

Título: Asistencia Financiera		Política: <a href="#">PA 7.11.20</a>	
Autor:	Asistencia Financiera Helping Hand Comité	Aplicable A:	Servicios Financieros Para Paciente
Reemplaza:		Publicado por:	Servicios Financieros Para el Paciente
Fecha De Origen:	03/13	Fecha Efectiva:	01/26
Página 1 de 8			

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> CFNI<br>Munster, Indiana                                    | <input checked="" type="checkbox"/> Community Hospital<br>Munster, Indiana | <input checked="" type="checkbox"/> St. Catherine Hospital<br>East Chicago, Indiana | <input checked="" type="checkbox"/> St. Mary Medical Center<br>Hobart, Indiana |
| <input checked="" type="checkbox"/> Powers Health Rehabilitation Center<br>Crown Point, Indiana |  |   |  |

**Propósito de póliza:** Powers Health se compromete a proporcionar caridad a las personas que tienen necesidades médicas y no tienen seguro médico, tienen seguro médico bajo valor, son inelegibles para un programa de gobierno o de lo contrario no pueden pagar, por cuidado médico basado en su situación financiera personal. Consistente con su misión de proveer servicios médicos compasivos, de alta calidad, razonable y para abogar por los que son pobres y marginados, Powers Health se esfuerza por asegurar que la capacidad financiera de las personas que necesitan servicios de salud no los impedirá en buscar o recibir cuidado. Powers Health proveerá sin discriminación, cuidado para condiciones de emergencia a individuos independientemente de su elegibilidad para ayuda financiera o ayuda del gobierno.

Por acorde, esta póliza escrita:

- Incluye los criterios de elegibilidad para ayuda financiera - cuidado gratis y descontado (caridad parcial)
- Describe la base para calcular las cantidades cobradas a pacientes elegibles para asistencia financiera bajo esta póliza
- Describe el método por lo cual los pacientes pueden solicitar asistencia financiera
- Describe cómo el hospital publicita ampliamente la póliza dentro de la comunidad servida por el hospital
- Limita las cantidades que el hospital cobra por cuidado médico de emergencia u otra atención médicamente necesaria para individuos elegibles para la ayuda financiera a la cantidad generalmente facturada (AGB) que el hospital recibe para los pacientes con Medicare. El cálculo de AGB se puede encontrar en el apéndice A.

La caridad no se considera ser un sustituto para la responsabilidad personal. Pacientes deben cooperar con los procedimientos de Powers Health para obtener caridad u otras formas de pago o asistencia financiera y contribuir a los gastos de sus cuidados basados en su capacidad individual para pagar. Los individuos con la capacidad financiera para adquirir seguro médico serán animados a hacerlo, como un medio de garantizar el acceso a servicios de salud, para su salud en general y para la protección de sus bienes individuales. Para poder mantener los recursos responsablemente y para permitir que Powers Health proporcione el nivel adecuado de asistencia al máximo número de personas en necesidad, el Consejo de Administración establece las siguientes reglas para la provisión de la caridad para el paciente.

<b>Título:</b>	<b>Asistencia Financiera</b>	<b>Numero de Póliza:</b>	<a href="#">PA 7.11.20</a>
<b>Publicado Por:</b>	<b>Servicios Financieros Para Paciente</b>	<b>Página 2 de 9</b>	

## II. Definiciones

Con el propósito de esta póliza, las siguientes condiciones se definan como sigue:

**Cuidado de caridad:** Servicios de salud que han sido o serán proveídos donde no se espera entrada de efectivo. Los resultados de la caridad es la póliza de un proveedor a proporcionar servicios de salud gratis o con descuento a las personas que cumplan con los criterios establecidos.

**Familia:** Utilizando la definición de la oficina del censo, un grupo de dos o más personas que residen juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Según normas del servicio de impuestos internos, si el paciente reclama alguien como dependiente en su declaración de impuestos, se puede considerar dependiente para el propósito de la provisión de la asistencia financiera.

