



Ciclo de ingresos <i>Revenue Cycle</i>	Página 1 de 8
Programa de Ayuda Financiera <i>Financial Assistance Program</i>	Fecha de originación: 02/04/2009 <i>Date of Origination</i>
	Última fecha de revisión: 06/14/2018 <i>Last Revision Date</i>

## 1. DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA

- 1.1. El Sistema de Salud Grady y el Sistema de Salud Children's of Atlanta (CHOA) en Hughes Spalding mantiene un Programa de Ayuda Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) relacionado con los servicios de atención médica de emergencia y medicamento necesarios, que se proporciona a las personas que califican. El Programa se asegura de que la cantidad facturada a las personas que califican no sea más que la cantidad generalmente facturada a las personas que tienen un seguro que cubre dichos servicios.
- 1.2. El Sistema de Salud Grady y el Sistema de Salud Children's of Atlanta (CHOA) en Hughes Spalding no discrimina al proporcionar atención de emergencia o medicamento necesaria sobre la capacidad para pagar o la fuente de pago.
- 1.3. El Sistema de Salud Grady y el Sistema de Salud Children's of Atlanta (CHOA) en Hughes Spalding cumple con las leyes federales de derechos civiles pertinentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Grady no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

## 2. PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA

- 2.1 **¿Quién califica?**  
Los residentes de los condados de Fulton y DeKalb con ingresos inferiores al 400% del Índice Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) califican para recibir ayuda financiera.
- 2.2 Los residentes de otros condados califican para recibir ayuda financiera por los servicios de emergencia, hospitalizaciones y atención posterior al alta relacionada a estos servicios de emergencia.
- 2.3 Todas las personas que califican para el Medicaid.
- 2.4 **¿Quién no califica?**  
Un residente que vive fuera de los condados de Fulton y DeKalb quien recibe atención que no está relacionada con un ingreso de emergencia.

## 3. AYUDA FINANCIERA AUTOMATIZADA

- 3.1. En el momento de la inscripción (durante la verificación de la dirección), cada paciente es evaluado electrónicamente para una clasificación del Índice Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) a través de un (presunto) sistema automatizado de terceros.
- 3.2. Si el sistema automatizado determina un Índice Federal de Pobreza (FPL) entre 0 y 400%, se toma este valor de FPL y se coloca en el área del "FPL%" en la cuenta del paciente. Entonces se autocalifica al paciente para el nivel de descuento correspondiente.

- 3.3. Si el sistema automatizado determina un Índice Federal de Pobreza superior al 400%, se coloca "999" en el área del "FPL%" en la cuenta del paciente para indicar que el paciente tiene ingresos que sobrepasan el nivel para el Programa de Ayuda Financiera.
- 3.4. Si el sistema automatizado no puede determinar un Índice Federal de Pobreza (sin número de seguro social, datos insuficientes, desajuste de fecha y, o determinación), y no devuelve ningún valor dejando el área del "FPL%" en blanco, el paciente puede solicitar que se repita el proceso automatizado o puede solicitar ayuda financiera utilizando el proceso manual.
- 3.5. Al momento de la facturación, se repetirá la determinación automatizada de ayuda financiera para los pacientes quienes tienen en blanco el área del Índice Federal de Pobreza (FPL).

#### **4. CÓMO SOLICITAR UN NIVEL DE DESCUENTO MÁS ALTO**

- 4.1 Los pacientes quienes califican para ayuda financiera automatizada y, o presunta con un descuento por debajo del nivel más alto de descuento recibirán un aviso en el estado de cuenta Uno (1). Este aviso indica que el paciente no calificó para el nivel de descuento más alto y se le asesora sobre cómo solicitar para un nivel de descuento más alto.
- 4.2 El paciente puede pedir que se repita el proceso automatizado o puede solicitar ayuda financiera utilizando el proceso manual.

#### **5. DETERMINACIÓN DE LA POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA POR PROCESO MANUAL**

- 5.1 Durante el Período de Solicitud, un paciente puede solicitar ayuda financiera en cualquier momento utilizando el proceso manual.

**Período de solicitud:** Las personas pueden solicitar ayuda financiera antes de que se les proporcione atención médica y hasta por 240 días después de que se les proporcione el primer estado de cuenta. Durante este "Período de Solicitud", el paciente o su representante pueden solicitar ayuda financiera.

- 5.2 Un paciente puede obtener la Solicitud para el Programa de Ayuda Financiera y la información de renovación de la siguiente manera:

##### **Grady**

- a. En la Oficina de Asesoramiento Financiero, en el Registro en las clínicas del Hospital Grady Memorial, en uno de los Centros de Salud Comunitarios o en el Centro de Enfermedades Infecciosas en Ponce
- b. Pida una solicitud al llamar al 404.616.6920.
- c. Pida una solicitud por correo a la siguiente dirección:

**Grady Memorial Hospital**  
**80 Jesse Hill Jr. Dr. SE**  
**PO Box 26071**  
**Atlanta, Georgia 30303**  
**Attn: Financial Assistance Program**

- d. Baje la solicitud del Programa de Ayuda Financiera de la página de Internet de Grady de la siguiente manera:

[gradyhealth.org/fap/application](http://gradyhealth.org/fap/application)

**CHOA**

- a. En la Oficina de Asesoramiento Financiero
- b. Pida una solicitud al llamar al 404.785.5589.
- c. Pida una solicitud por correo a la siguiente dirección:

**Children's Healthcare of Atlanta at Hughes Spalding**  
**35 Jesse Hill Jr. Dr. SE**  
**Atlanta, Georgia 30303**  
**Attn: Financial Assistance Program**

- d. Baje la solicitud del Programa de Ayuda Financiera de la página de Internet del Sistema de Salud Children's of Atlanta (CHOA) en Hughes Spalding de la siguiente manera:

<https://www.choa.org/~media/files/Childrens/patients/fap-application-grady-choa-2018.pdf?la=en>

**5.3 Cómo solicitar:**

Complete, firme y presente la Solicitud para el Programa de Ayuda Financiera y los documentos requeridos como se describe en esta política para determinar si califica para ayuda financiera.

