

Uzyskanie pomocy w zapłaceniu rachunku

Ta informacja skierowana jest do wszystkich pacjentów placówki Adventist Health System lub stowarzyszonego podmiotu świadczącego usługi medyczne. Pełna lista placówek Adventist Health System dostępna jest na stronie www.adventisthealthsystem.com. Jako system szpitalny oparty na wierze zapewniamy opiekę medyczną wszystkim pacjentom, włączając w to tych mających trudności w uiszczeniu opłat za usługi medyczne ze względu na ograniczone dochody. Możesz poprosić o pomoc w opłaceniu rachunku w każdej chwili podczas pobytu w szpitalu lub naliczania opłaty.

Kwalifikowanie się do otrzymania pomocy

Jeśli otrzymasz pomoc w nagłym wypadku lub usługi zdrowotne niezbędne z medycznego punktu widzenia i nie posiadasz ubezpieczenia zdrowotnego prywatnego bądź publicznego, możesz kwalifikować się do otrzymania pomocy finansowej. Kwota pomocy zależna jest od wielkości Twojej rodziny oraz rocznych dochodów. Jeśli Twój roczny dochód jest równy lub niższy niż 200% aktualnego federalnego progu ubóstwa, możliwe jest, że nie będziesz musiał(a) płacić rachunku.

| Federalny próg ubóstwa na 2015 r. | |
|--------------------------------------|--------------------|
| Wielkość gospodarstwa domowego | 200% progu ubóstwa |
| 1 | 23 340 \$ |
| 2 | 31 460 \$ |
| Za każdą kolejną osobę dodaj 8120 \$ | |

Jeśli Twój dochód nie kwalifikuje się do pełnego umorzenia rachunku, wciąż możesz kwalifikować się do otrzymania pomocy w spłacie jego części. Możesz również kwalifikować się w zależności od innych czynników ujętych w Twoim wniosku.

Wnioskowanie o pomoc

Możesz zawnieść o pomoc w spłacie rachunku osobiście, drogą pocztową lub telefonicznie. Aby uzyskać formularz, skontaktuj się z działem Obsługi klienta, odwiedź naszą stronę internetową lub udaj się do rejestracji w szpitalu. Nasz numer telefonu, adres strony internetowej oraz adres placówki znajdują się w zakładce pomocy finansowej na stronie internetowej oraz na pierwszej stronie wydrukowanej wersji tego dokumentu. Informacje te są również dostępne w innych językach na naszej stronie internetowej oraz w rejestracji.

Pomoc medyczna w nagłych wypadkach oraz usługi zdrowotne niezbędne z medycznego punktu widzenia

Jeśli kwalifikujesz się do otrzymania pomocy w opłaceniu rachunku za pomoc medyczną w nagłych wypadkach lub usługi zdrowotne niezbędne z medycznego punktu widzenia, naliczone Ci opłaty nie przekroczą kwot zwyczajowo naliczanych pacjentom posiadającym ubezpieczenie, które pokrywa tego typu usługi. W celu wystawienia rachunku porównujemy kwoty płacone przez ubezpieczonych pacjentów oraz ich firmy ubezpieczeniowe. Nasza polityka charytatywna dostępna jest na stronie internetowej.

Dokumentacja do wniosku

Jeśli chcesz skorzystać z naszego programu pomocy finansowej, niezbędne będzie punktualne przekazanie nam określonych informacji oraz dokumentów. Wymagać będziemy takich informacji, jak otrzymywane świadczenia zdrowotne, dochód, wartość majątku oraz wszelkie inne dane, które mogą nam pomóc w określeniu, czy kwalifikujesz się do otrzymania pomocy. Wymagane dokumenty mogą obejmować wyciągi z banku, zeznania podatkowe oraz odcinek z wypłaty.

Postępowanie windykacyjne

Rachunki, które nie zostaną opłacone w ciągu 100 dni od daty wystawienia, mogą zostać przekazane agencji windykacyjnej. Rachunki, które nie zostaną opłacone w ciągu 120 dni od daty wystawienia, mogą zostać wpisane do Twojej historii kredytowej lub historii kredytowej Twojego poręczyciela. Ty lub Twój poręczyciel możecie poprosić o pomoc w spłacie długu w każdej chwili w trakcie trwania procesu windykacyjnego poprzez wypełnienie wniosku.

Pomoc finansowa

CW F 50.1

Cel

Adventist Health System (AHS) dąży do doskonałości w świadczeniu usług zdrowotnych na wysokim poziomie, jednocześnie zaspokajając różnorodne potrzeby osób mieszkających w rejonie objętym naszymi usługami. AHS jest wiernie poglądu, że pomoc w nagłych wypadkach oraz inne usługi zdrowotne niezbędne z medycznego punktu widzenia powinny być dostępne dla wszystkich bez względu na wiek, płeć, pochodzenie, podłoże kulturowe, mobilność czy też zdolność do uregulowania rachunków. AHS zobowiązuje się do świadczenia opieki zdrowotnej i rozumie, że w niektórych przypadkach pacjent może nie mieć zdolności finansowej do opłacenia rachunku za otrzymane usługi. Niniejsza polityka została opracowana w zgodzie z Sekcją 501(r) kodeksu podatkowego (Internal Revenue Code) oraz rozporządzeniami w nim zawartymi, i powinna być interpretowana oraz stosowana zgodnie z tymi rozporządzeniami. Polityka ta została przyjęta przez zarząd każdego ze szpitali należących do AHS zgodnie z rozporządzeniami zawartymi w Sekcji 501(r).

