

## ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

### ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της παρούσας Πολιτικής (η «**Πολιτική**», ή «**ΠΟΒ**») είναι η περιγραφή του Οικονομικού Προγράμματος Βοήθειας (το «**Πρόγραμμα**») του Νοσοκομείου Στάμφορντ (το «**Νοσοκομείο**»). Το Πρόγραμμα υιοθετήθηκε προκειμένου να διασφαλίσει την δίκαιη και συνεπή αξιολόγηση και διεκπεραίωση όλων των αιτημάτων για οικονομική βοήθεια υποστηρίζοντας την αποστολή του Νοσοκομείου, η οποία είναι μεταξύ άλλων η παροχή μιας ευρείας γκάμας και υψηλών απαιτήσεων υπηρεσιών υγείας και ευζωίας προσανατολισμένες στις ανάγκες της κοινότητάς μας

### ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ

Η κοινότητα θα ενημερωθεί και θα έχει πρόσβαση στην παρούσα Πολιτική ως ακολούθως:

1. [Συνοπτική Παρουσίαση η οποία δίνεται μετά την Εισαγωγή στα Επείγοντα Περιστατικά.](#) Με την εισαγωγή στα Επείγοντα Περιστατικά, δίδεται σε όλους τους ασθενείς αντίγραφο της Συνοπτικής Περιγραφής της Πολιτικής Οικονομικής Βοήθειας σε Απλή Γλώσσα (η «**Συνοπτική Περιγραφή**»), η οποία θα είναι επίσης διαθέσιμη και για όσους τη ζητήσουν. Η Συνοπτική Περιγραφή παρέχει στους ασθενείς πληροφορίες για τον τρόπο που μπορούν να προμηθευτούν την πλήρη Πολιτική, ένα έντυπο αίτησης ΠΟΒ (η «**Αίτηση**») και επιπλέον πληροφορίες για το Πρόγραμμα. Η Συνοπτική Περιγραφή θα βρίσκεται και σε κοινόχρηστους χώρους σε διάφορα σημεία του Νοσοκομείου, συμπεριλαμβανομένων, τουλάχιστον στα Επείγοντα Περιστατικά, στα Τμήματα Υποδοχής και στις αίθουσες αναμονής.
2. [Διάδοση στην Κοινότητα.](#) Το Νοσοκομείο θα ενημερώσει την κοινότητα σχετικά με την Πολιτική και το Πρόγραμμα με τρόπο ο οποίος θα εξυπηρετεί τη διάδοση σε εκείνους που έχουν τη μεγαλύτερη πιθανότητα να χρήζουν οικονομικής βοήθειας από το Νοσοκομείο (π.χ. μοιράζοντας αντίγραφα της Συνοπτικής Περιγραφής σε συνεργαζόμενες κλινικές του Νοσοκομείου). Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, το Νοσοκομείο θα αναρτήσει στην ιστοσελίδα του την Πολιτική, την Αίτηση και την Συνοπτική Περιγραφή. Τα εν λόγω έγγραφα θα αποστέλλονται δωρεάν εφόσον ζητηθεί.
3. [Σημείωση στους Αναλυτικούς Λογαριασμούς.](#) Το Νοσοκομείο θα περιλαμβάνει στους αναλυτικούς λογαριασμούς φυλλάδια τα οποία θα ενημερώνουν τους

παραλήπτες για τη διαθεσιμότητα της οικονομικής βοήθειας σύμφωνα με το Πρόγραμμα. Το φυλλάδιο αυτό θα περιλαμβάνει το τηλέφωνο του Τμήματος Οικονομικών Υποθέσεων των Ασθενών του Νοσοκομείου (το οποίο θα δίνει πληροφορίες σχετικά με το Πρόγραμμα και την διαδικασία αίτησης για το ΠΟΒ), καθώς και την απευθείας διεύθυνση του ιστότοπου (ή το URL) όπου μπορούν οι ασθενείς να προμηθεύονται αντίγραφα της Πολιτικής, της Αίτησης και της Συνοπτικής Περιγραφής.

## ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ

### 1. Ποιος Δικαιούται Οικονομική Βοήθεια («Δικαιούχοι Ιδιώτες»);

Για να δικαιούται να συμμετέχει στο Πρόγραμμα, ένας ιδιώτης πρέπει να πληροί και τα δύο από τα παρακάτω κριτήρια:

- A. Το πρόσωπο θα πρέπει να είναι ανασφάλιστο ή μη επαρκώς ασφαλισμένο και να μην δικαιούται ένταξης σε Ομοσπονδιακό ή Πολιτειακό πρόγραμμα ή πιστοποιημένο πλάνο υγείας το οποίο είναι διαθέσιμο μέσω του Νόμου περί Προσιτής Φροντίδας (τα «**Κριτήρια Ασφάλισης**»)<sup>1</sup>, και
- B. Το πρόσωπο θα πρέπει να έχει ένα ακαθάριστο οικογενειακό εισόδημα που δεν υπερβαίνει το 400% των τελευταίων Ομοσπονδιακών Οδηγιών Φτώχειας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών των ΗΠΑ («**ΟΟΦ**») που αφορούν στον αριθμό των μελών της οικογενείας του («**Κριτήρια Εισοδήματος**»).

Τα πρόσωπα που πληρούν τα Κριτήρια Ασφάλισης και τα Κριτήρια Εισοδήματος θα αναφέρονται στο παρόν ως «Δικαιούχοι Ιδιώτες».

### 2. Ποιες είναι οι Υπηρεσίες για τις οποίες μπορούν οι Δικαιούχοι Ιδιώτες να λαμβάνουν Οικονομική Βοήθεια σύμφωνα με το Πρόγραμμα;

- A. **Επιλέξιμες Υπηρεσίες.** Η οικονομική βοήθεια έχει σαν σκοπό να μειώσει το οικονομικό βάρος των επειγόντων και ιατρικώς απαραίτητων υπηρεσιών που βαρύνουν τους Δικαιούχους Ιδιώτες («**Επιλέξιμες Υπηρεσίες**»). Οι αισθητικές, πειραματικές και οι υπηρεσίες διευκόλυνσης δεν θεωρούνται

---

<sup>1</sup> Για λόγους σαφήνειας, τα πρόσωπα που δικαιούνται οποιουδήποτε είδους ασφάλεια αλλά δεν κάνουν ούτε προτίθενται να κάνουν αίτηση δεν αποτελούν Δικαιούχους Ιδιώτες σύμφωνα με την παρούσα Πολιτική, υπό την προϋπόθεση, ωστόσο, ότι σύμφωνα με τον Νόμο 03-266 του Κονέκτικατ, οποιαδήποτε Ανασφάλιστα Πρόσωπα (όπως καθορίζονται από τον Νόμο), που δεν αποτελούν Δικαιούχους Ιδιώτες αλλά έχουν εισόδημα (ανεξαρτήτως διαθέσιμων περιουσιακών στοιχείων) κάτω από το 250% των ΟΟΦ δεν θα χρεώνονται περισσότερο από το κόστος του Νοσοκομείου που προκύπτει από την παροχή υπηρεσιών προς τον ασθενή.

επείγουσες ή ιατρικώς απαραίτητες και δεν αποτελούν ως εκ τούτου Επιλέξιμες Υπηρεσίες. Το Νοσοκομείο θα παρέχει, χωρίς διάκριση, φροντίδα σε επείγουσες ιατρικές περιπτώσεις σε όλους ανεξαρτήτως εάν είναι Δικαιούχοι Ιδιώτες ή όχι. Το Νοσοκομείο δεν θα εμπλακεί σε ενέργειες που αποθαρρύνουν τους ασθενείς να αναζητήσουν επείγουσα ιατρική φροντίδα.