**5.4 ¿Qué se necesita?**

Cuando se solicita ayuda financiera, se deben proporcionar los siguientes documentos:

- a. **Comprobante de identidad:** Proporcione copias originales o certificadas de identificación y documentos aceptables para verificar la identidad, que incluye, pero no se limita a lo siguiente:
  1. Licencia de conducir (Georgia), tarjeta de identificación del Estado de Georgia, cualquier tarjeta de identificación de Matrícula Consular, tarjeta de crédito con foto o una identificación de estudiante con foto
  2. Visa o tarjeta de residente u otro documento de inmigración emitido por el gobierno de Estados Unidos
- b. **Comprobante de domicilio:** Necesita **uno a tres** de los siguientes documentos en donde se muestre que ha vivido en la dirección **actual** al menos por 30 días de la fecha de solicitud (una dirección de *PO Box* y correspondencia que recibe sin solicitarla no se pueden utilizar para demostrar su domicilio):
  1. Uno a tres estados de cuenta como de gas, electricidad, agua y, o teléfono
  2. Contrato de arrendamiento o alquiler
  3. Recibo del alquiler (que muestre la dirección actual)
  4. Carta de la Oficina de Estampillas de Alimentos (*Food Stamps*)
  5. Tarjeta de inscripción de votante actualizada
  6. Otros documentos de negocios que verifiquen su lugar de domicilio, como, estados de cuenta de tarjetas de crédito, servicios de rentas internas (IRS), cartas de Medicaid, cartas de escuela para estudiantes, cuenta de cable o teléfono celular, estado de cuenta de banco o hipoteca, talones de cheques que muestren su domicilio, etc.
- c. **Comprobante de ingreso:** Proporcione todos los documentos pertinentes:
  1. Uno a tres talones de cheques de sueldo recientes [paciente y esposa(o)]
  2. Carta de la Administración de Seguro Social del año en curso
  3. Reclamo de desempleo, carta de investigación de salario del Departamento del Trabajo

- (*Department of Labor Wage Inquiry*), si es pertinente, o estado de cuenta bancaria reciente, si el paciente está viviendo de sus ahorros
4. Una carta del empleador con el membrete de la empresa en donde se especifica el pago por hora, la cantidad total que se le paga por cada periodo de pago y la frecuencia con que le pagan
  5. Cualquier carta de decisión en donde se indique que el paciente está recibiendo compensación por desempleo, Medicaid, Seguro Social por Incapacidad, Ayuda General, compensación de empleado o plan de jubilación
  6. Carta de la Oficina de Estampillas de Alimentos (*Food Stamps*) y talones de cheques de sueldo (si es pertinente)
  7. Verificación de falta de vivienda o una carta de una casa de amparo o refugio con el membrete del lugar
  8. Otros documentos de negocio que muestren como se mantiene el paciente financieramente
  9. Declaración de impuestos del año anterior

**d. Comprobante del número de dependientes:** Necesita **uno** de los siguientes como comprobante de número de dependientes:

1. Declaración de impuestos ("*Tax Return*") del año anterior (la más reciente)
2. Cualquier carta de decisión en donde se indique que el paciente tiene la responsabilidad legal de un niño(a), como papeles de tutoría o de custodia obtenidos por orden judicial
3. Acta de nacimiento de cada dependiente que tenga 18, o menos, años de edad

**5.5. DÓNDE DEBE DEVOLVER LAS SOLICITUDES COMPLETADAS Y LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS:**

Un paciente puede entregar la Solicitud para el Programa de Ayuda Financiera completada y los documentos requeridos en una de las siguientes ubicaciones o puede enviar la solicitud y los documentos por correo regular o electrónico:

**Grady**

- a. Departamento de Asesoramiento Financiero
- b. Envíe por correo regular a:

**Grady Memorial Hospital**  
**80 Jesse Hill Jr. Dr. SE**  
**PO Box 26071**  
**Atlanta, Georgia 30303**  
*Attn: Financial Assistance Program*

- c. Correo electrónico *Email:* [fapappdocFNC@gmh.edu](mailto:fapappdocFNC@gmh.edu)

**CHOA**

- a. Departamento de Asesoramiento Financiero
- b. Envíe por correo regular a:

**Children's Healthcare of Atlanta at Hughes Spalding**  
**35 Jesse Hill Jr. Dr. SE**  
**Atlanta, Georgia 30303**  
*Attn: Financial Assistance Program*

## **5.6. AYUDA DISPONIBLE PARA COMPLETAR Y, O ENVIAR LA SOLICITUD**

Grady y CHOA en Hughes Spalding proporcionarán ayuda a las personas para que obtengan, completen y, o presenten la Solicitud para el Programa de Ayuda Financiera si se comunican utilizando la dirección mencionada anteriormente o si acuden a la Oficina de Asesoramiento Financiero.

Para obtener ayuda por teléfono sobre el Programa de Ayuda Financiera, llame al Departamento de Asesoramiento Financiero de Grady al 404.616.6920 ó 404.616.6923, o al Departamento de Asesoramiento Financiero de CHOA al 404-785-5589.

## **6. NOTIFICACIÓN PARA LA APROBACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE LA AYUDA FINANCIERA CON EL PROCESO MANUAL**

6.1 En el proceso manual, se proporciona al paciente una notificación por escrito informándole si califica o no para la ayuda financiera. Si no se puede determinar si califica debido a la falta de información y, o documentos, la persona recibirá un documento por escrito que indica la información y, o los documentos que necesita.

## **7. CÓMO SE CALIFICA PARA LA AYUDA FINANCIERA**

- 7.1 La calificación para la ayuda financiera depende del condado de residencia, el tamaño de la familia, el ingreso bruto y el Índice Federal de Pobreza.
- 7.2 Si un paciente tiene recursos que potencialmente pueden hacer el pago, tales como seguros comerciales o de responsabilidad civil, el paciente debe agotar estas fuentes de pago antes de utilizar el Programa de Ayuda Financiera de Grady.
- 7.3 Si el paciente cumple con los requisitos para cualquier Programa de Ayuda Federal o Estatal, por ejemplo, Medicaid, Medicare, Ayuda Estatal para Cáncer, Programa de Compensación para Víctimas de Crimen de Georgia, etc., para algunos o todos los costos de los servicios de atención médica, se espera que el paciente solicite tales programas antes de utilizar el Programa de Ayuda Financiera de Grady. Grady ayudará a los pacientes cuando soliciten dichos programas.

