

**НАИМЕНОВАНИЕ ДОКУМЕНТА: ПОЛИТИКА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ
(FINANCIAL ASSISTANCE POLICY, FAP)**

ЦЕЛЬ

В Политике финансовой помощи описана процедура предоставления пациентам, которые отвечают определенным критериям, медицинской помощи без оплаты и страхового покрытия.

ПОЛИТИКА

Политика больницы Calvary Hospital заключается в информировании каждого пациента о возможности получения Финансовой помощи, то есть о предоставлении медицинских услуг без оплаты или по сниженной стоимости для малообеспеченных или нуждающихся, исходя из их возможности произвести оплату и отсутствия страхового покрытия. Политика применяется единообразно ко всем пациентам, которые являются жителями штата Нью-Йорк и обращаются за помощью исходя из своего финансового положения. Сумма предоставляемой финансовой помощи с состоянием здоровья заявителя не связана.

Настоящая Политика применяется только к необходимым по медицинским показаниям средствам и услугам, предоставляемым Больницей.

Копия настоящей Политики и ее краткий вариант размещены на веб-сайте Больницы по адресу www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/.

**П
О
Л
И
Т
И
К
А**

**НАИМЕНОВАНИЕ ДОКУМЕНТА: ПОЛИТИКА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ
(FINANCIAL ASSISTANCE POLICY, FAP)**

ПРОЦЕДУРА

Пациенты, которые не имеют страхового покрытия или исчерпали свое медицинское страховое покрытие и обращаются за получением медицинских услуг, направляются к кассовому работнику Финансового департамента (Finance Department) для прохождения финансовой проверки. Указатели с контактной информацией для помощи пациентам, не имеющим возможности произвести оплату, размещены во всех зонах регистрации. Кроме того, уведомление о существовании данной Политики и контактный номер 718-518-2063 (Департамент по расчетам с пациентами (Patient Accounts Department)) размещены в выставляемом пациенту счете.

А. Уведомление

Каждое лицо, которое обращается за получением услуг в больницу Calvary Hospital, в обязательном порядке информируется о Политике финансовой помощи Calvary (FAP) в нижеследующем порядке:

1. Каждому лицу, которое обращается за получением услуг для себя или для иного лица, вручается индивидуальное уведомление. Как правило, вышеуказанное уведомление вручается лицу при госпитализации или регистрации, в момент обсуждения условий оплаты. «Уведомление о доступности финансовой помощи» (Notice of Availability for Financial Assistance) обновляется ежегодно (см. Приложение I).
2. В хорошо заметных местах помещений приемного отделения, офиса, клиники и агентства по оказанию помощи на дому размещаются соответствующие объявления. Объявления должны быть на английском, испанском и русском языках. Бумажные копии Политики доступны на нескольких языках. Кроме того, в больнице Calvary Hospital имеется телефонная служба перевода, где можно получить информацию на нескольких дополнительных языках.
3. Политика финансовой помощи в полной и упрощенной формах размещена на веб-сайте Больницы на английском, испанском и русском языках. Эту информацию можно найти по адресу www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/.

В. Критерии предоставления финансовой помощи

Лица имеют право на получение финансовой помощи, если они соответствуют следующим критериям:

1. Не имеют страхового покрытия; или получают услуги, на которые не распространяется страховое покрытие стороннего страховщика или государственной программы; или обязаны лично уплатить некие суммы по условиям сторонних страховщиков.
2. Годовой доход семьи составляет не более 300 % от дохода, соответствующего уровню бедности согласно государственным нормам.
3. Обращаются за услугами в рамках плана обслуживания и обеспечения.

До предоставления финансовой помощи все пациенты в качестве предварительного условия обязаны подать заявление на получение страховки Medicaid. Отказ от сотрудничества в рамках процедуры получения Medicaid может привести к отказу в финансовой помощи. Одним из критериев предоставления финансовой помощи является разумное сотрудничество пациентов при подаче заявления и в отношении соблюдения требований Medicaid (включая предоставление информации, компенсацию излишка доходов и др.).

