

ФИНАНСОВАЯ ПОМОЩЬ

СОСТАВИЛ(А): Тара Пицци (Tara Pizzi), менеджер по финансовому консультированию, CNE	СТРАНИЦА: 1 из 12	ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ: 1 октября 2024 г.	НОМЕР ПОЛИТИКИ: CNE FIN-102
	ПРОВЕРИЛ(А): Эндрю Берк (Andrew Burke), финансовый директор, CNE	ПРОВЕРИЛ(А): Кристен Бланшетт (Krysten Blanchette), вице-президент по циклу получения доходов, CNE	УТВЕРДИЛ(А): Тодд Конклин (Todd Conklin), исполнительный вице- президент, главный финансист, CNE

- I. Цель.** Цель данной Политики оказания финансовой помощи (FAP) — обеспечить соблюдение в системе Care New England (далее — CNE) стандартов, установленных штатом Род-Айленд и федеральными агентствами по оказанию благотворительной помощи, а также положений раздела §501(r) Налогового кодекса. Финансовая помощь призвана обеспечить получение всеми пациентами основных неотложных и других необходимых по медицинским показаниям медицинских услуг, предоставляемых в системе CNE, независимо от платежеспособности. С этой целью CNE оказывает помощь лицам, которые в противном случае не имели бы возможности оплачивать расходы, что определяется в соответствии с квалификационными критериями CNE. При этом учитывается способность каждого человека участвовать в расходах на свое лечение. Финансовая помощь CNE не является заменой программ помощи и страхования, финансируемых работодателями, частными компаниями, третьими лицами, штатом и федеральным правительством.
- II. Сфера действия.** Действие настоящей Политики распространяется на Care New England (CNE) и все больницы Care New England, а также указанные организации, как определено ниже:
- 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

Список дополнительных поставщиков услуг, которые решили следовать Плану оказания финансовой помощи CNE, а также тех поставщиков услуг, которые не участвуют (Участвующие и не участвующие поставщики услуг), приводится в Приложении 1.

** The Providence Center (TPC) входит в данную политику в качестве юридического лица CNE, однако TPC также имеет политику, в которой изложены специфические прикладные требования как к местному центру психического здоровья (TPC-FIN-103).

III. Политика. Всем пациентам должны предоставляться все неотложные и необходимые по медицинским показаниям медицинские услуги независимо от платежеспособности, как это предусмотрено Политикой CNE в отношении Закона об оказании неотложной медицинской помощи и помощи при активных родах (EMTALA). Копии этой политики можно получить бесплатно, позвонив в отдел соблюдения законодательных норм CNE по телефону (401) 277-3660.

- a. Решение о предоставлении финансовой помощи принимается исключительно на основании финансового положения заявителя, определяемого заранее установленными квалификационными требованиями, и финансовая помощь будет предоставляться всем пациентам, отвечающим квалификационным требованиям, независимо от расовой принадлежности, цвета кожи, вероисповедания, возраста, национального происхождения, семейного положения и статуса правовой защиты. Настоящая политика будет единообразно применяться ко всем пациентам, не имеющим страховки вообще и имеющим медицинскую страховку на недостаточную сумму.
- b. Пациенты имеют право на получение финансовой помощи на неотложные и все необходимые по медицинским показаниям медицинские услуги. Необходимые по медицинским показаниям медицинские услуги определяются как больничные услуги, которые обоснованно требуются для постановки диагноза, исправления, лечения, облегчения или предотвращения ухудшения состояния, угрожающего жизни, причиняющего страдания или боль, приводящего к болезни или немощи, угрожающего вызвать или усугубить инвалидность, вызвать физическую деформацию или дисфункцию, и при этом нет другого столь же эффективного, более консервативного или существенно менее дорогостоящего курса лечения, доступного или подходящего для лица, обратившегося за услугой.
- c. Пациенты, соответствующие требованиям для участия в программе CNE Charity Care, имеют право на льготное или бесплатное покрытие рецептурных препаратов. Рецепт должен соответствовать назначению и быть связан с обслуживанием, предоставляемым организацией, на которую распространяется действие программы 340B CNE (больницами скорой помощи, входящими в систему Care New England). При соблюдении элементов определения пациента как соответствующего требованиям программы 340B (установленных Управлением здравоохранения и медицинского обслуживания (HRSA)) можно использовать лекарственные средства 340B.