## **8. EL PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA NO OFRECE COBERTURA PARA LO SIGUIENTE:**

- a. Cirugía electiva cosmética y, o plástica
- b. Servicios electivos
- c. Anomalías fetales
- d. Pacientes internacionales: Atención que se proporciona a un paciente de fuera del país con una visa de visitante
- e. Cuentas con cobertura de terceros o de responsabilidad civil no resuelta

Grady determinará si un servicio califica para ayuda financiera.

## **9. PACIENTES DE MEDICARE QUIENES CALIFICAN PARA MEDICAID U OTRA COBERTURA DE PAGO DE TERCEROS**

- 9.1 Los pacientes que tienen Medicare como pagador primario y Medicaid como pagador secundario tendrán la responsabilidad del copago de Medicaid solamente.
- 9.2 Los pacientes con cobertura de Medicare como primario y otra cobertura de tercero como secundario tendrán la responsabilidad del copago del tercer pagador o del copago de ayuda financiera, cualquiera que sea la cantidad menor.

## **10. DESCUENTO DE AYUDA FINANCIERA**

1. Descuentos del Programa de Ayuda Financiera de beneficencia (caridad)
2. Descuentos para personas sin seguro

## **11. CATEGORÍAS DE CUENTA DEL PACIENTE PARA AYUDA FINANCIERA**

El "tipo de determinación" y el "nivel de descuento" están incluidos en la cuenta del paciente de la siguiente manera:

### Determinación de beneficencia automatizada

- A-Fulton (Residente del Condado de Fulton)
- A-DeKalb (Residente del Condado de DeKalb)
- A-Otro (Residentes quienes califican y viven fuera de los condados de Fulton y Dekalb)
- A-Título X Planificación Familiar

### Determinación manual

- Aprobado-Fulton (Residente del Condado de Fulton)
- Aprobado-DeKalb (Residente del Condado de DeKalb)
- Aprobado-Otro (Residentes quienes califican y viven fuera de los condados de Fulton y DeKalb.)
- Aprobado-Persona sin hogar de Fulton
- Aprobado-Persona sin hogar de DeKalb
- Aprobado-Ryan White
- Aprobado- Título X Planificación Familiar
- Aprobado- Children's Healthcare of Atlanta en Hughes Spalding

## **12. GUÍAS DE INGRESO QUE SE UTILIZAN PARA DETERMINAR SI SE CALIFICA PARA AYUDA FINANCIERA Y DESCUENTOS DE BENEFICENCIA PARA CUIDADOS POSTERIORES**

### **12.1. Niveles de descuento con copagos:**

**Nivel 1:** Los pacientes con un ingreso de familia bruto anual hasta del 250% del Índice Federal de Pobreza actual calificarán para descuentos siempre y cuando cumplan con los requisitos para la ayuda financiera.

**Nivel 2:** Los pacientes con un ingreso de familia bruto anual entre el 251% al 400% del Índice Federal de Pobreza calificarán para descuentos, siempre y cuando cumplan con los requisitos para la ayuda financiera.

### **12.2 Nivel de personas sin hogar (desamparados) sin copago:**

Falta de vivienda: Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) de EE. UU.

#### **Definición de personas sin hogar:**

El término "persona o individuo sin hogar o desamparado," incluye:

- a. Una persona quien carece de una residencia nocturna fija, regular y adecuada; y
- b. Una persona que tiene una residencia principal nocturna, sin embargo es:
  1. Un refugio supervisado, operado pública o privadamente, con el propósito de proporcionar alojamiento temporal (que incluye hoteles de bienestar social, refugios para congregados, automóviles y viviendas de transición para enfermos mentales);
  2. Una institución que proporciona una residencia temporal para individuos destinados a ser institucionalizados; o

3. Un lugar público o privado que no tiene el propósito de, o no se utiliza normalmente como, un alojamiento regular para que duerman los seres humanos.

**Referencia:** Registro Federal

*Homeless Emergency Assistance and Rapid Transition to Housing: Defining "Homeless"* (Ayuda de emergencia para personas sin hogar y transición rápida a la vivienda: Definiendo "personas sin hogar")

**Agencia:** Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano

[federalregister.gov/documents/2011/12/05/2011-30942/homeless-emergency-assistance-and-rapid-transition-to-housing-defining-homeless](https://www.federalregister.gov/documents/2011/12/05/2011-30942/homeless-emergency-assistance-and-rapid-transition-to-housing-defining-homeless)

**13. ¿Quién participa?**

Todos los siguientes grupos de médicos y los proveedores de práctica avanzada participan en el Programa de Ayuda Financiera de Grady:

1. Grady
2. Facultad de Medicina de la Universidad Emory
3. Facultad de Medicina de la Universidad Morehouse
4. Servicios Médicos de Emergencia (EMS) de Grady
5. Children's Healthcare of Atlanta en Hughes Spalding

Los pacientes pueden recibir una factura por separado de cada uno de estos proveedores.

**¿Quién no participa?**

Al brindar la atención médicamente necesaria, todos los grupos de médicos anteriores y los proveedores de práctica avanzada se adhieren a esta política. No hay proveedores no participantes.

Toda la atención médicamente necesaria está cubierta por el Programa de Ayuda Financiera. Las excepciones se describen en la directriz No. 8.

**14. CANTIDAD GENERALMENTE FACTURADA (AGB, por sus siglas en inglés)**

Los descuentos en la ayuda financiera disminuyen los saldos pendientes a copagos nominales asegurando saldos inferiores a la Cantidad Generalmente Facturada.

Para cumplir con la Sección 501(r), el Programa de Ayuda Financiera se asegura que los pacientes paguen menos de la Cantidad Generalmente Facturada a los pacientes asegurados por la atención de emergencia y médicamente necesaria.

La metodología de retrospectiva "Medicare más seguro pagado (*Medicare plus insurance paid*)" se utiliza para calcular la Cantidad Generalmente Facturada, la misma se actualiza al menos cada tres años.

**Sistema de Salud Children's de Atlanta en Hughes Spalding**

Base para determinar las cantidades cargadas a los pacientes

"Las cantidades cargadas por los servicios médicos de emergencia y médicamente necesarios basados en el hospital a los pacientes que califican para ayuda financiera no serán más que las cantidades generalmente facturadas a las personas con seguro que cubre dichos servicios".

