

## ASSISTENZA FINANZIARIA

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| REDATTO DA:<br>Tara Pizzi, responsabile<br>consulenza finanziaria, CNE | PAGINA:<br>1 di 12  | IN VIGORE DA:<br>1° ottobre 2024   | NUMERO POLITICA:<br>CNE FIN-102   |
|  | RIVISTO DA:<br>Andrew Burke,<br>Direttore<br>finanziario, CNE | RIVISTO DA:<br>Krysten Blanchette,<br>Vicepresidente del ciclo<br>delle entrate, CNE | APPROVATO DA:<br>Todd Conklin, EVP,<br>Responsabile<br>finanziario, CNE |

- I. **Scopo.** Lo scopo di questa Politica di assistenza finanziaria (FAP) è quello di garantire che Care New England (di seguito identificata come CNE) si attenga agli standard stabiliti dallo Stato del Rhode Island e dalle agenzie federali per la fornitura di assistenza caritatevole e alla sezione §501(r) dell'Internal Revenue Code. L'assistenza finanziaria ha lo scopo di garantire che tutti i pazienti ricevano i servizi essenziali di emergenza e altri servizi sanitari necessari forniti da CNE, indipendentemente dalla loro capacità di pagamento. A tal fine, CNE assisterà le persone che non sono in grado di pagare le spese, come stabilito dai propri criteri di qualificazione, considerata la capacità di ciascuno di contribuire al costo delle proprie cure. L'assistenza finanziaria di CNE non intende sostituirsi ai programmi di assistenza o assicurazione sponsorizzati dal datore di lavoro, acquistati privatamente, di responsabilità civile verso terzi, statali o federali.
- II. **Ambito.** La presente Politica si applica a Care New England (CNE) e a tutti gli ospedali di Care New England, nonché alle entità specificate di seguito:
- a. Butler Hospital
  - b. Kent Hospital
  - c. Women & Infants Hospital
  - d. The Providence Center\*\*
  - e. VNA of Care New England
  - f. Butler Hospital Allied Medical Services, LLC
  - g. Kent Ancillary Services, LLC
  - h. W&I Ancillary Services, LLC
  - i. W&I Health Care Alliance, LLC
  - j. Affinity Physicians, LLC
  - k. Faculty Physicians Incorporated, LLC

L'elenco degli altri fornitori che scelgono di seguire il piano di assistenza finanziaria di CNE e di quelli che non partecipano (fornitori partecipanti e non partecipanti) è definito nell'Allegato 1.

\*\* Il Providence Center (TPC) è compreso come entità CNE in questa politica, ma il TPC dispone anche di una politica che delinea i requisiti specifici di applicazione come Centro di salute mentale comunitario (TPC-FIN-103).

**III. Politica.** A tutti i pazienti verranno fornite le cure per tutti i servizi sanitari urgenti e necessari dal punto di vista medico, indipendentemente dalla loro capacità di pagamento, come indicato nella politica EMTALA (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act) di CNE. Copie di questa politica possono essere ottenute gratuitamente chiamando l'Ufficio Conformità di CNE al numero (401) 277-3660.

- a. La decisione di prolungare l'assistenza finanziaria è fondata esclusivamente sullo stato finanziario del richiedente, come indicato dai requisiti di idoneità prestabiliti, e sarà concessa a tutti i pazienti idonei, indipendentemente da razza, colore, religione, età, origine nazionale, stato civile o status legalmente protetto. Questa politica sarà applicata uniformemente a tutti i pazienti privi di assicurazione o con un'assicurazione sanitaria inadeguata.
- b. I pazienti hanno diritto all'assistenza finanziaria per i servizi sanitari urgenti e per tutti quelli necessari dal punto di vista medico. I servizi sanitari necessari dal punto di vista medico sono definiti come servizi ospedalieri ragionevolmente necessari per effettuare una diagnosi, correggere, curare, alleviare o prevenire il peggioramento di condizioni che mettono in pericolo la vita o causano sofferenza o dolore, o che comportano una malattia o un'infermità, o che minacciano di causare o aggravare un handicap, o che causano una deformità o un malfunzionamento fisico, e non esiste un altro trattamento ugualmente efficace, più conservativo o sostanzialmente meno costoso disponibile o adatto alla persona che richiede il servizio.
- c. I pazienti idonei alla CNE Charity Care possono beneficiare di una copertura di prescrizione scontata o gratuita. La prescrizione deve essere conforme e correlata all'assistenza fornita da una CNE 340B Covered Entity (ospedali specializzati in terapia intensiva del Care New England System). Quando sono soddisfatti gli elementi della definizione di paziente 340B (come stabilito dall'HRSA), è possibile utilizzare un farmaco 340B.

**IV. Definizioni.** I termini in maiuscolo non altrimenti definiti di seguito, ma utilizzati nella presente polizza, avranno il significato loro assegnato nella presente polizza.