AHS świadczy pomoc w nagłych wypadkach oraz inne usługi zdrowotne niezbędne z medycznego punktu widzenia bez dyskryminowania pacjentów, niezależnie od ich zdolności do uregulowania rachunków, możliwości zakwalifikowania się do uzyskania pomocy finansowej lub posiadania polisy ubezpieczeniowej. Na wypadek nieposiadania polisy ubezpieczeniowej każdego roku odkładane są fundusze, aby móc zapewnić pomoc finansową w takich przypadkach. Zawsze gdy jest to możliwe, orzeczenie o kwalifikowaniu się do pomocy finansowej zostanie zainicjowane przez doradcę finansowego przed lub w momencie przyjęcia pacjenta. Niniejsza Polityka określa sytuacje, w których AHS lub istotnie powiązane podmioty (spółki partnerskie zapewniające pomoc w nagłych wypadkach lub inne usługi zdrowotne niezbędne z medycznego punktu widzenia, w których organizacja szpitalna AHS posiada udział we własności) powinny zapewnić opiekę zdrowotną nieodpłatnie w oparciu o potrzeby finansowe danej osoby.

Polityka pomocy finansowej ustanawia wytyczne dla udzielania pomocy finansowej kwalifikującym się osobom, które samodzielnie opłacają rachunki lub dopłacają do ubezpieczenia za pomoc otrzymaną w nagłych wypadkach oraz inne usługi zdrowotne niezbędne z medycznego punktu widzenia, w zależności od ich potrzeb finansowych. Polityka pomocy finansowej zawiera również wytyczne dotyczące kwot, jakimi można obciążyć wszystkich pacjentów samodzielnie dokonujących opłat za niezbędne z medycznego punktu widzenia usługi. Zniżki w ramach pomocy finansowej, które określone zostały w oparciu o potrzeby finansowe, nie będą obejmować wybieralnych zabiegów, które nie są konieczne z medycznego punktu widzenia, za wyjątkiem indywidualnie rozpatrywanych przypadków wedle wyłącznego uznania placówki AHS.

Pomoc finansowa

CW F 50.1

Polityka

Pilna pomoc to usługi medyczne w stanie, w którym bez natychmiastowej interwencji:

- Zdrowie pacjenta jest postawione w poważnym niebezpieczeństwie.
- Dochodzi do poważnego upośledzenia funkcji ciała lub poważnego zaburzenia czynnościowego organów wewnętrznych.

Ta definicja obejmuje, lecz nie ogranicza się do następujących rodzajów pacjentów:

- Pacjenci ambulatoryjni oddziału ratunkowego
- Pacjenci przyjęci do szpitala z oddziału ratunkowego
- Pacjenci przyjęci do szpitala / ambulatoryjni podczas wizyt kontrolnych będących następstwem wizyty w oddziale ratunkowym

Załącznik do niniejszej Polityki zawiera pełną listę podmiotów innych niż placówka szpitalna AHS, które świadczą usługi w nagłych wypadkach lub inne usługi zdrowotne niezbędne z medycznego punktu widzenia w placówce szpitalnej AHS, oraz określa, które podmioty są objęte tą Polityką pomocy finansowej, a które nie. Lista podmiotów świadczących opiekę zdrowotną zawarta w Załączniku do niniejszej Polityki jest również dostępna na stronie internetowej AHS. Papierowe egzemplarze można uzyskać nieodpłatnie w placówce AHS w dziale ds. usług finansowych dla pacjentów.

Lista podmiotów świadczących opiekę zdrowotną jest aktualizowana co trzy miesiące w celu dodania nowych lub brakujących informacji, poprawienia błędnych informacji i usunięcia tych, które nie są już aktualne. Data ostatniej aktualizacji jest wskazana na liście.

Placówka AHS może umieścić na liście imiona i nazwiska lekarzy indywidualnych, nazwy spółdzielni lekarskich lub wszelkich innych podmiotów świadczących pomoc w nagłych wypadkach bądź usługi zdrowotne niezbędne z medycznego punktu widzenia w placówce szpitalnej AHS zgodnie z nazwą użytą w umowie ze szpitalem tudzież na wystawianych rachunkach.

- A. Opieka medyczna świadczona w nagłych wypadkach i niezbędna z medycznego punktu widzenia może kwalifikować się do pomocy finansowej, jeśli pacjent spełnia jeden z następujących warunków:
1. Nie posiada polisy ubezpieczeniowej.
 2. Pacjent kwalifikuje się do otrzymania pomocy (np. Medicaid), ale dane usługi nie są nią objęte.
 3. Świadczenia Medicare lub Medicaid zostały już wykorzystane i pacjent nie ma możliwości uiszczenia dalszych opłat.

