Bürgen nach Anwendung etwaiger Rabatte geschuldet werden, können an Inkassounternehmen verwiesen werden. Die Einziehungsbemühungen für unbezahlte Salden werden bis zur endgültigen Feststellung der FAP-Berechtigung eingestellt. Providence führt keine außerordentlichen Inkassomaßnahmen durch und erlaubt auch nicht, dass Inkassobüros diese durchführen. Informationen über die Abrechnungs- und Inkassopraktiken von Providence für Beträge, die von Patienten geschuldet werden, finden Sie in der Richtlinie des Providence-Krankenhauses, die kostenlos an der Registrierungsstelle jedes Providence-Krankenhauses erhältlich ist, oder unter: [www.providence.org/obp](http://www.providence.org/obp).

**Erstattungen für Patienten:** Wenn ein Patient oder Bürge eine Zahlung für Dienstleistungen geleistet hat und später festgestellt wird, dass er Anspruch auf kostenlose oder ermäßigte Versorgung hat, werden alle Zahlungen, die für diese Dienstleistungen während des FAP-berechtigten Zeitraums geleistet wurden und die Zahlungsverpflichtung übersteigen, gemäß den staatlichen Vorschriften zurückerstattet.

**Jährliche Überprüfung:** Diese Richtlinie zur finanziellen Unterstützung (wohltätige Betreuung) von Providence wird jährlich von der zuständigen Leitung Umsatzzyklus überprüft.

#### **AUSNAHMEN:**

Siehe Geltungsbereich oben.

#### **DEFINITIONEN:**

Für die Zwecke dieser Richtlinie gelten die folgenden Definitionen und Anforderungen:

1. Bundesstaatliche Armutsgrenze (FPL): FPL bezeichnet die Armutsrichtlinien, die vom Ministerium für Gesundheitspflege und Soziale Dienste der Vereinigten Staaten (United States Department of Health and Human Services) regelmäßig im Bundesregister (Federal Register) aktualisiert werden.
2. Allgemein in Rechnung gestellte Beträge (AGB): Als AGB im Sinne dieser Richtlinie gelten die Beträge, die in der Regel für die Notfall- und andere medizinisch notwendige Versorgung von krankenversicherten Patienten in Rechnung gestellt werden. Für jedes Providence-Krankenhaus ermittelt Providence den anwendbaren AGB-Prozentsatz, und zwar durch Multiplikation der Bruttokosten des Krankenhauses für Notfälle oder medizinisch notwendige Behandlungen mit einem festen Prozentsatz, der auf den von Medicare oder kommerziellen Kostenträgern genehmigten Ansprüchen basiert. Informationsblätter, in denen die von den einzelnen Providence-Krankenhäusern verwendeten AGB-Prozentsätze und deren Berechnung im Einzelnen aufgeführt sind, können auf der folgenden Website abgerufen werden: [www.providence.org/obp](http://www.providence.org/obp) Sie



können auch telefonisch unter 1-866-747-2455 eine Kopie anfordern.

3. Außerordentliche Inkassoaktion (ECA): ECA sind Maßnahmen, die ein rechtliches oder gerichtliches Verfahren erfordern, bei denen eine Schuld an eine andere Partei verkauft wird oder nachteilige Informationen an Kreditagenturen oder -büros gemeldet werden. Zu den Aktionen, die zu diesem Zweck ein gesetzliches oder gerichtliches Verfahren erfordern, gehören ein Pfandrecht, die Zwangsvollstreckung von Immobilien, die Pfändung oder Beschlagnahme eines Bankkontos oder anderer persönlicher Gegenstände, die Einleitung eines Zivilverfahrens gegen eine Person, Aktionen, die zur Verhaftung einer Person führen, Aktionen, die zur Pfändung des Körpers einer Person führen, und Lohnpfändung.

**REFERENZEN:**

<i>Internal Revenue Code Abschnitt 501(r); 26 C.F.R. 1.501(r)(1) – 1.501(r)(7)</i>
<i>Gesetz über medizinische Notfallbehandlung und Arbeit (EMTALA), 42 U.S.C. 1395dd</i>
<i>42 C.F.R. 482.55 und 413.89</i>
<i>Wohltätigkeitsrichtlinien der Amerikanischen Krankenhausvereinigungen</i>
<i>Richtlinien für das Engagement von Providence für Nichtversicherte</i>
<i>Handbuch zur Kostenerstattung für Leistungserbringer, Teil I, Kapitel 3, Abschnitt 312</i>



## Anhang A – Liste der betroffenen Einrichtungen

Providence-Krankenhäuser in Alaska	
Providence Alaska Medizinisches Zentrum	Providence Kodiak Island Medizinisches Zentrum

Der Klarheit halber: Diese Richtlinie gilt auch für alle stationären und ambulanten Abteilungen und Kliniken der betroffenen Einrichtungen. Darüber hinaus gilt diese Richtlinie für die Mitarbeiter der betroffenen Einrichtungen sowie für alle gemeinnützigen oder nicht gewinnorientierten Unternehmen, die sich mehrheitlich im Besitz oder unter der Kontrolle von Providence befinden und den Namen Providence tragen, sowie für deren jeweilige Mitarbeiter.

## Anhang B – Einkommensqualifikationen für Providence-Krankenhäuser in Alaska

Wenn...	Dann ...
das jährliche Familieneinkommen, bereinigt um die Familiengröße, bei oder unter 300% der aktuellen FPL-Richtlinien liegt,	wird der Patient als finanziell bedürftig eingestuft und hat Anspruch auf finanzielle Unterstützung, die zu 100% von den vom Patienten zu tragenden Beträgen abgezogen wird.
das jährliche Familieneinkommen, bereinigt um die Familiengröße, zwischen 301% und 350% der aktuellen FPL-Richtlinien liegt,	hat der Patient Anspruch auf einen Rabatt von 75% der ursprünglichen Gebühren auf die vom Patienten zu tragenden Beträge.
Das jährliche Familieneinkommen, bereinigt um die Familiengröße, bei oder unter 350% der FPL liegt <u>UND</u> dem Patienten in den vorangegangenen 12 Monaten in Providence-Krankenhäusern medizinische Gesamtkosten in Höhe von mehr als 20% seines jährlichen Familieneinkommens, bereinigt um die Familiengröße, für Leistungen entstanden sind, die dieser Richtlinie unterliegen,	hat der Patient Anspruch auf 100 % Wohltätigkeitsleistungen auf die vom Patienten zu tragenden Beträge.