Все пациенты, не имеющие страхового покрытия, по умолчанию считаются имеющими право на самый низкий уровень скидки, предоставляемой в соответствии с Таблицей скидок больницы Calvary Hospital (включая поставщиков услуг, которые являются сотрудниками или непосредственными подрядчиками Calvary Hospital) до момента подачи заявления на Medicaid в полном объеме.

Calvary Hospital оказывает экстренную медицинскую помощь в соответствии с условиями Политики быстрого реагирования (Rapid Response Policy) (см. Политику сестринских услуг (Nursing Policy), раздел В.19 «Быстрое реагирование») без дискриминации и без учета права пациентов на получение финансовой помощи в рамках FAP.

Услуги, по которым в рамках настоящей Политики предоставляется финансовая помощь

Финансовая помощь предоставляется в отношении необходимых по медицинским показаниям услуг, которые предоставляются врачами и иными поставщиками медицинских услуг, которые являются сотрудниками или подрядчиками больницы Calvary Hospital и осуществляют ваше лечение в этой больнице. Финансовая помощь охватывает услуги всех перечисленных поставщиков, кроме д-ра Бюргера (Dr. Burger), который является подрядчиком Calvary Hospital, но выставляет счета за свои услуги отдельно, в связи с чем под действие Политики финансовой помощи Calvary не подпадает.

Полный перечень поставщиков, которые являются сотрудниками или подрядчиками больницы Calvary, приводится на веб-сайте больницы Calvary по адресу www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/

Период предоставления финансовой помощи

Если пациент утвержден в качестве получателя финансовой помощи в рамках настоящей Политики, его право на получение помощи действует в течение 1 (одного) года с даты утверждения его заявления.

С. Принятие решения о соответствии критериям для предоставления финансовой помощи

1. Пациент проходит проверку на возможность получения Medicaid или управляемого медицинского обслуживания Medicaid. Если будет признано, что пациент отвечает критериям для получения любого из вышеизложенных вариантов медицинского обеспечения, ему дополнительно будет выдано заявление на оказание финансовой помощи и Больница не будет взыскивать оплату в течение процедуры подачи указанного заявления.
2. Решение может быть принято до, во время или после факта оказания медицинских услуг. Для принятия решения о наличии прав на получение финансовой помощи пациенту необходимо подать запрос в течение 240 дней с момента выписки. Заявителям необходимо вернуть подписанное заявление с предусмотренными в нем подтверждающими документами в течение 20 дней со дня вышеуказанного запроса. Больница Calvary Hospital сохраняет за собой право в отдельных случаях продлить вышеуказанный срок.

К подтверждающим документам могут относиться (перечень не является исчерпывающим):

- a. Платежные квитанции / чеки по безработице / документы на выплату компенсаций / чеки по социальным пособиям / копии писем о предоставлении пособия (за один месяц).
- b. Заполненная и подписанная форма запроса в рамках Политики финансовой помощи (Financial Assistance Policy Request Form).
- c. Форма W2 за предшествующий год и/или налоговая декларация.
- d. Иные документы (по требованию).

Как правило, для признания права на финансовую помощь доход семьи пациента не может превышать 300 % последнего федерального показателя уровня бедности (информация об установленном федеральном уровне бедности (Federal Poverty Guidelines) приведена по адресу <http://aspe.hhs.gov/poverty/>). Расчет помощи производится на основании размера и дохода семьи, но данными факторами не ограничивается. Кроме того, проверка запрошенных документов должна свидетельствовать об отсутствии иных источников дохода. При принятии решения о соответствии критериям FAP Больница не учитывает стоимость основного места проживания пациента или его иные активы.

Для расчета уровня финансовой помощи будет применяться нижеследующая скользящая шкала (на основании установленного федерального уровня бедности (Federal Poverty Guidelines, FPL)):

100%-ная скидка — если уровень дохода домохозяйства составляет до 200 %;
90%-ная скидка — если уровень дохода составляет от 201 % до 250 %;
85%-ная скидка — если уровень дохода составляет от 251 % до 300 %.