4. Pacjent jest ubezpieczony, ale kwalifikuje się do otrzymania pomocy finansowej w związku z koniecznością dopłaty do otrzymanych środków z ubezpieczenia.
 5. Pacjent spełnia wymagania określone przez lokalne i/lub stanowe instytucje dobroczynne.
 6. Pacjenci mogą wnioskować o przyznanie pomocy finansowej zgodnie z wytycznymi zawartymi w tej Polityce.
- B. Postanowienia Polityki pomocy finansowej, formularze Wniosku o pomoc finansową i Podsumowanie Polityki pomocy finansowej w prostym języku są przejrzyste i dostępne dla pacjentów w każdym momencie leczenia w językach odpowiednich dla danego rejonu usług AHS zgodnie z Ustawą o pomocy tłumaczeniowej (Language Assistance Services Act) oraz w głównych językach ludności z ograniczoną biegłością w języku angielskim, liczących przynajmniej 1000 osób lub stanowiących 5% członków społeczności obsługiwanej przez placówkę AHS (w dalszej części tej Polityki społeczności spełniające powyższe wymogi ograniczonej biegłości w języku angielskim będą określane terminem społeczności LEP od „Limited English Proficiency”).
1. Strona internetowa: placówki AHS będą publikować na swoich stronach internetowych w widocznym miejscu kompletne i aktualne wersje niżej wymienionych dokumentów:
 - a. Polityka pomocy finansowej (Financial Assistance Policy, dalej „FAP”)
 - b. Formularz wniosku o pomoc finansową (Financial Assistance Application Form, dalej „formularz FAA”)
 - c. Podsumowanie Polityki pomocy finansowej w prostym języku (Plain Language Summary, dalej „PLS”)
 - d. Dane kontaktowe Doradców finansowych w placówkach AHS
 2. Na stronie internetowej umieszczone zostaną informacje o dostępności FAP, formularza FAA oraz PLS, a także w jaki sposób uzyskać ich egzemplarze w języku społeczności LEP.
 3. Znaki informacyjne będą umieszczone w przestrzeniach publicznych placówek AHS, włączając w to izbę przyjęć, rejestrację oraz oddział ratunkowy. Wszystkie znaki informujące o możliwości otrzymania pomocy finansowej będą zawierać następujące elementy:
 - e. Adres strony internetowej szpitala, na której można

znaleźć FAP, PLS i formularz FAA.

- f. Numer telefonu i fizyczną lokalizację (numer pokoju), gdzie można zadzwonić lub udać się celem uzyskania egzemplarza FAP, formularza FAA lub PLS, lub uzyskać dodatkowe informacje na ich temat oraz o procesie składania wniosków.
4. Dane kontaktowe do osób udzielających informacji gdzie i w jaki sposób mieszkańcy społeczności LEP mogą otrzymać egzemplarz FAP, formularza FAA i PLS. Każda placówka AHS będzie udostępniać papierowe egzemplarze FAP, formularza FAA oraz PLS na życzenie pacjenta bez pobierania opłat za ich wydanie, zarówno w publicznym obszarze szpitala (włączając w to oddział ratunkowy, izbę przyjęć oraz rejestrację), jak i drogą pocztową. Papierowe egzemplarze będą dostępne po angielsku oraz w języku społeczności LEP. Papierowy egzemplarz PLS będzie oferowany każdemu pacjentowi w momencie przyjęcia lub wypisania.
 5. Wizyta doradcy finansowego: doradcy finansowi będą zapewniać doradztwo finansowe wszystkim pacjentom przyjętym do szpitala AHS, którzy zostali zakwalifikowani jako samodzielnie opłacający swoje leczenie. Gdy będzie to wskazane, zapewnione zostaną usługi tłumaczy, aby zapewnić zrozumiałą komunikację z pacjentami posiadającymi ograniczoną biegłość w języku angielskim. Zostaną udostępnione informacje o kryteriach kwalifikacyjnych do otrzymania pomocy finansowej oraz zniżek.
 6. PLS powinien zostać skierowany do mieszkańców społeczności obsługiwanej przez placówkę AHS w sposób rozsądnie zaplanowany, aby dotrzeć do tych członków społeczności, którzy najprawdopodobniej mogą potrzebować pomocy finansowej. Przykładem byłoby rozdawanie egzemplarzy PLS działającym w społeczności organizacjom, które zajmują się problemami opieki zdrowotnej osób o niskich dochodach.
- C. Zarówno AHS, jak i obsłużeni pacjenci są odpowiedzialni za ogólny przebieg procesu związanego z zapewnieniem pomocy finansowej.
1. Obowiązki AHS:
 - a. AHS posiada politykę pomocy finansowej, aby ocenić i określić, czy pacjent kwalifikuje się do pomocy finansowej.
 - b. AHS posiada rozwinięte kanały informacyjne służące do

Pomoc finansowa

CW F 50.1

komunikowania dostępności pomocy finansowej pacjentom w sposób, który promuje pełne uczestnictwo ze strony pacjenta.

- c. Pracownicy AHS w dziale usług finansowych i rejestracji pacjentów rozumieją politykę pomocy finansowej AHS oraz mają możliwość przekazania pytań dotyczących polityki odpowiednim przedstawicielom szpitala.
- d. AHS wymaga, żeby wszystkie umowy ze stronami trzecimi, które zajmują się pobieraniem wpłat w imieniu AHS, zawierały prawnie wiążącą pisemną klauzulę nakazującą owym agentom przestrzeganie polityki pomocy finansowej AHS.
- e. Dział AHS obsługujący rachunki pacjentów (Revenue Cycle Department) zapewnia nadzór organizacyjny nad świadczeniem pomocy finansowej oraz politykami/procedurami regulującymi proces pomocy finansowej oraz naliczania i pobierania opłat.
- f. Po otrzymaniu wniosku o pomoc finansową AHS poinformuje pacjenta o podjętej decyzji w rozsądnym terminie.
- g. AHS oferuje opcje w zakresie planu spłaty zobowiązań.
- h. AHS popiera i honoruje prawo pacjenta do odwołania się od decyzji i wniesienia o ponowne rozpatrzenie.
- i. AHS przechowuje (i wymaga tego samego od agentów obsługujących płatności) dokumentację uzasadniającą ofertę, wniosek oraz przyznanie pomocy finansowej przez okres co najmniej siedmiu lat.
- j. AHS okresowo będzie dokonywać przeglądu i wdrażać stanowe wytyczne dot. ubóstwa zgodnie ze zmianami publikowanymi przez Departament Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych (United States Department of Health and Human Services).