**Ingresos Familiar:** Ingresos familiar se determinan usando la definición de la oficina del censo, que utiliza los siguientes ingresos cuando calcula las guías federales de pobreza:

Incluye ganancias antes de impuestos, compensación por desempleo, compensación del trabajador, ingresos del alquiler, ingreso de incapacidad, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobreviviente, pensión o ingresos de jubilación, ingresos del seguro social, intereses, dividendos, alquileres, regalías, herencia de propiedades, inversiones, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención, ayuda de otros medios y otras fuentes diversas;

Beneficios no monetarios (tales como cupones para alimentos y subsidios de vivienda) no cuentan;

Ingresos son determinados antes de impuestos;

No incluye ganancias de capital o pérdidas.

Si una persona vive con una familia, incluye los ingresos de todos los miembros de la familia (personas que no son familia no cuentan).

**Bienes:** Bienes en total más de \$10,000 descalifican al paciente para la caridad. Las excepciones pueden solicitar en situaciones médicas catastróficas. Cuentas de jubilación como 401K y IRA no se consideran bienes líquidos.

**No asegurado:** El paciente no tiene seguro o ningún otro medio de asistencia para ayudar a cumplir sus obligaciones de pago.

**No totalmente asegurado:** El paciente tiene algún tipo de seguro o otros medios de asistencia, pero todavía tiene gastos en efectivo que superan su capacidad financiera.

**Cargos brutos:** Cargos totales establecidos por la organización para la provisión de servicios de atención al paciente antes de deducciones de los ingresos.

**Condiciones médicas de emergencia:** Definido en la sección del artículo 1867 de la ley de Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd).

<b>Título:</b>	<b>Asistencia Financiera</b>	<b>Numero de Póliza:</b>	<a href="#">PA 7.11.20</a>
<b>Publicado Por:</b>	<b>Servicios Financieros Para Paciente</b>		<b>Página 3 de 9</b>

**Medicamento necesarios:** Definido por Medicare e incluye servicios o elementos razonables y necesarios para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión.

**Servicios no-cubiertos:** Estos servicios son considerados excluidos de la cobertura de Medicaid, Medicare, u otros seguros u programas de atención a indigentes. Servicios no-cubiertos pueden ser diferente bajo las pólizas de cobertura médica de cada pagador. Esto incluye beneficios agotados.

**Aplicación:** El proceso para aplicar bajo esta póliza incluye (a) completando la solicitud del programa Helping Hand Asistencia Financiera de Powers Health en persona, en línea, o por teléfono con un consejero financiero o (b) enviando la solicitud completada a Powers Health. Consejeros financieros están disponibles en las oficinas financieras de pacientes en cada hospital y en el edificio de Patient Financial Services ubicado en el 541 Otis Bowen Drive Munster, IN. Información puede ser obtenida de la oficina de Patient Financial Services a los siguientes números (219) 934-8888 o (800) 210-9776.

**Documentos necesarios para la consideración de la aplicación:**

- Más reciente declaración de impuestos federales con el apoyo de horarios y W-2. Declaración debe ser firmada.
- Talonarios de los últimos 30 días.
- Declaración de las cuentas bancarias más recientes. Incluye todas las páginas.
- Comprobante de los bienes en su solicitud
- Si empleado por si mismo, la más reciente declaración de pérdidas y ganancias de negocios trimestral.
- Comprobante de ingresos no salariales (es decir, desempleo, manutención infantil, pensión alimenticia, inversiones, pensión, intereses).
- Prueba de la información del seguro, si corresponde
- Si no trabaja, una carta que muestra los medios de apoyo firmada por persona apoyándole.
- Carta de comprobante para las estampillas de comida.
- Si usted solicitó la asistencia del estado o gobierno, carta de evidencia de la aprobación o negación.
- Prueba de separación legal.

Powers Health puede usar todos o una parte de los documentos de arriba para aprobar la elegibilidad para atención caritativa.

## **II. Procedimientos**

**A. Servicios elegibles bajo esta póliza.** Para los propósitos de esta póliza, "caridad" o "asistencia financiera" se refiere a servicios de salud proveídos por Powers Health sin cargos o con descuento para pacientes que califican. Los siguientes servicios de salud son elegibles para la caridad:

1. Servicios de emergencia proveído en una sala de emergencia;
2. Servicios para un estado que, si no es tratado de inmediato, daría lugar a una alteración en el estado de salud de un individuo;
3. Servicios opcionales proporcionados en respuesta a circunstancias peligrosas para la salud en un ambiente no urgente;
4. Servicios médicamente necesarios serán evaluados caso por caso a la discreción de Powers Health.

