

经济援助政策

目的

本政策（“政策”或“FAP”）的目的是描述斯坦福医院（“医院”）的经济援助计划（“计划”）。该计划已被采用，以确保对所有财务援助请求进行一致和公平的评估和处理，以支持医院的使命，即提供范围广泛的高质量健康和保健服务，专注于我们社区的需求。

政策和申请的通知和传播

社区将被通知并提供访问本政策的权限如下：

1. [在急诊室登记时提供的摘要](#)。在急诊室登记后，所有患者都会收到一份本政策的经济援助简明语言摘要（“摘要”），其也可应要求提供。摘要提供有关患者如何获得完整的政策、FAP 申请表（“申请”）以及有关该计划的其他信息。摘要还应放置在医院内不同地点的公共展示区，至少包括急诊科和入院科以及候诊室。
2. [向社区传播](#)。医院将以旨在覆盖最有可能需要医院经济援助的人士的方式将政策和计划通知社区（例如，通过将摘要的副本分发给医院的附属诊所）。如上所述，医院将在其网站上提供政策、申请和摘要。此类文件也应根据要求通过邮件免费提供。
3. [账单通知](#)。医院应包括附有账单的插页，其中还应包含显眼的通知，告知接受者根据该计划可以获得经济援助。此类通知包括医院患者业务服务部的电话号码（将提供有关计划和 FAP 申请流程的信息），以及直接网站地址（或 URL）可以取得政策、申请和摘要副本。

范围和适用性

1. 谁有资格获得经济援助（“合格个人”）？

为了有资格参与该计划，个人必须同时满足以下两个条件：

- A. 个人必须未投保或投保不足，并且 没有资格 参加联邦或州计划或通过“平价医疗法案”提供的合格健康计划（“**保险标准**”）¹；以及
- B. 据个人的家庭规模（“**收入标准**”），其家庭年总收入不得超过当前美国卫生与公共服务部联邦贫困指南（“**FPG**”）的 400%。

符合保险标准和收入标准的个人在此称为“合格个人”。

2. 符合条件的个人可以根据该计划获得哪些经济援助服务？

- A. **合格服务**。经济援助可用于帮助符合条件的个人减轻紧急和医疗必要服务（“**符合条件的服务**”）的经济负担。根据该计划，美容、实验和便利服务不被视为紧急或医学上必需的，因此并非合格服务。医院将非歧视地向个人提供紧急医疗状况的护理，无论他们是否符合条件。医院不会采取阻止个人寻求紧急医疗护理的行动。

合格提供者。本计划为医院和医院内某些其他合格服务提供者向合格个人提供合格服务提供经济援助。可在医院网站 <http://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/>（“**查看提供者**”）上找到本政策涵盖和未涵盖的提供者列表。这些清单将定期审查和修订。

¹ 为清楚起见，有资格获得任何形式的保险但不申请或不会申请的个人并非本政策下的合格个人，但前提是符合康涅狄格州公共法案 03-266，任何未投保人（如该法案所定义），不符合资格但收入（不考虑可用资产）低于 **FPG 的 250%** 的个人将不会被收取超过医院为患者提供服务的成本。

申請流程

除非本政策末尾另有规定，否则只有在提交完整的申请并附有所需文件后才能确定任何经济援助的资格和金额。

1. **申请请求。**可以随时提出经济援助请求。这意味着个人可以在接受服务之前、期间或之后提出请求，包括在针对个人的收款机构行动开始之后。最初的经济援助请求可以以书面形式或通过电话提出。在提出经济援助请求时，个人应被告知本政策并发送申请和摘要的副本。如果个人英语能力有限或不会英语，这些文件将以医院服务社区中英语能力有限的每个重要人群使用的每种语言提供。

2. **申请书的内容。**申请书要求以下的信息：

A. 以确定申请人：

请求日期

名称

地址

电话号码

提出请求者（如果患者是未成年人，则家长或监护人）

出生日期

社会安全号码*

*如果可提供

B. 以验证申请人是合格个人：

最新可用的一个月期间的工资单

失业补偿证明

任何联邦或州福利的证明

银行账户或投资报表

经过公证的自我证明作为收入证明

3. **完成申请书。**申请可由符合条件的个人或其法定监护人完成。申请可由符合条件的个人或其法定监护人完成。如果您对填写申请书有任何疑问或需要帮助，请通过以下电话号码和地址联系医院的患者业务服务部。

4. **提交申请书。**申请必须通过以下电话号码和地址提交给患者业务服务部的财务援助助理。

5. **与经济援助助理进行约谈。**在完成申请时或完成并提交申请后，申请人必须

通过以下电话号码与患者业务服务部进行电话筛查或亲自筛查，以进行筛查预约。在完成申请时或完成并提交申请后，申请人必须通过以下电话号码与患者业务服务部进行电话筛查或亲自筛查，以进行筛查约谈。在筛选时，将为每位申请人分配一名财务援助助理，负责处理申请。

6. **如果申请书不完整。**如果医院收到不完整的申请，应在收到后三十(30)天内，通过普通邮件以书面形式将该事实通知申请人，并将其发送至医院为申请人存档的地址。通知应具体说明所需的缺失信息。申请人应至少有三十(30)天的时间来提交缺失的信息，或者可以致电患者业务服务部与指定的财务助理助理讨论任何缺失的信息。