Para cumplir con la Sección 501 (r), el Programa de Ayuda Financiera asegura que los pacientes paguen menos de la Cantidad Generalmente Facturada a los pacientes asegurados por la atención de emergencia y médicamente necesaria.

### **Solicitud de cálculo de cantidad generalmente facturada (AGB)**

Para solicitar una copia del cálculo AGB de forma gratuita, las personas pueden escribir a una de las siguientes direcciones:

**Grady Memorial Hospital**  
**80 Jesse Hill Jr. Dr. SE**  
**PO Box 26071**  
**Atlanta, Georgia 30303**  
*Attn: Amount Generally Billed Inquiry - Financial Assistance Program*

**Children's Healthcare of Atlanta at Hughes Spalding**  
**35 Jesse Hill Jr. Dr. SE**  
**Atlanta, Georgia 30303**  
*Attn: Amount Generally Billed Inquiry - Financial Assistance Program*

### **15. ACCIONES DE COBRO EXTRAORDINARIAS (ECA, por sus siglas en inglés)**

Una acción de cobro extraordinaria es una acción tomada por Grady contra un individuo relacionada con la obtención de pago de una factura por atención, servicio o tratamiento. Esto puede incluir:

Reportar información adversa sobre un individuo a agencias de reportes de crédito del consumidor o agencias de crédito (colectivamente, agencias de crédito).

#### **Sistema de Salud Children's de Atlanta en Hughes Spalding**

Children's se rige por la Ley de Prácticas Justas de Cobro de Deudas. "Children's no implora ninguna acción extraordinaria de cobro como lo define los servicios de rentas internas (IRS)". En ningún momento Children's, o los proveedores que actúen en nombre de Children's, informan a alguna agencia de crédito (por ejemplo, Equifax, Transunion, Experian) o utilizan procesos legales o judiciales para cobrar la deuda de pago propio. Esta política es pertinente a todos los saldos de pago propio por facturación hospitalaria y profesional para todas las entidades de Children's. Además, Children's no "vende" sus cuentas por cobrar a vendedores externos.

### **16. NOTIFICACIONES DE FACTURACIÓN**

Las siguientes notificaciones de facturación están relacionadas con el Programa de Ayuda Financiera:

#### **16.1. Resumen en Términos Sencillos (PLS, por sus siglas en inglés)**

El Resumen en Términos Sencillos aparecerá en la parte de atrás de todos los estados de cuenta emitidos por Grady.

La referencia al resumen de lenguaje sencillo aparecerá en el primer estado de cuenta.

#### **16.2. Aviso automatizado de beneficencia**

Si un paciente califica para el programa de ayuda financiera a través del proceso automatizado y, o presunto y el nivel de descuento es menos que el nivel de descuento más alto, aparecerá un aviso en el primer estado de cuenta del paciente:

- asesorándolo de la aprobación que es menos que el nivel más alto
- asesorándolo cómo solicitar manualmente un nivel de descuento más alto

#### **16.3. Los pacientes recibirán tres (3) estados de cuenta:**

##### **Estado de cuenta de pago propio 1 - Día 1**

1. Informando al paciente sobre el saldo de la cuenta adeudada



2. Notificación de información del programa de ayuda financiera en la parte de atrás del estado de cuenta
3. El Resumen en Términos Sencillos aparece en la parte de atrás del estado de cuenta
4. Notificación sobre beneficencia automatizada, si es pertinente

#### **Estado de cuenta de pago propio 2 - Día 15**

1. Estado de cuenta recordándole que debe pagar el saldo de la cuenta
2. Notificación de información del programa de ayuda financiera en la parte de atrás del estado de cuenta
3. El Resumen en Términos Sencillos aparece en la parte de atrás del estado de cuenta

#### **Estado de cuenta de pago propio 3 - Día 30**

1. Informando al paciente que el saldo de la cuenta está vencido
2. Informando que los saldos que no se han pagado a los 120 días se reportarán a las Oficinas de Crédito (Acciones Extraordinarias de Cobro-ECA, por siglas en inglés)

#### **Pago propio Día 45**

1. Cuenta transferida al Servicio Temprano de Pre-cobro (no ECA)

#### **Pago propio Día 120**

1. Cuenta transferida a deuda incobrable
2. Cuenta reportada a las agencias de crédito (ECA)

#### **Sistema de Salud Children's de Atlanta en Hughes Spalding**

##### **Prácticas de facturación y cobro para pacientes con ayuda financiera**

Los garantes reciben 2 estados de cuenta y 4 cartas. Las verdaderas cuentas de pago propio y, o aquellas que cuentan con ayuda financiera no se envían a un vendedor de afuera temprano.

El ciclo de los estados de cuenta es el siguiente:

**Primer** estado de cuenta cuando el saldo completo alcanza el canon de la responsabilidad del pago por cuenta propia

**Segundo** estado de cuenta al día 30

**Primera** carta de cobro vencida el día 60

**Segunda** carta de cobro vencida el día 90

**Tercera** carta de cobro vencida el día 120

**Cuarta** y última carta de recolección en el día 180

Las cuentas de beneficencia y, o pago personal verdadero no se envían a un vendedor de afuera temprano y se ajustan a "Indigente" en el día 180 del ciclo de facturación.

## **17. PERÍODO DE TIEMPO DE AYUDA FINANCIERA**

- 17.1. **Período de solicitud:** Las personas pueden solicitar ayuda financiera antes de que se les proporcione atención médica y hasta por 240 días después de que se les proporcione el primer estado de cuenta. Durante este "Período de Solicitud", el paciente o su representante pueden solicitar ayuda financiera.
- 17.2. Las solicitudes se aceptarán y procesarán incluso cuando una cuenta haya incurrido en una o más Acciones Extraordinarias de Cobro (ECA) durante este período, como se describe en esta política.

Si se han tomado acciones extraordinarias de cobro contra un paciente y luego se determina que el paciente califica para recibir ayuda financiera, según se describe en esta política, se tomarán medidas para revertir la acción extraordinaria de cobro, incluso si las acciones fueron adecuadas y permitidas.

## **18. SERVICIOS QUE NO TIENEN COBERTURA DEL PROGRAMA DE MEDICARE Y MEDICAID:**

18.1 **Medicare:** Los cargos por servicios que no tienen cobertura se eliminarán por beneficencia para un beneficiario de Medicare que califica para ayuda financiera.