<b>Título:</b>	<b>Asistencia Financiera</b>	<b>Numero de Póliza:</b>	<a href="#">PA 7.11.20</a>
<b>Publicado Por:</b>	<b>Servicios Financieros Para Paciente</b>	<b>Página 4 de 9</b>	

**B. Elegibilidad para Caridad.** Elegibilidad para la caridad será considerada para individuos sin seguro, con seguro que no cubre totalmente, inelegible para programas de beneficios de salud del gobierno, Medicaid, Medicare, u servicios no cubiertos por otros seguros y que son incapaces de pagar por su cuidado, basado en la determinación de la necesidad financiera de acuerdo con esta póliza. La concesión de caridad deberá basarse en una determinación individualizada de necesidad financiera y no tomará en cuenta la edad, género, raza, estatus social o inmigrante, orientación sexual o afiliación religiosa

Cantidades elegibles para caridad pueden incluir:

- Cargos no cubiertos
- Descuentos no cubiertos (Consulte la póliza de descuento de pago por cuenta propia por separado)
- Cargos para pacientes con cobertura de una entidad que no tiene una relación contractual con Powers Health
- Montos de coaseguro, deducible y copago relacionados con los pacientes asegurados
- Cargos para pacientes asegurados con servicios no cubiertos
- Cargos para pacientes asegurados que han agotado sus beneficios
- Cargos para pacientes que han excedido la duración de la estadía para Medicaid u otros programas de atención a indigentes

**C. Método de que los pacientes pueden aplicar para el cuidado de caridad.**

1. Asistencia financiera se determinará en acuerdo con los procedimientos que implican una evaluación individual de la necesidad económica; puede

Incluir un proceso de aplicación, en la que el garante (personal responsable) del paciente o el paciente están obligados a cooperar y suministrar información personal, financiera y otro información y documentación pertinente para hacer una determinación de la necesidad económica;

Incluir el uso de fuentes externas de datos públicamente disponibles que proporcionan información sobre la capacidad del garante (persona responsable) de un paciente o del paciente para pagar (por ejemplo de puntuación de crédito);

Incluir esfuerzos razonables por Powers Health a explorar fuentes alternativas adecuadas de pago y cobertura de los programas públicos y privados de pago y para ayudar a los pacientes a solicitar este tipo de programas;

2. Es preferido, pero no es necesario que una solicitud de caridad y una determinación de financiera necesita ocurrir antes de la devolución de servicios médico no de emergencia. La necesidad de asistencia financiera será re-evaluado cada vez subsecuente de servicios si la última evaluación financiera se completó más de un año previo, o en cualquier momento información adicional relevante para la elegibilidad del paciente de la caridad se convierte en conocido.
3. Los valores de dignidad humana y de corresponsabilidad de Powers Health se reflejará en el proceso de solicitud, determinación de necesidad financiera y otorgamiento de la caridad. Las solicitudes de caridad serán procesadas inmediatamente y Powers Health notificará al solicitante o al paciente por escrito dentro de 30 días de la entrega de la solicitud.
4. Una paciente buscando asistencia financiera basado en ingresos en cualquier momento en el proceso de programación o facturación puede completar la solicitud de asistencia financiera y se le pedirá proporcionar información sobre le ingreso familiar anual para el período de 30 días inmediatamente anteriores a la fecha de revisión de elegibilidad. Servicios de verificación de ingresos de otros medios pueden utilizarse como

<b>Título:</b>	<b>Asistencia Financiera</b>	<b>Numero de Póliza:</b>	<b>PA 7.11.20</b>
<b>Publicado Por:</b>	<b>Servicios Financieros Para Paciente</b>	<b>Página 5 de 9</b>	

evidencia de ingresos anual de la familia. La aplicación de asistencia financiera se puede encontrar en nuestros departamentos de emergencia y las áreas de admisiones, en la parte posterior de su estado de cuenta de Powers Health, o de un consejero financiero en nuestras instalaciones o en línea en [Billing & Insurance](#) | [Financial Assistance Program](#) | [Powers Health](#) o llamando a la oficina de Servicios Financieros del Paciente al (219) 934-8888 o llamada gratis al (800) 210-9776.