3. В течение семи дней после получения всей запрошенной документации директор или менеджер Департамента по расчетам с пациентами примет окончательное решение о статусе финансовой помощи пациенту. Если не будет получена вся затребованная документация, право на финансовую помощь за пациентом не признается. Больница Calvary Hospital в отношении своих пациентов презумпцию наличия права на финансовую помощь не применяет. В течение периода принятия решения в отношении пациента применяется приостановка выставления счетов.

Директор или менеджер Департамента по расчетам с пациентами примет первоначальное решение о том, соответствует ли пациент критериям для предоставления услуг без оплаты или по сниженной стоимости, на основании личного собеседования и/или любых предоставленных предварительных документов. На момент одобрения заявления в рамках Политики финансовой помощи производится коррекция баланса счета с применением метода будущих периодов для стандартных сумм счетов (amounts generally billed, AGB).

Баланс счета пациента, который отвечает критериям оказания финансовой помощи, в первую очередь изменяется на стандартную сумму счета (AGB), после чего применяется (если это соответствует ситуации) скидка в рамках финансовой помощи. Лицу, имеющему право на финансовую помощь, не выставляется сумма, превышающая стандартную сумму счета (AGB).

Сводная информация о стандартных суммах счета (AGB) в 2019 году

- Госпитализированные пациенты: снижение общей суммы счетов до действующего уровня Medicare TEFRA (согласно Закону о справедливости налогового обложения и финансовой ответственности) в размере 1157,00 долларов в день (ставка на 2019 год, может быть изменена).
- Амбулаторные пациенты: снижение общей суммы счетов до среднего уровня системы предоплаты амбулаторных пациентов (OPPS) Medicare на 2019 год в соответствии с нижеизложенным или актуальной ставки OPPS:

Посещение больницы	G0463	\$125.38
-----------------------	-------	----------

- Счета врачей: снижение общей суммы счетов до ставок Medicare на 2019 год в соответствии с нижеизложенным или актуальных показателей по таблице ставок Medicare:

Уровень 1	99231	\$45.75
Уровень 2	99232	\$83.20
Уровень 3	99233	\$120.93
Прием в стационар	99223	\$235.71
Выписка	99238	\$85.49

- Хоспис: снижение общей суммы счетов до действующих ставок Medicare для хосписов в соответствии с нижеизложенным:

Октябрь 2018 г. — сентябрь 2019 г.	Бронкс/Нью-Йорк/Квинс/Вестчестер/Рокленд/Кингс	Нассо
Стандартный день 1–60	\$234.18	\$233.75
Стандартный день 61+	\$184.02	\$183.68
Доп. услуги (SIA) (посещения SN/MS в течение последних 7 дней жизни)	\$49.58 в час	\$49.49 в час
Непрерывный уход	\$1189.95 за 24 часа	\$1187.75 за 24 часа
Временный уход	\$202.81	\$198.42
Общий стационарный уход	\$894.57	\$893.02

- Уход на дому: снижение общей суммы счетов до действующих ставок Medicare для ухода на дому в соответствии с нижеизложенным:

2019 г.	Квалифицированный сестринский уход (SN)	Физиотерапия (PT)	Трудовая терапия (OT)	Логопедическое лечение (ST)	Медицинский социальный работник (MSW)	Помощь на дому (НА)
	146.50	160.14	161.24	174.06	234.82	66.34 за визит