18.2 **Medicaid:** Los cargos por servicios que no tienen cobertura se eliminarán por beneficencia para un beneficiario de Medicaid.

## **19. DERECHO A REEVALUAR LOS REQUISITOS PARA CALIFICAR PARA AYUDA FINANCIERA Y EL ESTADO DE ELEGIBILIDAD**

19.1. En caso de cambios en las circunstancias financieras y, o al recibir información nueva o diferente para calificar, Grady se reserva el derecho de reevaluar la elegibilidad de una persona.

19.2. Grady puede ajustar periódicamente los criterios para calificar para el Programa de Ayuda Financiera basándose en:

- 1) la Evaluación de las Necesidades de Salud de la Comunidad (CHNA, por sus siglas en inglés) realizada para el hospital;
- 2) según sea necesario para cumplir con las leyes, regulaciones y, o acuerdos pertinentes del condado.

## **20. LA POLÍTICA DEL PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA DIFUNDIR EN TÉRMINOS GENERALES**

20.1. La Política del Programa de Ayuda Financiera (FAP), la solicitud, el resumen en términos sencillos y las traducciones adecuadas están disponibles de manera gratuita para el público. Grady realizará esfuerzos concertados para promocionar el Programa de Ayuda Financiera a través del Resumen en Términos Sencillos proporcionado a todos los pacientes al registrarse, en la página de internet del hospital y mediante la exhibición de carteles en todo el Sistema de Salud. Esta información se puede obtener de la siguiente manera:

- a. Todos los pacientes reciben el Resumen en Términos Sencillos del Programa de Ayuda Financiera al momento de la inscripción.
- b. El Resumen en Términos Sencillos está disponible a través de los asociados de atención médica de la comunidad.
- c. La política del Programa de Ayuda Financiera, el Resumen en Términos Sencillos y la solicitud se exhiben para su revisión y están disponibles electrónicamente para imprimir y bajar de la página de internet del Hospital Grady Memorial de la siguiente manera:

**Facturación y, o Seguro** - [gradyhealth.org/billing-and-insurance](http://gradyhealth.org/billing-and-insurance)

**Política (incluye resumen)** - [gradyhealth.org/fap/policy](http://gradyhealth.org/fap/policy)

**Solicitud para el Programa de Ayuda Financiera** - [gradyhealth.org/fap/application](http://gradyhealth.org/fap/application)

**Resumen en Términos Sencillos** - [gradyhealth.org/fap/summary](http://gradyhealth.org/fap/summary)

Página de internet de Children's Healthcare of Atlanta como sigue:

**Programa de Ayuda Financiera (*Financial Assistance Program*)** – [choa.org](http://choa.org)

20.2 Si lo solicita, puede conseguir una copia gratuita por escrito de la política del Programa de Ayuda Financiera y del Resumen en Términos Sencillos en los siguientes lugares:

Hospital Grady Memorial  
Oficina de Asesoramiento Financiero  
Departamento de Emergencia

Children's Health of Atlanta at Hughes Spalding  
Oficina de Asesoramiento Financiero  
Departamento de Emergencia

## **21. APROBACIÓN DE LA POLÍTICA PARA SU ADOPCIÓN**

Junta de Directores de Grady –Comité de Finanzas  
Lunes, 12 de marzo de 2018

Junta de Directores de Grady –Comité de Finanzas  
Lunes, 9 de julio de 2018

## **22. FECHAS DE LA POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA:**

**FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:** 4 de febrero de 2009

**FECHAS DE REVISIÓN:** 15 de abril de 2009  
3 de agosto de 2009  
15 de febrero de 2011  
19 de marzo de 2014  
11 de enero de 2016  
11 de noviembre de 2016  
1 de noviembre de 2017  
20 de diciembre de 2017  
1 de marzo de 2018  
23 de abril de 2018  
14 de junio de 2018



Revenue Cycle	Page 1 of 10
Financial Assistance Program	Origination 02/04/2009 Date:
	Last 06/14/2018 Revision Date:

## 1. POLICY STATEMENT

- 1.1. Grady Health System and Children’s Healthcare of Atlanta at Hughes Spalding maintains a Financial Assistance Program (FAP) related to emergency and medically necessary healthcare services provided to eligible individuals. The Program assures that the amount billed to eligible individuals is not more than the amount generally billed to individuals who have insurance covering such services.
- 1.2. Grady Health System and Children’s Healthcare of Atlanta at Hughes Spalding (CHOA) does not discriminate in the provision of emergency or medically necessary care on ability to pay or source of payment.
- 1.3. Grady Health System and Children’s Healthcare of Atlanta (CHOA) at Hughes Spalding complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Grady does not exclude individuals or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

## 2. FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM

### 2.1. Who is eligible?

Residents of Fulton and DeKalb Counties with incomes less than 400% of the Federal Poverty Level (FPL) are eligible for financial assistance.

2.2. Residents of other counties are eligible for financial assistance for emergency services, related inpatient admissions and related post-discharge care.

2.3. All Medicaid eligible individuals.

### 2.4. Who is not eligible?

A resident living outside of Fulton and DeKalb Counties receiving care that is not associated with an Emergency Admission.

## 3. AUTOMATED FINANCIAL ASSISTANCE

3.1. At the time of registration (during address verification), every patient is electronically assessed for a Federal Poverty Level ranking through (presumptive) automated third-party software.

3.2. If the automated system determines a FPL level between 0 and 400%, the FPL value is returned and placed in the “FPL%” field on the patient’s account. The patient is then auto-qualified for the corresponding discount level.

- 3.3. If the automated system determines a FPL level greater than 400%, “999” is placed in the “FPL%” field on the patient’s account to indicate the patient is over-income for FAP.
- 3.4. If the automated system is unable to determine a FPL level (no SSN, insufficient data, date/determination mismatch), and no value is returned leaving the “FPL%” field blank, the patient may request that the automated process be repeated or may apply for financial assistance using the manual process.
- 3.5. At the time of billing, the automated financial assistance determination will repeat for any patient with no entry in the FPL field.

#### **4. REQUESTING A GREATER DISCOUNT LEVEL**

- 4.1. Patients who qualify for automated/presumptive financial assistance with a discount below the greatest discount level will receive a notice on Statement One (1). This notice indicates that the patient did not qualify for the highest discount level and advising how to apply for a greater discount level.
- 4.2. The patient may request that the automated process be repeated or may apply for financial assistance using the manual process.