**D. Elegibilidad de Presunta Asistencia Financiera.** Se presume que los siguientes individuos son elegibles para la asistencia financiera de 100% relacionado a su responsabilidad como paciente (incluyendo servicios no-cubiertos), sin aplicación requerida. Si se utiliza alguno de los elementos enumerados a continuación para determinar el descuento de asistencia financiera, la documentación será retenida en nuestros archivos para usos de auditoría. La elegibilidad para caridad puede ser determinada por los documentos de caridad dependiendo del hospital.

- Powers Health utiliza bases de datos de verificación de tercera parte en la determinación de cantidades de ingresos de estimación de cuidado de caridad y las posibles cantidades de descuento. Este modelo predictivo incorpora datos de registros públicos para calcular un puntaje de capacidad socioeconómica y financiera que incluye estimaciones de ingresos, bienes y liquidez. La tecnología electrónica está diseñada para evaluar a cada paciente con las mismas normas y está calibrada con las aprobaciones históricas de asistencia financiera bajo el proceso de solicitud tradicional. El hospital utiliza esta información para evaluar si un paciente es presuntamente elegible para recibir asistencia financiera.
- Certificado de defunción y/u bienes raíces mostrando no bienes
- Pacientes/garantes de quienes han recibido notificación de bancarrota.
- Elegibilidad para pacientes indigentes para otros programas de asistencia en estados o locales
- Desamparo
- Pacientes encarcelados (el personal del hospital debe intentar verificar el encarcelamiento) pueden considerarse presuntamente elegibles, pero solo si sus costos médicos no están cubiertos por entidad gubernamental que los encarcela (ejemplo, el gobierno federal, el estado, o el condado responsable por el cuidado)
- Pacientes elegibles para Medicaid que hayan agotado los beneficios o estén recibiendo servicios no cubiertos
- Pacientes con Medicaid u otro programa para indigentes por el estado o local en los seis meses anteriores o posteriores a los datos del servicio bajo revisión
- Pacientes como cobertura limitada de Medicaid incluyendo la sala de emergencias o solo el embarazo
- Cargos no están cubiertos bajo Medicaid por parte de la responsabilidad del paciente
- Medicaid fuera del estado donde el hospital no está configurado actualmente como proveedor de facturas y el gasto de inscribir el hospital no es económico
- Médicos remitentes sin credenciales con Medicaid de Indiana, Medicaid de otro estado o Medicare
- Pacientes referidos de organizaciones de Community que tiene acuerdos con los hospitales individuales para proveer servicios específicos a pacientes identificados sin cargo para el paciente (ejemplo, clínicas gratuitas de Community)
- Elegibilidad de cupones para comida
- Elegibilidad para el programa de subsidio para almuerzos en la escuela
- Familiares o amigos que han proveído información para establecer la incapacidad de pago del paciente. Factores adicionales pueden ser revisados antes de dar fe de la indigencia del paciente.
- Elegibilidad para viviendas de bajos ingresos/subsidiadas
- Información de otras fuentes externas que respaldan la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera.
- Saldos el hospital no esta autorizado a facturar al paciente debido a ley de no sorpresa
- Medicamentos autoadministrados de Medicare excluidos por ley
- Pacientes que tienen hijos(as) en el paquete C de Medicaid

<b>Título:</b>	<b>Asistencia Financiera</b>	<b>Numero de Póliza:</b>	<a href="#">PA 7.11.20</a>
<b>Publicado Por:</b>	<b>Servicios Financieros Para Paciente</b>	<b>Página 6 de 9</b>	

**E. Requisitos y las cantidades cargadas a los pacientes.** Servicios elegibles bajo esta póliza estarán disponibles al paciente en una escala de tarifa, según la necesidad económica, según lo determinado en referencia a los niveles de pobreza Federal (FPL) en efecto en el momento de la determinación. Una determinación de cuidado de caridad será efectiva por un período de hasta 90 días incluyendo servicios subsecuentes de emergencia o médicamente necesarios a partir de la fecha da la solicitud fue aprobada y créditos pendientes todos a menos que un pago ha sido aplicado en la cuenta. Un cambio en la situación financiera o la adición de elegibilidad de tercero pagador puede alterar el período de aprobación y requiere reviso adicional. Si Powers Health ha recibido pagos durante el período de aplicación Powers Health le reembolsará los pagos exceso a menos que la cantidad es menos de cinco dólares (\$ 5.00). Una vez que un paciente ha sido determinado por el Powers Health para ser elegible para asistencia financiera, el paciente no recibirá cualquier futura factura basado en cargos brutos sin descuentos. La base para las cantidades que Powers Health le cobrará a los pacientes que califican para asistencia financiera son las siguientes:

Pacientes cuyo ingreso familiar es o por debajo de 400% del FPL son elegibles para recibir asistencia gratuita;

Pacientes cuyo ingreso familiar supera el 400% de FPL pueden ser elegibles para recibir descuentos en una base de caso por caso basado en sus circunstancias específicas, tales como enfermedad catastrófica o indigencia médica, a la discreción de Powers Health; sin embargo, las tarifas con descuento no deberán ser superiores a las cantidades generalmente facturada de (AGB) que es hospital recibe para los pacientes con Medicare.

Consulte el Apéndice B para la escala móvil benéfica.

**F. Comunicación del programa de caridad a los pacientes y la comunidad.** Notificación de caridad disponible que incluirá un número de contacto, deberá difundirse por Powers Health por diversos medios, que pueden incluir, pero no se limitan a, la publicación de avisos en letras del paciente y la publicación de avisos en salas de emergencia, en la forma de las condiciones de admisión en centros de atención inmediata, los departamentos de admisión y registro, oficinas de negocios de hospital y oficina de servicios financieros para el paciente y se encuentran en los recintos de instalaciones, y en otros lugares públicos que Powers Health puede elegir. Powers Health también deberá publicar y dar a conocer un resumen de esta póliza de cuidado de caridad en los sitios web de instalación, en los folletos disponibles en sitios de acceso de los pacientes y en otros lugares dentro que Powers Health puede elegir. Esos avisos e información de resumen deben suministrarse en los idiomas principales hablados por la población atendida por el Powers Health. Referencia de pacientes para la caridad puede hacerse por cualquier miembro del personal del Powers Health o personal médico, incluyendo médicos, enfermeras, asesores financieros, trabajadores sociales, administradores de casos, capellanes y religiosas patrocinadores. Puede hacer una solicitud para la caridad por el paciente o un familiar, amigo cercano y asociado del paciente, sujeto a las leyes de privacidad aplicables.

**G. Relación con las pólizas de colección.** Los gerentes de Powers Health deberán desarrollar pólizas y procedimientos para prácticas de colección internos y externos (incluyendo las acciones que el hospital puede tomar en caso de falta de pago, incluyendo acción de colecciones e informes a agencias de crédito) que toma en cuenta la medida en que el paciente califica para la caridad, esfuerzo de buena fe del paciente para aplicar por un programa del gobierno o de la caridad del Powers Health y el esfuerzo de buena fe del paciente para cumplir con sus acuerdos de pago con Powers Health. Para pacientes que califican para la caridad y que están cooperando en buena fe para resolver sus cuentas de hospital con descuento, Powers Health puede ofrecer planes de pago extendidos, no enviará facturas sin pagar a agencias de cobro externas y dejará todos los esfuerzos de colección. Powers Health no impondrá acciones de colecciones extraordinarias como los embargos de salario; derecho de retención de

<b>Título:</b>	<b>Asistencia Financiera</b>	<b>Numero de Póliza:</b>	<a href="#">PA 7.11.20</a>
<b>Publicado Por:</b>	<b>Servicios Financieros Para Paciente</b>	<b>Página 7 de 9</b>	

residencias primarias, o otras acciones legales para cualquier paciente sin primeros hacer esfuerzos razonables para determinar si ese paciente es elegible para el cuidado de caridad bajo esta póliza de asistencia financiera. Esfuerzos razonables incluirán:

1. Reconocer que el paciente debe las facturas y que todas las fuentes de terceros pagos han sido identificados y facturados por el hospital;
2. Documentación que Powers Health tiene o ha intentado ofrecer al paciente la oportunidad de aplicar para el cuidado de caridad en virtud de esta póliza y que el paciente no ha cumplido con los requisitos de aplicación del hospital;
3. Documentación que el paciente se le ha ofrecido un plan de pago, pero no ha cumplido los términos de dicho plan.

Vea el sitio web de Powers Health para la lista de proveedores que siguen nuestra póliza.