**Συμμετέχοντες Παρόχοι.** Το Πρόγραμμα παρέχει οικονομική βοήθεια για την παροχή Επιλεγμένων Υπηρεσιών σε Δικαιούχους Ιδιώτες μέσω του Νοσοκομείου και μέσω άλλων παρόχων των Επιλεγμένων Υπηρεσιών στο Νοσοκομείο. Οι κατάλογοι με τους εν λόγω παρόχους που συμμετέχουν και που δεν συμμετέχουν στην παρούσα Πολιτική βρίσκονται αναρτημένοι στην ιστοσελίδα του Νοσοκομείου, <http://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/> (“**Βλέπε Παρόχους**”). Οι εν λόγω κατάλογοι θα ενημερώνονται και θα διορθώνονται περιοδικά.

## Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ

Εξαιρουμένων των περιπτώσεων που αναφέρονται στο τέλος της παρούσας Πολιτικής, η διαδικασία για τη λήψη απόφασης για το εάν ένας ιδιώτης είναι δικαιούχος καθώς και το ποσόν που ενδεχομένως δικαιούται από την οικονομική βοήθεια θα πραγματοποιείται μόνον κατόπιν υποβολής μιας πλήρως συμπληρωμένης Αίτησης η οποία θα συνοδεύεται από τα απαιτούμενα δικαιολογητικά.

1. *Πότε ζητείται η Αίτηση.* Το αίτημα για οικονομική βοήθεια δύναται να γίνει οποιαδήποτε στιγμή. Γεγονός που σημαίνει πως ένας ιδιώτης έχει τη δυνατότητα να προβεί σε αίτημα πριν, κατά τη διάρκεια ή μετά τις υπηρεσίες που έλαβε, ακόμη κι εφόσον έχουν ξεκινήσει οι οχλήσεις κατά του ιδιώτη από κάποιο γραφείο είσπραξης οφειλών. Τα αρχικά αιτήματα για οικονομική βοήθεια δύναται να γίνουν γραπτώς ή μέσω τηλεφώνου. Μετά το αίτημα για οικονομική βοήθεια, ο ιδιώτης θα ενημερωθεί για την παρούσα Πολιτική και θα του σταλεί αντίγραφο της Αίτησης και της Συνοπτικής Περιγραφής. Σε περίπτωση που ο ιδιώτης δεν μιλά επαρκώς την αγγλική γλώσσα ή και καθόλου, τα εν λόγω έγγραφα θα του δοθούν σε κάθε γλώσσα που ομιλείται από σημαντικό αριθμό πληθυσμού με περιορισμένη γνώση της αγγλικής στην κοινότητα που εξυπηρετείται από το Νοσοκομείο.

2. *Περιεχόμενα της Αίτησης.* Η αίτηση ζητά τα ακόλουθα στοιχεία:

### A. Τα στοιχεία του αιτούντος:

Ημερομηνία Αιτήματος

Όνομα

Διεύθυνση

Τηλέφωνο

Αιτείται από (γονέα ή κηδεμόνα εάν ο ασθενής είναι ανήλικος)

Ημερομηνία γέννησης

ΑΜΚΑ\*

\*Εφόσον υπάρχει

## **B. Για την εξακρίβωση του εάν ο αιτών είναι Δικαιούχος Ιδιώτης:**

Αποδεικτικό μισθοδοσίας από την πλέον πρόσφατη διαθέσιμη μηνιαία περίοδο  
Αποδεικτικό επιδόματος ανεργίας  
Αποδεικτικό για οποιοδήποτε Ομοσπονδιακό ή Πολιτειακό επίδομα  
Τραπεζικός λογαριασμός ή αποδεικτικά επενδύσεων  
Επικυρωμένη Βεβαίωση από τον ίδιο ως αποδεικτικό εισοδήματος