- a. *Importo generalmente fatturato (AGB):* ai sensi dell'Internal Revenue Code ("IRC") §501(r)(5), in caso di cure d'emergenza o altre cure mediche necessarie, gli importi generalmente fatturati per le cure d'emergenza o altre cure mediche necessarie a persone che hanno un'assicurazione che copre tali cure.
- b. *Percentuale dell'importo generalmente fatturato (AGB):* una percentuale delle spese lorde che una struttura ospedaliera utilizza per determinare l'AGB per le cure di emergenza o altre cure mediche necessarie fornite a una persona che ha diritto all'assistenza ai sensi della presente FAP.
- c. *Periodo di validità:* il periodo di tempo in cui una persona può richiedere assistenza finanziaria. Per soddisfare i criteri delineati nel §501(r)(6) dell'IRC, CNE concede alle

- persone fino a 240 giorni dalla data in cui ricevono la prima fattura successiva alla dimissione per richiedere l'assistenza finanziaria.
- d. *Criteri di idoneità*: i criteri stabiliti in questa FAP (e supportati dalla procedura) utilizzati per determinare se un paziente ha diritto o meno all'assistenza finanziaria.
  - e. *Condizioni mediche di emergenza*: definite ai sensi della sezione 1867 del Social Security Act (42 U.S.C. 1395dd).
  - f. *Azioni straordinarie di riscossione ("ECA")*: sono incluse qualsiasi delle seguenti azioni intraprese da CNE nei confronti di una persona per ottenere il pagamento di una fattura per le cure coperte dalla presente FAP. Le ECA comprendono, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, le azioni che richiedono un procedimento legale o giudiziario, la segnalazione di informazioni avverse alle agenzie di segnalazione del credito al consumo o agli uffici di credito, l'apposizione di un vincolo e/o il pignoramento di una proprietà immobiliare, l'esproprio o il sequestro di un conto bancario o il pignoramento dello stipendio, nonché il differimento, il rifiuto o la richiesta di pagamento prima della fornitura di cure mediche non urgenti a causa del mancato pagamento del debito per le cure fornite in precedenza e coperte dalla polizza.
  - g. *Famiglia*: secondo la definizione dell'Ufficio del censimento, un gruppo di due o più persone che risiedono insieme e che sono legate da vincoli di nascita, matrimonio, unione civile o adozione.
  - h. *Reddito familiare*: il reddito familiare è determinato in base alla definizione dell'Ufficio del censimento, che utilizza i seguenti redditi per calcolare le linee guida sulla povertà:
    - i. redditi da lavoro, cassa integrazione, indennità di disoccupazione, previdenza sociale, reddito di sicurezza integrativa, assistenza pubblica, indennità per i veterani, indennità di reversibilità, pensioni o redditi da pensione, interessi, dividendi, affitti, diritti d'autore, redditi da eredità, trust, assistenza formativa, alimenti, mantenimento dei figli, assistenza da parte di persone esterne alla famiglia e altre risorse varie.
  - i. *Idonei al FAP*: persone che hanno diritto a un'assistenza finanziaria totale o parziale ai sensi di questa politica.
  - j. *Linee guida del livello di povertà federale*: le linee guida del livello di povertà federale ("FPL") sono stabilite dal Dipartimento della Salute e dei Servizi umani degli Stati Uniti su base annuale e sono utilizzate nella presente FAP per determinare l'idoneità finanziaria.
  - k. *Assistenza finanziaria*: servizi sanitari gratuiti o scontati offerti a persone che non sono in grado di pagare tutte o parte delle prestazioni mediche.
  - l. *Oneri lordi*: l'intero prezzo stabilito per le cure mediche che viene costantemente e uniformemente addebitato ai pazienti prima dell'applicazione di eventuali indennità, sconti o detrazioni contrattuali.
  - m. *Sintesi in linguaggio semplice ("PLS")*: una dichiarazione scritta che informa una persona che CNE offre assistenza finanziaria ai sensi della presente FAP e fornisce informazioni aggiuntive in modo chiaro, conciso e di facile comprensione.
  - n. *Sottoassicurato*: una persona che dispone di un certo livello di assicurazione o di copertura da parte di terzi, ma che deve sostenere spese sanitarie superiori alle proprie capacità finanziarie. La sottoassicurazione comprende, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, franchigie, co-assicurazioni, co-pagamenti,

prestazioni esaurite e limiti di prestazioni a vita.

- o. *Non assicurato*: una persona che non dispone di un livello di assicurazione o di copertura da parte di terzi, compresi Medicare, Medicaid o qualsiasi altro programma assicurativo governativo o commerciale, per contribuire al pagamento dei servizi sanitari.
- p. *Servizi non coperti*: servizi che non sono coperti dal piano assicurativo del paziente e che, pertanto, non saranno pagati dal piano assicurativo del paziente.