IV. Определения терминов. Термины с прописной буквы, которые не определены

ниже, но используются в настоящей Политике, имеют значения, установленные для них в настоящей Политике.

- a. *Суммы, на которые обычно выставляются счета (AGB)*: в соответствии с положениями §501(r)(5) Налогового кодекса («IRC») в случае оказания неотложной или другой необходимой по медицинским показаниям помощи — суммы, обычно выставляемые в счетах за неотложную или другую необходимую по медицинским показаниям помощь лицам, которые имеют страховку, покрывающую такую помощь.
- b. *Процент сумм, на которые обычно выставляются счета*: процент от валовых расходов, используемый больничным учреждением в целях определения AGB для любой неотложной или другой необходимой по медицинским показаниям помощи, которую оно оказывает человеку, имеющему право на получение помощи в соответствии с настоящей политикой FAP.
- c. *Срок подачи заявлений*: период времени, в течение которого физическое лицо может подать заявление на получение финансовой помощи. Чтобы соответствовать критериям, изложенным в §501(r)(6) Налогового кодекса (IRC), CNE предоставляет физическим лицам не более 240 дней с момента получения первого счета после выписки из больницы для подачи заявления на получение финансовой помощи.
- d. *Критерии соответствия требованиям*: критерии, изложенные в настоящей политике FAP (и подтверждаемые процедурой) и используемые для определения наличия или отсутствия у пациента права на получение финансовой помощи.
- e. *Угрожающие состояния здоровья*: определяются в значении раздела 1867 Закона о социальном обеспечении (42 U.S.C. 1395dd).
- f. *Чрезвычайные меры по взысканию задолженностей («ЕСА»)*: включают любые из указанных ниже действий, предпринимаемых системой CNE в отношении физического лица и связанных с получением платежа по счету за медицинское обслуживание, покрываемое в соответствии с настоящей политикой FAP. ЕСА включают, помимо прочего, действия, требующие судебного или юридического разбирательства, предоставление неблагоприятной информации в агентства кредитных историй или кредитные бюро, наложение ареста и/или обращение взыскания на недвижимое имущество, наложение ареста на банковский счет или удержание заработной платы, а также отсрочку оказания неэкстренной медицинской помощи, отказ в такой помощи или требование оплаты до ее оказания в связи с неуплатой задолженности за ранее оказанную помощь, покрываемую в соответствии с настоящей Политикой.
- g. *Семья*: по определению Бюро переписи населения, это группа из двух или более человек, которые проживают вместе и являются родственниками по рождению, браку, гражданскому союзу или усыновлению.
- h. *Семейный доход*: семейный доход устанавливается по определению Бюро переписи населения, которое при расчете нормативов бедности учитывает следующие доходы:
 - i. заработок, пособие по безработице, пособие по нетрудоспособности, социальное обеспечение, дополнительный доход по социальному обеспечению, государственная помощь,

выплаты ветеранам, пособия по потере кормильца, пенсия или пенсионные доходы, проценты, дивиденды, рента, роялти, доходы от наследства, доверительные фонды, помощь на образование, алименты на содержание бывшей жены, алименты на детей, помощь извне и другие различные ресурсы.

