

## **POLITYKA POMOCY FINANSOWEJ**

### **CEL**

Celem niniejszej Polityki („**Polityka**” lub „**FAP**”) jest przedstawienie Programu Pomocy Finansowej („**Program**” Szpitala Stamford („**Szpital**”). Program ten został zaaprobowany w celu zapewnienia, że wszystkie podania o pomoc finansową zostały uwzględnione i rozpatrzone konsekwentnie i sprawiedliwie, zgodnie z misją Szpitala polegającą na zapewnieniu szerokiego zakresu usług zdrowotnych wysokiej jakości ukierunkowanych na potrzeby naszej społeczności.

### **POWIADOMIENIE O POLITYCE I WNIOSKU ORAZ ICH ROZPOWSZECHNIENIE**

Spółeczność zostanie powiadomiona o niniejszej Polityce i uzyska do niej dostęp w następujący sposób:

1. *Doręczanie Streszczenia podczas rejestracji na Oddziale Ratunkowym.* Podczas rejestracji na Oddziale Ratunkowym wszystkim pacjentom oferuje się kopię streszczenia Polityki w języku potocznym („**Summary**”), które jest również udostępniane na żądanie. Streszczenie zawiera informacje o tym, w jaki sposób pacjenci mogą otrzymać pełną wersję Polityki, formularz Wniosku FAP („**Wniosek**”) oraz dodatkowe informacje o Programie. Streszczenie powinno być również umieszczone na ogólnodostępnych ekranach w różnych miejscach na terenie Szpitala, w tym, przynajmniej w Izbie Przyjęć, Oddziałach Ratunkowych oraz w poczekalniach.
2. *Rozpowszechnianie dla społeczności* Szpital poinformuje społeczność o Polityce i Programie w sposób umożliwiający dotarcie do osób, którym najprawdopodobniej potrzebna będzie pomoc Finansowa ze strony Szpitala (np. poprzez dystrybucję egzemplarzy Streszczenia w klinikach stowarzyszonych ze Szpitalem). Jak wspomniano powyżej, Szpital udostępni Politykę, Wniosek oraz Streszczenie w swojej witrynie Internetowej. Dokumenty te są również bezpłatnie dostarczane na żądanie drogą pocztową.
3. *Powiadomienie na zestawieniach rozliczeniowych* Szpital dołącza do zestawień rozliczeniowych ulotki, w których na widocznym miejscu znajduje się informacja o możliwości uzyskania pomocy finansowej w ramach Programu. Tego rodzaju powiadomienia zawierają numer telefonu do Działu Obsługi Interesów Pacjenta Szpitala (który dostarczy informacji na temat Programu oraz procedury składania wniosków o FAP), oraz bezpośredni adres witryny internetowej (czyli URL), w której można uzyskać kopię Polityki, Wniosku oraz Streszczenia.

## ZAKRES I ZASTOSOWANIE

### 1. *Kto kwalifikuje się do otrzymania pomocy finansowej? ("Osoby Uprawnione")?*

W celu zakwalifikowania się do wzięcia udziału w Programie, dana osoba musi spełniać oba następujące kryteria:

- A. Osoba ta musi być nieubezpieczona lub niewystarczająco ubezpieczona i niekwalifikująca się do korzystania z federalnego lub stanowego programu lub kwalifikowanego planu zdrowotnego dostępnego poprzez Ustawę o przystępnej Opiece Zdrowotnej (Affordable Care Act) („**Kryteria ubezpieczeniowe**”)<sup>1</sup>; oraz
- B. Dana osoba musi mieć roczny dochód brutto gospodarstwa domowego, nieprzekraczający 400% aktualnych wytycznych Departamentu Zdrowia i Usług Społecznych Stanów Zjednoczonych dotyczących federalnego poziomu ubóstwa („**FPG**”) dla wielkości jego/jej rodziny („**Kryteria dochodowe**”).

Osoby spełniające Kryteria ubezpieczeniowe oraz Kryteria dochodowe nazywane są w niniejszym dokumencie „Osobami Uprawnionymi”.

