

Краткое изложение финансовой помощи

В больнице Calvary принимают во внимание, что иногда пациенты, нуждающиеся в лечении, сталкиваются с трудностями при оплате предоставленных услуг. Больница предоставляет скидки лицам, имеющим на это право, в зависимости от их дохода. Больница Calvary предоставит неотложную медицинскую помощь в соответствии с руководящими принципами Политики быстрого реагирования (см. Политику ухода В.19 Быстрое реагирование) без дискриминации, независимо от того, имеют ли лица право на участие в программе FAP или нет.

Просто свяжитесь с нашим Отделом по работе с пациентами по телефону 718-518-2048, чтобы получить бланк заявления на получение финансовой помощи.

Заявление также можно найти на веб-сайте больницы по адресу: www.CalvaryHospital.org/admissions/patientfinancialinformation.

Кто имеет право на скидку?

Финансовая помощь предоставляется пациентам с ограниченным доходом, которые не имеют медицинской страховки или исчерпали свои страховые выплаты.

Каждый житель штата Нью-Йорк, которому требуются медицинские услуги в больнице Calvary, может получить скидку, если его доход не превышает установленный предел. Вам не может быть отказано в оказании необходимой медицинской помощи из-за того, что Вам требуется финансовая помощь.

Каковы пределы дохода?

Размер скидки зависит от Вашего дохода и количества членов Вашей семьи. Если у Вас нет медицинской страховки, Вы исчерпали страховые выплаты или понесли расходы по франшизе, соплате или совместному страхованию, то действуют следующие ограничения по доходу:

<u>Размер семьи</u>	<u>400% годового прожиточного минимума Рекомендации по доходу</u>
1	62 600 \$
2	84 600 \$
3	106 600 \$
4	128 600 \$
5	150 600 \$
6	172 600 \$
7	194 600 \$
8	216 600 \$

*На основе федеральных рекомендаций по уровню бедности на 2025 год.

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

Если Вы не можете оплатить счет, больница может предложить Вам план оплаты. Сумма, которую Вы будете платить, зависит от Вашего дохода, но в любом случае не превысит 5% от Вашего валового месячного дохода.

Кто-то сможет объяснить, что представляет из себя скидка? Кто-то сможет помочь мне подать заявку?

Да, Вам может быть предоставлена бесплатная конфиденциальная помощь. Позвоните в отдел по работе с пациентами по телефону 1-718-518-2048. Если Вы не говорите по-английски, Вам помогут на Вашем родном языке. Финансовый консультант объяснит Вам, как подать заявку на получение скидки, и поможет Вам в этом. Консультант поможет Вам заполнить все формы и сообщит, какие документы необходимо принести. Документы могут включать в себя: квитанции о выплате заработной платы за один месяц / чеки по безработице / документы о компенсации / чеки социального обеспечения / копии писем о присуждении пособия / форму W2 за предыдущий год или другие документы, подтверждающие годовой доход семьи.

Что необходимо для подачи заявки на получение скидки?

Бланк заявления можно получить в отделе приема пациентов или в отделе по работе с пациентами. Просто заполните заявление и отдайте его в отдел по работе с пациентами. Заявление и список необходимых документов можно найти на веб-сайте больницы по адресу www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/, в приемной больницы или в отделе по работе с пациентами. Кроме того, Вы можете позвонить по номеру 718-518-2048, чтобы Вам выслали список документов для подачи заявки.

Какие услуги покрываются?

Все услуги поставщиков медицинских услуг покрываются данной политикой, за исключением услуг доктора Бургера, который, несмотря на заключенный с больницей Calvary договор, выставляет счета за свои услуги самостоятельно, и поэтому его услуги не включены в политику FAP больницы Calvary.

Медицинские услуги, необходимые по медицинским показаниям, предоставляемые врачами и другими медицинскими работниками, которые лечат Вас в больнице Calvary, независимо от того, являются ли они сотрудниками больницы или работают по прямому договору с больницей, подлежат возмещению. Все перечисленные услуги покрываются данной политикой, за исключением услуг доктора Бургера, который, несмотря на заключенный с больницей Calvary договор, выставляет счета за свои услуги самостоятельно, и поэтому его услуги не включены в политику FAP больницы Calvary. Полный список поставщиков, работающих в Calvary, или поставщиков, с которыми заключены договоры, можно найти на веб-сайте больницы Calvary www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/.