#### **5. MANUAL FINANCIAL ASSISTANCE POLICY DETERMINATION**

- 5.1. During the Application Period, a patient may apply for financial assistance at any time using the manual process.

**Application Period:** Individuals may apply for financial assistance prior to healthcare being provided and up to the 240<sup>th</sup> day after the first billing statement is provided. During this “Application Period”, the patient or the patient’s representative may apply for financial assistance.

- 5.2. A patient may obtain the Financial Assistance Program Application and renewal information as follows:

**Grady**

- a. Financial Counseling Office, Clinic Registration at Grady Memorial Hospital, a Neighborhood Health Center, or the Infectious Disease Center at Ponce.
- b. Request an application by calling 404.616.6920.
- c. Request an application by mail at the following address:

**Grady Memorial Hospital**  
**80 Jesse Hill Jr. Dr. SE**  
**PO Box 26071**  
**Atlanta, Georgia 30303**  
***Attn: Financial Assistance Program***

- d. Download the Financial Assistance Program Application from Grady’s website as follows:

[gradyhealth.org/fap/application](http://gradyhealth.org/fap/application)

**CHOA**

- e. Financial Counseling Office
- f. Request an application by calling 404.785.5589
- g. Request an application by mail at the following address:

**Children's Healthcare of Atlanta at Hughes Spalding**  
**35 Jesse Hill Jr. Dr. SE**  
**Atlanta, Georgia 30303**  
*Attn: Financial Assistance Program*

h. Download the Financial Assistance Program Application from Grady's website as follows:

gradyhealth.org/fap/application

Download the Financial Assistance Program Application from Children's Healthcare of Atlanta at Hughes Spalding's website as follows:

<https://www.choa.org/~media/files/Childrens/patients/fap-application-grady-choa-2018.pdf?la=en>

### 5.3. **How to apply:**

Complete, sign and submit the Financial Assistance Program Application and required documents as outlined in this policy to determine eligibility for financial assistance.

### 5.4. **What is required?**

When applying for financial assistance, individuals must provide the following documents:

- a. **Proof of Identity:** Provide the original or certified copies of acceptable identification and documentation to verify proof of identity, which includes, but is not limited to the following:
  1. Driver's License (Georgia), State of Georgia ID Card, Any Consular, Credit Card with Picture or School Picture ID
  2. Visa or Resident Alien Card or other immigration documents issued by the U.S. Government
- b. **Proof of Residency:** One to three of the following showing your **current** street address is required to prove residency for at least 30 days from the application date (a PO Box address and junk mail does not demonstrate residency):
  1. One to three utility bills such as power bill, gas bill, water bill and/or telephone bill
  2. Lease Contract
  3. Rent Receipt (showing current address)
  4. Food Stamps Letter
  5. Current Issued Voter's Registration Card
  6. Other business documents that verify your place of residency, such as, credit card statements, IRS, Medicaid letters, student letter from school, cable bill, cell telephone bills, bank statement, mortgage statement, check stubs showing your address, etc.
- c. **Proof of income:** Provide all proof documents that apply:
  1. One to three current paycheck stubs (patient and spouse)
  2. Social Security Administration Letter Current Year
  3. Unemployment Claim, Department of Labor Wage Inquiry, if applicable or recent bank statements, if patient is living off savings
  4. A letter from employer on company letterhead stating the rate of hourly pay, the total amount paid each pay period and how often the employee is paid
  5. Any decision letters indicating the patient is receiving unemployment compensation, Medicaid, Social Security disability, General Assistance, workers compensation or retirement plan

6. Food Stamps Letter and paycheck stubs (if applicable)
7. Verification of homelessness or a letter from a shelter on company letterhead
8. Other business documents showing how the patient is being supported
9. Last year's tax return statement

d. **Proof of number of dependents:** One of the following is required as proof of the number of dependents:

Page 4 of 10

1. Previous year's Income Tax Return (most recent)
2. Any decision letters indicating that the patient has legal responsibility for the child, such as, court ordered guardianship papers or custody papers
3. Birth Certificate for each child age 18 and younger

#### **5.5. WHERE TO RETURN COMPLETED APPLICATIONS AND REQUIRED DOCUMENTS:**

A patient may deliver the completed Financial Assistance Program Application and required documents to one of the following locations, mail the application and documents or email the application and documents:

##### **Grady**

- a. Financial Counseling Department
- b. Mail to:

**Grady Memorial Hospital**  
**80 Jesse Hill Jr. Dr. SE**  
**PO Box 26071**  
**Atlanta, Georgia 30303**  
**Attn: Financial Assistance Program**  
c. Email: fapappdocFNC@gmh.edu

##### **CHOA**

- d. Financial Counseling Department
- e. Mail to:

**Children's Healthcare of Atlanta at Hughes Spalding**  
**35 Jesse Hill Jr. Dr. SE**  
**Atlanta, Georgia 30303**  
**Attn: Financial Assistance Program**

#### **5.6. AVAILABLE HELP TO COMPLETE AND/OR SUBMIT THE APPLICATION**

Grady and CHOA at Hughes Spalding will provide help to individuals with obtaining, completing, and/or submitting the Financial Assistance Program Application by contacting the address above or by presenting to a Financial Counseling Office.

For telephone assistance regarding the Financial Assistance Program, please contact the Grady's Financial Counseling Department at 404.616.6920 or 404.616.6923, or CHOA's Financial Counseling Department at 404.785.5589.

#### **6. NOTIFICATION FOR MANUAL FINANCIAL ASSISTANCE ELIGIBILITY APPROVAL**

6.1. Under the manual process, written notification for financial assistance eligibility is provided to patients. If eligibility cannot be determined due to missing information and/or documents, the individual will receive a written document indicating required information and/or documents.

#### **7. FINANCIAL ASSISTANCE ELIGIBILITY**

7.1. Eligibility for financial assistance is based on county of residence, family size, gross income and the Federal Poverty Level.

7.2. If a patient has potential payment resources such as, commercial insurance or third party liability, the individual must exhaust these payment sources prior to utilizing Grady's Financial Assistance Program.