### 2. *Na jakiego rodzaju usługi Osoby Uprawnione mogą otrzymać Pomoc Finansową w ramach Programu?*

- A. **Kwalifikujące się usługi.** Pomoc finansowa jest dostępna w celu zredukowania obciążenia finansowego Uprawnionych Osób, będącego wynikiem usług w nagłych przypadkach i usług medycznie uzasadnionych („**Kwalifikujące się usługi**”). Zabiegi kosmetyczne, leczenie eksperymentalne oraz usługi dla wygody pacjenta nie są uważane za nagłe i medycznie uzasadnione w ramach Programu i z tego względu nie stanowią Kwalifikujących się usług. Szpital zapewni, bez dyskryminacji, opiekę w nagłych przypadkach, bez względu na to czy dane osoby są Osobami Uprawnionymi czy też nie. Szpital nie będzie podejmował działań, które zniechęcają osoby do ubiegania się o pomoc medyczną w nagłych wypadkach.

**Kwalifikujący się Usługodawcy** Program zapewnia pomoc finansową w zakresie świadczenia Kwalifikujących się usług na rzecz Uprawnionych Osób przez Szpital oraz niektórych innych usługodawców Kwalifikujących się usług w Szpitalu. Wykaz tych usługodawców oraz tych, którzy nie są objęci niniejszą Polityką znajduje się w witrynie internetowej Szpitala <http://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap> („**Patrz: Usługodawcy**”) Wykaz ten będzie okresowo weryfikowany i poprawiany.

---

<sup>1</sup> Dla wyjaśnienia, osoby, które kwalifikują się do jakiejkolwiek formy ubezpieczenia, ale nie złożyły lub nie chcą złożyć wniosku, nie są Osobami Uprawnionymi w ramach niniejszej Polityki, pod warunkiem jednak, że zgodnie z Ustawą Publiczną Connecticut 03-266, wszystkie osoby nieubezpieczone (zgodnie z definicją Ustawy), które nie są Osobami Uprawnionymi, ale których dochody (bez uwzględnienia dostępnych aktywów) są niższe niż 250% federalnego poziomu ubóstwa (FPG), nie zostaną obciążone opłatą wyższą niż koszty Szpitala za świadczenie usług na rzecz pacjenta.

## PROCES WNIOSKOWANIA

Z wyjątkiem sytuacji opisanych na końcu niniejszej Polityki, ustalenie uprawnienia do uzyskania pomocy finansowej oraz kwota tej pomocy nastąpi po złożeniu wypełnionego Wniosku o pomoc finansową wraz z wymaganą dokumentacją.

1. *Składanie Wniosku* Wniosek o udzielenie pomocy finansowej można złożyć w każdej chwili. Oznacza to, że osoba indywidualna może zwrócić się o pomoc finansową przed, podczas oraz po uzyskaniu usług, a nawet po wszczęciu postępowania przeciw tej osobie przez firmę windykacyjną. Wstępne prośby o pomoc finansową można składać na piśmie lub telefonicznie. Gdy osoba indywidualna zwróci się o pomoc finansową, należy ją poinformować o niniejszej Polityce i przesłać jej egzemplarz Wniosku oraz Streszczenia. Jeśli dana osoba posługuje się językiem angielskim w ograniczonym zakresie lub nie zna go wcale, dokumenty te zostaną dostarczone w każdym języku, którym posługuje się każda znacząco liczna grupa ludności o ograniczonej znajomości języka angielskiego w społeczności obsługiwanej przez szpital.

2. *Treść Wniosku* Wniosek wymaga podania następujących informacji:

A. **W celu identyfikacji wnioskodawcy:**

Data zgłoszenia wniosku

Imię i nazwisko

Adres

Numer telefonu

Osoba zgłaszająca (rodzic lub opiekun, jeśli pacjent jest małoletni)

Data urodzenia

Numer ubezpieczenia społecznego\*

\*jeśli jest

B. **W celu zweryfikowania, że wnioskodawca jest Uprawnioną Osobą:**

Najbardziej aktualne odcinki wypłaty za okres jednego miesiąca

Dowód otrzymywania zasiłku dla bezrobotnych

Dowód otrzymywania jakichkolwiek świadczeń federalnych lub stanowych

Wyciągi z kont bankowych lub inwestycji

Własne, potwierdzone notarialnie oświadczenie, jako dowód zarobków

3. *Wypełnianie Wniosku* Wniosek może być wypełniony przez daną Osobę Uprawnioną lub jej opiekuna prawnego. W razie jakichkolwiek pytań dotyczących wypełnienia Wniosku lub w razie potrzeby uzyskania pomocy w jego wypełnieniu, prosimy o kontakt z Działem Obsługi Interesów Pacjenta Szpitala pod numerem telefonu i adresem podanym poniżej.