Сколько я должен заплатить?

Скидки определяются на основе описанного выше теста на доход. Если Ваш доход составляет 400% или менее от федерального прожиточного минимума, и Вы соответствуете всем другим критериям для получения права на льготы, то Вам не надо будет ничего платить. Право на получение помощи зависит от годового дохода семьи и количества членов семьи. См. приведенную ниже таблицу федеральных норм бедности (прожиточного минимума):

2025						
Годовые нормы						
Размер семьи	100% Федеральные нормы бедности	200% Федеральные нормы бедности	250% Федеральные нормы бедности	300% Федеральные нормы бедности	350% Федеральные нормы бедности	400% Федеральные нормы бедности
1	15 650 \$	31 300 \$	39 125 \$	46 950 \$	54 775 \$	62 600 \$
2	21 150 \$	42 300 \$	52 875 \$	63 450 \$	74 025 \$	84 600 \$
3	26 650 \$	53 300 \$	66 625 \$	79 950 \$	93 275 \$	106 600 \$
4	32 150 \$	64 300 \$	80 375 \$	96 450 \$	112 525 \$	128 600 \$
5	37 650 \$	75 300 \$	94 125 \$	112 950 \$	131 775 \$	150 600 \$
6	43 150 \$	86 300 \$	107 875 \$	129 450 \$	151 025 \$	172 600 \$
7	48 650 \$	97 300 \$	121 625 \$	145 950 \$	170 275 \$	194 600 \$

8	54 150 \$	108 300 \$	135 375 \$	162 450 \$	189 525 \$	216 600 \$
Более 8 членов добавляются на каждого члена	5 500 \$	11 000 \$	13 750 \$	16 500 \$	38 500 \$	55 000 \$
СКИДКА	100%	90%	85%	80%	75%	

Больница Calvary использует проспективный метод для расчета общей суммы счета (AGB). Счета квалифицированных пациентов сначала корректируются до AGB, а затем, при необходимости, применяется скидка на финансовую помощь. Лицам, имеющим право на финансовую помощь (FAP), не будет выставлен счет на сумму, превышающую AGB.

Если Вы имеете право на скидку, будут применяться следующие тарифы:

		200% FPL	250% FPL	300% FPL	350% FPL	400% FPL
		100%	90%	85%	80%	75%
Стационарное лечение (в день)	1 328,00 \$	0,00 \$	132,80 \$	199,20 \$	265,60 \$	332,00 \$
Клиника	128,87 \$	0,00 \$	12,89 \$	19,33 \$	25,77 \$	32,22 \$
Врач						
	99221	90,15 \$	0,00 \$	9,02 \$	13,52 \$	18,03 \$
	99222	141,33 \$	0,00 \$	14,13 \$	21,20 \$	28,27 \$
	99223	188,00 \$	0,00 \$	18,80 \$	28,20 \$	37,60 \$
	99231	53,07 \$	0,00 \$	5,31 \$	7,96 \$	10,61 \$
	99232	85,88 \$	0,00 \$	8,59 \$	12,88 \$	17,18 \$
	99233	127,61 \$	0,00 \$	12,76 \$	19,14 \$	25,52 \$
	99234	105,38 \$	0,00 \$	10,54 \$	15,81 \$	21,08 \$
	99235	171,24 \$	0,00 \$	17,12 \$	25,69 \$	34,25 \$
	99236	223,89 \$	0,00 \$	22,39 \$	33,58 \$	44,78 \$
	99238	88,27 \$	0,00 \$	8,83 \$	13,24 \$	17,65 \$
Хоспис						
Округа BX/NY/QNS/WES/ROC/KINGS						
Рутинное лечение от 1 до 60 дня	295,11 \$	0,00 \$	29,51 \$	44,27 \$	59,02 \$	73,78 \$
Рутинное лечение с 61-го дня	232,44 \$	0,00 \$	23,24 \$	34,87 \$	46,49 \$	58,11 \$
SIA (посещения SN/MS в течение последних 7 дней жизни в час)	88,60 \$	0,00 \$	8,86 \$	13,29 \$	17,72 \$	22,15 \$
Непрерывный уход (каждые 24 часа)	2 126,50 \$	0,00 \$	212,65 \$	318,98 \$	425,30 \$	531,63 \$
Кратковременная госпитализация	681,57 \$	0,00 \$	68,16 \$	102,24 \$	136,31 \$	170,39 \$
Общий стационар хосписа	1 537,20 \$	0,00 \$	153,72 \$	230,58 \$	307,44 \$	384,30 \$
Округ Нассау						
Рутинное лечение от 1 до 60 дня	284,62 \$	0,00 \$	28,46 \$	42,69 \$	56,92 \$	71,16 \$
Рутинное лечение с 61-го дня	224,18 \$	0,00 \$	22,42 \$	33,63 \$	44,84 \$	56,05 \$
SIA (посещения SN/MS в течение последних 7 дней жизни в час)	85,46 \$	0,00 \$	8,55 \$	12,82 \$	17,09 \$	21,37 \$
Непрерывный уход (каждые 24 часа)	2 050,92 \$	0,00 \$	205,09 \$	307,64 \$	410,18 \$	512,73 \$
Кратковременная госпитализация	657,35 \$	0,00 \$	65,74 \$	98,60 \$	131,47 \$	164,34 \$
Общий стационар хосписа	1 482,56 \$	0,00 \$	148,26 \$	222,38 \$	296,51 \$	370,64 \$
Уход на дому						
Квалифицированный уход	153,84 \$	0,00 \$	15,38 \$	23,08 \$	30,77 \$	38,46 \$
Физиотерапия	168,51 \$	0,00 \$	16,85 \$	25,28 \$	33,70 \$	42,13 \$
Эрготерапия	169,31 \$	0,00 \$	16,93 \$	25,40 \$	33,86 \$	42,33 \$
Логопедия	182,77 \$	0,00 \$	18,28 \$	27,42 \$	36,55 \$	45,69 \$
Социальный работник	246,58 \$	0,00 \$	24,66 \$	36,99 \$	49,32 \$	61,65 \$
Помощь на дому за визит	69,66 \$	0,00 \$	6,97 \$	10,45 \$	13,93 \$	17,42 \$

Как получить скидку?

Вам необходимо заполнить бланк заявки. Как только мы получим Вашу информацию о месте жительства, доходах и размере семьи, мы сможем обработать Вашу заявку на получение скидки.

Вы можете подать заявку на получение скидки до того, как у Вас будет назначена встреча, когда Вы придете в больницу для получения медицинской помощи или когда счет придет по почте. Отправьте заполненный бланк по адресу: Calvary Hospital, 1740 Eastchester Road, Bronx, NY 10461.

Пациенты будут иметь не менее двухсот сорока (240) дней с даты оказания услуги или выписки, чтобы подать заявку на финансовую помощь. Пациенты будут иметь не менее ещё двадцати (20) дней с момента получения материалов заявления от больницы для предоставления информации.

Как я узнаю, одобрена ли моя заявка на получение скидки?

Больница отправит Вам письмо в течение 7 дней после заполнения и подачи заявки, в котором сообщит, одобрена ли Ваша заявка, и на какую скидку Вы имеете право. В случае неблагоприятных решений, непогашенные остатки будут взыскиваться в соответствии с «Политикой выставления счетов и взыскания задолженности» больницы, которая может включать передачу дел в коллекторские агентства. Коллекторское агентство будет проводить поиск имущества и активов из того, что имеет пациент. Коллекторские агентства должны получить письменное разрешение больницы перед началом любых юридических действий. Копию Политики больницы по выставлению счетов и взысканию задолженности можно получить, позвонив директору отдела по работе с пациентами по телефону 718-518-2064 или на веб-сайте больницы Calvary: www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/.

