

POLITICA SULL'ASSISTENZA FINANZIARIA

SCOPO

Lo scopo della presente Politica (la “**Politica**”, o “**FAP**”) è di descrivere il Programma di assistenza finanziaria (il “**Programma**”) di The Stamford Hospital (l’“**Ospedale**”). Il Programma è stato adottato per garantire che tutte le richieste di assistenza finanziaria siano prese in esame ed elaborate in modo equo e corrente a supporto della missione dell’Ospedale, ossia di fornire una vasta gamma di servizi sanitari e di benessere di alta qualità incentrati sulle esigenze della nostra comunità.

NOTIFICA E DIVULGAZIONE DELLA POLITICA E APPLICAZIONE

La comunità sarà informata e avrà accesso alla presente Politica come segue:

1. *Sintesi fornita al momento della registrazione presso il Pronto Soccorso.* Al momento della registrazione presso il Pronto Soccorso, a tutti i pazienti è offerta una copia della Sintesi in linguaggio chiaro del Piano di assistenza finanziario della Politica (la “**Sintesi**”), la quale sarà resa disponibile anche su richiesta. La Sintesi fornisce informazioni su come i pazienti possono ottenere la Politica completa, un modulo di domanda FAP (la “**Domanda**”) e informazioni aggiuntive sul Programma. Inoltre, la Sintesi sarà esposta pubblicamente in vari punti dell’Ospedale, tra cui, per lo meno, il Pronto Soccorso, il Reparto Ammissioni e le sale di attesa.
2. *Divulgazione alla comunità.* L’Ospedale informerà la comunità in merito alla Politica e al Programma, secondo la modalità atta a raggiungere coloro che hanno più probabilità di necessitare di assistenza finanziaria da parte dell’Ospedale (ad es., distribuendo copie della Sintesi alle cliniche affiliate con l’Ospedale). Come indicato in precedenza, l’Ospedale renderà la Politica, la Domanda e la Sintesi disponibili sul proprio sito Web . Inoltre, tali documenti saranno forniti gratuitamente per posta, su richiesta.
3. *Avviso sulle dichiarazioni di fatturazione.* L’Ospedale includerà inserti nelle dichiarazioni di fatturazione, le quali conterranno anche un avviso dettagliato atto a informare i destinatari in merito alla disponibilità di assistenza finanziaria ai sensi del Programma. Tale avviso comprenderà il numero di telefono del Dipartimento Patient Business Services dell’Ospedale (che fornirà informazioni sul Programma e sul processo di domanda FAP), e l’indirizzo (o URL) del sito Web diretto, in cui è possibile ottenere copie della Politica, della Domanda e della Sintesi.

AMBITO DI APPLICAZIONE E APPLICABILITÀ

1. *Chi ha diritto ad assistenza finanziaria (“Persone aventi diritto”)?*

Per avere diritto a prendere parte al Programma, una persona deve soddisfare entrambi i seguenti criteri:

- A. Non deve essere assicurato o deve essere sotto-assicurato, e non avente diritto a un programma o piano sanitario qualificato federale o statale ai sensi dell'Affordable Care Act (i “**Criteri assicurativi**”) ¹; e
- B. La persona deve avere un reddito familiare annuale lordo non superiore al 400% delle Linee guida sulle soglie di povertà federali (Federal Poverty Guidelines, “**FPG**”) del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti valide per il suo nucleo familiare (i “**Criteri sul reddito**”).

Le persone che soddisfano i Criteri assicurativi e sul reddito saranno ivi definite “Persone aventi diritto”.

2. *Quali sono i Servizi per cui le Persone aventi diritto possono ricevere assistenza finanziaria ai sensi del Programma?*

- A. **Servizi aventi diritto.** È disponibile assistenza finanziaria al fine di ridurre gli oneri finanziari sulle Persone aventi diritto in merito ai servizi di emergenza o clinicamente necessari (“**Servizi aventi diritto**”). I servizi cosmetici, sperimentali e di comodità non sono ritenuti di emergenza o clinicamente necessari ai sensi del Programma, e non sono quindi Servizi aventi diritto. L’Ospedale fornirà assistenza per condizioni mediche di emergenza alle persone senza discriminazione, a prescindere che siano Persone aventi diritto. L’Ospedale non attuerà misure atte a scoraggiare le persone dal richiedere assistenza medica di emergenza.

Fornitori aventi diritto. Il Programma fornisce assistenza finanziaria ai fini dell'erogazione dei Servizi aventi diritto alle Persone aventi diritto da parte dell’Ospedale e di determinati fornitori di Servizi aventi diritto. Gli elenchi dei fornitori coperti e non dalla presente Politica sono disponibili sul sito Web dell’Ospedale, <http://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/> (“**Visualizza fornitori**”). Gli elenchi saranno presi in esame e rivisti periodicamente.