- i. *Соответствующие требованиям FAP*: лица, которые имеют право на получение полной или частичной финансовой помощи в соответствии с настоящей политикой.
- j. *Федеральные нормативы уровня бедности*: федеральные нормативы уровня бедности («FPL») устанавливаются Министерством здравоохранения и социального обеспечения США на ежегодной основе и используются в настоящей политике FAP в целях определения соответствия требованиям для оказания финансовой помощи.
- k. *Финансовая помощь*: бесплатные или льготные медицинские услуги, предоставляемые лицам, которые не в состоянии оплатить все свои медицинские услуги или их часть.
- l. *Валовые расходы*: полная установленная цена медицинской помощи, которая последовательно и единообразно взимается с пациентов до применения любых предусмотренных договором льгот, скидок или вычетов.
- m. *Краткое изложение на простом языке («PLS»)*: письменное заявление, уведомляющее физическое лицо о том, что CNE предлагает финансовую помощь в рамках данной политики FAP, и предоставляющее дополнительную информацию в ясной, краткой и легкой для понимания форме.
- n. *Лицо с недостаточной суммой страховки*: лицо, имеющее определенную страховку или покрытие от третьей стороны, расходы которого на медицинское обслуживание, оплачиваемые из собственных средств, превышают финансовые возможности данного лица. Недостаточное страхование включает, помимо прочего, вычеты, совместное страхование, совместные платежи, исчерпанные льготы и ограничения пожизненных льгот.
- o. *Незастрахованное лицо*: лицо, не имеющее страховки или покрытия от третьей стороны, включая Medicare, Medicaid и любую другую государственную или коммерческую программу страхования, для оплаты медицинских услуг.
- p. *Услуги, не покрываемые страхованием*: услуги, которые не покрываются льготами / страховым планом пациента и, следовательно, не будут оплачиваться согласно страховому плану пациента.

V. Процедура.

- a. Пациенты, не имеющие медицинской страховки или не имеющие достаточного медицинского страхования, имеют право подать заявление на участие в программе. Чтобы претендовать на финансовую помощь в соответствии с Политикой оказания финансовой помощи, пациент и/или его законный представитель должен подать полное Заявление на получение финансовой помощи (включая соответствующие документы/информацию) (Приложение 2) и сотрудничать с CNE,

- предоставляя информацию и документы, необходимые для подачи заявлений на получение других существующих финансовых ресурсов, которые могут быть доступны для оплаты медицинского обслуживания пациента, например Medicare, Medicaid, Rlticare, ответственность перед третьими лицами и т. д.
- b. Политика оказания финансовой помощи CNE, краткое изложение на простом языке (PLS), бланк заявления и необходимые документы доступны на веб-сайте CNE: www.carenewengland.org. Физические лица также могут попросить о бесплатной отправке документов по почте, позвонив по телефону (401) 921-7200.
 - c. Кроме того, CNE опубликует данную политику FAP и PLS в организациях, которые мы обслуживаем. Получить финансовую помощь можно следующим образом:
 - i. пациенты или их представители могут обращаться с просьбой об оказании финансовой помощи;
 - ii. сотрудники CNE могут направлять пациентов или их представителей;
 - iii. врачи-консультанты могут направлять пациентов или их представителей.
 - d. Полная финансовая помощь будет предоставляться пациентам, чей совокупный семейный доход не превышает 200 % от федерального уровня бедности (FPL), скорректированного с учетом размера семьи, при условии, что такие пациенты не имеют права на получение других частных или государственных медицинских страховок и не превышают порог защиты активов. В тех случаях, когда пациент/поручитель имеет право на финансовую помощь по критерию дохода, но не соответствует критерию активов, CNE будет предоставлять максимальную скидку, предлагаемую по скользящей шкале. Максимальный размер обязательств перед пациентом/поручителем будет равен фактическим активам за вычетом применимых пороговых значений активов или максимальных ограничений по лимитам, как это определено законодательством штата Род-Айленд и федеральными нормативными актами, включая §501(r) Налогового кодекса IRS, в зависимости от того, что меньше (Приложение 3).
 - e. Пациенты с валовым доходом 201–300 % от FPL, которые не превышают порог защиты активов, также имеют право на получение финансовой помощи для оплаты части счета за медицинские услуги на основе скользящей шкалы (Приложение 3). Финансовая ответственность пациента ограничивается максимальным лимитом, установленным законодательством штата Род-Айленд и федеральными нормативными актами, включая §501(r) Налогового кодекса IRS, или периодически устанавливаемым системой CNE. Максимальная ответственность, возлагаемая на пациента/поручителя, не будет превышать меньшую из следующей сумм: AGB; сумма, установленная законодательством штата; или сумма, установленная любыми иными критериями CNE. Информацию об ограничениях, установленных системой CNE, а также о скользящей шкале можно получить бесплатно, позвонив в отдел обслуживания клиентов CNE по телефону (401) 921-7200.
 - f. CNE будет следовать установленным процедурам взыскания задолженностей для получения оплаты от лиц, имеющих финансовые обязательства после применения скользящей шкалы оплаты, как указано

в Политике выставления счетов и взыскания задолженностей CNE. Незастрахованные пациенты будут уведомляться о финансовой помощи при выписке из больницы. Все пациенты (как застрахованные, так и незастрахованные) также будут уведомляться о политике FAP в рамках процесса выставления счетов пациенту в течение 120 дней после выставления первого счета за лечение после выписки из больницы («Срок уведомления»). Кроме того, физические лица могут запросить документы о финансовой помощи по почте, по телефону (401) 921-7200 или лично в любой из больниц, входящих в систему CNE.