Что делать, если я получу счет, пока жду ответа о возможности получения скидки?

Вы не обязаны оплачивать счет больницы, пока рассматривается Ваша заявка на получение скидки. Если Ваша заявка будет отклонена, больница должна в письменной форме сообщить Вам причину и предоставить Вам возможность обжаловать это решение в вышестоящей инстанции больницы.

Что делать, если у меня возникла проблема, которую я не могу решить с больницей?

Вы можете позвонить по горячей линии Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк по номеру 1-800-804-5447.

Прилагая заявление о предоставлении финансовой помощи больницы Calvary

Прилагая заявление о предоставлении финансовой помощи. Пожалуйста, полностью заполните прилагаемое заявление и верните его в течение 30 дней по адресу:

Calvary Hospital
1740 Eastchester Road

Bronx, NY 10465

Вниманию: Отдела по работе с пациентами, Финансовая помощь

После получения всех документов Ваш запрос будет рассмотрен, и в течение тридцати (30) дней Вам будет направлено письменное уведомление о принятом решении.

ВАЖНО

- ***При подаче данной заявки не требуется предоставлять документы, подтверждающие доход или оплаченные медицинские расходы.***

Если у Вас есть вопросы, пожалуйста, не стесняйтесь обращаться к нам по телефону 718-518-2048.

С уважением,

Услуги финансового консультирования

Единая заявка штата Нью-Йорк на получение финансовой помощи от больницы

Вы можете иметь право на получение финансовой помощи от больницы для оплаты счетов, если у Вас нет страховки, если Ваша страховка исчерпана или если у Вас есть медицинская страховка, но также есть подтверждение оплаченных медицинских расходов, составляющих более 10% Вашего дохода. Заполнение этого бланка инициирует процесс подачи заявки на получение финансовой помощи от больницы. Эта форма используется всеми больницами штата Нью-Йорк.

Данный бланк заявления должен быть напечатан на основных¹ языках, на которых говорят пациенты, обслуживаемые больницей.

Имя пациента (полная информация, если применимо)

Имя пациента (имя, отчество, фамилия)		
Дата рождения (мм/дд/гггг)		
Адрес	Номер квартиры/апартаментов #	
Город	Страна	Индекс
Контактный телефон #		
Имя родителя/опекуна или законного представителя (если пациент является несовершеннолетним ребенком или недееспособным взрослым)		
Адрес эл. почты (если есть)		

Информация о семье:

Пожалуйста, перечислите ниже всех членов Вашей семьи, проживающих в Вашем домохозяйстве. В Ваше домохозяйство входят Вы, Ваш супруг или гражданский партнер, а также все дети и другие иждивенцы. Например, это включает всех лиц, указанных в одной налоговой декларации.

Валовой доход означает Ваш доход **до** вычета налогов.

Валовой доход может состоять из заработка (зарплата, чаевые, доход от индивидуальной трудовой деятельности), незаработанного дохода (социальное обеспечение, пособия по инвалидности и безработице), пожертвований (средства от семьи или друзей) и других источников дохода (временная помощь и дополнительный доход).

Полное имя	Отношение	Общий валовой доход (текущий)
	Сам пациент	

1

«Основные языки» включают любой язык, который используется для общения по крайней мере с 5% пациентов в год, или любой язык, на котором говорит более 1% населения, проживающего в основной зоне обслуживания больницы, как было рассчитано с использованием демографической информации, доступной от Бюро переписи населения Соединенных Штатов, дополненной данными из школьных систем.

Больница может попросить Вас предоставить документацию, подтверждающую Ваш доход; например, это может быть расчетная ведомость, письмо от работодателя (если применимо) или форма 1040.

Статус медицинского страхования

Есть ли у Вас какая-либо форма медицинского страхования, включая Medicaid, Medicare или частная страховка через Вашего работодателя или приобретенная самостоятельно? Да Нет

Если Вы ответили «Нет», хотели бы Вы получить помощь в подаче заявки на участие в одной из этих программ?