¹ Per fini di chiarezza, le persone che hanno diritto a qualsiasi forma di assicurazione, ma che non fanno o non faranno domanda non sono ritenute Persone aventi diritto ai sensi della presente Politica, a condizione, tuttavia, che, in linea con il Connecticut Public Act 03-266, a qualsiasi persona Non assicurata (come definito nella Legge) che non è una Persona avente diritto, ma ha un reddito (a prescindere dalle risorse disponibili) al di sotto del 250% delle FPG non siano addebitati importi superiori del costo di erogazione dei servizi da parte dell’Ospedale al paziente.

IL PROCESSO DI DOMANDA

Fatto salvo per quanto disposto al termine della presente Politica, una determinazione di idoneità ad assistenza finanziaria e l'importo della stessa saranno eseguite in seguito alla presentazione di una Domanda compilata, accompagnata dalla documentazione necessaria.

1. *Richiedere la Domanda.* È possibile presentare una richiesta di assistenza finanziaria in qualsiasi momento. Ciò significa, che una persona può effettuare una richiesta prima, durante o dopo la ricezione dei servizi, tra cui dopo l'avvio di una procedura di riscossione da parte di un'agenzia nei confronti della suddetta. Le richieste di assistenza finanziaria iniziali possono essere presentate per iscritto o telefono. Al momento della richiesta di assistenza finanziaria, la persona sarà informata in merito alla presente Politica e le sarà inviata una copia della Domanda e della Sintesi. Se la persona non parla inglese o lo parla male, i documenti saranno forniti nelle singole lingue parlate dalle popolazioni significative dalla conoscenza limitata dell'inglese presenti nella comunità servita dall'ospedale.
2. *Contenuti della Domanda.* La Domanda prevede la fornitura delle seguenti informazioni:

A. Per identificare il richiedente:

Data della domanda
Nome
Indirizzo
Numero di telefono
Domanda presentata da (genitore o tutore se il paziente è minorenne)
Data di nascita
Numero di previdenza sociale*

*Se disponibile

B. Per verificare se il richiedente è una Persona idonea:

Buste paga relative al mese più recente disponibile
Prova di indennità di disoccupazione
Prova di sussidi federali o statali
Conto bancario o documenti di investimento
Dichiarazione autenticata quale prova di reddito

3. *Compilazione della Domanda.* Una Domanda può essere compilata da una Persona idonea o dal suo tutore legale. In caso di domande o se si ha bisogno di assistenza circa la compilazione della Domanda, contattare il Dipartimento Patient Business Services dell'Ospedale al numero di telefono e all'indirizzo qui di seguito.

4. *Invio della Domanda.* La Domanda deve essere inviata al Financial Assistance Associate (Associato per l'assistenza finanziaria) del Dipartimento Patient Business Services, al numero di telefono e all'indirizzo qui di seguito.
5. *Appuntamento con il Financial Assistance Associate.* Durante o dopo la compilazione e l'invio della Domanda, il richiedente deve fissare un appuntamento di screening per telefono o di persona con il Dipartimento Patient Business Services, al numero di telefono qui di seguito, per fissare un appuntamento di screening. Al momento dello screening, a ogni richiedente sarà assegnato un Financial Assistance Associate, responsabile della presa in esame della Domanda.
6. *Se la Domanda è incompleta.* Se l'Ospedale riceve una Domanda incompleta, informerà il richiedente in merito per iscritto entro trenta (30) giorni dalla ricezione della stessa, per posta normale, inviata all'indirizzo del richiedente in possesso dell'Ospedale. La notifica specificherà le informazioni mancanti necessarie. Al richiedente saranno concessi almeno trenta (30) giorni addizionali per fornire le informazioni mancanti; in alternativa, egli potrà contattare il Patient Business Services per discutere delle informazioni mancanti con il Financial Assistance Associate.

DETERMINAZIONE DELL'IDONEITÀ E DELL'IMPORTO DI ASSISTENZA FINANZIARIA

L'Ospedale seguirà le procedure seguenti durante la presa in esame di una Domanda. Le determinazioni saranno gestite caso per caso, e saranno prese in esame in conformità con:

1. *Idoneità.* L'Ospedale stabilirà se la persona soddisfa i Criteri assicurativi e sul reddito di cui sopra, ed è quindi una Persona avente diritto, sulla base dei contenuti della Domanda.
2. *Importo dell'assistenza finanziaria.* Presupponendo che la persona sia ritenuta una Persona avente diritto (ossia idonea a ricevere assistenza finanziaria), l'Ospedale stabilirà l'importo dell'assistenza da erogare.
 - A. **Scala progressiva di determinazione dell'obbligo della Persona avente diritto.** Innanzitutto, l'Ospedale stabilirà l'importo per cui la Persona avente diritto sarebbe responsabile prima dell'applicazione dell'assistenza finanziaria. Tale obbligo è definito “**Obbligo della Persona avente diritto**” come segue:
 - i. Per le Persone aventi diritto non assicurate, l'Obbligo della Persona avente diritto corrisponde agli importi addebitati lordi.