4. *Składanie Wniosku* Wniosek należy złożyć do pracownika ds. pomocy finansowej w Dziale Obsługi Interesów Pacjenta pod numerem telefonu i adresem podanymi poniżej.

5. *Spotkanie z pracownikiem ds. pomocy finansowej* W trakcie wypełniania lub po wypełnieniu i złożeniu Wniosku, wnioskodawca musi umówić się na telefoniczną lub osobistą wizytę kontrolną w Dziale Obsługi Interesów Pacjenta pod numerem telefonu podanym poniżej w celu ustalenia wizyty kontrolnej. Podczas wizyty kontrolnej każdemu wnioskodawcy przydzielony zostanie pracownik ds. pomocy finansowej, który będzie odpowiedzialny za rozpatrzenie Wniosku.
6. *Jeśli Wniosek jest niekompletny* Jeżeli Szpital otrzyma niekompletny Wniosek, w ciągu trzydziestu (30) dni od daty jego otrzymania, powiadomi o tym fakcie wnioskodawcę na piśmie tradycyjną drogą pocztową na adres, który Szpital posiada w aktach wnioskodawcy. Zawiadomienie wyszczególni niezbędne brakujące informacje. Wnioskodawca będzie miał przynajmniej trzydzieści (30) dodatkowych dni na dostarczenie brakujących informacji, lub może skontaktować się telefonicznie z Działem Obsługi Interesów Pacjenta by przedyskutować brakujące informacje z przydzielonym pracownikiem ds. Pomocy Finansowej.

## **USTALENIE UPRAWNIENIA DO POMOCY FINANSOWEJ ORAZ JEJ KWOTY**

Podczas rozpatrywania Wniosku Szpital będzie postępować zgodnie z procedurą podaną poniżej. Decyzje podejmowane będą w każdym przypadku indywidualnie, lecz zgodnie z następującymi zasadami:

1. *Uprawnienie* Szpital ustali czy dana osoba spełnia Kryteria Ubezpieczeniowe oraz Kryteria dochodowe opisane powyżej, a zatem czy jest Osobą Uprawnioną, w oparciu o treść Wniosku.
2. *Kwota Pomocy Finansowej* Przyjmując, że dana osoba zakwalifikuje się jako Osoba Uprawniona (kwalifikująca się do otrzymania pomocy finansowej), Szpital określi następnie kwotę udzielanej pomocy.

A. **Ruchoma skala w celu określenia kwalifikującego się indywidualnego zobowiązania.** Po pierwsze, Szpital określi kwotę, za którą Osoba Uprawniona będzie odpowiedzialna przed zastosowaniem pomocy finansowej. Jest to określane jako „**Zobowiązanie Uprawnionej Osoby**” w następujący sposób:

- i. W przypadku nieubezpieczonych Uprawnionych Osób, Zobowiązanie Uprawnionej Osoby jest równe roszczeniom na koncie brutto.
- ii. W przypadku niewystarczająco ubezpieczonych Uprawnionych Osób, Zobowiązanie Uprawnionej Osoby stanowi sumę wszelkich wkładów własnych, współpłaty i współubezpieczeń Uprawnionej Osoby.

B. **Ustalenie Zniżki od Zobowiązania Uprawnionej Osoby.** Zniżki stosowane wobec Zobowiązań Uprawnionych Osób będą ustalone według poniższej skali ruchomej; wskazane zniżki będą stosowane do Zobowiązań Uprawnionych Osób, w zależności od poziomu dochodów:

250% federalnego poziomu ubóstwa (FPG) i poniżej	zniżka 100%
251% - 300% federalnego poziomu ubóstwa (FPG)	zniżka 90%
301% - 350% federalnego poziomu ubóstwa (FPG)	zniżka 80%
351% - 399% federalnego poziomu ubóstwa (FPG)	zniżka 70%
400% federalnego poziomu ubóstwa (FPG)	zniżka 60%