Услуги	Стандартная сумма счета*	200 % FPL Скидка 100 %	250 % FPL Скидка 90 %	300 % FPL Скидка 85 %
Стационарный уход (в день)	\$1,157.00	\$0.00	\$ 115.70	\$ 173.55
Больница	\$125.38	\$0.00	\$ 12.54	\$ 18.81
Врач				
99231	\$45.75	\$0.00	\$ 4.58	\$ 6.86
99232	\$83.20	\$0.00	\$ 8.32	\$ 12.48
99233	\$120.93	\$0.00	\$ 12.09	\$ 18.14
99223	\$235.71	\$0.00	\$ 23.57	\$ 35.36
99238	\$85.49	\$0.00	\$ 8.55	\$ 12.82
Хоспис				
Округа Бронкс/Нью-Йорк/Квинс/Вестчестер/ Рокленд/Кингс				
Стандартный день 1–60	\$234.18	\$0.00	\$ 23.42	\$ 35.13
Стандартный день 61+	\$184.02	\$0.00	\$ 18.40	\$ 27.60
SIA (посещения SN/MS в течение последних 7 дней жизни), в час	\$49.58	\$0.00	\$ 4.96	\$ 7.44
Непрерывный уход (за каждые 24 часа)	\$1,189.95	\$0.00	\$ 119.00	\$ 178.49
Временный уход	\$202.81	\$0.00	\$ 20.28	\$ 30.42
Общий стационарный уход в хосписе	\$894.57	\$0.00	\$ 89.46	\$ 134.19
Округ Нассо				
Стандартный день 1–60	\$233.75	\$0.00	\$ 23.38	\$ 35.06
Стандартный день 61+	\$183.68	\$0.00	\$ 18.37	\$ 27.55
SIA (посещения SN/MS в течение последних 7 дней жизни), в час	\$49.49	\$0.00	\$ 4.95	\$ 7.42
Непрерывный уход (за каждые 24 часа)	\$1,187.75	\$0.00	\$ 118.78	\$ 178.16
Временный уход	\$198.42	\$0.00	\$ 19.84	\$ 29.76
Общий стационарный уход в хосписе	\$893.02	\$0.00	\$ 89.30	\$ 133.95
Уход на дому				
Квалифицированные сестринские услуги	\$146.50	\$0.00	\$ 14.65	\$ 21.98
Физиотерапевтическое лечение	\$160.14	\$0.00	\$ 16.01	\$ 24.02
Трудотерапия	\$161.24	\$0.00	\$ 16.12	\$ 24.19
Логопедическое лечение	\$174.06	\$0.00	\$ 17.41	\$ 26.11
Социальный работник	\$234.82	\$0.00	\$ 23.48	\$ 35.22
Помощь на дому, за каждый визит	\$66.34	\$0.00	\$ 6.63	\$ 9.95

Дата вступления в силу: 6/1997

Утверждено: Эндрю В. Греко (Andrew V. Greco)

 Даты пересмотра: 4/2000; 4/2002; 4/2003; 4/2004; 4/2005; 3/2006; 7/2007; 7/2014; 10/2014; 9/2015; 3/2016; 10/2016; 5/2017;
7/2017; 1/2018; 4/2018; 3/2019

Пациенты, чей уровень страхового покрытия является недостаточным или не соответствует вышеизложенным критериям для предоставления финансовой помощи, могут быть признаны имеющими право на помощь в индивидуальном порядке.

4. В течение 7 (семи) рабочих дней с момента подачи запроса на предоставление финансовой помощи принимается письменное решение о праве на получение помощи.
5. Если документы пациента до запроса на предоставление финансовой помощи были переданы в коллекторское агентство, указанное агентство направляет пациента к кассиру Больницы для обработки заявления. Одновременно с этим документы пациента будут возвращены агентством.

D. Выплаты и апелляции

1. В дополнение к вышеизложенному итоговая сумма задолженности пациента может быть погашена ежемесячными платежами больнице Calvary Hospital в рассрочку без начисления процентов. Рассрочка платежей не может превышать 24 месяцев за исключением случаев, когда получено согласие администрации или сумма ежемесячного платежа превышает 10 % от общего ежемесячного дохода домохозяйства.
2. В случае отрицательного решения непогашенные остатки задолженности будут взысканы в рамках Политики выставления счетов и взыскания задолженности (Billing and Collection Policy), в том числе возможна передача документов коллекторскому агентству. Коллекторское агентство проведет поиск имущества и активов, входящих в состав общего имущества пациента. Перед началом какого-либо судебного разбирательства коллекторские агентства обязаны получить письменное согласие Больницы. Копию Политики выставления счетов и взыскания задолженности Больницы можно получить, позвонив менеджеру Департамента по расчетам с пациентами по номеру 718-518-2064 или на веб-сайте Calvary Hospital:
www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/
3. Пациент вправе подать апелляцию на решение Больницы об отказе в предоставлении финансовой помощи. Апелляции необходимо направлять на рассмотрение директору Департамента по расчетам с пациентами по адресу: Director of Patient Accounts, Calvary Hospital, 1740 Eastchester Rd., Bronx, NY 10461. Окончательное решение будет принято в течение 2 недель со дня подачи запроса.