**H. Determinación de la elegibilidad para ayuda financiera antes de la acción por falta de pago.**

Facturación y esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de ayuda financiera. Powers Health busca determinar si un paciente es elegible para asistencia bajo esta póliza antes o en el momento de admisión o de servicio. Si un paciente no se ha determinado elegible para asistencia financiera antes del rendimiento de servicios, Powers Health le cobrará para el cuidado. Si el paciente es asegurado, Powers Health le mandará la facture a su aseguradora por los gastos incurridos. Tras el pago final de la aseguradora del paciente, cualquier responsabilidad de pacientes restantes se facturarán directamente al paciente. Si el paciente está sin seguro, Powers Health le factura al paciente directamente por los gastos incurridos. Los pacientes recibirán una serie de estados de cuenta hasta cuatro en un período de 120 días, comienza después de que el paciente ha sido dado de alta.

**I. Solicitudes incompletas.** Paciente será notificado de la información que falta de la aplicación de asistencia financiera y dado una oportunidad razonable para suministrar. Si la información necesitada no es otorgada, Powers Health cerrará la aplicación y notificará al paciente, por carta que la aplicación se ha cerrado hasta que se suministra la información solicitada.

**J. Requisitos regulatorios.** En la aplicación de esta póliza, Powers Health deberá cumplir con todas las leyes, reglas, y regulaciones federales, estatales y locales que se aplican a las actividades realizadas conforme a esta póliza.

<b>Título:</b>	<b>Asistencia Financiera</b>	<b>Numero de Póliza:</b>	<a href="#">PA 7.11.20</a>
<b>Publicado Por:</b>	<b>Servicios Financieros Para Paciente</b>	<b>Página 8 de 9</b>	

## Apéndice A

### Póliza de asistencia financiera de Powers Health

#### Base para calcular montos facturados a los pacientes

Powers Health utiliza el método de “mirada retrospectiva” para determinar los “montos generalmente facturados” (Amounts Generally Billed, AGB) a los individuos que tienen seguro con cobertura para Emergencias u otros Servicios de Atención Médica Necesarios. El AGB es calculado anualmente y es basado en el reembolso promedio anual recibido de todas las aseguradoras de salud comerciales y privadas que pagan reclamaciones a Powers Health y Medicare cobro por servicio (fee-per-service), todo en acuerdo con IRS Reg. Sec. 1.501(r)-5(b)(3), 1.501(r)-5(b)(3)(ii)(B) y 1.501(r)-5(b)(3)(iii). El porcentaje de AGB aplicable a partir del 7/1/2023 en cada una de nuestras instalaciones es 24% resultando en un descuento del 76% aplicado a los gastos brutos. Powers Health comenzara aplicando los porcentajes a los 120 días después del final del periodo de 12 meses utilizado en calcular el porcentaje de AGB.

El porcentaje se calculó con todas las reclamaciones permitidas por Medicare tanto para los pacientes internados como para pacientes ambulatorios que tienen fechas de alta hospitalaria desde 01 de julio de 2023 al 30 de junio de 2024. El total de pagos esperados de las reclamaciones permitidas se dividió por el total de cargos facturados por tales reclamaciones.

El AGB se calculó usando el enfoque de Medicare para cada una de las instalaciones de Powers Health. Hemos seleccionado para la solicitud la tasa de la instalación más favorable a los pacientes para todas nuestras instalaciones en el 2025.



Titulo:	Asistencia Financiera	Numero de Póliza:	PA 7.11.20
Publicado Por:	Servicios Financieros Para Paciente		Página 9 de 9

## Apéndice B

**Powers Health**  
**Matriz de Descuento Para el Programa Helping Hand**  
**Escala móvil**  
**Basado en las guías federales de pobreza para el 2026**

**Fecha de vigencia: 01.01.2026**

**\*Porcentaje de las guías federales de pobreza:**

2026 Federal Poverty Guidelines			
Household size		Up to 400%	Over 400%
1	15,650	62,600	62,601
2	21,150	84,600	84,601
3	26,650	106,600	106,601
4	32,150	128,600	128,601
5	37,650	150,600	150,601
6	43,150	172,600	172,601
7	48,650	194,600	194,601
8	54,150	216,600	216,601
9	59,650	238,600	238,601
10	65,150	260,600	260,601
11	70,650	282,600	282,601