Да Нет

Пациенты с недостаточным страховым покрытием: люди, имеющие страховку и высокие медицинские расходы. Если у Вас есть страховка, пожалуйста, предоставьте смету медицинских счетов, которые Вы оплатили за последние 12 месяцев.

\$

Больница может попросить Вас предоставить документы, подтверждающие оплаченные медицинские расходы.

Пациент/ответственное лицо: если это не пациент, укажите имя лица, подписывающего форму, и его полномочия на подписание от имени пациента (например, супруг/супруга, родитель, законный представитель).

Я понимаю, что предоставленная мной информация может быть проверена из внешних источников. Я подтверждаю, что информация является достоверной и полной, насколько мне известно.

Расшифровка подписи	Дата
Отношение к пациенту	
Подпись	

Минимальные требования и рекомендации

Сроки подачи заявки, права пациентов и конфиденциальность

- Вы можете подать заявку на получение финансовой помощи в любой момент в ходе процесса взыскания задолженности.
- Вы не обязаны производить какие-либо платежи в пользу данной больницы до тех пор, пока не получите решение по своей заявке на получение финансовой помощи. Больницы не имеют права передавать счета на взыскание, пока Ваша заявка находится на рассмотрении.
- При отказе в финансовой помощи Вы имеете право подать апелляцию. Информация о том, как это сделать, будет включена в уведомление, которое Вы получите от больницы. Вы можете обжаловать сумму финансовой помощи. Больница включит информацию о том, как подать апелляцию, в свое письмо с решением.
- Больницы не могут передавать неоплаченные счета в коллекторские агентства в течение как минимум 180 дней после выставления первого счета.
- Больницам запрещено предпринимать юридические действия, в том числе подавать иски, для взыскания неоплаченных медицинских счетов с пациентов, доход которых не превышает 400% от федерального прожиточного минимума. Руководство по прожиточному минимуму можно найти здесь: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Любая информация, предоставленная в заявке, будет использоваться больницей исключительно для определения Вашего права на получение финансовой помощи и будет оставаться конфиденциальной в пределах, разрешенных законом.
- Больница не может отказать Вам в оказании необходимых по медицинским показаниям услуг из-за наличия у Вас неоплаченного счета за медицинские услуги.
- Если Вам нужна помощь с заполнением данной заявки, обратитесь в **больницу Calvary Hospital, Inc**, в отдел финансовой помощи, по телефону **718-518-2048**.
- Если Вам нужна дополнительная помощь с этой заявкой или с обжалованием решения, Вы можете обратиться в организацию Community Health Advocates по телефону 888-614-5400.

Правомочность

Ничто не ограничивает право больницы устанавливать право пациентов на скидки при оплате при уровне дохода, превышающем указанный ниже, и/или предоставлять пациентам, имеющим право на скидки, более значительные скидки при оплате, чем те, которые требуются в соответствии с Законом о здравоохранении. Кроме того, иммиграционный статус не является критерием для определения права на получение финансовой помощи.

Право на получение помощи имеют следующие лица:

- Лица с низким доходом; или
- лица с недостаточным страховым покрытием (сумма медицинских расходов, оплаченных из собственных средств за последние двенадцать месяцев, превышает десять процентов годового валового дохода такого лица); или
- лица, исчерпавшие свои льготы по медицинскому страхованию и которые могут доказать свою неспособность оплатить полную стоимость лечения; или
- по усмотрению больницы лица, которые могут доказать свою неспособность оплатить сопутствующие расходы и/или франшизу, могут запросить снижение или скидку на оплату.

Лица, доход которых не превышает 400% от федерального прожиточного минимума, имеют право на финансовую помощь.