2. Obowiązki pacjenta

- a. Aby zostać wziętym pod uwagę do uzyskania 100% zwolnienia z opłaty na mocy polityki pomocy finansowej, pacjent musi współpracować z AHS celem dostarczenia niezbędnych informacji i dokumentacji wymaganych do wnioskowania o inne istniejące zasoby finansowe, które

Pomoc finansowa

CW F 50.1

- mogą być dostępne, aby pokryć koszty opieki medycznej, na przykład Medicare, Medicaid, ubezpieczenie OC itp.
- b. Aby zostać wziętym pod uwagę do uzyskania 100% zwolnienia z opłaty na mocy polityki pomocy finansowej, pacjent musi dostarczyć AHS informacje finansowe oraz inne informacje wymagane do określenia, czy dany pacjent się kwalifikuje (obejmuje to wypełnienie wymaganych formularzy oraz pełną współpracę podczas procesu zbierania informacji i oceny).
 - c. Pacjent samodzielnie dokonujący opłat, który nie kwalifikuje się do uzyskania 100% zwolnienia z opłaty w oparciu o potrzeby finansowe, zostanie obciążony kosztami nieprzekraczającymi kosztów naliczanych zwyczajowo pacjentom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne pokrywające tego typu usługi oraz będzie współpracować ze szpitalem, aby ustalić rozsądny plan spłaty.
 - d. Pacjent samodzielnie dokonujący opłat, który nie kwalifikuje się do uzyskania zniżki 100% w oparciu o potrzeby finansowe, musi w dobrej wierze dołożyć starań, aby przestrzegać planu spłaty szpitalnych rachunków. Pacjent jest zobowiązany natychmiast poinformować AHS o każdej zmianie w sytuacji finansowej, aby pozwolić na ocenienie wpływu tej zmiany pod kątem polityki pomocy finansowej w odniesieniu do udzielonej pomocy finansowej, rachunków szpitalnych lub ustalonych planów spłaty.
- D. Proces orzekania o kwalifikowaniu się do pomocy finansowej i proces wnioskowania o pomoc finansową będą bezstronne, konsekwentne i terminowe.
1. *Rozpoznanie potencjalnie kwalifikujących się pacjentów.*
Wnioski o pomoc finansową będą przyjmowane do 240 dni od daty przekazania pacjentowi pierwszego polecenia dokonania wpłaty po wypisaniu ze szpitala, drogą pocztową lub w formie rachunku elektronicznego.
 - a. Proces rejestracyjny i przed-rejestracyjny pomagają rozpoznać, którzy pacjenci są w potrzebie pomocy finansowej.
 - b. Doradcy finansowi postarają się skontaktować ze wszystkimi pacjentami samodzielnie opłacającymi rachunki podczas ich pobytu w szpitalu lub w momencie

- wypisywania.
- c. PLS placówki AHS zostanie zaproponowany wraz z formularzem FAA każdemu pacjentowi w momencie przyjmowania lub wypisywania z placówki szpitalnej.
 - d. Na wszystkich rachunkach zostanie umieszczona wyraźna informacja pisemna powiadamiająca i informująca pacjenta o możliwości otrzymania pomocy finansowej na mocy postanowień FAP placówki szpitalnej AHS, która będzie zawierać: 1) numer telefonu do biura lub działu placówki AHS, który może udzielić informacji o FAP i procesie składania wniosku o otrzymanie pomocy finansowej; oraz 2) adres strony internetowej, z której można pobrać FAP, formularz FAA oraz PLS.
 - e. Podjęte zostaną rozsądne starania, by powiadamiać pacjentów werbalnie o FAP placówki AHS oraz o tym, w jaki sposób mogą oni otrzymać pomoc w wypełnieniu formularza FAA i procesie wnioskowania.
 - f. Pacjent otrzyma co najmniej jedno pisemne ostrzeżenie (na temat działań, które mogą zostać podjęte) wraz z egzemplarzem PLS, powiadamiające pacjenta o tym, że pomoc finansowa dostępna jest dla kwalifikujących się pacjentów oraz że szpital może podjąć działania mające na celu przekazanie niekorzystnych informacji o pacjencie instytucjom gromadzącym dane o nierzetelnych dłużnikach / do biura informacji gospodarczej lub wszczęć inne nadzwyczajne postępowanie windykacyjne, jeśli pacjent nie złoży formularza FAA bądź nie uiszczy należności w określonym terminie. Termin ten nie może być ustalony na datę wcześniejszą niż 120 dni liczonych od daty wysłania pacjentowi pierwszego rachunku po wypisaniu ze szpitala. Ostrzeżenie musi zostać dostarczone pacjentowi co najmniej 30 dni przed wyznaczonym w nim terminem.
2. *Wnioski o pomoc finansową.* Wnioski o pomoc finansową mogą być dostarczone z różnych źródeł (włączając w to pacjenta, członka rodziny, organizację społeczną, kościół, firmę windykacyjną, opiekuna, administrację itp.).
- a. Wnioski otrzymane od osób trzecich będą przekazywane doradcy finansowemu.
 - b. Doradca finansowy będzie współpracował z osobami trzecimi, aby zapewnić dostępne zasoby i pomóc pacjentowi w procesie składania wniosku.
 - c. Na wniosek pacjenta o pisemną informację o

szacunkowych kosztach zostanie mu dostarczona szacunkowa wycena kosztów.