3. *Συμπλήρωση της Αίτησης.* Μια Αίτηση μπορεί να συμπληρωθεί από έναν Δικαιούχο Ιδιώτη ή τον/την νόμιμο/η κηδεμόνα του. Εάν έχετε κάποιες σχετικές ερωτήσεις ή χρειάζεστε βοήθεια για να συμπληρώσετε την Αίτηση, παρακαλείσθε όπως επικοινωνήσετε με το Τμήμα Οικονομικών Υποθέσεων των Ασθενών του Νοσοκομείου στο τηλέφωνο και στην διεύθυνση που αναφέρεται παρακάτω στο παρόν.
4. *Υποβολή της Αίτησης.* Η Αίτηση πρέπει να υποβληθεί στον Αρμόδιο Οικονομικής Βοήθειας στο Τμήμα Οικονομικών Υποθέσεων Ασθενών στο τηλέφωνο και στη διεύθυνση που αναφέρεται παρακάτω στο παρόν.
5. *Ραντεβού με τον Αρμόδιο Οικονομικής Βοήθειας.* Είτε κατά την συμπλήρωση είτε κατά την ολοκλήρωση και υποβολή της Αίτησης, ο/η αιτών/ούσα θα πρέπει να κανονίσει ένα ραντεβού, είτε τηλεφωνικώς είτε δια ζώσης, για τον έλεγχο της Αίτησης, με το Τμήμα Οικονομικών Υποθέσεων Ασθενών στο τηλέφωνο που αναφέρεται παρακάτω στο παρόν για ραντεβού ελέγχου της Αίτησης. Κατά τη διαδικασία του εν λόγω ελέγχου θα ανατεθεί η υπόθεση κάθε αιτούντος σε κάποιον Αρμόδιο Οικονομικής Βοήθειας ο οποίος θα είναι υπεύθυνος για τη διεκπεραίωση της Αίτησης.
6. *Εάν η Αίτηση δεν έχει συμπληρωθεί επαρκώς.* Σε περίπτωση που το Νοσοκομείο παραλάβει μια Αίτηση που δεν έχει συμπληρωθεί πλήρως, θα ειδοποιήσει τον αιτούντα εντός τριάντα (30) ημερών από την παραλαβή αυτής, γραπτώς με ταχυδρομείο, στη διεύθυνση του αιτούντα που έχει το Νοσοκομείο στα αρχεία του. Στην ειδοποίηση θα διευκρινίζονται τα στοιχεία που λείπουν από την Αίτηση. Θα δίνονται τριάντα (30) επιπλέον ημέρες στον αιτούντα προκειμένου να προσκομίσει τα στοιχεία που λείπουν ή μπορεί να επικοινωνήσει τηλεφωνικώς με τις Οικονομικές Υποθέσεις Ασθενών για να συζητήσει με τον Αρμόδιο Οικονομικής Βοήθειας για τα στοιχεία που λείπουν.

## ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΟΣΟΥ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

Το Νοσοκομείο θα ακολουθήσει τις διαδικασίες που αναφέρονται παρακάτω στην παρούσα κατά την διεκπεραίωση της Αίτησης. Ο καθορισμός δικαιώματος και ποσού θα πραγματοποιείται ξεχωριστά για κάθε Αίτηση και θα πραγματοποιείται σύμφωνα με τα ακόλουθα:

1. *Δικαιούχοι.* Το Νοσοκομείο θα καθορίσει εάν ο ιδιώτης πληροί τα Κριτήρια Ασφάλισης και τα Κριτήρια Εισοδήματος όπως αυτά περιγράφονται παραπάνω, κι ως εκ τούτου κρίνεται πως είναι Δικαιούχος Ιδιώτης, βάσει των στοιχείων που περιλαμβάνονται στην Αίτηση.
2. *Ποσό Οικονομικής Βοήθειας.* Εφόσον κριθεί πως ο αιτών πληροί τις προϋποθέσεις και αποτελεί Δικαιούχο Ιδιώτη (δικαιούται να λάβει οικονομική βοήθεια), το Νοσοκομείο θα καθορίσει στη συνέχεια το ποσόν της βοήθειας που θα του δοθεί.