- g. Чтобы пациент имел право на получение полной (100 %) или частичной финансовой помощи, максимальный размер его ликвидных активов (за исключением основного жилья и личного автомобиля) не должен превышать пороговых значений, указанных на скользящей шкале для отдельных лиц и семей и ежегодно увеличиваемых в соответствии с актуальным индексом потребительских цен. В том случае, если эти пороговые значения не позволяют человеку претендовать на участие в программе (программах) медицинской помощи штата Род-Айленд, CNE заменит эти пороговые значения на те, которые используются в программе (программах) медицинской помощи штата Род-Айленд. Пороговые значения программ медицинской помощи штата Род-Айленд можно найти в Интернете по следующему адресу:
<http://medicaid4you.com/eligibility-requirements>.
- i. По определению Бюро переписи населения, семья — это группа из двух или более человек, которые проживают вместе и являются родственниками по рождению, браку, гражданскому союзу или усыновлению.
 - ii. Сумма или процент от общей суммы сборов, взимаемые в рамках частной платежной части, не должны превышать сумму, на которую обычно выставляются счета (AGB) (Приложение 4), как определено: в соответствии с положениями §501(r) (5) Налогового кодекса («IRC») в случае оказания неотложной или другой необходимой по медицинским показаниям помощи — это суммы, обычно выставляемые в счетах за неотложную или другую необходимую по медицинским показаниям помощь лицам, которые имеют страховку, покрывающую такую помощь.
 - iii. В случае получения неполного заявления на оказание финансовой помощи в соответствии с политикой FAP CNE направляет заявителю письменное уведомление с описанием дополнительной информации или документации, необходимых для принятия решения о соответствии требованиям FAP, а также краткое изложение на простом языке (PLS) и дает заявителю 30 дней для предоставления этой информации. В течение этого времени CNE также приостановит действие любых ECA для получения оплаты за лечение. Физическим лицам будет предоставлен номер телефона, по которому можно звонить по любым вопросам, касающимся необходимой дополнительной информации или документации. Требуемая документация приводится в Приложении 5.
 - iv. Исключения, превышающие стандартные льготы в рамках политики, должны быть одобрены вице-президентом по управлению циклом получения доходов или назначенным им лицом.

- h. Пациент/поручитель может обжаловать отказ в праве на финансовую помощь, предоставив дополнительное подтверждение дохода или размера семьи, в течение 30 дней с момента получения уведомления об отказе. Все апелляции будут рассматриваться вице-президентом по циклу получения доходов или назначенным им лицом для принятия окончательного решения. Согласно определению CNE, апелляция требует рассмотрения руководителем, находящимся как минимум на один уровень выше, чем первоначальный эксперт. Ходатайство об обжаловании решения должно быть рассмотрено в течение 30 дней с момента его получения. Пациенту/поручителю должно быть предоставлено письменное уведомление о результатах рассмотрения апелляции.
- i. Взымаемая сумма: сумма или процент от общей суммы сборов, взимаемые в рамках частной платежной части, не должны превышать сумму, на которую обычно выставляются счета (AGB), как установлено в §501(r)(5) Налогового кодекса IRS.
- j. Если пациент не застрахован и соответствует критериям, позволяющим получить скидку для незастрахованных лиц, как это определено в Кредитной политике CNE, максимальный размер ответственности, взимаемой с пациента/поручителя, не должен превышать меньшую из следующих сумм: AGB; сумма, установленная законодательством штата; или сумма, установленная любыми иными критериями CNE.
 - i. Дисконтные программы:
 1. Скидка в рамках социальных льгот: все незастрахованные пациенты получают скидку в размере 65 % на необходимые по медицинским показаниям услуги независимо от платежеспособности.
 2. Скидка за предоплату: все незастрахованные пациенты имеют право на получение скидки в размере 70 % при оплате ожидаемого обязательства до оказания услуги или в день ее оказания. Эта скидка будет применяться к любому дополнительному непредвиденному обязательству при условии, что пациент перечислит платеж в полном объеме в течение тридцати (30) дней с момента выставления окончательного счета. В том случае, если оплата ожидаемого обязательства превысит фактическую сумму обязательства, CNE осуществит возврат средств пациенту не позднее чем через 30 дней после оформления оплаты.
 3. Скидка за своевременную оплату: все незастрахованные пациенты, которые еще не воспользовались скидкой за предоплату, имеют право на скидку в размере 10 % на остаток средств при условии полной оплаты в течение 30 (тридцати) дней с момента выставления окончательного счета.
- k. CNE оставляет за собой право отозвать финансовую помощь, если выяснится, что пациент сознательно искажил сведения о своем финансовом положении, количестве иждивенцев или любую другую информацию, необходимую для определения финансового положения в целях настоящей политики.
- l. «Уведомление о предоставлении финансовой помощи на оплату лечения в медицинских стационарах» будет размещено на веб-сайтах CNE и в счетах пациентов, а также будет доступно по запросу. Кроме того, оно