3. Kryteria kwalifikacji

- a. Aby kwalifikować się do otrzymania 100% zniżki na naliczone koszty (tj. pełne umorzenie dla pacjentów samodzielnie dokonujących opłat oraz pełne umorzenie dopłaty pacjenta, która pozostaje do uregulowania po częściowym pokryciu kosztów przez ubezpieczyciela), dochód gospodarstwa domowego pacjenta musi być na poziomie lub poniżej 200% aktualnego federalnego progu ubóstwa. Pacjenci samodzielnie dokonujący opłat, których dochód gospodarstwa domowego przekracza 200% aktualnego federalnego progu ubóstwa, zostaną obciążeni kosztami nieprzekraczającymi kosztów naliczanych zwyczajowo pacjentom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne pokrywające tego typu usługi.
- b. Kwota, jaką zostanie obciążony każdy kwalifikujący się do FAP pacjent za usługi medyczne w nagłych wypadkach lub inne usługi zdrowotne niezbędne z medycznego punktu widzenia, zostanie obliczona w oparciu o ogólnie obowiązujące kwoty (amounts generally billed, dalej „AGB”) w poszczególnych szpitalach AHS dla pacjentów posiadających ubezpieczenie pokrywające koszty tego typu usług. Każda placówka AHS określi swoje AGB poprzez ustalenie odsetka AGB i pomnożenie go przez kwotę brutto opłat naliczanych pacjentowi za usługi. W celu ustalenia AGB wszystkie placówki AHS będą korzystać z metody obliczania wstecznego, tak jak to opisano w §1.501(r)-5(b)(3). Pacjent może skontaktować się z zespołem ds. usług finansowych dla pacjentów odpowiedniego szpitala AHS pod numerem telefonu widniejącym w załączniku do tej polityki, aby otrzymać bezpłatną informację na piśmie na temat AGB danej placówki AHS oraz wyjaśnienie, w jaki sposób zostało ono obliczone.
- c. Opłaty naliczone pacjentowi kwalifikującemu się do otrzymania pomocy finansowej na mocy postanowień FAP placówki AHS za wszelkie usługi medyczne będą niższe niż opłaty brutto naliczane za tego typu opiekę.
- d. W przypadku gdy maksymalna pomoc finansowa dla progu 200% musi zostać zwiększona z powodu specyficznych dla rynku warunków (włączając w to konkurencję i relacje publiczne), przedstawiciel podmiotu jest zobowiązany przedstawić ten wyjątek komitetowi Adventist Health System Senior Hospital Finance Group (SHFG) celem jego

zatwierdzenia.

- e. Poza oceną wysokości dochodów wspomnianą powyżej, dodatkowo może zostać przeprowadzony test majątkowy (asset test), aby określić uprawnienia do pomocy finansowej. Test majątkowy jest obowiązkowy jedynie dla pacjentów Medicare. Test majątkowy jest opcjonalny dla pacjentów spoza Medicare. Do celów niniejszej polityki kwota zobowiązania pacjenta wynosi 100%, nie przekraczając WYŻSZEJ wartości niż: 1) Siedem procent (7%) dostępnego majątku lub 2) Wymaganej opłaty wedle Polityki pomocy finansowej. „Dostępny majątek” jest definiowany jako gotówka, ekwiwalenty gotówki i inwestycje nienależące do funduszu emerytalnego.
- f. Podczas ustalania dochodów pacjenta obowiązują następujące warunki:
 - i. Wielkość gospodarstwa domowego oraz dochód obejmują wszystkich członków najbliższej rodziny i inne osoby będące na utrzymaniu w tym gospodarstwie domowym, jak poniżej:
 1. Osoba pełnoletnia i, jeśli jest zamężna/żonata, małżonek.
 2. Każde własne lub adoptowane niepełnoletnie dziecko osoby dorosłej lub małżonka.
 3. Każde niepełnoletnie dziecko będące pod opieką dorosłego lub małżonka decyzją sądu.
 4. Każdy student powyżej 18 roku życia będący na utrzymaniu rodziny wspierany w ponad 50% (wymagana jest bieżąca deklaracja podatkowa odpowiedzialnej osoby dorosłej).
 5. Każda inna osoba będąca na utrzymaniu rodziny wspierana w ponad 50% (wymagana jest bieżąca deklaracja podatkowa odpowiedzialnej osoby dorosłej).
- g. Dochód może zostać zweryfikowany za pomocą osobistego sprawozdania finansowego lub przez uzyskanie kopii najbardziej aktualnego formularza W-2 danego pacjenta, najbardziej aktualnego formularza 1040, wyciągu bankowego lub jakiegokolwiek innej dokumentacji, która potwierdza zgłoszony dochód.
- h. Dokumentacja potwierdzająca dochód i posiadany majątek jest przechowywana w aktach pacjenta w celu późniejszego odniesienia.
- i. Raport o zdolności kredytowej może zostać wygenerowany

Pomoc finansowa

CW F 50.1

w celu rozpoznania dodatkowych wydatków, zobowiązań oraz dochodów, aby zyskać pełny obraz sytuacji finansowej pacjenta. Narzędzie do oceny punktowej strony trzeciej może zostać wykorzystane w celu uzasadnienia kwalifikowania się do otrzymania pomocy finansowej.