Page 5 of 10

7.3. If the patient meets criteria for any Federal or State Assistance Program, e.g., Medicaid, Medicare, Cancer State Aid, Georgia Crime Victims Compensation Program, etc., for some or all of the costs for healthcare services, the individual is expected to apply for such

programs prior to utilizing Grady's Financial Assistance Program. Grady and CHOA at Hughes Spalding will assist patients when applying for such programs.

#### **8. FINANCIAL ASSISTANCE DOES NOT COVER THE FOLLOWING:**

- a. Cosmetic/Plastic Elective Surgery
- b. Elective Services
- c. Fetal Anomalies
- d. International Patients - - Care provided to an out-of-country patient with a Visitor Visa
- e. Accounts with unresolved third party coverage or third party liability coverage

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

#### **9. MEDICARE PATIENTS WHO QUALIFY FOR MEDICAID OR OTHER THIRD PARTY PAYER COVERAGE**

9.1. Patients who have Medicare as a primary payer and Medicaid as a secondary payer will have responsibility for the Medicaid copayment only.

9.2. Patients with Medicare coverage as a primary and other third party payer coverage as a secondary will have responsibility for the third party payer copayment or the financial assistance copayment whichever is the lesser amount.

#### **10. FINANCIAL ASSISTANCE DISCOUNT 1. Charity FAP Discounts**

2. Uninsured Discounts

#### **11. FINANCIAL ASSISTANCE PATIENT ACCOUNT CATEGORIES**

The "determination type" and "discount level" are contained on the patient's account as follows:

Automated Charity Determination

A-Fulton (Fulton County Resident)

A-DeKalb (DeKalb County Resident)

A-Other (Eligible residents living outside of Fulton and DeKalb Counties.)

A-Title X Family Planning

Manual Determination

Approved-Fulton (Fulton County Resident)

Approved-DeKalb (DeKalb County Resident)

Approved-Other (Eligible residents living outside of Fulton and DeKalb Counties.)

Approved-Homeless Fulton

Approved-Homeless DeKalb

Approved-Ryan White

Approved-Title X Family Planning

Approved-Children's Healthcare of Atlanta at Hughes Spalding

#### **12. INCOME GUIDELINES USED TO DETERMINE ELIGIBILITY FOR FINANCIAL ASSISTANCE & SUBSEQUENT CHARITY CARE DISCOUNTS**

##### **12.1. Discount Levels with Copayments:**



**Tier 1:** Patients with Annual Gross Family Incomes up to 250% of the current Federal Poverty Income Level will be eligible for discounts assuming they meet criteria for financial assistance.

Page 6 of 10

**Tier 2:** Patients with Annual Gross Family Incomes 251% to 400% of the Federal Poverty Income Level will be eligible for discounts assuming they meet criteria for financial assistance.

## 12.2. Homeless Level without Copayment:

Homelessness – U.S. Department of Housing and Urban Development (HUD)

### **Definition of Homeless:**

The term “homeless, homeless individual or homeless person” includes:

- a. An individual who lacks a fixed, regular, and adequate nighttime residence; and
- b. An individual who has primary nighttime residence that is:
  1. A supervised publicly or privately operated shelter designed to provide temporary living accommodations (including welfare hotels, congregate shelters, car, and transitional housing for the mentally ill);
  2. An institution that provides a temporary residence for individuals intended to be institutionalized; or
  3. A public or private place not designed for, or ordinarily used as, a regular sleeping accommodation for human beings.

**Reference:** Federal Register

Homeless Emergency Assistance and Rapid Transition to Housing: Defining “Homeless”

**Agency:** Housing and Urban Development Department

[federalregister.gov/documents/2011/12/05/2011-30942/homeless-emergency-assistance-and-rapid-transition-to-housing-defining-homeless](http://federalregister.gov/documents/2011/12/05/2011-30942/homeless-emergency-assistance-and-rapid-transition-to-housing-defining-homeless)

## 13. Who participates?

All of the following physician groups and advance practice providers comply with the Financial Assistance Program policy:

1. Grady
2. Emory School of Medicine
3. Morehouse School of Medicine
4. Grady EMS
5. Children’s Healthcare of Atlanta at Hughes Spalding

Patients may receive a separate bill from each of these providers.

### **Who does not participate?**

When delivering medically necessary care, all of the above physician groups and advance practice providers adhere to this policy. There are no non-participating providers.

All medically necessary care is covered under the Financial Assistance Program. The exceptions are outlined under guideline #8.

## 14. AMOUNT GENERALLY BILLED (AGB)

Financial assistance discounts reduce outstanding balances to nominal copayments ensuring balances are less than the Amount Generally Billed (AGB).

To comply with Section 501(r), the Financial Assistance Program assures that patients pay less than the Amount Generally Billed to insured patients for emergency and medically necessary care.

Page 7 of 10

“Medicare plus insurance paid” look-back-methodology is used to calculate AGB. The AGB will be updated at least every three years.

### **Children’s Healthcare of Atlanta at Hughes Spalding**

Basis for Determining Amounts Charged to Patients

“Amounts charged for emergency and medically necessary hospital-based medical services to patients eligible for Financial Assistance will not be more than the amounts generally billed to individuals with insurance covering such services.”

To comply with Section 501(r), the Financial Assistance Program assures that patients pay less than the Amount Generally Billed to insured patients for emergency and medically necessary care.

#### **AGB Calculation Request**

To request a copy of the AGB calculation free of charge, individuals may submit in writing to one of the following addresses:

#### **Grady Memorial Hospital**

**80 Jesse Hill Jr. Dr. SE**

**PO Box 26071**

**Atlanta, Georgia 30303**

***Attn: Amount Generally Billed Inquiry - Financial Assistance Program***

#### **Children’s Healthcare of Atlanta at Hughes Spalding**

**35 Jesse Hill Jr. Dr. SE**

**Atlanta, Georgia 30303**

***Attn: Amount Generally Billed Inquiry - Financial Assistance Program***

### **15. EXTRAORDINARY COLLECTION ACTIONS (ECA)**

An ECA is an action taken by Grady against an individual related to obtaining payment of a bill for care, service or treatment. This may include:

Reporting adverse information about an individual to consumer credit reporting agencies or credit bureaus (collectively, credit agencies).