- ii. Per le Persone aventi diritto sotto-assicurate, l'Obbligo della Persona avente diritto corrisponde alla somma degli obblighi di copagamento e coassicurazione deducibili della Persona avente diritto.

B. Determinazione dello sconto sull'Obbligo della Persona avente diritto. Lo sconto da applicare sull'Obbligo della Persona avente diritto sarà calcolato in base alla seguente scala progressiva; gli sconti indicati saranno applicati all'Obbligo della Persona avente diritto, sulla base del livello di reddito:

| | |
|--------------------------------|----------------|
| 250% di FPG e meno | 100% di sconto |
| Dal 251% di FPG al 300% di FPG | 90% di sconto |
| Dal 301% di FPG al 350% di FPG | 80% di sconto |
| Dal 351% di FPG al 399% di FPG | 70% di sconto |
| 400% di FPG | 60% di sconto |

C. Limite sugli Importi addebitati generalmente (Amounts Generally Billed, "AGB").

A prescindere dal livello di sconto calcolato in precedenza, in nessun caso a una Persona avente diritto saranno addebitati importi superiori a quelli addebitati generalmente (Amounts Generally Billed, AGB) per i Servizi aventi diritto. L'Ospedale calcola i propri AGB annualmente utilizzando il "Metodo di Look-Back" basato sulle tariffe Medicare e delle assicurazioni sanitarie commerciali. L'importo netto da addebitare a una Persona avente diritto sarà determinato sulla base (i) del calcolo degli importi lordi per i servizi erogati al paziente e (ii) dell'applicazione dello sconto pertinente di cui sopra. Un documento contenente i calcoli AGB attuali è disponibile sul sito Web dell'ospedale <https://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/>, oltre che gratuitamente per posta. È anche possibile ricevere una copia dei calcoli AGB attuali inviando un'e-mail al Servizio assistenza clienti all'indirizzo CustomerServiceR@stamhealth.org, o contattandolo per telefono al numero (203) 276-7572, per fax al (203) 276-7093 o di persona presso: Patient Business Services, One Hospital Plaza, Stamford CT, 06905. Il calcolo degli AGB è disponibile nelle singole lingue parlate dalle popolazioni significative dalla conoscenza limitata dell'inglese presenti nella comunità servita dall'ospedale.

3. *Notifica di determinazione/appello in caso di rifiuto.* L'eventuale determinazione dell'idoneità e del livello di assistenza finanziaria eseguita dall'Ospedale sarà svolta entro trenta (30) giorni dalla ricezione di una Domanda completa. Tutti gli avvisi o le comunicazioni scritte dell'Ospedale ai sensi della presente Politica potranno essere forniti per posta elettronica o altra forma di comunicazione elettronica, nel caso in cui la persona interessata abbia indicato di preferire di ricevere notifiche e comunicazioni per via elettronica.

A. Notifica di approvazione. In seguito alla presa in esame della Domanda e alla determinazione dell'erogazione dell'assistenza finanziaria, l'Ospedale invierà

o fornirà alla Persona avente diritto o al suo tutore legale una Lettera di approvazione dell'assistenza finanziaria, unitamente a un cartellino identificativo FAP contenente le seguenti informazioni:

Data della determinazione

Nome del paziente

Numero di cartella clinica del paziente

Data di entrata in vigore

Determinazione dell'idoneità (Approvazione/Rifiuto) da parte dell'incaricato pertinente

Importo di sconto approvato

B. Notifica di rifiuto. In seguito alla presa in esame della Domanda e alla determinazione del rifiuto dell'assistenza finanziaria, l'Ospedale invierà o fornirà al richiedente o al suo tutore legale una Lettera di rifiuto dell'assistenza finanziaria contenente il motivo del rifiuto.

L'Ospedale conserverà copie delle notifiche (rifiuto o approvazione) insieme alla Domanda compilata.