## **V. Procedura.**

- a. Possono chiedere di partecipare al programma i pazienti che non hanno un'assicurazione sanitaria o che hanno una copertura assicurativa inadeguata. Per essere presi in considerazione per l'assistenza finanziaria ai sensi della Politica di assistenza finanziaria, il paziente e/o il rappresentante legale devono presentare una domanda di assistenza finanziaria completa (compresi i relativi documenti/informazioni)(Allegato 2) e devono collaborare con CNE fornendo le informazioni e la documentazione necessarie per richiedere altre risorse finanziarie esistenti che potrebbero essere disponibili per pagare l'assistenza sanitaria, come Medicare, Medicaid, Rlticare, responsabilità civile, ecc.
- b. La politica di assistenza finanziaria di CNE, la Sintesi in linguaggio semplice (PLS), il modulo di domanda e i documenti richiesti sono disponibili sul relativo sito web:[www.carenewengland.org](http://www.carenewengland.org). Inoltre, è possibile richiedere gratuitamente i documenti per posta chiamando il numero (401) 921-7200.
- c. CNE pubblicherà, inoltre, la presente FAP e il PLS presso le entità servite. L'assistenza finanziaria può essere ottenuta nel modo seguente:
  - i. I pazienti o i loro rappresentanti possono richiedere assistenza finanziaria
  - ii. I dipendenti CNE possono indirizzare i pazienti o i loro rappresentanti
  - iii. I medici di riferimento possono indirizzare i pazienti o i loro rappresentanti
- d. L'assistenza finanziaria completa sarà concessa ai pazienti il cui reddito familiare lordo è inferiore o uguale al 200% del Livello di povertà federale (FPL), adattato alle dimensioni della famiglia, purché tali pazienti non siano idonei ad altre coperture sanitarie pubbliche o private e non superino la soglia di protezione patrimoniale. Nei casi in cui il paziente/garante sia idoneo per l'assistenza finanziaria in base al criterio del reddito, ma non soddisfi il criterio patrimoniale, CNE fornirà lo sconto più alto offerto nell'ambito della scala mobile. La responsabilità massima per il paziente/garante corrisponderà al patrimonio effettivo meno le soglie di patrimonio applicabili o le limitazioni massime del tetto, come definito dalle normative del Rhode Island e federali, incluso l'IRS §501(r), a seconda di quale sia il valore inferiore (seguito Allegato 3).
- e. I pazienti con un reddito lordo compreso tra il 201% e il 300% del FPL e che non superano la soglia di protezione patrimoniale possono beneficiare di assistenza finanziaria per una parte della spesa medica, sulla base di una scala mobile (Allegato 3). La responsabilità finanziaria del paziente è soggetta ai limiti massimi definiti dai regolamenti statali e federali del Rhode Island, tra cui l'IRS §501(r), o come stabilito periodicamente da CNE. La responsabilità massima a carico del paziente/garante non supererà il valore minore tra AGB, la legge statale o qualsiasi altro criterio stabilito da CNE. Le informazioni relative alle limitazioni stabilite da CNE e alla scala mobile possono essere ottenute gratuitamente chiamando il Servizio clienti CNE al numero (401) 921-7200.

- f. CNE seguirà le procedure di riscossione stabilite per ottenere il pagamento da parte di persone con un obbligo finanziario successivamente all'applicazione della tariffa agevolata, come indicato nella Politica di fatturazione e riscossione di CNE. I pazienti non assicurati saranno informati sull'assistenza finanziaria al momento della dimissione. Tutti i pazienti, assicurati e non assicurati, saranno inoltre informati sulla FAP attraverso il processo di fatturazione del paziente per 120 giorni dopo la prima fatturazione successiva alla dimissione ("Periodo di notifica"). Inoltre, è possibile richiedere i documenti relativi all'assistenza finanziaria per posta, chiamando il numero (401) 921-7200 o recandosi di persona in una qualsiasi delle sedi dell'ospedale CNE (vedere il punto 2).
- g. Per poter beneficiare di un'assistenza finanziaria al 100% o di un'assistenza finanziaria parziale, la liquidità massima (esclusi la residenza principale e l'automobile personale) non deve superare le soglie indicate nella Scala mobile per persone e nuclei familiari e aumentate annualmente in base all'indice dei prezzi al consumo più recente. Nel caso in cui tali soglie impediscano a una persona di qualificarsi per i programmi di assistenza medica del Rhode Island, CNE sostituirà tali soglie con quelle utilizzate dai programmi di assistenza medica del Rhode Island. Le soglie dell'assistenza medica del Rhode Island sono disponibili online all'indirizzo: <http://medicaid4you.com/eligibility-requirements>.
- i. Un nucleo familiare, secondo la definizione dell'Ufficio del censimento, è un gruppo di due o più persone che risiedono insieme e che sono legate da vincoli di nascita, matrimonio, unione civile o adozione.
  - ii. L'importo o la percentuale degli addebiti totali raccolti sulla parte a pagamento privato sarà uguale o inferiore all'importo generalmente fatturato (AGB) (Allegato 4), come definito: Ai sensi dell'Internal Revenue Code ("IRC") §501(r)(5), in caso di cure d'emergenza o altre cure mediche necessarie, gli importi generalmente fatturati per le cure d'emergenza o altre cure mediche necessarie a persone che possiedono un'assicurazione che copre tali cure.
  - iii. In caso di ricezione di una domanda FAP incompleta, CNE fornirà all'interessato una comunicazione scritta che descrive le informazioni o la documentazione aggiuntiva necessarie per prendere una decisione sull'ammissibilità alla FAP, insieme alla Sintesi in linguaggio semplice ("PLS"), e concederà alla persona in questione 30 giorni per fornire le informazioni. Durante questo periodo, CNE sospenderà anche qualsiasi ECA per ottenere il pagamento delle cure. Alle persone interessate verrà fornito un numero di telefono da chiamare per qualsiasi domanda relativa alle informazioni o alla documentazione aggiuntive richieste. I requisiti di documentazione sono descritti nell'Allegato 5.
  - iv. Le eccezioni che superano i benefici standard della polizza devono essere approvate dal Vicepresidente responsabile della gestione del ciclo attivo o da chi ne fa le veci.
- h. Il paziente/garante può presentare ricorso contro il rifiuto dell'idoneità all'assistenza finanziaria fornendo ulteriori verifiche del reddito o delle dimensioni della famiglia entro trenta (30) giorni dal ricevimento della notifica del rifiuto. Tutti i ricorsi saranno esaminati dal Vicepresidente responsabile della gestione del ciclo attivo o da un suo incaricato per la decisione finale. Secondo la definizione di CNE, un ricorso richiede una revisione da parte di un livello dirigenziale di almeno un grado superiore a quello del revisore originale. La richiesta di appello deve essere elaborata entro 30 giorni dal ricevimento della stessa. Al paziente/garante deve