будет размещено в отделениях неотложной медицинской помощи, главных вестибюлях, офисах и в зонах приема/регистрации всех учреждений CNE.

- m. Критерии оказания финансовой помощи должны быть доступны на других языках в соответствии с применимыми «Стандартами предоставления услуг в области здравоохранения с учетом культурных и языковых особенностей» (стандартами 4 и 7, основанными на положениях раздела VI Закона о гражданских правах от 1964 г.). Они должны быть утверждены директором и сообщаться всем лицам по запросу. CNE будет прилагать все усилия для того, чтобы политики были четко доведены до сведения пациентов, чьими основными языками являются языки, отличные от тех, на которых данные политики уже доступны. По запросу могут быть предоставлены услуги перевода.

УТВЕРЖДЕНИЕ/ПЕРЕСМОТР:

- 03.05.2018 — утверждена первоначальная версия политики
- 01.10.2020 – утверждена пересмотренная версия
- 21.06.2021 – утверждена пересмотренная версия
- 01.10.2021 – утверждена пересмотренная версия
- 01.10.2022 – утверждена пересмотренная версия
- 01.12.2023 – утверждена пересмотренная версия

НА ЗАМЕНУ:

Финансы 1

Политика оказания финансовой помощи

Приложение 1

Участвующие поставщики услуг	Не участвующие поставщики услуг
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	

Политика оказания финансовой помощи

Приложение 2

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ НА ОПЛАТУ ЛЕЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ СТАЦИОНАРАХ — ПРИ НЕДОСТАТОЧНОЙ СУММЕ СТРАХОВКИ

Любое утверждение этой заявки является временным и перестает действовать через 12 месяцев с даты утверждения

Больница: Butler Kent Memorial The Providence Center Women & Infants Дата: _____

Пациент:	Поручитель/супруг(а):
№ MR:	№ MR:
Дата рождения:	№ карточки социального страхования (если выдана):
№ карточки социального страхования (если выдана):	Домашний телефон:
Домашний телефон:	Рабочий телефон:
Рабочий телефон:	Отношение родства с пациентом:
Домашний адрес:	Адрес:
Род занятий и работодатель:	
Адрес работодателя:	
Язык: <input type="checkbox"/> Английский <input type="checkbox"/> Не английский	
Этническая принадлежность: <input type="checkbox"/> Латиноамериканец <input type="checkbox"/> Не латиноамериканец <input type="checkbox"/> Этническая принадлежность неизвестна	
Расовая принадлежность: <input type="checkbox"/> Азиат <input type="checkbox"/> Американский индеец / коренной житель Аляски <input type="checkbox"/> Темнокожий/афроамериканец <input type="checkbox"/> Уроженец Гавайских островов / островов Тихого океана <input type="checkbox"/> Белокожий <input type="checkbox"/> Другая или смешанная раса <input type="checkbox"/> Расовая принадлежность неизвестна	

Пожалуйста, предоставьте следующую информацию обо ВСЕХ членах семьи, КРОМЕ пациента и поручителя.