确定经济援助的资格和金额

医院在审核申请时将遵循下列程序。决定将逐案处理，并按照规定处理：

1. **资格。**医院将根据申请的内容确定个人是否符合上述保险标准和收入标准，因此是合格个人。
2. **经济援助金额。**假设申请人被确定为合格个人（有资格获得经济援助），医院将确定要提供的援助金额。
 - A. **确定符合条件的个人义务的滑动量表。**首先，医院应在申请经济援助之前确定合格个人将负责的金额。这被称为“合格个人义务”，如下所示：
 - i. 对于未投保的合格个人，合格个人义务是账户总费用。
 - ii. 对于保险不足的合格个人，合格个人义务是合格个人的任何免赔额、共付额和共同保险义务的总和。
 - B. **确定符合条件的个人义务的折扣。**为符合条件的个人义务提供的折扣将根据以下滑动比例确定；所示折扣将适用于符合条件的个人义务，具体取决于收入水平：

FPG 的 250% 和以下	100% 折扣
FPG 的 251% 至 FPG 的 300%	90% 折扣
FPG 的 301% 至 FPG 的 350%	80% 折扣
FPG 的 351% 至 FPG 的 399%	70% 折扣
FPG 的 400%	60% 折扣

C. **收费金额限制-任何符合条件的个人都不会被收取超过一般收费金额（“AGB”）的费用。**无论以上确定的折扣水平如何，在任何情况下，合格个人的收费都不会超过合格服务的一般计费金额（“AGB”）。医院使用基于商业健康和老人医疗保险（Medicare）费率的“回顾法”每年计算其 AGB。向合格个人收取的净额将通过 (i) 计算向患者提供的服务的总费用，以及 (ii) 应用上述适当的折扣来确定。包含当前 AGB 计算的文件可在医院网站 <https://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/> 上获取，并可通过邮件免费取得。您也可以发送电子邮件至 CustomerServiceR@stamhealth.org、致电 (203) 276-7572 联络电客户服务部、传真至 (203) 276-7093 或亲自前往：患者业务服务，康涅狄格州华盛顿大道 (One Hospital Plaza, Stamford, CT 06902) 向我们的客户服务部要求一份当前的 AGB 计算。AGB 计算适用于在医院服务的社区中英语水平有限的每个重要人群使用的每种语言。

3. **决定通知/拒绝上诉。**医院应在收到完整申请后三十 (30) 天内确定资格和经济援助水平（如有）。如果个人表示他或她更愿意以电子方式接收通知和通信，则医院根据本政策发出的所有书面通知或通信可以通过电子邮件或其他形式的电子通信提供。

A. **批准通知。**在审核完成的申请并决定提供经济援助后，医院应向符合条件的个人或其法定监护人发送或给予经济援助批准函，以及说明以下信息的 FAP ID 卡：

确定日期

患者名字

患者的医疗记录编号

有效日期

适当指定人员的资格认定（批准/拒绝）

批准的折扣金额

B. **拒绝通知。**在审查完成的申请并作出决定拒绝经济援助后，医院将向申请人或其法定监护人发送或给予拒绝经济援助信函，说明拒绝的原因。

医院将随完成的申请一起提交通知副本（拒绝或批准）。

4. **上诉流程。**患者可以对拒绝经济援助或提供的经济援助水平提出上诉。患者可以通过致电、发送电子邮件或写信给其指定的财务援助助理，或在患者业务服务部进行面对面约谈来发起上诉。如果患者提出上诉，患者业务服务部工作人员将重新审查该个人的文件，包括任何新提交的材料，并将再次记录其批准或拒绝，并根据本节在提交上诉的三十(30)天内通知患者。

一旦获得最终批准

1. **经济援助的期限。**符合条件的个人应保持如此确定的援助水平的资格（无需采取任何进一步行动），自初步确定之日起一(1)年，或上诉完成后的确定之日，如果提出了上诉。

尽管有上述规定：

- A. **情况的负面变化。**如果情况发生变化，符合条件的个人认为需要额外的经济援助，符合条件的个人可以在一(1)年内再次申请经济援助，并可能根据政策获得额外的经济援助，如果适用。
 - B. **情况的积极变化。**预计如果接受经济援助的合格个人情况发生重大变化（例如从无保险状态变为有保险状态）；符合条件的个人将通过下面列出的电话号码通知患者业务服务部，以便作出日后的考虑。这种情况的积极变化不会用于减少任何已经授予的经济援助。为清楚起见，符合条件的个人无需报告情况的微小变化，而必须仅报告那些会明显影响未来经济援助决定的变化。
2. **提供虚假或误导性信息。**如果医院获悉经济援助申请人在申请过程中提供了重大虚假或误导性信息，医院可能会在审查申请或继续获得经济援助的资格时考虑这些信息。
 3. **付款计划。**允许使用付款计划来支付符合条件的个人债务。此类计划的最长期限应为 1 年，前提是可以逐案评估例外情况。付款计划不收取利息。
 4. **第三方慈善计划。**如果符合条件的个人通过公认的第三方慈善外展计划转介到医院，该计划提供与上述不同的条款和条件，则医院可以参与此类计划，并且本政策将被视为必要的修改。

催款活动

所有医院收款活动都在计费 and 收款政策中进行了描述和解释。计费 and 收款政策也可在 医院网站 <https://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/> 上获取，并可通过邮件免费获取。如果个人的英语能力有限或不会英语，这些文件将以 医院服务社区中英语能力有限的每个重要人群使用的每种语言提供。

报告和合规

医院将向康涅狄格州提交有关该计划的必要报告。

经授权的医院员工对计划决定进行定期审查，以确保遵守本政策和计费 and 收款政策。

联络信息

如需有关经济援助计划的更多信息或申请经济援助申请，请按以下地址和电话号码联系患者业务服务部，与经济援助助理交谈。如果要求，将提供医院所服务社区中英语水平有限的每个重要人群所说的每种语言的外语翻译。

患者业务服务部

斯坦福医院患者业务服务部
康涅狄格州斯坦福华盛顿大道 One Hospital Plaza, Stamford, CT 06902

电话：(203) 276-7572

传真：(203) 276-7093

电邮地址：CustomerServiceR@stamhealth.org