- essere inviata la notifica scritta dei risultati del ricorso.
- i. Importo riscosso: l'importo o la percentuale degli addebiti totali raccolti sulla parte a pagamento privato non sarà superiore all'importo generalmente fatturato (AGB), come stabilito dalla normativa IRS §501(r)(5).
  - j. Se un paziente non è assicurato e soddisfa i criteri per qualificarsi per uno sconto, come definito nella Politica dei crediti di CNE, la responsabilità massima a carico del paziente/garante non supererà il valore minore tra AGB, la legge statale o qualsiasi altro criterio stabilito da CNE.
    - i. Programmi di sconto:
      - 1. Sconto per la comunità: Tutti i pazienti non assicurati ricevono uno sconto del 65% per i servizi necessari dal punto di vista medico, indipendentemente dalla loro capacità di pagamento.
      - 2. Sconto sul pagamento anticipato: tutti i pazienti non assicurati possono beneficiare di uno sconto del 70% per il pagamento dell'importo previsto prima o alla data della prestazione. Lo sconto si applicherà a qualsiasi passività aggiuntiva imprevista, a condizione che il paziente effettui il pagamento completo entro trenta (30) giorni dalla fattura finale. Nel caso in cui il pagamento della passività prevista sia superiore alla passività, CNE emetterà un rimborso al paziente entro e non oltre 30 giorni dal momento in cui le spese sono state completate.
      - 3. Sconto sul pagamento immediato: tutti i pazienti non assicurati che non beneficiano già dello sconto sul pagamento anticipato hanno diritto a uno sconto del 10% sul saldo, purché il paziente effettui il pagamento completo entro trenta (30) giorni dalla fattura finale.
  - k. CNE si riserva il diritto di revocare l'assistenza finanziaria qualora ritenga che un paziente abbia consapevolmente dichiarato in modo errato la propria condizione finanziaria, il numero di persone a carico o qualsiasi altra informazione necessaria per determinare lo stato finanziario ai fini di questa politica.
  - l. La "Politica di assistenza finanziaria ospedaliera" sarà disponibile sui siti Web di CNE, sulle fatture dei pazienti e su richiesta. Sarà inoltre affissa nei reparti di emergenza, negli atri principali, negli uffici e nelle aree di ammissione/registrazione di tutta CNE.
  - m. I criteri di assistenza finanziaria devono essere disponibili in altre lingue, in conformità con gli "Standard per i servizi culturalmente e linguisticamente adeguati nell'assistenza sanitaria" (Standard 4 e 7, basati sul Titolo VI della Legge sui diritti civili del 1964). Tali documenti devono essere approvati dal Direttore e resi disponibili a tutte le persone che ne fanno richiesta. CNE farà il possibile per garantire che le politiche siano comunicate in modo chiaro ai pazienti la cui lingua principale è diversa da quelle già fornite. I servizi di traduzione possono essere forniti su richiesta.

#### APPROVAZIONE/REVISIONE:

03/05/2018: Versione iniziale della politica approvata

01/10/2020: Revisione approvata

21/06/2021: Revisione approvata

01/10/2021: Revisione approvata

01/10/2022: Revisione approvata

01/12/2023: Revisione approvata

SOSTITUISCE:  
*Finanza 1*

## Politica di assistenza finanziaria

### *Allegato 1*

| <b>Fornitori partecipanti</b>                                 | <b>Fornitori non partecipanti</b> |
|---|-----------------------------------|
| Baxter, Kelly MD  | Atlantic Pediatrics               |
| Bower, Jonathan MD  | Correira, David MD                |
| Cabral, Lisa MD   | Delvecchio, Jane-Joseph           |
| Erinakes, Christina MD – Tollgate OBGYN                       | Leonard, Polly MD                 |
| Gallucci, Robert MD   | Segal, Leonard MD                 |
| Hamid, Rabia MD – RI Eye Institute                            | South County Hospital             |
| Koster, Michael MD – Pediatrics Infectious Diseases           | Williams, Elena MD                |
| Mancini, T MD   |                                   |
| Prompt, Patricia MD   |                                   |
| Silva, Monica MD- Hasbro Children’s Hospital Gastroenterology |                                   |
| Kent Radiation  |                                   |
|   |                                   |

