



Краткое содержание Политики финансовой помощи (FAP)

Больница Calvary Hospital с пониманием относится к ситуациям, при которых у пациентов могут возникнуть затруднения с оплатой предоставленной медицинской помощи. Больница предоставляет скидки лицам, которые соответствуют установленным критериям в отношении размера дохода. 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.

Просто обратитесь за бланком заявления о предоставлении финансовой помощи в наш Департамент по расчетам с пациентами (Patient Accounts Department) по номеру 718-518-2063. Кроме того, бланк заявления размещен на веб-сайте Больницы по адресу [www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/...](http://www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/)

Каковы критерии предоставления скидки?

Финансовая помощь предоставляется пациентам с ограниченным уровнем дохода, которые не располагают медицинской страховкой или исчерпали свое медицинское страховое покрытие. Каждый житель штата Нью-Йорк, которому услуги больницы Calvary Hospital требуются по медицинским показаниям, может получить скидку, если его уровень дохода соответствует установленным лимитам. Вам не может быть отказано в лечении, необходимом по медицинским основаниям, по причине того, что вам требуется финансовая помощь.

Каковы лимиты в отношении уровня дохода?

Размер скидки зависит от уровня вашего дохода и размера вашей семьи. Если у вас нет медицинской страховки, вы исчерпали свое медицинское страховое покрытие или понесли расходы по нестрахуемому минимуму (франшизе), доплате или сострахованию, в отношении уровня дохода применяются следующие лимиты:

<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

* На основании установленного федерального уровня бедности (Federal Poverty Guidelines) на 2019 г.

Что делать, если я не соответствую лимитам по уровню дохода?

Если вы не в состоянии оплатить свой счет, Больница может предложить вам план выплат. Сумма, которую вам необходимо будет выплачивать, будет зависеть от вашего дохода, но в любом случае не превысит 10 % от вашего валового месячного дохода.

Кто может дать пояснения в отношении скидки? Кто может помочь мне подать заявление?

Мы предоставляем бесплатную конфиденциальную помощь. Звоните в Департамент по расчетам с пациентами по номеру 1-718-518-2063. Если вы не владеете английским языком, у нас найдется специалист, который окажет вам помощь на понятном вам языке. Финансовый консультант предоставит разъяснения и окажет помощь в подаче заявления на получение скидки. Консультант поможет вам заполнить все бланки и формы, а также сообщит, какие документы вам необходимо представить. К таким документам могут относиться платежные квитанции, чеки по безработице, документы на выплату компенсаций, чеки по социальным пособиям, копии писем о предоставлении пособия (за один месяц), форма W2 за предшествующий год или иные документы, подтверждающие годовой доход семьи.

Что от меня требуется для подачи заявления на получение скидки?

В приемном отделении (Admitting Department) или в Департаменте по расчетам с пациентами (Patient Accounting Department) вам выдадут форму заявления. Просто заполните заявление и подайте его в Департамент по расчетам с пациентами. Заявление и список документов размещены на веб-сайте Больницы по адресу www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/, либо их возможно получить, посетив приемное отделение или Департамент по расчетам с пациентами Больницы. Кроме того, вы можете позвонить по номеру 718-518-2063 и заказать отправку пакета документов с заявлением на свой почтовый адрес.

Какие услуги покрываются данной льготой? Действие данной Политики не распространяется на следующие услуги:

Финансовая помощь охватывает услуги всех 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.

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 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/.

Сколько мне придется платить?

Скидки рассчитываются на основании вышеописанной проверки уровня дохода. Если ваш доход составляет не более 300 % от федерального показателя уровня бедности и вы соответствуете всем остальным критериям, вы можете быть полностью освобождены от выплаты. Критерии предоставления помощи связаны с годовым доходом семьи и ее размером. Ниже приводится схема на основании установленного федерального уровня бедности (Federal Poverty Guidelines, FPL).

Размер семьи	2019			
	100 % установленного федерального уровня бедности	Годовые нормы 200 % установленного федерального уровня бедности	250 % установленного федерального уровня бедности	300 % установленного федерального уровня бедности
1	\$12,490	\$24,980	\$31,225	\$37,470
2	\$16,910	\$33,820	\$42,275	\$50,730
3	\$21,330	\$42,660	\$53,325	\$63,990
4	\$25,750	\$51,500	\$64,375	\$77,250
5	\$30,170	\$60,340	\$75,425	\$90,510
6	\$34,590	\$69,180	\$86,475	\$103,770
7	\$39,010	\$78,020	\$97,525	\$117,030
8	\$43,430	\$86,860	\$108,575	\$130,290
Если членов семьи более 8, то для каждого последующего необходимо добавить	\$4,420	\$8,840	\$11,050	\$13,260

СКИДКА

100%

90%

85%

* Примите к сведению: годовой норматив пересматривается ежегодно в январе.

Для расчета стандартных сумм счетов (Amounts Generally Billed, AGB) больница Calvary Hospital применяет метод будущих периодов. 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).

Если вы имеете право на скидку, применяются следующие ставки.

Услуги	Стандартная сумма счета (AGB)	200 % FPL	250 % FPL	300 % FPL
		Скидка 100 %	Скидка 90 %	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
Доп. услуги (SIA) (посещения SN/MS в течение	\$49.58	\$0.00	\$ 4.96	\$ 7.44

Услуги	Стандартная сумма счета (AGB)	200 % FPL	250 % FPL	300 % FPL
		Скидка 100 %	Скидка 90 %	Скидка 85 %
последних 7 дней жизни), в час				
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

Каков порядок получения скидки?

Вам необходимо будет заполнить бланк заявления. После того как мы получим сведения о вашем месте проживания, доходе и размере семьи, мы сможем рассмотреть ваше заявление на предоставление скидки.

Вы вправе подать заявление на скидку прежде, чем попадете на прием, в момент прихода в Больницу для получения помощи или при получении счета по почте. Отправьте заполненную форму заявления в Больницу по адресу: Calvary Hospital, 1740 Eastchester Road, Bronx, NY 10461.

Для обращения за финансовой помощью пациентам дается как минимум 240 (двести сорок) дней с момента оказания услуги или выписки из Больницы. Для предоставления информации пациентам предоставляется дополнительно 20 (двадцать) дней с момента получения от Больницы материалов для подачи заявления.

Как я узнаю, получу ли я скидку?

В течение 7 дней после заполнения и подачи заявления Больница направит вам письмо с информацией о том, признано ли за вами право на получение скидки и в каком размере. 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 по адресу www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/.

Что делать, если я получу счет во время ожидания ответа о предоставлении мне скидки?

Вы не обязаны оплачивать счет Больницы в период рассмотрения вашего заявления о предоставлении скидки. Если ваше заявление будет отклонено, Больница обязана письменно сообщить вам причину и обеспечить вам возможность обратиться с апелляцией на решение к руководству Больницы.

Что делать, если у меня возникла проблема, которую я не могу разрешить непосредственно с Больницей?

Вы вправе позвонить на горячую линию для жалоб Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк (New York State Department of Health) по номеру 1-800-804-5447.



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 % от 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

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. Семейей 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 #: _____

Table with 4 columns: Patient's Gross Income, Other Family Income, Total Family Income, and three columns for Last 12 Months, Last 3 Months, and Family Size.

[] 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:

Alternate Approved by Director of Patient Accounts [] Paycheck Stub [] Income Tax Form
[] Other: _____