**A. Φθίνουσα Κλίμακα για τον Καθορισμό της Υποχρέωσης του Δικαιούχου Ιδιώτη.** Πρώτα το Νοσοκομείο θα καθορίσει το ποσό για το οποίο ο Δικαιούχος Ιδιώτης θα είναι υπεύθυνος πριν λάβει την οικονομική βοήθεια. Η εν λόγω υποχρέωση θα αναφέρεται εφεξής ως «**Υποχρέωση Δικαιούχου Ιδιώτη**» σύμφωνα με τα παρακάτω:

- i. Για ανασφάλιστους Δικαιούχους Ιδιώτες, η Υποχρέωση Δικαιούχου Ιδιώτη είναι οι μεικτές χρεώσεις του Νοσοκομείου.
- ii. Για Δικαιούχους Ιδιώτες με μη επαρκή ασφάλιση, η Υποχρέωση Δικαιούχου Ιδιώτη είναι το σύνολο οποιασδήποτε εκπίπτουσας υποχρέωσης, υποχρέωσης από αμοιβαία πληρωμή και αμοιβαία ασφάλιση του Δικαιούχου Ιδιώτη.

**B. Καθορισμός Έκπτωσης στην Υποχρέωση Δικαιούχου Ιδιώτη.** Η έκπτωση που θα γίνεται στην Υποχρέωση Δικαιούχου Ιδιώτη θα καθορίζεται σύμφωνα με την ακόλουθη φθίνουσα κλίμακα. Οι εκπτώσεις που αναφέρονται θα εφαρμόζονται στην Υποχρέωση Δικαιούχου Ιδιώτη ανάλογα με το ύψος του εισοδήματος:

250% του ΟΟΦ και κάτω	100% έκπτωση
251% του ΟΟΦ έως 300% του ΟΟΦ	90% έκπτωση
301% του ΟΟΦ έως 350% του ΟΟΦ	80% έκπτωση
351% του ΟΟΦ έως 399% του ΟΟΦ	70% έκπτωση
400% του ΟΟΦ	60% έκπτωση

**Γ. Όριο στα Ποσά που θα Χρεώνονται – Κανένας Δικαιούχος Ιδιώτης δεν θα Χρεώνεται περισσότερο από τα Συνήθη Τιμολογούμενα Ποσά («ΣΤΠ»).** Ανεξαρτήτως του ποσού της έκπτωσης που καθορίζεται παραπάνω, σε καμία περίπτωση δεν θα χρεώνεται ένας Δικαιούχος Ιδιώτης περισσότερο από τα Συνήθη Τιμολογούμενα Ποσά (ΣΤΠ) για Επιλέξιμες Υπηρεσίες. Το Νοσοκομείο υπολογίζει τα ΣΤΠ του σε ετήσια βάση με την «Μέθοδο της Αναδρομικότητας» βάσει των τιμών που χρεώνουν η εμπορική ασφάλιση υγείας και η Μέντικεαρ [Medicare]. Το καθαρό ποσόν που θα τιμολογηθεί σε έναν Δικαιούχο Ιδιώτη θα καθοριστεί από (i) τον υπολογισμό των ακαθάριστων χρεώσεων για υπηρεσίες που έλαβε ο ασθενής, και (ii) εφαρμόζοντας την ανάλογη έκπτωση όπως αναφέρεται παραπάνω. Στην ιστοσελίδα του Νοσοκομείου βρίσκονται αναρτημένοι οι τρέχοντες ΣΤΠ υπολογισμοί στην διεύθυνση <https://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/> οι οποίοι διατίθενται ταχυδρομικώς δωρεάν. Μπορείτε επίσης να ζητήσετε ένα αντίγραφο των πρόσφατων υπολογισμών ΣΤΠ στέλνοντας μήνυμα μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στο Τμήμα Εξυπηρέτησης Πελατών στο [CustomerServiceR@stamhealth.org](mailto:CustomerServiceR@stamhealth.org), ή καλώντας την Εξυπηρέτηση Πελατών στο +(203) 276-7572, μέσω φαξ στο +(203) 276-7093 ή δια ζώσης στις Οικονομικές Υπηρεσίες Ασθενών, [One Hospital Plaza, Stamford CT, 06902]. Ο υπολογισμός ΣΤΠ είναι διαθέσιμος σε κάθε γλώσσα η οποία χρησιμοποιείται από ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού με περιορισμένες γνώσεις Αγγλικών στην κοινότητα που εξυπηρετείται από το Νοσοκομείο μας.