Имя и фамилия, отношение родства с пациентом:	№ карточки социального страхования (если выдана):	Дата рождения:	№ MR:
Работодатель, телефон и адрес:	Домашний адрес:		
Имя и фамилия, отношение родства с пациентом:	№ карточки социального страхования (если выдана):	Дата рождения:	№ MR:
Работодатель, телефон и адрес:	Домашний адрес:		
Имя и фамилия, отношение родства с пациентом:	№ карточки социального страхования (если выдана):	Дата рождения:	№ MR:
Работодатель, телефон и адрес:	Домашний адрес:		
Имя и фамилия, отношение родства с пациентом:	№ карточки социального страхования (если выдана):	Дата рождения:	№ MR:
Работодатель, телефон и адрес:	Домашний адрес:		

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД	СУММА	АКТИВЫ	СУММА	ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ РАСХОДЫ/ОБЯЗАТЕЛЬСТВА	СУММА
Оклад и заработная плата пациента		Сбережения		Ипотечный или арендный платеж	
Оклад и заработная плата супруга (супруги)		Текущий счет		Текущий баланс _____	
Оклад и заработная плата поручителя		Депозитные сертификаты (CD)		Налог на недвижимость, если они не включены в ипотечный платеж _____	
Доход от индивидуальной трудовой деятельности		Депозитные счета денежного рынка		Коммунальные платежи: газ / электричество / горюче-смазочные материалы _____	
Доход от ухода за детьми		Сберегательные облигации		Кабельное телевидение / Интернет _____	
Доход от аренды		Акции		Телефон _____	
Пособие по безработице		Облигации		Автоплатежи или арендные платежи _____	
Страхование по временной нетрудоспособности		Паевые инвестиционные фонды		Текущий баланс _____	
Алименты на детей		Индивидуальные пенсионные счета (IRA)		Платежи кредитной картой _____	
Алименты на содержание бывшей жены	401(k)			Текущий баланс _____	
Пособия Министерства по делам ветеранов (VA)	403(b)			Кредиты с погашением в рассрочку _____	
Выплаты по социальному страхованию	457			Текущий баланс _____	
Дивиденды и процентный доход		Страхование жизни с выплатой наличными		Автострахование _____	
Роялти		Личное имущество		Страхование домовладельцев _____	
Пенсии		2-е жилье и сдаваемая в аренду недвижимость		Медицинские расходы _____	
Государственная помощь		Дополнительные автомобили		Продовольственные товары _____	
Прочее				Прочие расходы _____	
ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД:					
Годовой доход:		Итого:		Итого:	

«Я прошу больницу определить мое право на получение финансовой помощи. Я понимаю, что эта информация является конфиденциальной и подлежит проверке больницей. Я также понимаю, что если предоставленная мной информация окажется ложной, мне может быть отказано в финансовой помощи, и я буду нести ответственность за оплату предоставленных больничных услуг. Настоящим я подтверждаю, что информация, содержащаяся в данном заявлении, является полной и верной, насколько мне это известно, и что я понимаю суть процесса и свои обязанности».

Подпись пациента: _____ Дата: _____

Подпись представителя больницы: _____ Дата: _____

ТОЛЬКО ДЛЯ ВНУТРЕННИХ НУЖД

Утвердил(а): _____ Дата: _____

Отклонил(а): _____ Дата: _____

Страховое покрытие: _____ Медицинская помощь: Да Нет

Услуги, связанные с производственной травмой или другим несчастным случаем: Да Нет

Комментарии: _____

Размер семьи: _____ Федеральный норматив уровня бедности: _____

% от федерального норматива уровня бедности: _____

СКИДКА (%): _____ СКИДКА (в долларах): _____

Максимальная ответственность пациента: _____

Политика оказания финансовой помощи

Приложение 2 (продолжение)

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ОПЛАТЫ ЛЕЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ СТАЦИОНАРАХ

Любое утверждение этого заявления является временным и перестает действовать через 12 месяцев с даты утверждения