4. В Больнице периодически проводятся проверки соблюдения настоящей Политики в рамках внутреннего аудита.

Е. Ответственность

1. Генеральный директор несет ответственность за обеспечение реализации больницей Calvary Hospital своей миссии в отношении предоставления финансовой помощи.
2. Финансовый директор несет ответственность за общий контроль исполнения Политики финансовой помощи в Calvary Hospital.

УВЕДОМЛЕНИЕ О ДОСТУПНОСТИ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Больница Calvary Hospital, Inc. по закону обязана предоставить разумный объем своих услуг без оплаты лицам, которые отвечают установленным критериям и не в состоянии оплатить лечение. До предоставления финансовой помощи в качестве предварительного условия пациенты могут быть обязаны обратиться за получением страховки Medicaid. Отказ от сотрудничества в рамках процедуры получения Medicaid (если такое требование будет предъявлено) может привести к отказу в финансовой помощи. Право получения медицинской помощи без оплаты или со скидкой ограничено лицами, семейный доход которых не превышает 300 % дохода, соответствующего текущему уровню бедности, установленному Министерством здравоохранения и социального обеспечения (Department of Health and Human Services). В больнице Calvary Hospital, Inc. финансовая помощь предоставляется пациентам в отношении стационарных, амбулаторных услуг, услуг врачей, ухода на дому и услуг хосписа.

Для того чтобы иметь право на получение финансовой помощи, годовой доход вашей семьи должен составлять не более 300 % годового дохода, соответствующего уровню бедности:

<u>Размер семьи</u>	<u>300 % годового дохода, соответствующего уровню бедности</u>
1	\$37,470
2	\$50,730
3	\$63,990
4	\$77,250
5	\$90,510
6	\$103,770
7	\$117,030
8	\$130,290

Для каждого дополнительного члена семьи (свыше 8) необходимо добавить \$13,260.

Если вы полагаете, что можете иметь право на получение финансовой помощи, вы вправе обратиться за ней в приемное отделение (Admitting Department), Департамент по расчетам с пациентами (Patient Accounting Department), амбулаторную клинику (Outpatient Clinic) или департаменты ухода на дому / услуг хосписа (Home Care/Hospice Departments) либо позвонить по номеру 718-518-2063. Больница Calvary Hospital примет письменное условное или окончательное решение в отношении наличия у вас права на финансовую помощь в течение 7 (семи) рабочих дней после получения вашего запроса.

Полный текст Политики финансовой помощи возможно прочитать на нашем веб-сайте по адресу www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/

Дата вступления в силу: 1 января 2019 г.

ЗНАЧЕНИЕ ТЕРМИНОВ

Дата вступления в силу: 6/1997

Утверждено: Эндрю В. Греко (Andrew V. Greco)

Даты пересмотра: 4/2000; 4/2002; 4/2003; 4/2004; 4/2005; 3/2006; 7/2007; 7/2014; 10/2014; 9/2015; 3/2016; 10/2016; 5/2017; 7/2017; 1/2018; 4/2018; 3/2019

Доход. В целях принятия решения о соответствии критериям Политики финансовой помощи доходом считается общая годовая сумма денежных поступлений от всех источников до налогообложения. В доход включаются поступления от самостоятельной занятости, выплаты по социальному обеспечению, компенсация по безработице, выплаты ветеранам, государственная помощь, алименты, выплаты на содержание ребенка, частные пенсии, государственные пенсии, выплаты по страхованию и пособия. Больница Calvary Hospital принимает в качестве подтверждения доходов следующие документы:

- формы W2,
- налоговые декларации,
- поступления по социальному обеспечению,
- пенсионный доход,
- поступления по инвалидности.