# Politica di assistenza finanziaria

## Allegato 2

### DOMANDA DI ASSISTENZA FINANZIARIA OSPEDALIERA -SOTTOASSICURATI

L'approvazione di questa richiesta è temporanea e scade dopo 12 mesi

|  |   |
|--|---|
| Ospedale: <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent Memorial <input type="checkbox"/> The Providence Center <input type="checkbox"/> Women & Infants Data: _____                 |   |
| Paziente: _____  | Garante/Coniuge: _____                              |
| N. cartella clinica: _____   | N. cartella clinica: _____                          |
| Data di nascita: _____   | Numero di previdenza sociale (se rilasciato): _____ |
| Numero di previdenza sociale (se rilasciato): _____  | Telefono fisso: _____                               |
| Telefono fisso: _____  | Telefono dell'ufficio: _____                        |
| Telefono dell'ufficio: _____   | Relazione con il paziente: _____                    |
| Indirizzo di residenza: _____  | Indirizzo: _____                                    |
| Occupazione e datore di lavoro: _____  |   |
| Indirizzo del datore di lavoro: _____  |   |
| Lingua: <input type="checkbox"/> Inglese <input type="checkbox"/> Altra lingua _____   |   |
| Etnia: <input type="checkbox"/> Ispanica <input type="checkbox"/> Non ispanica <input type="checkbox"/> Nessuna etnia identificata _____   |   |
| Razza: <input type="checkbox"/> Asiatica <input type="checkbox"/> Indiana americana/Nativa dell'Alaska <input type="checkbox"/> Nera/Afroamericana _____   |   |
| <input type="checkbox"/> Nativa hawaiana/Insulare del Pacifico <input type="checkbox"/> Bianca <input type="checkbox"/> Altre o multirazza <input type="checkbox"/> Nessuna razza identificata _____ |   |

Si prega di fornire le seguenti informazioni per tutti i membri del nucleo familiare, ad eccezione del Paziente o del Garante.

|   |  |                        |                            |
|---|--|------------------------|----------------------------|
| Nome e relazione con il paziente: _____       | N. previdenza sociale (se rilasciato): _____ | Data di nascita: _____ | N. cartella clinica: _____ |
| Datore di lavoro, telefono e indirizzo: _____ | Indirizzo di residenza: _____                |                        |                            |
| Nome e relazione con il paziente: _____       | N. previdenza sociale (se rilasciato): _____ | Data di nascita: _____ | N. cartella clinica: _____ |
| Datore di lavoro, telefono e indirizzo: _____ | Indirizzo di residenza: _____                |                        |                            |
| Nome e relazione con il paziente: _____       | N. previdenza sociale (se rilasciato): _____ | Data di nascita: _____ | N. cartella clinica: _____ |
| Datore di lavoro, telefono e indirizzo: _____ | Indirizzo di residenza: _____                |                        |                            |
| Nome e relazione con il paziente: _____       | N. previdenza sociale (se rilasciato): _____ | Data di nascita: _____ | N. cartella clinica: _____ |
| Datore di lavoro, telefono e indirizzo: _____ | Indirizzo di residenza: _____                |                        |                            |

| REDDITO MENSILE                         | AMT | BENI   | AMT | SPESE/PASSIVITÀ MENSILI                                      | AMT |
|---|-----|--|-----|--|-----|
| Stipendi e salario del paziente         |     | Risparmi                                     |     | Pagamento del mutuo o dell'affitto                           |     |
| Stipendio e salario del coniuge         |     | Assegni                                      |     | Saldo corrente _____   |     |
| Stipendio e salario del arante          |     | Certificati di deposito (CD)                 |     | Imposte di proprietà, se non incluse nel pagamento del mutuo |     |
| Reddito da lavoro autonomo              |     | Conti del mercato monetario                  |     | Utense: Gas/Elettricità/Petrolio _____                       |     |
| Reddito da assistenza all'infanzia      |     | Obbligazioni di risparmio                    |     | Cavo/Internet _____  |     |
| Reddito da locazione                    |     | Azioni                                       |     | Telefono _____   |     |
| Indennità di disoccupazione             |     | Obbligazioni                                 |     | Pagamenti auto o leasing                                     |     |
| Assicurazione per invalidità temporanea |     | Fondi comuni                                 |     | Saldo corrente _____   |     |
| Mantenimento dei figli                  |     | IRA  |     | Pagamenti con carta di credito                               |     |
| Alimenti                                |     | Piano pensionistico 401(k)s                  |     | Saldo corrente _____   |     |
| Benefit per veterani                    |     | Piano pensionistico 403(b)s                  |     | Prestiti rateali   |     |
| Pagamenti della previdenza sociale      |     | Piano pensionistico 457s                     |     | Saldo corrente _____   |     |
| Redditi da dividendi e interessi        |     | Valore attuale dell'assicurazione sulla vita |     | Assicurazione auto   |     |
| Diritti d'autore                        |     | Proprietà personali                          |     | Assicurazione dei proprietari di casa                        |     |
| Pensioni                                |     | Seconda casa e proprietà in affitto          |     | Spese mediche  |     |
| Assistenza pubblica                     |     | Veicoli a motore aggiuntivi                  |     | Generi alimentari  |     |
| Altro                                   |     |  |     | Altre spese  |     |
| <b>REDDITO MENSILE:</b>                 |     |  |     |  |     |
| <b>REDDITO ANNUO:</b>                   |     | <b>TOTALE:</b>                               |     | <b>TOTALE:</b>   |     |