Больница: Butler Kent Memorial The Providence Center Women & Infants Дата: _____

Пациент:	Поручитель/супруг(а):
№ MR:	№ MR:
Дата рождения:	№ карточки социального страхования (если выдана):
№ карточки социального страхования (если выдана):	Домашний телефон:
Домашний телефон:	Рабочий телефон:
Рабочий телефон:	Отношение родства с пациентом:
Домашний адрес:	Адрес:
Род занятий и работодатель:	
Адрес работодателя:	

Язык: Английский Не английский

Этническая принадлежность: Латиноамериканец Не латиноамериканец Этническая принадлежность не указана

Расовая принадлежность: Азиат Американский индеец / коренной житель Аляски Темнокожий/афроамериканец Коренной житель Гавайев / островов Тихого океана

Белогой Другая или смешанная раса Расовая принадлежность не указана

Пожалуйста, предоставьте следующую информацию обо ВСЕХ членах семьи, КРОМЕ пациента и поручителя.

Имя и фамилия, отношение родства с пациентом:	№ карточки социального страхования (если выдана):	Дата рождения:	№ MR:
Работодатель, телефон и адрес:	Домашний адрес:		
Имя и фамилия, отношение родства с пациентом:	№ карточки социального страхования (если выдана):	Дата рождения:	№ MR:
Работодатель, телефон и адрес:	Домашний адрес:		
Имя и фамилия, отношение родства с пациентом:	№ карточки социального страхования (если выдана):	Дата рождения:	№ MR:
Работодатель, телефон и адрес:	Домашний адрес:		
Имя и фамилия, отношение родства с пациентом:	№ карточки социального страхования (если выдана):	Дата рождения:	№ MR:
Работодатель, телефон и адрес:	Домашний адрес:		
ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД		АКТИВЫ	
Оклад и заработная плата пациента:	Сбережения:		
Оклад и заработная плата супруга (супруги):	Текущий счет:		
Оклад и заработная плата поручителя:	Депозитные сертификаты (CD):		
Доход от индивидуальной трудовой деятельности:	Депозитные счета денежного рынка:		
Доход от ухода за детьми:	Сберегательные облигации:		
Доход от аренды:	Акции:		
Пособие по безработице:	Облигации:		
Страхование по временной нетрудоспособности:	Паевые инвестиционные фонды:		
Алименты на детей:	Индивидуальные пенсионные счета (IRA):		
Алименты на содержание бывшей жены:	401(k):		
Пособие по нетрудоспособности:	403(b):		
Пособия Министерства по делам ветеранов (VA):	457:		
Выплаты по социальному страхованию:	Страхование жизни с выплатой наличными:		
Дивиденды и процентный доход:	Движимое имущество:		
Роялти:	2-е жилье и сдаваемая в аренду недвижимость:		
Пенсии:	2-й автомобиль:		
Социальная помощь:	ИТОГО:		
Прочее:			
ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД:			
ГОДОВОЙ ДОХОД:			

«Я прошу больницу определить мое право на получение финансовой помощи. Я понимаю, что эта информация является конфиденциальной и подлежит проверке больницей. Я также понимаю, что если предоставленная мной информация окажется ложной, мне может быть отказано в финансовой помощи, и я буду нести ответственность за оплату предоставленных больничных услуг. Настоящим я подтверждаю, что информация, содержащаяся в данном заявлении, является полной и верной, насколько мне это известно, и что я понимаю суть процесса и свои обязанности».

Подпись пациента: _____ Дата: _____

Подпись представителя больницы: _____ Дата: _____

ТОЛЬКО ДЛЯ ВНУТРЕННИХ НУЖД

Утвердил(а): _____ Дата: _____

Отклонил(а): _____ Дата: _____

Страховое покрытие: _____ Медицинская помощь: Да Нет

Услуги, связанные с производственной травмой или другим несчастным случаем: Да Нет

Комментарии: _____

Размер семьи: _____ Федеральный норматив уровня бедности: _____ % от федерального норматива уровня бедности: _____

СКИДКА (%): _____ СКИДКА (в долларах): _____

Максимальная ответственность пациента: _____

Политика оказания финансовой помощи

Приложение 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%
Maximum Annual Patient Liability See Incomes Below (multiply the income by max annual %)	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

Политика оказания финансовой помощи

Приложение 4

Сумма, на которую обычно выставляются счета (AGB)

В соответствии с положениями §501(r) (5) Налогового кодекса (IRC) для вычисления процента AGB в системе CNE используется ретроспективный метод. Процент AGB рассчитывается ежегодно и основывается на сумме по всем заявлениям, разрешенным программой Medicare Fee-for-Service + всеми частными медицинскими страховщиками, за 12-месячный период, которая делится на валовые расходы, связанные с этими заявлениями. Соответствующий % AGB будет применяться к валовым расходам для определения AGB.