К доходам не относятся следующие виды денежных поступлений: прибыль на вложенный капитал, любые поступления активов в результате снятия средств в банке, продажа имущества, жилище, машина, возврат налогов, подарки, займы, наследство (единой суммой), однократные выплаты по страховке или компенсация за вред здоровью. Кроме того, исключается неденежная выгода, например оплата работодателем или профсоюзом части медицинской страховки или иные дополнительные льготы работодателя, продукты питания или жилье, предоставленные вместо заработной платы, стоимость продуктов и топлива, произведенных и потребленных на фермах, расчетная стоимость аренды занимаемого собственником фермерского или нефермерского жилья, а также такие федеральные программы, не связанные с денежными пособиями, как Medicare, Medicaid, продуктовые талоны, школьные обеды и помощь в оплате жилья.

Семья. Семьей является группа из двух или более лиц, связанных кровным родством, браком или усыновлением (удочерением) и проживающих совместно; все вышеуказанные лица, которые являются родственниками, считаются членами одной семьи. Например, состоящая в браке пожилая пара, их дочь, ее супруг и двое детей, а также племянник пожилой пары, проживающие совместно в одном доме или квартире, будут считаться членами одной семьи.

Лицо без семьи. Лицом без семьи является физическое лицо (кроме лиц, содержащихся под стражей), которое не проживает совместно с какими-либо родственниками. Лицо без семьи может являться единственным лицом, проживающим в доме или квартире, или может проживать в доме или квартире (или в жилом помещении для групп лиц, например в меблированной комнате), в которой проживает еще одно или несколько лиц, не связанных с первым лицом кровным родством, браком или усыновлением (удочерением). Примерами лиц без семьи, проживающих совместно с иными лицами, являются квартирант, ребенок на воспитании в детском доме или приемной семье, лицо, находящееся под опекой в учреждении, или сотрудник.

Домохозяйство. В соответствии с определением Федеральной службы государственной статистики (U.S. Census Bureau) для целей статистики, домохозяйство включает всех лиц, которые проживают в жилище (доме или квартире) вне зависимости от того, являются ли они родственниками. Если семья и лицо без семьи или два лица без семьи проживают в одном жилище, они будут составлять две семейные ячейки (см. определение ниже), но только одно домохозяйство. В рамках некоторых программ (например, Программа продовольственных талонов (Food Stamp Program) и Программа помощи в оплате электроэнергии для лиц с низким уровнем дохода (Low-Income Home Energy Assistance Program)) для определения допустимого уровня дохода используются административные варианты понятия «домохозяйство». Ряд иных программ также использует при определении допустимого уровня дохода административные варианты понятия «семья». В зависимости от точного значения термина, программы, которые используют понятие семьи, как правило, применяют показатели уровня бедности отдельно к каждой семье и/или лицу без семьи в рамках домохозяйства, если домохозяйство включает более одной семьи и/или одного лица без семьи.

Семейная ячейка. «Семейная ячейка» не является официальным термином Федеральной службы государственной статистики (U.S. Census Bureau), но используется в уведомлениях Федеральной регистрационной службы (Federal Register) об установленном уровне бедности с 1978 года. При применении в настоящем документе семейной ячейкой является либо лицо без семьи, либо семья (в соответствии с приведенным выше определением). Иными словами, семейная ячейка из одного человека является лицом без семьи, а семейная ячейка из двух, трех и так далее лиц представляет собой то же, что и семья из двух, трех и так далее лиц.

При использовании вышеизложенного определения в отношении студентов колледжа его необходимо трактовать следующим образом: студенты, вне зависимости от места своего проживания, которых поддерживают родители или другие лица, связанные с ними кровным родством, браком или усыновлением (удочерением), считаются проживающими с теми лицами, которые их поддерживают.