3. *Ειδοποίηση Καθορισμού/Καταγγελία της Απόρριψης.* Ο καθορισμός του δικαιώματος από το Νοσοκομείο καθώς και το ποσόν της οικονομικής βοήθειας, εφόσον ισχύει, θα πραγματοποιείται εντός τριάντα (30) ημερών από την υποβολή της πλήρους συμπληρωμένης Αίτησης. Όλες οι έγγραφες ειδοποιήσεις ή επικοινωνίες από το Νοσοκομείο σύμφωνα με την παρούσα Πολιτική δύναται να πραγματοποιούνται μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή άλλες μορφές ηλεκτρονικής επικοινωνίας σε περίπτωση που ο ενδιαφερόμενος έχει δηλώσει πως προτιμά να λαμβάνει ειδοποιήσεις και επικοινωνίες ηλεκτρονικώς.

**A. Ειδοποίηση Έγκρισης.** Μετά τον έλεγχο της πλήρως συμπληρωμένης Αίτησης και μετά την έκδοση της απόφασης σχετικά με την παροχή οικονομικής βοήθειας, το Νοσοκομείο θα στείλει ή θα δώσει στον Δικαιούχο Ιδιώτη ή στον νόμιμο κηδεμόνα αυτού/ής μια Επιστολή Έγκρισης Οικονομικής Βοήθειας καθώς και μια ταυτότητα ΠΟΒ με τα ακόλουθα στοιχεία:

Ημερομηνία απόφασης

Όνομα ασθενή

Αριθμός ιατρικού μητρώου ασθενή

Ημερομηνία Ισχύος

Καθορισμός Δικαιώματος (Έγκριση/Απόρριψη) από κατάλληλο αντιπρόσωπο

## Ποσό έκπτωσης που εγκρίθηκε

**B. Ειδοποίηση Απόρριψης.** Μετά την διεκπεραίωση της πλήρως συμπληρωμένης Αίτησης και εφόσον αποφασισθεί η απόρριψη οικονομικής βοήθειας, το Νοσοκομείο θα στείλει ή θα δώσει στον αιτούντα ή στον νόμιμο κηδεμόνα αυτού μια Επιστολή Απόρριψης Οικονομικής Βοήθειας στην οποία θα αναφέρεται ο λόγος απόρριψης.

Το Νοσοκομείο θα συμπληρώσει στο αρχείο αντίγραφα των ειδοποιήσεων (Απόρριψη ή Έγκριση) μαζί με την συμπληρωμένη Αίτηση.