\*Chiedo all'ospedale di determinare l'idoneità all'assistenza finanziaria. Sono consapevole che queste informazioni sono riservate e soggette a verifica da parte dell'ospedale. Sono inoltre consapevole che, qualora le informazioni da me fornite fossero false, potrei vedermi negata l'assistenza finanziaria ed essere responsabile del pagamento dei servizi ospedalieri forniti. Con la presente attesto che le informazioni contenute nella presente domanda sono complete e corrette per quanto di mia conoscenza e che ho compreso la procedura e le mie responsabilità\*.

Firma del paziente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Firma del rappresentante dell'ospedale: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

|   |  |
|---|--|
| <b>SOLO PER FINI INTERNI</b>  |  |
| Approvato da: _____   | Data: _____  |
| Negato da: _____  | Data: _____  |
| Copertura assicurativa: _____   | Assistenza medica: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No |
| Servizi correlati a incidenti sul lavoro o di altro tipo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |  |
| Commenti: _____   |  |
| Dimensioni della famiglia: _____ Livello FPG: _____ %FPG: _____   |  |
| SCONTO (%): _____ SCONTO (\$): _____  |  |
| Responsabilità massima del paziente: _____  |  |

# Politica di assistenza finanziaria

## Allegato 2

### RICHIESTA DI AIUTO FINANZIARIO ALL'OSPEDALE

L'approvazione di questa richiesta è temporanea e scade dopo 12 mesi

|   |   |       |
|---|---|-------|
| Ospedale: <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> The Providence Center <input type="checkbox"/> Women & Infants                 |   | Data: |
| Paziente:   | Garante/Coniuge:                          |       |
| N. rappresentante medico:   | N. rappresentante medico:                 |       |
| Data di nascita:  | N. di previdenza sociale (se rilasciato): |       |
| N. di previdenza sociale (se rilasciato):   | Telefono di casa:                         |       |
| Telefono di casa:   | Telefono di lavoro:                       |       |
| Telefono di lavoro:   | Relazione con il paziente:                |       |
| Indirizzo di casa:  | Indirizzo:                                |       |
| Occupazione e datore di lavoro:   |   |       |
| Indirizzo datore di lavoro:   |   |       |
| Lingua: <input type="checkbox"/> Inglese <input type="checkbox"/> Diversa dall'inglese  |   |       |
| Etnia: <input type="checkbox"/> Ispanica <input type="checkbox"/> Non ispanica <input type="checkbox"/> Nessuna etnia identificata  |   |       |
| Razza: <input type="checkbox"/> Asiatica <input type="checkbox"/> Indiana Americana/Nativa dell'Alaska <input type="checkbox"/> Nera/Afro-americana <input type="checkbox"/> Nativa Hawaiana/Isolana del Pacifico |   |       |
| <input type="checkbox"/> Bianca <input type="checkbox"/> Altre o più razze <input type="checkbox"/> Nessuna razza identificata  |   |       |

| Fornire le seguenti informazioni per TUTTI i membri del nucleo familiare, AD ECCEZIONE del paziente o del garante. |  |                  |                           |
|--|--|------------------|---------------------------|
| Nome e relazione con il paziente:  | Codice fiscale (se rilasciato):                  | Data di nascita: | N. rappresentante medico: |
| Datore di lavoro, telefono e indirizzo:  | Indirizzo di casa:                               |                  |                           |
| Nome e relazione con il paziente:  | Codice fiscale (se rilasciato):                  | Data di nascita: | N. rappresentante medico: |
| Datore di lavoro, telefono e indirizzo:  | Indirizzo di casa:                               |                  |                           |
| Nome e relazione con il paziente:  | Codice fiscale (se rilasciato):                  | Data di nascita: | N. rappresentante medico: |
| Datore di lavoro, telefono e indirizzo:  | Indirizzo di casa:                               |                  |                           |
| Nome e relazione con il paziente:  | N. di previdenza sociale (se rilasciato)         | Data di nascita: | N. rappresentante medico: |
| Datore di lavoro, telefono e indirizzo:  | Indirizzo di casa:                               |                  |                           |
| REDDITO MENSILE  |  | PATRIMONIO       |                           |
| Stipendio e salario del paziente:  | Risparmi:  |                  |                           |
| Stipendio e salario del coniuge:   | Conto corrente:                                  |                  |                           |
| Stipendio e salario del garante:   | Certificati di deposito (CD):                    |                  |                           |
| Reddito da lavoro autonomo:  | Conti del mercato monetario:                     |                  |                           |
| Reddito da assistenza all'infanzia:  | Obbligazioni di risparmio:                       |                  |                           |
| Redditi da locazione:  | Azioni:  |                  |                           |
| Indennità di disoccupazione:   | Obbligazioni:                                    |                  |                           |
| Assicurazione di invalidità temporanea:  | Fondi comuni di investimento:                    |                  |                           |
| Assegni familiari:   | IRA:   |                  |                           |
| Alimenti:  | 401(k):  |                  |                           |
| Indennità di lavoro:   | 403(b):  |                  |                           |
| Benefit per veterani:  | 457s:  |                  |                           |
| Pagamenti della previdenza sociale:  | Valore di incasso dell'assicurazione sulla vita: |                  |                           |
| Redditi da dividendi e interessi:  | Proprietà personale:                             |                  |                           |
| Royalty:   | Seconda casa e proprietà in affitto:             |                  |                           |
| Pensioni:  | 2° veicolo a motore:                             |                  |                           |
| Assistenza pubblica:   | <b>TOTALE:</b>                                   |                  |                           |
| Altro:   |  |                  |                           |
| <b>REDDITO MENSILE:</b>  |  |                  |                           |
| <b>REDDITO ANNUALE:</b>  |  |                  |                           |