#### **Children’s Healthcare of Atlanta at Hughes Spalding**

Children’s is governed by the Fair Debt Collection Practices Act. “Children’s does not implore any extraordinary collection action as defined by the IRS”. At no time does Children’s or vendors acting on Children’s behalf, report to any credit bureau (e.g., Equifax, Transunion, Experian) or use legal or judicial processes to collect self-pay debt. This policy applies to all self-pay balances for hospital and professional billing for all Children’s entities. Additionally, Children’s does not “sell” its accounts receivables to outside vendors.

### **16. BILLING NOTIFICATIONS**

The following billing notifications are related to the Financial Assistance Program:

#### **16.1. Plain Language Summary (PLS)**

The Plain Language Summary will appear on the back of all billing statements issued by Grady.

Reference to the PLS will be noted on the first billing statement.

Page 8 of 10

#### **16.2. Notice of Automated Charity**

If a patient qualifies for FAP through the automated/presumptive process and the discount level is less than the highest discount level, a notice will appear on the first patient billing statement:

- advising them of the approval that is less than the highest level
- advising them how to manually apply for a higher discount level

#### **16.3. Patients will receive three (3) billing statements:**

##### **Self-Pay Billing Statement 1 - Day 1**

- 1.** Advising the patient of the account balance due
- 2.** Notice of FAP information on the reverse side of the billing statement
- 3.** The Plain Language Summary appears on the reverse side of the statement
- 4.** Notice of automated charity, if applicable

##### **Self-Pay Billing Statement 2 - Day 15**

- 1.** Statement reminder that the account balance is due
- 2.** Notice of FAP information on the reverse side of the billing statement

3. The Plain Language Summary appears on the reverse side of the statement

**Self-Pay Billing Statement 3 - Day 30**

1. Advising the patient that the account balance is Past Due
2. Advising that balances unpaid at 120 days will be reported to Credit Bureaus (Extraordinary Collection Actions-ECA)

**Self-Pay Day 45**

1. Account Transferred to Early Out Pre-Collection Service (no ECA)

**Self-Pay Day 120**

1. Account Transferred to Bad Debt
2. Account reported to Credit Bureaus (ECA)

**Children’s Healthcare of Atlanta at Hughes Spalding  
Billing and Collection Practices for Patients with Financial Assistance**

Guarantors receive 2 statements and 4 letters. True self-pay accounts/those with financial assistance are not sent to an early out vendor.

The statements cycle is as follows:

- 1<sup>st</sup> statement when the full balance reaches the self-pay liability bucket
- 2<sup>nd</sup> statement at day 30
- 1<sup>st</sup> past due collection letter at day 60
- 2<sup>nd</sup> past due collection letter at day 90
- 3<sup>rd</sup> past due collection letter at day 120
- 4<sup>th</sup> and final collection letter at day 180

Charity/true self-pay accounts are not sent to an early out vendor and are adjusted to “Indigent” on day 180 of the billing cycle.

**17. FINANCIAL ASSISTANCE TIME PERIOD**

17.1. **Application Period:** Individuals may apply for financial assistance prior to healthcare being provided and up to the 240<sup>th</sup> day after the first billing statement is provided.

Page 9 of 10

During this “Application Period”, the patient or the patient’s representative may apply for financial assistance.

17.2. Applications will be accepted and processed even when an account has incurred one or more Extraordinary Collection Actions (ECA) as described in this policy during this period.

If ECAs have been taken against a patient and the patient is later determined to be eligible for financial assistance, as described in this policy, steps will be taken to reverse the ECA even if the actions were appropriate and permissible.

**18. MEDICARE & MEDICAID NON-COVERED SERVICES:**

18.1 **Medicare:** Charges for non-covered services will be written off to charity for a financial assistance eligible Medicare beneficiary.

18.2 **Medicaid:** Charges for non-covered services for a Medicaid recipient will be written off to charity.

**19. RIGHT TO REASSESS FINANCIAL ASSISTANCE ELIGIBILITY CRITERIA AND ELIGIBILITY STATUS**

19.1. In the event of changes in financial circumstances and/or upon receiving new or different eligibility information, Grady reserves the right to reassess an individual’s eligibility.

19.2. Grady may adjust the eligibility criteria for the Financial Assistance Program periodically based upon:

- 1) the Community Health Needs Assessment (CHNA) conducted for the hospital;

2) as necessary to comply with applicable laws, regulations, and/or county agreements.

## **20. THE FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM POLICY (FAP) BROADLY PUBLICIZED**

20.1. The Financial Assistance Program Policy (FAP), Application, and Plain Language Summary and appropriate translations are made available free of charge to the public. Grady will make concerted efforts to promote the Financial Assistance Program through the Plain Language Summary provided to all patients upon registration, on the hospital's website, and through the display of signs throughout the Health System. This information may be obtained as follows:

- a. All patients receive the Financial Assistance Program Plain Language Summary at the time of registration.
- b. The Plain Language Summary is available at community healthcare partners.
- c. The Financial Assistance Program policy, Plain Language Summary, and application are displayed for review and available electronically for printing and downloading from the Grady's website as follows:

**Billing/Insurance** - [gradyhealth.org/billing-and-insurance](http://gradyhealth.org/billing-and-insurance)

**Policy (includes summary)** - [gradyhealth.org/fap/policy](http://gradyhealth.org/fap/policy)

**Financial Assistance Program Application** - [gradyhealth.org/fap/application](http://gradyhealth.org/fap/application) **Plain Summary** - [gradyhealth.org/fap/summary](http://gradyhealth.org/fap/summary)

Children's Healthcare of Atlanta's website as follows:

**Financial Assistance Program** – [choa.org](http://choa.org)

Page 10 of 10

20.2. Upon request, free paper copies of the FAP policy and Plain Language Summary are available from the following:

Grady Memorial Hospital  
Financial Counseling Office  
Emergency Department  
Children's Health of Atlanta at Hughes Spalding  
Financial Counseling Office  
Emergency Department

## **21. POLICY APPROVAL FOR ADOPTION**

Grady Board of Directors – Finance Committee

Monday, March 12, 2018

Grady Board of Directors – Finance Committee

Monday, July 9, 2018

## **22. FINANCIAL ASSISTANCE POLICY Dates:**

**EFFECTIVE DATE:** February 4, 2009

**REVISION DATES:** April 15, 2009

August 3, 2009

February 15, 2011

March 19, 2014,

January 11, 2016

November 11, 2016

November 1, 2017

December 20, 2017

March 1, 2018

April 23, 2018

June 14, 2018