C. **Ograniczenie wysokości naliczanych kwot - Żadna Uprawniona Osoba nie może być obciążona kwotą wyższą niż Kwoty Ogólnie Naliczane („AGB”).** Bez względu na poziom zniżki określony powyżej, w żadnym wypadku Uprawniona Osoba nie zostanie obciążona kwotą wyższą niż Kwoty Ogólnie Naliczane („AGB”) za Kwalifikujące się Usługi. Szpital oblicza swój wskaźnik AGB w ujęciu rocznym, stosując metodę „Look Back” na podstawie stawek komercyjnego ubezpieczenia zdrowotnego i Medicare. Kwota netto, którą należy rozliczyć z Uprawnioną Osobą, zostanie określona poprzez (i) obliczenie opłat brutto za usługi wyświadczone na rzecz pacjenta oraz (ii) zastosowanie odpowiedniej zniżki, jak wspomniano powyżej. Dokument zawierający aktualne obliczenia AGB jest dostępny w witrynie internetowej Szpitala <https://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap> oraz bezpłatnie drogą pocztową. Można również poprosić o przesłanie kopii aktualnych obliczeń AGB wysyłając email do naszego Działu Obsługi Klienta na adres [CustomerServiceR@stamhealth.org](mailto:CustomerServiceR@stamhealth.org), telefonując do działu Obsługi Klienta pod numer (203) 276-7572, wysyłając faks pod numer (203) 276-7093 lub osobiście w: Patient Business Services, One Hospital Plaza, Stamford CT, 06902. Obliczenia AGB dostępne są w każdym języku, którym posługuje się każda znacząco liczna grupa ludności o ograniczonej znajomości języka angielskiego w społeczności obsługiwanej przez Szpital.

3. *Zawiadomienie o ustaleniu/odwołanie od decyzji odmownej* Ustalenie przez Szpital uprawnienia do uzyskania pomocy finansowej oraz jej poziomu nastąpi w ciągu 30 dni od otrzymania całkowicie wypełnionego Wniosku. Wszelkie pisemne powiadomienia oraz informacje przekazywane przez szpital na mocy niniejszych zasad mogą być przesyłane pocztą elektroniczną lub za pomocą innej elektronicznej wymiany informacji, jeśli dana osoba zaznaczy, że woli otrzymywać powiadomienia i informacje drogą elektroniczną.

A. **Zawiadomienie o przyznaniu** Po rozpatrzeniu wypełnionego Wniosku i podjęciu decyzji o przyznaniu pomocy finansowej, Szpital wyśle lub przekaze Osobie Uprawnionej lub jej opiekunowi prawnemu List o Przyznaniu Pomocy Finansowej wraz z kartą identyfikacyjną FAP, zawierającą następujące informacje:

Data wydania decyzji

Imię i nazwisko pacjenta

Numer karty pacjenta

Data wejścia w życie

Ustalenie uprawnienia (przyznano/odmówiono) przez odpowiednią upoważnioną osobę

Przyznana kwota zniżki

B. **Zawiadomienie o odmowie**. Po rozpatrzeniu wypełnionego Wniosku i podjęciu decyzji o odmowie przyznania pomocy finansowej, Szpital wyśle lub przekaże Osobie Uprawnionej lub jej opiekunowi prawnemu List Odmawiający Przyznania Pomocy Finansowej określający przyczynę odmowy.

Szpital złoży do akt kopie zawiadomień (odmownych lub zatwierdzających) wraz z wypełnionym Wnioskiem.

4. ***Proces apelacji***. Pacjenci mogą złożyć odwołanie od odmowy udzielenia pomocy finansowej oraz co do poziomu oferowanej pomocy. Pacjenci mogą złożyć odwołanie dzwoniąc, wysyłając e-mail, lub pisząc do przydzielonego im pracownika ds. pomocy finansowej, lub umawiając się na osobiste spotkanie w Dziale Obsługi Interesów Pacjenta. Jeśli pacjent złoży odwołanie, pracownicy Działu Obsługi Interesów Pacjenta dokonają ponownego przeglądu dokumentacji pacjenta, włącznie z nowo przedstawionymi materiałami i ponownie udokumentują zatwierdzenie lub odrzucenie i powiadomią pacjenta zgodnie z tym paragrafem w ciągu trzydziestu (30) dni od złożenia odwołania.

## **PO WYDANIU OSTATECZNEGO ZATWIERDZENIA**

1. ***Czas trwania Pomocy Finansowej*** Osoby Uprawnione pozostają uprawnione do pomocy na określonym poziomie (bez konieczności podejmowania dalszych działań) przez okres jednego (1) roku od późniejszej z następujących dat: daty wstępnego ustalenia lub daty ustalenia po zakończeniu postępowania odwoławczego, jeżeli odwołanie zostało złożone.