"Chiedo all'ospedale di determinare l'idoneità all'aiuto finanziario. Sono consapevole che queste informazioni sono riservate e soggette a verifica da parte dell'ospedale. Sono inoltre consapevole che, nel caso in cui le informazioni da me fornite fossero false, potrei vedermi negato l'aiuto finanziario ed essere responsabile del pagamento dei servizi ospedalieri erogati. Con la presente attesto che le informazioni contenute nella presente domanda sono complete e corrette per quanto a mia conoscenza e che ho compreso la procedura e le mie responsabilità".

Firma del paziente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Firma del rappresentante dell'ospedale: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

|  |  |
|--|--|
| <b>SOLO PER SCOPI INTERNI</b>  |  |
| Approvata da: _____  | Data: _____  |
| Negata da: _____   | Data: _____  |
| Copertura assicurativa: _____  | Assistenza medica: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| Servizi relativi a infortuni sul lavoro o altri tipi di incidenti: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |  |
| Commenti: _____  |  |
| Dimensione della famiglia: _____   | Livello FPG: _____ % FPG: _____  |
| SCONTO (%): _____  | SCONTO (\$): _____   |
| Responsabilità massima del paziente: _____   |  |

# Politica di assistenza finanziaria

## Allegato 3

<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.

3/1/2024

| CNE Financial Assistance Eligibility Guidelines   |                |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |
|---|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Summary of Sliding Scale Discounts and Maximum Patient Liability  |                |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |
| Income as % of Federal Poverty Level  | 100% and below | 101%-200% | 201%-210% | 211%-220% | 221%-230% | 231%-240% | 241%-250% | 251%-260% | 261%-270% | 271%-280% | 281%-290% | 291%-300% |
| Sliding Scale Discount to the Patient   | 100%           | 100%      | 80%       | 60%       | 40%       | 20%       | 10%       | 10%       | 10%       | 5%        | 5%        | 5%        |
| <b>Maximum Annual Patient Liability</b><br>See Incomes Below<br>(multiply the income by <i>max annual %</i> ) | 0%             | 0%        | 10%       | 10%       | 10%       | 10%       | 10%       | 10%       | 10%       | 10%       | 10%       | 10%       |
| Income for Family Size of 1   | \$15,060       | \$30,120  | \$31,626  | \$33,132  | \$34,638  | \$36,144  | \$37,650  | \$39,156  | \$40,662  | \$42,168  | \$43,674  | \$45,180  |
| Income for Family Size of 2   | \$20,440       | \$40,880  | \$42,924  | \$44,968  | \$47,012  | \$49,056  | \$51,100  | \$53,144  | \$55,188  | \$57,232  | \$59,276  | \$61,320  |
| Income for Family Size of 3   | \$25,820       | \$51,640  | \$54,222  | \$56,804  | \$59,386  | \$61,968  | \$64,550  | \$67,132  | \$69,714  | \$72,296  | \$74,878  | \$77,460  |
| Income for Family Size of 4   | \$31,200       | \$62,400  | \$65,520  | \$68,640  | \$71,760  | \$74,880  | \$78,000  | \$81,120  | \$84,240  | \$87,360  | \$90,480  | \$93,600  |
| Income for Family Size of 5   | \$36,580       | \$73,160  | \$76,818  | \$80,476  | \$84,134  | \$87,792  | \$91,450  | \$95,108  | \$98,766  | \$102,424 | \$106,082 | \$109,740 |
| Income for Family Size of 6   | \$41,960       | \$83,920  | \$88,116  | \$92,312  | \$96,508  | \$100,704 | \$104,900 | \$109,096 | \$113,292 | \$117,488 | \$121,684 | \$125,880 |
| Income for Family Size of 7   | \$47,340       | \$94,680  | \$99,414  | \$104,148 | \$108,882 | \$113,616 | \$118,350 | \$123,084 | \$127,818 | \$132,552 | \$137,286 | \$142,020 |
| Income for Family Size of 8   | \$52,720       | \$105,440 | \$110,712 | \$115,984 | \$121,256 | \$126,528 | \$131,800 | \$137,072 | \$142,344 | \$147,616 | \$152,888 | \$158,160 |