CALVARY HOSPITAL: ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Полное имя пациента: _____
Фамилия
Имя
Средний инициал

Адрес: _____
Улица
Город
Штат
Почтовый индекс

Виды предоставляемых/запрашиваемых услуг: Стационарный уход Амбулаторные услуги Врач Уход на дому Хоспис

Дата (даты) предоставления услуг: _____

Утверждение Заявителя:

Я подтверждаю, что, насколько мне известно, вышеизложенная информация является достоверной и точной. Кроме того, по требованию я подам заявление на предоставление любой помощи (Medicaid, Medicare, страховка и т. д.), которая может быть доступна для оплаты моего счета от Больницы, и я предприму любые разумно необходимые действия для получения вышеуказанной помощи, а также передам или оплачу Больнице сумму, полученную на оплату счетов Больницы.

Я понимаю, что настоящее заявление подается для того, чтобы Больница имела возможность оценить наличие у меня права на получение услуг без оплаты в соответствии с установленными критериями Больницы. Если какая-либо предоставленная мной информация окажется неверной, я понимаю, что Больница вправе пересмотреть мой финансовый статус и принять любые надлежащие меры.

Дата
Подпись заявителя

Отношение к пациенту
Фамилия и имя печатными буквами

**РЕШЕНИЕ О НАЛИЧИИ ПРАВА НА ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ СОТРУДНИКАМИ БОЛЬНИЦЫ)
 ELIGIBILITY DETERMINATION (FOR OFFICE USE ONLY)**

Date Application Received: _____ Income Verified: Yes No

Med Rec #: _____

	<u>Last 12 Months</u>	<u>Last 3 Months</u>	<u>Family Size</u>
Patient's Gross Income	_____	_____	_____
Other Family Income	_____	_____	_____
Total Family Income	_____	_____	_____

The Applicant is eligible for free care under or a reduction of _____% of the hospital charges in accordance with our sliding scale. Amount provided as uncompensated services: _____.

Applicant's request for free services has been denied for the following reason(s): _____

 Date of Determination of Eligibility

 Date Applicant Notified

 Approved by Manager of Patient Accounts

The following documents were provided to verify income and family composition:

Paycheck Stub Income Tax Form

 Alternate Approved by Director of Patient Accounts

Other: _____

Имя и фамилия:
Адрес
Город, штат, индекс

Здравствуйтесь, _____!

Больницей Calvary Hospital, Inc. была проведена проверка права на получение финансовой помощи у _____.

Запрос на предоставление финансовой помощи был получен Calvary Hospital _____. В соответствии с применимой нормой, вышеуказанное решение было принято _____, то есть в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения запроса на предоставление финансовой помощи.

На основании информации, предоставленной пациентом или в его интересах, в соответствии с Политикой финансовой помощи больницы Calvary Hospital было принято нижеследующее решение:

- Условное решение утверждено, окончательное решение отложено до проверки дохода.
- Условное решение утверждено, окончательное решение отложено до решения по Medicaid. Отказ от соблюдения условий в рамках процедуры обращения за Medicaid может привести к отказу в финансовой помощи.
- Заявитель имеет право на уменьшение чистых сумм*, выставленных Больницей к оплате, на _____ % в соответствии с нашей скользящей шкалой. Заявитель будет обязан уплатить \$ _____.
- Запрос заявителя на предоставление финансовой помощи отклонен по следующим причинам:
 - Доход заявителя превышает установленный предел.
 - Иное _____

Заявитель вправе подать апелляцию на отрицательное решение, обратившись к директору Департамента по расчетам с пациентами по номеру (718) 518-2385. Если ваша апелляция отклонена или вы не согласны с принятым решением, вы имеете право обратиться в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк (NYS Department of Health) по номеру (800) 804-5447.

Если у вас имеются какие-либо вопросы по данному решению, свяжитесь с Полетт М. Ди Наполи (Paulette M. Di Napoli) по номеру (718)518-2064.

С уважением,

Полетт М. Ди Наполи
(Paulette M. Di Napoli)
Менеджер Департамента по расчетам с пациентами

* Чистые суммы Больницы отражают снижение сумм, выставленных Больницей к оплате, согласно ставке возмещения Medicare, до применения скидки по финансовой помощи.