С любого лица, которое определено как имеющее право на финансовую помощь в соответствии с настоящей политикой FAP, не будет взиматься плата, превышающая AGB, за любую неотложную помощь и другие медицинские услуги, необходимые по медицинским показаниям. С любого лица, соответствующего требованиям политики FAP, всегда будет взиматься меньшая из сумм: AGB или любая скидка, предоставляемая в рамках настоящей политики.

Действует с 1 октября 2024 г. и 1 октября 2023 г. соответственно:

CNE Operating Unit	AGB	
	FY 2025	FY 2024
Butler Hospital	32%	28%
Kent County Memorial Hospital	29%	30%
Women and Infants Hospital	34%	33%

Политика оказания финансовой помощи

Приложение 5

К заявлению на получение финансовой помощи от Care New England должна прилагаться следующая документация (если применимо).

1. Налоговая декларация с подтверждающими документами за последний год.
2. Сведения о доходах* (см. подробное объяснение ниже)
3. Текущие платежные квитанции (не менее чем за 4 недели)
4. Письмо о назначении пособия по инвалидности
5. Письмо о назначении социального пособия (отменяется, если предоставляются прямой депозит и выписка о состоянии банковского счета)
6. Доход (налоговая декларация) родителей, если лицо, подающее заявление на получение финансовой помощи, является учащимся.
7. Отчеты об активах** (см. подробное объяснение ниже)
Выписки о состоянии банковских счетов, включая выписки о состоянии сберегательных, текущих и инвестиционных счетов, аннуитеты
8. Депозитные сертификаты (CD), депозитные счета денежного рынка, акции, облигации, пенсии и индивидуальные пенсионные счета (IRA)
9. Денежная стоимость полисов страхования жизни
10. Личное имущество (кроме основного жилья и автотранспорта для личного пользования).
11. Одобрение/отказ относительно предоставления медицинской помощи и/или участия в программах HealthSource RI.
12. Копия свидетельства о смерти (если применимо).
13. Справка с места учебы (если применимо).
14. Рекомендательное письмо (если применимо).
15. Расходы и обязательства.
16. Актуальная выписка по ипотеке/аренде, налогам на имущество, коммунальным платежам, платежам за автомобили / аренде автомобилей, кредитным картам, кредитам с погашением в рассрочку, страхованию автомобилей/жилья, медицинским и прочим расходам.

*Сведения о доходах: доход — это фактические или предполагаемые совокупные годовые денежные поступления до уплаты налогов от заработной платы, оплаты труда, доходов от индивидуальной трудовой деятельности, доходов от ухода за детьми, доходов от аренды, пособия по безработице, страхования по временной нетрудоспособности, алиментов на детей, алиментов на содержание бывшей жены, пособия по нетрудоспособности, пособий ветеранам, выплат по социальному страхованию, доходов от дивидендов и процентов, роялти, частных и государственных пенсий, а также государственной помощи. В доход также включаются пособия бастующим, чистые выигрыши в лотерею и азартные игры, а также единовременные страховые выплаты и компенсации за травмы, полученные в том календарном году, в котором запрашивается финансовая помощь на оплату больничных услуг.

**Сведения об активах: активы — это денежные средства, денежный эквивалент и другие физические активы, которые могут быть конвертированы в денежные средства, включая наличные деньги, сберегательные счета, текущие счета, депозитные

сертификаты (CD), депозитные счета денежного рынка, акции (обыкновенные и привилегированные), облигации, паевые инвестиционные фонды, индивидуальные пенсионные счета (IRA), 401(k), 403(b), 457, денежную стоимость полисов страхования жизни, личное имущество, автомобили не для личного пользования, вторые дома и сдаваемую в аренду недвижимость. Из активов исключаются основное жилье и автотранспорт для личного пользования.