- j. Formularze wniosków o udzielenie pomocy finansowej będą brane pod uwagę przez 240 dni od daty wysłania pacjentowi pierwszego rachunku po wypisaniu ze szpitala lub gdy rozpoznana zostanie zmiana w sytuacji finansowej pacjenta. Wniosku o pomoc finansową nie trzeba składać ponownie w przypadku usług otrzymanych w okresie do trzech (3) miesięcy od daty ostatniego zatwierdzenia wniosku.
- k. Domniemane uprawnienie: pacjenci, którzy nie są objęci ubezpieczeniem i spełniają jeden lub więcej z poniższych warunków, mogą zostać uznani za uprawnionych do otrzymania najszerzej pomocy finansowej w przypadku braku wypełnionego formularza FAA:
- pacjent jest bezdomny;
 - pacjent zmarł bez majątku, którym można pokryć koszty pobytu w szpitalu;
 - pacjent został uwieziony za przestępstwo;
 - pacjent obecnie kwalifikuje się do Medicaid, ale nie kwalifikował się w dniu otrzymania usługi;
 - pacjent kwalifikuje się do otrzymania pomocy stanowej na mocy Ustawy o odszkodowaniach dla ofiar przestępstw z użyciem przemocy (Violent Crimes Victims Compensation Act) lub Ustawy o odszkodowaniach dla ofiar przemocy seksualnej (Sexual Assault Victims Compensation Act);
 - pacjent posiada ryzyko zaległości w płatnościach „D” lub „E” w aplikacji Scorer®. Aplikacja Scorer jest narzędziem stworzonym do klasyfikowania pacjentów w grupy o różnych możliwościach finansowych. Wyniki opierają się na algorytmach analizujących dane z biur informacji gospodarczej, baz danych demograficznych oraz informacjach szczególnych dla szpitala, aby określić i zakwalifikować pacjentów w poszczególne kategorie możliwości finansowych. Zamiast korzystania z aplikacji Scorer mogą zostać również użyte wyniki podane przez biuro informacji gospodarczej w celu określenia ewentualnego kwalifikowania się do otrzymania pomocy wedle uznania szpitala;
 - pacjent został określony jako kwalifikujący się do

otrzymania pomocy finansowej w ciągu okresu ostatnich trzech miesięcy od daty zatwierdzenia ostatniego wniosku o przyznanie pomocy finansowej.

Każdego pacjenta uznanego za uprawnionego do pomocy finansowej zgodnie z tą polityką będą dotyczyć te same działania opisane w Sekcji D oraz w treści tej polityki, tak jakby pacjent złożył wypełniony formularz FAA.

4. *Procedura wnioskowania o pomoc finansową*

a. Formularz wniosku o pomoc finansową AHS. Aby zawnioskować o pomoc finansową, pacjent musi wypełnić formularz FAA AHS. Pacjent jest zobowiązany do udzielenia wszelkich wymaganych informacji do określenia, czy kwalifikuje się do otrzymania pomocy, włączając w to dokumentację potwierdzającą dochód. Zobacz instrukcje wdrożenia pomocy finansowej (Financial Assistance Implementation Instructions) dla CWF 50.1, aby sprawdzić akceptowalne formy dokumentacji.

b. Pacjent może pobrać formularz FAA AHS ze strony internetowej szpitala AHS lub skontaktować się z działem ds. usług finansowych dla pacjentów i poprosić o przesłanie nieodpłatnego egzemplarza pocztą lub osobiście odebrać go w izbie przyjęć / rejestracji dowolnej placówki AHS.

c. Wypełniony formularz FAA AHS powinien zostać złożony do rozpatrzenia w dziale ds. usług finansowych dla pacjentów. Od pacjenta będzie wymagane udokumentowanie dochodu oraz posiadanego majątku. Ponadto beneficjenci Medicare podlegają dodatkowemu testowi majątkowemu zgodnie z prawem federalnym. Dokonuje się przeglądu celem określenia uprawnienia do pomocy w oparciu o całkowite zasoby posiadane przez pacjenta (włączając w to, lecz niewyłącznie: poziom dochodu rodziny, majątek – zgodnie z wymaganiami dla pacjentów Medicare – oraz inne stosowne informacje).