- 4. Διαδικασία Προσβολής Απόφασης.** Οι ασθενείς έχουν δικαίωμα προσβολής της απορριπτικής απόφασης περί οικονομικής βοήθειας ή σχετικά με το ύψος της οικονομικής βοήθειας που τους προσφέρεται. Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να προβούν σε προσβολή τηλεφωνικά, μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή γραπτώς απευθυνόμενοι στον Αρμόδιο Οικονομικής Βοήθειας που τους έχει ανατεθεί, ή κλείνοντας ραντεβού προκειμένου να παραβρεθούν δια ζώσης στο Τμήμα Οικονομικών Υποθέσεων Ασθενών. Σε περίπτωση που ο ασθενής προσβάλει την απόφαση, το προσωπικό του Τμήματος Οικονομικών Υποθέσεων Ασθενών θα επανεξετάσει τα δικαιολογητικά του ενδιαφερόμενου, συμπεριλαμβανομένων οποιωνδήποτε νέων δικαιολογητικών και θα προχωρήσει εκ νέου στην λήψη απόφασης σχετικά με την έγκριση ή την απόρριψη και θα ενημερώσει τον ασθενή σύμφωνα με όσα προβλέπονται στην παράγραφο αυτή, εντός τριάντα (30) ημερών από την υποβολή της προσβολής.

## ΟΤΑΝ ΕΧΕΙ ΕΚΔΟΘΕΙ Η ΤΕΛΙΚΗ ΕΓΚΡΙΣΗ

- 1. Διάρκεια της Οικονομικής Βοήθειας.** Οι Δικαιούχοι Ιδιώτες παραμένουν δικαιούχοι (χωρίς να απαιτείται καμία περαιτέρω ενέργεια εκ μέρους τους) με το επίπεδο της βοήθειας που καθορίστηκε, για ένα (1) χρόνο από την ημερομηνία της αρχικής απόφασης ή την ημερομηνία της απόφασης κατόπιν προσβολής της απόφασης εάν ισχύει.

Οι ακόλουθες περιπτώσεις εξαιρούνται:

- A. Επιδείνωση των Συνθηκών.** Σε περίπτωση αλλαγής των συνθηκών εξαιτίας της οποίας ο Δικαιούχος Ιδιώτης πιστεύει ότι χρειάζεται επιπλέον οικονομική βοήθεια, ο Δικαιούχος Ιδιώτης έχει το δικαίωμα να κάνει αίτηση πάλι για οικονομική βοήθεια κατά τη διάρκεια της περιόδου του ενός (1) αυτού χρόνου και δύναται να λάβει επιπρόσθετη οικονομική βοήθεια σύμφωνα με την Πολιτική, εφόσον ισχύει.

**B. Βελτίωση των Συνθηκών.** Σε περίπτωση που οι συνθήκες κάποιου Δικαιούχου Ιδιώτη που λαμβάνει οικονομική βοήθεια βελτιωθούν σε σημαντικό βαθμό (π.χ. εάν από ανασφάλιστος είναι πλέον ασφαλισμένος), ο Δικαιούχος Ιδιώτης θα ενημερώσει σχετικά το Τμήμα Οικονομικών Υποθέσεων Ασθενών στο τηλέφωνο που παρέχεται παρακάτω, προκειμένου η αλλαγή αυτή να ληφθεί υπόψη στο μέλλον. Οι εν λόγω θετικές αλλαγές στις συνθήκες δεν θα μειώσουν την οικονομική βοήθεια που έχει εγκριθεί ήδη. Για λόγους σαφήνειας, οι Δικαιούχοι Ιδιώτες δεν χρειάζεται να αναφέρουν μικρής σημασίας αλλαγές στις συνθήκες αλλά καλούνται να αναφέρουν μόνον τις αλλαγές αυτές οι οποίες θα επηρέαζαν σαφώς μια μελλοντική απόφαση οικονομικής βοήθειας στο μέλλον.