For families with more than 8 persons, add \$5,140 for each additional person  
Asset protection threshold; individual \$9,400; Family \$14,100

## Politica di assistenza finanziaria

### Allegato 4

#### Importo generalmente fatturato (AGB)

In conformità con il §501(r)(5) dell'IRC, CNE utilizza il metodo Look-Back per calcolare la sua percentuale AGB. La percentuale AGB viene calcolata annualmente facendo riferimento a tutte le richieste di rimborso ammesse da Medicaid, da solo o in combinazione con Medicare e tutti gli assicuratori sanitari privati in un periodo di 12 mesi, suddivise per gli oneri lordi associati a tali richieste. La percentuale AGB pertinente sarà applicata agli oneri lordi per determinare l'AGB.

Ai soggetti ritenuti idonei all'assistenza finanziaria ai sensi del presente FAP non verrà addebitato un importo superiore all'AGB per i servizi sanitari di emergenza o altri servizi necessari dal punto di vista medico. Ai soggetti idonei al FAP verrà sempre addebitato il costo minore di AGB o di qualsiasi sconto disponibile nell'ambito di questa polizza.

In vigore rispettivamente dal 1° ottobre 2024 e dal 1° ottobre 2023:

| CNE Operating Unit                   | AGB     |         |
|--------------------------------------|---------|---------|
|                                      | FY 2025 | FY 2024 |
| <b>Butler Hospital</b>               | 32%     | 28%     |
| <b>Kent County Memorial Hospital</b> | 29%     | 30%     |
| <b>Women and Infants Hospital</b>    | 34%     | 33%     |

# Politica di assistenza finanziaria

## Allegato 5

La seguente documentazione, se applicabile, deve corredare la domanda per l'assistenza finanziaria di Care New England.

1. Dichiarazione dei redditi con documentazione di supporto per l'anno più recente.
2. Documenti di reddito\* (vedere la spiegazione dettagliata di seguito)
3. Buste paga attuali (minimo 4 settimane)
4. Lettera di assegnazione dell'invalidità
5. Lettera di assegnazione della previdenza sociale (può essere omessa se si forniscono il deposito diretto e l'estratto conto bancario)
6. Reddito (dichiarazione dei redditi) dei genitori se la persona che richiede l'assistenza finanziaria è uno studente
7. Documenti patrimoniali\*\* (vedere la spiegazione dettagliata di seguito)
8. Estratti conto bancari, compresi quelli relativi a risparmi, assegni, investimenti, rendite, certificati di deposito, conti del mercato monetario, azioni, obbligazioni, pensioni e IRA
9. Valore in contanti delle polizze di assicurazione sulla vita.
10. Proprietà personali (diverse dalla residenza primaria e dall'autoveicolo per uso personale)
11. Approvazione/rifiuto dell'assistenza medica e/o dell'Health Source RI.
12. Copia del certificato di morte, se applicabile.
13. Prova dello status di studente, se applicabile.
14. Lettera di sostegno, se applicabile.
15. Spese e passività.
16. Estratto conto più recente relativo a mutuo/affitto, imposte di proprietà, utenze, pagamenti/leasing di automobili, carte di credito, prestiti rateali, assicurazione auto/casa, spese mediche e altre spese.

\*Documenti di reddito: per reddito si intende il totale effettivo o stimato delle entrate annuali in contanti, al lordo delle imposte, derivanti da stipendi, salari, reddito da lavoro autonomo, reddito da assistenza all'infanzia, reddito da locazione, indennità di disoccupazione, assicurazione per invalidità temporanea, mantenimento dei figli, alimenti, indennità dei lavoratori, sussidi per i veterani, pagamenti della sicurezza sociale, dividendi e interessi, royalties, pensioni private e pubbliche e assistenza pubblica. Sono incluse nel reddito anche le indennità di sciopero, le vincite nette a lotterie e giochi d'azzardo e i pagamenti assicurativi una tantum o i risarcimenti per lesioni ricevuti nell'anno solare in cui viene richiesta l'assistenza finanziaria per i servizi ospedalieri.

\*\*Registri delle attività: per attività si intendono contanti, equivalenti a contanti e altre attività durevoli che possono essere convertite in contanti, compresi denaro contante, libretti di risparmio, conti correnti, certificati di deposito (CD), conti del mercato monetario, azioni (ordinarie e privilegiate), obbligazioni, fondi comuni di investimento, IRA, piani pensionistici 401(k), i 403(b), i 457, valore in contanti delle polizze di assicurazione sulla vita, beni personali, veicoli a motore non ad uso personale, seconde case e proprietà in affitto. Sono esclusi dal patrimonio la residenza principale e l'autoveicolo per uso personale.