5. *Działania, które mogą zostać podjęte w przypadku nieopłacenia rachunku:* Po upływie 120 dni od daty wysłania pacjentowi pierwszego rachunku po wypisaniu ze szpitala, placówka AHS może przekazać informacje o zaległych należnościach z tytułu zapewnionej opieki zdrowotnej instytucjom gromadzącym dane o nierzetelnych dłużnikach lub do biura informacji gospodarczej, lub sprzedać dług firmie windykacyjnej, co uznawane jest za nadzwyczajne postępowanie windykacyjne (extraordinary collection action – ECA) (zob. Sekcja F. 6. Polityki) bądź wszczęć

jakiegokolwiek inne ECA tylko wtedy, gdy pacjent otrzymał następujące powiadomienia przynajmniej 30 dni przed rozpoczęciem ECA: 1) powiadomienie pisemne wraz z PLS dostarczone pacjentowi z wyjaśnieniem, że pomoc finansowa dostępna jest dla kwalifikujących się pacjentów oraz informacją o konkretnych postępowaniach ECA, jakie mogą zostać wszczęte po upływie określonego terminu (termin ten nie może być krótszy niż 30 dni od daty dostarczenia pisemnego ostrzeżenia); oraz 2) podjęte zostały rozsądne starania, by powiadomić pacjenta werbalnie o FAP placówki AHS oraz w jaki sposób może on otrzymać pomoc w procesie wnioskowania o pomoc finansową.

a. *Nie złożono żadnego formularza FAA:*

Jeśli formularz wniosku o pomoc finansową nie został złożony w okresie 120 dni od daty pierwszego wysłania rachunku po wypisaniu ze szpitala oraz upłynął wyznaczony w powiadomieniu termin, placówka AHS może wszcząć postępowanie ECA.

b. *Złożony formularz FAA jest niekompletny:*

Jeśli pacjent złoży niekompletny formularz FAA w ciągu 240 dni od daty wysłania pierwszego rachunku po wypisaniu ze szpitala (okres składania wniosków), szpital AHS musi podjąć następujące działania:

- i. Zawiesić wszelkie ECA.
- ii. Dostarczyć pacjentowi pisemne powiadomienie, które opisuje dodatkowe dane i/lub dokumenty wymagane przez Politykę pomocy finansowej lub formularz o pomoc finansową, których dostarczenie jest niezbędne w rozsądnym terminie; ponadto powiadomienie zawiera informacje kontaktowe, w tym numer telefonu i adres biura lub placówki AHS, które mogą udzielić informacji o FAP i procesie składania wniosku o otrzymanie pomocy finansowej lub alternatywnie dane organizacji charytatywnej lub agencji rządowej, które mogą zapewnić pomoc w procesie wnioskowania o pomoc finansową, jeśli szpital AHS nie ma takiej możliwości.
- iii. Jeśli formularz FAA nie zostanie uzupełniony przed upływem rozsądnego terminu opisanego powyżej, szpital może wszcząć lub wznowić postępowanie ECA. W procesie windykacji dopuszczalny jest zastaw

ubezpieczenia (ubezpieczenia samochodu, od odpowiedzialności cywilnej, polisy na życie, zdrowotnej), z którego potencjalnie wypłacone zostaną środki w wyniku poniesionych szkód na zdrowiu, w związku z którymi pacjentowi świadczone opiekę zdrowotną w placówce AHS. Nie zostanie wniesiony żaden nakaz ani zastaw majątku osobistego wobec pacjentów kwalifikujących się do otrzymania FAP.

c. *Złożony formularz FAA jest kompletny:*

Jeśli pacjent złoży kompletny formularz FAA w terminie składania wniosków (240 dni od daty wysłania pierwszego rachunku po wypisaniu pacjenta) szpital AHS musi podjąć następujące działanie:

- i. Zawiesić wszelkie ECA.
- ii. Zawiesić proces windykacji długu na czas rozpatrywania przez AHS wypełnionego formularza FAA. Na rachunku pacjenta zostanie umieszczona notatka mówiąca o zawieszeniu procesu windykacji długu do czasu zakończenia procedury pomocy finansowej. Jeśli dług został przekazany firmie windykacyjnej, zostanie ona poinformowana o zawieszeniu procesu windykacji długu do czasu podjęcia decyzji. Powiadomienie to zostanie odnotowane w aktach rachunku.
- iii. Stworzyć i udokumentować decyzję dotyczącą uprawnienia pacjenta do otrzymania pomocy finansowej.
- iv. Powiadomić pacjenta pisemnie w rozsądnym czasie, zazwyczaj w ciągu 60 dni od daty otrzymania wypełnionego formularza FAA, o decyzji odnośnie do uprawnienia do otrzymania pomocy i podstawie tej decyzji.
- v. Zapewnić pacjentowi zestawienie opłat (niewymagane w przypadku zestawienia opłat na kwotę 0 \$), które wskazuje należności ze strony pacjenta kwalifikującego się do FAP i opisuje, w jaki sposób pacjent może otrzymać informacje dotyczące AGB za opiekę i w jaki sposób placówka AHS obliczyła należności.
- vi. Zwrócić każdą nadpłatę pacjentowi.
- vii. Podjąć wszelkie dostępne i zasadne kroki, aby cofnąć wszystkie ECA wszczęte wobec pacjenta.
- viii. Dostarczyć pacjentowi pisemne powiadomienie o odmowie w przypadku niekwalifikowania się do otrzymania FAP i zawrzeć w nim zarówno powód odmowy, jak i informacje kontaktowe do złożenia odwołania. Jeśli pacjent nie zgadza się z podjętą decyzją, może się on od niej odwołać w ciągu 45 dni od jej daty.

Pomoc finansowa

CW F 50.1

Odwołanie musi zawierać wszelkie dodatkowe informacje mające związek ze sprawą, które mogą pomóc w ocenie odwołania. Odwołania od odmowy będą poddawane rozpatrzeniu co miesiąc przez komitet pomocy finansowej. Decyzja podjęta przez komitet zostanie przekazana pacjentowi w ciągu 60 dni od daty rozpatrzenia i będzie ona stanowić ostateczną decyzję komitetu.