2. *Προσκόμιση Ψευδών ή Παραπλανητικών Στοιχείων.* Σε περίπτωση που το Νοσοκομείο ανακαλύψει πως ένας αιτών για οικονομική βοήθεια προσκόμισε ουσιώδη ψευδή ή παραπλανητικά στοιχεία κατά την διαδικασία Αίτησης, τα εν λόγω στοιχεία δύναται να ληφθούν υπόψη από το Νοσοκομείο κατά την επανεξέταση της Αίτησης ή για το εάν θα συνεχίσει να δικαιούται την οικονομική βοήθεια.
3. *Διακανονισμός Οφειλών.* Ο διακανονισμός οφειλών επιτρέπεται για την πληρωμή Υποχρεώσεων Δικαιούχου Ιδιώτη. Οι εν λόγω διακανονισμοί θα έχουν μέγιστη διάρκεια 1 έτος, εξαιρουμένων περιπτώσεων που θα δύναται να αξιολογούνται μία-μία ξεχωριστά. Στους διακανονισμούς δεν θα εφαρμόζεται επιτόκιο.
4. *Φιλανθρωπικά Προγράμματα Τρίτων Προσώπων.* Σε περίπτωση που ένας Δικαιούχος Ιδιώτης προσέλθει στο Νοσοκομείο μέσω αναγνωρισμένου φιλανθρωπικού προγράμματος τρίτου προσώπου το οποίο προσφέρει όρους και προϋποθέσεις που διαφέρουν από τα παραπάνω αναφερόμενα, το Νοσοκομείο δύναται να συμμετέχει στο εν λόγω πρόγραμμα και η παρούσα Πολιτική θα τροποποιηθεί ανάλογα με τις ανάγκες.

## **ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ**

**Όλες οι διαδικασίες είσπραξης του Νοσοκομείου περιγράφονται και εξηγούνται στην Πολιτική Τιμολόγησης και Είσπραξης. Η Πολιτική Τιμολόγησης και Είσπραξης είναι επίσης διαθέσιμη στην ιστοσελίδα του Νοσοκομείου <https://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/> και είναι διαθέσιμη χωρίς χρέωση ταχυδρομικώς. Εάν ο ενδιαφερόμενος δεν μιλά καλά ή δεν μιλά καθόλου Αγγλικά, τα εν λόγω έγγραφα θα δοθούν σε κάθε γλώσσα που χρησιμοποιείται από κάθε σημαντικό σε αριθμό μέρος του πληθυσμού με μειωμένη γνώση της αγγλικής γλώσσας στην κοινότητα που εξυπηρετείται από το νοσοκομείο.**



## **ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΙ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ**

Το Νοσοκομείο θα υποβάλλει τις απαραίτητες εκθέσεις και δηλώσεις στην Πολιτεία του Κονέκτικατ σχετικά με το Πρόγραμμα.

Εξουσιοδοτημένος υπάλληλος του Νοσοκομείου θα πραγματοποιεί περιοδικούς ελέγχους σχετικά με όσα προβλέπονται από το Πρόγραμμα προκειμένου να διασφαλιστεί η συμμόρφωση με την παρούσα Πολιτική και την Πολιτική Τιμολόγησης και Είσπραξης.

## **ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το Πρόγραμμα Οικονομικής Βοήθειας ή για να ζητήσετε μια Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας, επικοινωνήστε με το Τμήμα Οικονομικών Υποθέσεων Ασθενών στη διεύθυνση και στο τηλέφωνο που αναφέρεται παρακάτω προκειμένου να μιλήσετε με κάποιον Αρμόδιο Οικονομικής Βοήθειας. Θα δίνονται μεταφράσεις σε ξένες γλώσσες για κάθε γλώσσα που χρησιμοποιεί κάθε σημαντικό σε αριθμό μέρος του πληθυσμού με περιορισμένη γνώση της αγγλικής γλώσσας στη κοινότητα που εξυπηρετείται από το Νοσοκομείο, εφόσον ζητηθούν.

## **ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Stamford Health  
One Hospital Plaza  
Stamford, Connecticut 06902

Τηλέφωνο: +(203) 276-7572

Φαξ: +(203) 276-7093

Ηλεκτρονική διεύθυνση: [CustomerServiceR@stamhealth.org](mailto:CustomerServiceR@stamhealth.org)