Федеральный прожиточный минимум (FPL) (2025)

Размер семьи	200%	300%	400%
1 человек	31 300 \$	46 950 \$	62 600 \$
2 человека	42 300 \$	63 450 \$	84 600 \$
3 человека	53 300 \$	79 950 \$	106 600 \$
4 человека	64 300 \$	96 450 \$	128 600 \$
5 человек	75 300 \$	112 950 \$	150 600 \$
6 человек	86 300 \$	129 450 \$	172 600 \$
7 человек	97 300 \$	145 950 \$	194 600 \$

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

Минимальные дисконтные ставки

Если Вы имеете право на финансовую помощь, Ваши расходы будут уменьшены в соответствии с Вашим доходом по следующей скользящей шкале оплаты:

Уровень дохода	Оплата
Ниже 200% FPL	Отмена всех сборов
200% - 300% FPL	Незастрахованные пациенты: скользящая шкала до 10% от суммы, которая была бы уплачена за услуги Medicaid. Пациенты с недостаточным страховым покрытием: до 10% от суммы, которая была бы уплачена в соответствии с долей участия в расходах по страхованию такого пациента.
301% - 400% FPL	Пациенты без страховки: скользящая шкала до 20% от суммы, которая была бы уплачена за услуги Medicaid. Пациенты с недостаточной страховкой: до 20% от суммы, которая была бы уплачена в соответствии с долей участия в расходах по страховке такого пациента.

Больницы могут предоставлять более значительные скидки пациентам, имеющим на это право, и/или предлагать скидки на оплату пациентам с более высоким уровнем дохода.

Планы рассрочки платежей

Для пациентов, которые не могут оплатить сниженную стоимость за один раз, предлагаются планы рассрочки платежа. Ежемесячные платежи не могут превышать 5% от Вашего валового ежемесячного дохода, а процентная ставка, взимаемая с пациента за неоплаченный остаток, если таковой имеется, не должна превышать 2%.

Запрос на предоставление подтверждения дохода семьи

Пожалуйста, включите информацию о доходах пациента, его супруга/супруги и любых иждивенцев (например, детей). Например, это должно включать всех лиц, указанных в одной налоговой декларации (налогоплательщик, супруг/супруга и лица, находящиеся на иждивении), при расчете дохода семьи.

Ниже приведен список документов, которые Вы можете использовать для подтверждения своего дохода. Вы не обязаны предоставлять все эти документы. Вы также можете предоставить заявление об отсутствии дохода семьи, если у Вас нет дохода.

Вы также можете предоставить страницу «Определение права на участие» с сайта NY State of Health Marketplace. Если у Вас есть этот документ, Вам не нужно предоставлять больнице никакой другой информации о доходах, указанной ниже.

Если домохозяйство получает:	Сумма в месяц:	Заявитель может предоставить:
Заработная плата	\$	Пожалуйста, предоставьте одну квитанцию о выплате заработной платы или письмо от работодателя на бланке компании с подписью и датой, либо последнюю поданную декларацию о доходах.
Выплаты по социальному обеспечению	\$	Копия письма/справки о назначении выплат, или переписка с Управлением социального обеспечения США, или ежегодное письмо о выплатах. Чтобы запросить копию письма о выплате пособия по социальному обеспечению, позвоните по номеру 1-800-772-1213 или посетите сайт www.ssa.gov .
Пособие по безработице	\$	Копия письма/справки о назначении пособия, или ежемесячной выписки о выплатах от Департамента труда штата Нью-Йорк, или копия карты прямых выплат с распечаткой, или переписка с Департаментом труда штата Нью-Йорк, или распечатка информации о счете получателя с веб-сайта Департамента труда штата Нью-Йорк (www.labor.state.ny.us).
Пособие по инвалидности	\$	Копия письма/справки о назначении пособия, или переписка с Управлением социального обеспечения, или копия годового письма о выплатах. Чтобы запросить копию письма о выплате пособия, позвоните по номеру 1-800-772-1213 или посетите сайт www.ssa.gov .
Компенсация работникам	\$	Копия письма о выплате или корешок чека.
Алименты/пособие на ребенка	\$	Копия судебного решения или 3 месяца обналиченных чеков/квитанций.
Дивиденды/проценты	\$	Ежеквартальные выписки по дивидендам или выписки за 1 месяц.
Другое	\$	Письмо с указанием суммы доходов, не связанных с зарплатой (если таковые имеются), как например, доход от аренды, наличные деньги за подработку и т. д.
Нет дохода	0 \$	Подписанное заявление об отсутствии дохода.