- ix. Po otrzymaniu kompletnego formularza FAA placówka AHS może opóźnić swoją decyzję o kwalifikowaniu się danego pacjenta na mocy FAP, jeśli pacjent złożył wniosek o otrzymanie pomocy z Medicaid, do czasu aż zostanie podjęta decyzja dotycząca kwalifikowania się do pomocy Medicaid.

E. Obowiązki działu ds. usług finansowych dla pacjentów

1. Komitet pomocy finansowej: zestawienie wniosków o pomoc finansową i wynikające z nich zalecenia opracowane przez dział ds. usług finansowych dla pacjentów będą rozpatrywane co miesiąc przez szpitalny komitet pomocy finansowej. Komitet pomocy finansowej rozpatrzy wszystkie zalecenia odnośnie do pomocy finansowej, skupiając się na skrajnych przypadkach i prośbach niestandardowych, które wymagają indywidualnego rozpatrzenia.
2. Udzielenie pomocy finansowej w wysokości przekraczającej 10 000 \$ musi zostać zatwierdzone przez komitet pomocy finansowej.
3. Po rozpatrzeniu i zatwierdzeniu przez komitet pomocy finansowej, zatwierdzona pomoc finansowa zostanie przekazana na rachunek pacjenta przez dział ds. usług finansowych dla pacjentów (Patient Financial Services, PFS).
4. PFS jest odpowiedzialny za określenie, czy szpital podjął odpowiednie kroki celem określenia, czy dany pacjent kwalifikuje się do otrzymania pomocy FAP i czy szpital może wszcząć postępowanie ECA.
5. Firmy windykacyjne współpracujące z AHS będą przestrzegać niniejszej polityki pomocy finansowej w zakresie naliczania opłat i windykacji długów.
6. Sprzedaż długu pacjenta innej firmie (inna niż sprzedaż niebędąca ECA, jak opisano poniżej) uznawana jest za postępowanie ECA i nie należy go wszczynać do czasu wypełnienia wszystkich kroków wymienionych powyżej w Sekcji

D. Każda proponowana umowa sprzedaży długu musi uprzednio zostać zatwierdzona przez odpowiedniego Regionalnego dyrektora finansowego AHS i poddana Procesowi weryfikacji umów AHS, zanim zostanie wykonana.

Niektóre przypadki sprzedaży długów nie są uznawane za ECA. Sprzedaż długu nieuznana za ECA wymaga od placówki AHS zawarcia prawnie obowiązującej umowy pisemnej z nabywcą długu, która wyszczególnia następujące postanowienia:

- a. nabywca długu nie może wszcząć żadnego postępowania ECA;
- b. nabywcy zabrania się pobierania odsetek długu powyżej stawki ustalonej przez Urząd Skarbowy;
- c. dług podlega zwrotowi lub odwołaniu przez placówkę AHS w momencie określenia, że pacjent kwalifikuje się do FAP; i
- d. jeśli dług nie zostanie zwrócony lub odwołany, nabywca długu musi zapewnić, że pacjent nie poniesie wyższych kosztów, niż te, które zostały mu naliczone w związku z kwalifikowaniem się do FAP.

F. Indywidualne plany spłat

1. Plany spłat dla pacjentów samodzielnie opłacających rachunki, którym naliczono AGB, będą opracowywane indywidualnie z każdym pacjentem. Wszystkie działania mające na celu pobranie należności będą realizowane w zgodzie z prawem federalnym i stanowym w zakresie windykacji długów. W trakcie spłaty należności przez pacjenta do jego rachunku nie będą naliczane żadne odsetki, chyba że pacjent dobrowolnie przystąpił do programu długoterminowej spłaty w porozumieniu ze stroną trzecią, która finansuje koszty i nalicza od tego odsetki.
2. Jeśli pacjent przestrzega warunków swojego indywidualnie opracowanego planu spłaty, nie zostaną podjęte żadne działania mające na celu windykację długu.

G. Prowadzenie ewidencji

1. Ewidencja, w formie papierowej lub elektronicznej, będzie prowadzona w zakresie udzielonej pomocy finansowej wraz z wszelkimi wnioskami i arkuszami.
2. Zestawienie informacji dotyczących przetwarzanych wniosków oraz świadczonej pomocy finansowej będzie utrzymane przez okres 7 lat. Zestawienie informacji zawiera liczbę pacjentów, którzy zawnioskowali o pomoc finansową w AHS, dane o tym, ilu

Pomoc finansowa

CW F 50.1

z nich pomoc otrzymało, kwotę przyznaną każdemu pacjentowi w ramach pomocy oraz pełny rachunek każdego pacjenta.

3. Koszt udzielonej pomocy finansowej będzie co roku publikowany w sprawozdaniu o działaniach na rzecz społeczności (Community Benefit Report). Pomoc finansowa (nieodpłatna opieka medyczna) będzie przedstawiana jako koszt udzielonej opieki (nie wysokość należności) w oparciu o najbardziej aktualne koszty działalności i powiązany z nimi stosunek kosztów do opłat.

- H. Podporządkowanie prawu: udzielanie pomocy finansowej może być teraz lub w przyszłości przedmiotem prawa federalnego, stanowego bądź lokalnego. Takie prawo reguluje udzielanie pomocy finansowej w stopniu, w jakim narzuca wymagania bardziej rygorystyczne niż ta polityka.