Niezależnie od powyższego:

A. **Negatywne zmiany okoliczności**. W przypadku zmiany okoliczności, w związku z którą Osoba Uprawniona uważa, że potrzebna jest jej dodatkowa pomoc finansowa, Osoba Uprawniona może ponownie wystąpić o pomoc finansową w okresie jednego (1) roku i może otrzymać dodatkową pomoc finansową w ramach Polityki, jeżeli ma to zastosowanie.

B. **Pozytywna zmiana okoliczności**. Oczekuje się, że jeśli u Osoby Uprawnionej otrzymującej pomoc finansową nastąpi istotna zmiana okoliczności (jak np. zmiana statusu z nieubezpieczonego na ubezpieczonego), Osoba Uprawniona powiadomi Dział Obsługi Interesów Pacjenta pod numerem telefonu podanym poniżej, aby można było to uwzględnić w przyszłości. Tego rodzaju pozytywne zmiany okoliczności nie wpłyną na zmniejszenie jakiegokolwiek uprzednio przyznanej pomocy finansowej. Dla wyjaśnienia, Osoby Uprawnione nie muszą zgłaszać drobnych zmian okoliczności, ale raczej muszą zgłaszać tylko te zmiany, które w sposób oczywisty wpłynęłyby na określenie pomocy finansowej w przyszłości.

2. ***Podanie fałszywych lub wprowadzających w błąd informacji*** Jeśli Szpital stwierdzi, że wnioskodawca starający się o pomoc finansową podał istotnie fałszywe lub wprowadzające w błąd informacje przy złożeniu Wniosku, informacje te mogą być wzięte przez Szpital

pod uwagę podczas rozpatrywania Wniosku lub przy ustalaniu dalszych uprawnień do korzystania z pomocy finansowej.

3. *Plany Splat*. Dozwolone jest korzystanie z planów splat w celu zapłaty Zobowiązań Uprawnionych Osób. W ramach tego planu, spłacanie miesięcznych rat nie powinno trwać dłużej niż 1 rok; dopuszcza się możliwość wyjątków w zależności od indywidualnych przypadków. W ramach planu splat ratalnych nie będą pobierane żadne odsetki.
4. *Programy Charytatywne Stron Trzecich* Jeśli Uprawniona Osoba zostanie skierowany do Szpitala poprzez uznany program pomocy charytatywnej strony trzeciej, który oferuje warunki różniące się od tych przedstawionych powyżej, Szpital może uczestniczyć w tym programie, a do niniejszej Polityk zostaną wprowadzone niezbędne poprawki.

## **DZIAŁANIA WINDYKACYJNE**

**Działania windykacyjne Szpitala zostały podane i wyjaśnione w Polityce Rozliczania i Windykacji. Polityka Rozliczania i Windykacji jest dostępna w witrynie internetowej Szpitala <https://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap> oraz, bezpłatnie, drogą pocztową. Jeśli dana osoba posługuje się językiem angielskim w ograniczonym zakresie lub nie zna go wcale, dokumenty te zostaną dostarczone w każdym języku, którym posługuje się każda znacząco liczna grupa ludności o ograniczonej znajomości języka angielskiego w społeczności obsługiwanej przez szpital.**

## **SPRAWOZDAWCZOŚĆ I ZGODNOŚĆ**

Szpital będzie składał wymagane raporty do stanu Connecticut w odniesieniu do Programu.

Upoważniony pracownik Szpitala przeprowadza okresowe przeglądy ustaleń Programu w celu zapewnienia zgodności z niniejszą Polityką oraz Polityką Rozliczeń i Windykacji.

## **INFORMACJE KONTAKTOWE**

Aby uzyskać dalsze informacje na temat Programu Pomocy Finansowej lub zwrócić się z prośbą o Wniosek o pomoc finansową, proszę skontaktować się z Działem Obsługi Interesów Pacjenta pod adresem i numerem telefonu podanym poniżej w celu przeprowadzenia rozmowy z pracownikiem ds. pomocy finansowej. Tłumaczenie na każdy język obcy, którym posługuje się każda znacząco liczna grupa ludności o ograniczonej znajomości języka angielskiego w społeczności obsługiwanej przez szpital, zostanie zapewnione na życzenie.

PATIENT BUSINESS SERVICES DEPARTMENT

Stamford Health  
One Hospital Plaza  
Stamford, Connecticut 06902

Telefon: 203-276-7572

Faks: (203) 276-7093

Adres e-mail: [CustomerServiceR@stamhealth.org](mailto:CustomerServiceR@stamhealth.org)