4. *Processo di appello.* I pazienti possono opporsi al rifiuto di assistenza finanziaria o al livello di assistenza offerto. I pazienti possono avviare un appello chiamando, inviando un'e-mail o scrivendo al Financial Assistance Associate loro assegnato, oppure fissando un appuntamento di persona presso il Dipartimento Patient Business Services. Se il paziente presenta un appello, il personale del Dipartimento Patient Business Services prenderà nuovamente in esame la documentazione della persona, tra cui l'eventuale nuovo materiale presentato, e documenterà nuovamente la propria approvazione e rifiuto, e informerà il paziente in conformità con la presente sezione, entro trenta (30) giorni dall'invio di un appello.

UNA VOLTA EMESSA L'APPROVAZIONE FINALE

1. *Durata dell'assistenza finanziaria.* Le Persone aventi diritto resteranno idonee (senza bisogno di ulteriori azioni) per il livello di assistenza stabilito per un (1) anno dalla data della determinazione iniziale o dalla data di determinazione in seguito al completamento di un appello (se è stato presentato), qualunque si verifichi più tardi.

Nonostante le disposizioni precedenti:

- A. **Modifica negativa delle circostanze.** In caso di una modifica delle circostanze a causa della quale la Persona avente diritto ritiene di aver bisogno di assistenza finanziaria addizionale, ella potrà fare nuovamente domanda di assistenza finanziaria durante il periodo di un (1) anno e potrà usufruire di assistenza finanziaria addizionale ai sensi della Politica, se applicabile.

 - B. **Modifica positiva delle circostanze.** Si prevede che, se una Persona avente diritto che usufruisce di assistenza finanziaria, è soggetta a una modifica sostanziale delle circostanze (come il passaggio da stato di non assicurato ad assicurato), ella informerà il Dipartimento Patient Business Services al numero di telefono qui di seguito, in modo che le nuove circostanze possano essere tenute in considerazione in futuro. Tali modifiche positive alle circostanze non saranno applicate per ridurre l'eventuale assistenza finanziaria già accordata. Per fini di chiarezza, non occorre che le Persone aventi diritto comunichino piccole variazioni delle circostanze, ma piuttosto quelle che influirebbero chiaramente sulla determinazione dell'assistenza finanziaria da un punto di vista prospettico.
2. *Fornitura di informazioni false o fuorvianti.* Se l'Ospedale viene a conoscenza che un richiedente di assistenza finanziaria ha fornito informazioni significativamente false o fuorvianti durante il processo di Domanda, l'Ospedale potrà tenere conto di tali informazioni durante la presa in esame della Domanda o della prosecuzione dell'idoneità all'assistenza finanziaria.

 3. *Piani di pagamento.* Uso di piani di pagamento è consentito per il pagamento degli Obblighi delle Persone aventi diritto. Essi si limiteranno alla durata massima di 1 anno, a condizione che le eccezioni possano essere valutate caso per caso. I piani di pagamento non saranno soggetti all'applicazione di interessi.

 4. *Programmi di beneficenza di terzi.* Se una Persona avente diritto viene segnalata all'Ospedale tramite un programma di assistenza benefica di terzi che offre termini e condizioni differenti da quanto sopra, l'Ospedale potrà prendere parte a tale programma e la presente Politica sarà ritenuta emendata come necessario.

ATTIVITÀ DI RISCOSSIONE

Tutte le attività di riscossione dell'Ospedale sono descritte e illustrate nella Politica sulla fatturazione e sulle riscossioni, la quale è disponibile anche sul sito Web dell'Ospedale <https://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/>, oltre che gratuitamente per posta. Se la persona non parla inglese o lo parla male, i documenti saranno forniti nelle singole lingue parlate dalle popolazioni significative dalla conoscenza limitata dell'inglese presenti nella comunità servita dall'ospedale.

REPORTING E CONFORMITÀ

L'Ospedale invierà i report previsti in merito al Programma allo Stato del Connecticut.

Un dipendente dell'Ospedale autorizzato condurrà revisioni periodica del Programma, per garantire la conformità con la presente Politica e la Politica sulla fatturazione e sulle riscossioni.

INFORMAZIONI DI CONTATTO

Per ulteriori informazioni sul Programma di assistenza finanziaria o per richiedere una Domanda di assistenza finanziaria, contattare il Dipartimento Patient Business Services all'indirizzo e al numero di telefono qui di seguito, per parlare con un Financial Assistance Associate. La traduzione nelle singole lingue parlate dalle popolazioni significative dalla conoscenza limitata dell'inglese presenti nella comunità servita dall'ospedale sarà fornita su richiesta.

PATIENT BUSINESS SERVICES DEPARTMENT

Stamford Health
One Hospital Plaza
Stamford, Connecticut 06902

Telefono: (203) 276-7572

Fax: (203) 276-7093

Indirizzo e-mail: CustomerServiceR@stamhealth.org