

ТЕМА/НАЗВАНИЕ

**ПОЛИТИКА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ (FAP)**ОТДЕЛ/СФЕРА ПРИМЕНЕНИЯ: **АДМИНИСТРАТИВНЫЙ**ПОЛИТИКА №: **A.25**

## **ЦЕЛЬ**

Настоящая Политика финансовой помощи описывает процесс предоставления безвозмездной помощи и помощи незастрахованным пациентам, отвечающим установленным критериям.

## **ПОЛИТИКА**

Политика больницы Calvary заключается в информировании каждого пациента о возможности получения финансовой помощи, которая определяется как бесплатные или льготные медицинские услуги для малоимущих или неимущих лиц в зависимости от их платежеспособности и отсутствия страхового покрытия. Данная политика будет единообразно применяться ко всем пациентам, которые обращаются с просьбой о предоставлении такой помощи на основании финансовой необходимости для жителей штата Нью-Йорк. Размер предоставляемой финансовой помощи не будет зависеть от состояния здоровья заявителя.

Данная политика применяется только к необходимым по медицинским показаниям процедурам и услугам, предоставляемым больницей.

Копия данной политики и её простое изложение доступны на веб-сайте больницы по адресу [www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/](http://www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/).

## **ПОРЯДОК ДЕЙСТВИЙ**

Незастрахованные пациенты или пациенты, исчерпавшие свои льготы по медицинскому страхованию, которые обращаются за услугами, будут направлены в финансовый отдел для проверки их финансового положения. Во всех зонах регистрации размещены таблички с контактной информацией для помощи пациентам, которые не могут оплатить лечение. Кроме того, информация об этой политике и контактный номер телефона 718-518-2048 (отдел по работе с пациентами) указаны в счете пациента.

### **A. Уведомление**

Каждый человек, обращающийся за услугами больницы Calvary, должен быть ознакомлен с Политикой финансовой помощи Calvary (FAP) следующим образом:

1. Распространение индивидуального уведомления каждому человеку, обращающемуся за услугами от своего имени или от имени другого человека. Это уведомление передается человеку в момент приема или регистрации, когда обсуждаются финансовые условия. «Уведомление о возможности получения финансовой помощи» обновляется ежегодно (см. Приложение I).

ТЕМА/НАЗВАНИЕ

**ПОЛИТИКА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ (FAP)**ОТДЕЛ/СФЕРА ПРИМЕНЕНИЯ: **АДМИНИСТРАТИВНЫЙ**ПОЛИТИКА №: **A.25**

2. Информационные таблички размещаются на видных местах в приемной, административном отделе, клинике и отделении по уходу на дому. Они должны быть на английском, испанском и русском языках. Бумажные копии политики доступны на нескольких языках. Кроме того, больница Calvary имеет доступ к языковой службе, которая добавляет дополнительные языки.
3. Опубликование политики FAP и политики FAP простым языком на веб-сайте больницы на английском, испанском и русском языках. Эту информацию можно найти по ссылке <http://www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information>.

**В. Правомочность**

Лица имеют право на финансовую помощь, если они:

1. Не имеют страхового покрытия или получают услуги, не покрываемые сторонней страховой компанией или государственной программой, либо имеют суммы, подлежащие оплате пациентом, в рамках страхования третьей стороной.
2. Имеют годовой семейный доход, не превышающий 400% от национального прожиточного минимума.
3. Запросите услуги в рамках плана обслуживания по программе медицинских услуг.

Все пациенты должны подать заявку на получение Medicaid в качестве условия для получения финансовой помощи. Отказ от сотрудничества в процессе подачи заявки на Medicaid может привести к отказу в предоставлении финансовой помощи. Сотрудничество с заявлением и соблюдение требований Medicaid, как можно было бы разумно ожидать, чтобы получить право на участие в программе (например, информационная поддержка, «расходы на лечение» и т. д.).

Все незастрахованные пациенты имеют право на самую низкую скидку, предусмотренную таблицей скидок, предоставленной больницей Calvary (включая сотрудников, которые работают по найму или по контракту непосредственно с больницей Calvary), до тех пор, пока не будет подана полная заявка на Medicaid.

Больница Calvary будет предоставлять 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.

ТЕМА/НАЗВАНИЕ

**ПОЛИТИКА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ (FAP)**ОТДЕЛ/СФЕРА ПРИМЕНЕНИЯ: **АДМИНИСТРАТИВНЫЙ**ПОЛИТИКА №: **A.25****Услуги, на которые распространяется финансовая помощь в рамках данной политики**

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.

Полный список поставщиков, работающих по найму или по контракту с больницей Calvary, можно найти на веб-сайте Calvary: [www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/](http://www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/).

**Период действия права**

Если пациенту было одобрено предоставление финансовой помощи в соответствии с настоящей политикой, такое право остается в силе в течение одного (1) года с даты одобрения заявления.

**C. Определение права на получение финансовой помощи**

1. Пациент будет проходить проверку на право получения Medicaid и/или Medicaid Managed Care. Если пациент будет признан имеющим право на любую из вышеперечисленных льгот, ему также будет предоставлена заявка на получение финансовой помощи, и больница не будет взыскивать задолженность в течение процесса рассмотрения заявки.
2. Решение может быть принято до, во время или после оказания медицинской помощи. Для получения финансовой помощи пациент должен подать заявку в течение 240 дней после выписки. Заявители должны вернуть подписанное заявление с сопроводительными документами, указанными в заявлении, в течение 30 дней с даты запроса. Больница Calvary оставляет за собой право продлить этот срок в индивидуальном порядке:

Сопроводительные документы могут включать, но не ограничиваться следующим:

- a. Квитанции о выплате заработной платы за один месяц / чеки по безработице / документы о компенсации / чеки социального обеспечения / копия письма (писем) о присуждении пособия;
- b. заполненный и подписанный бланк запроса на получение финансовой помощи;
- c. форма W2 за предыдущий год и/или налоговая декларация;
- d. другие документы по запросу.

ТЕМА/НАЗВАНИЕ

**ПОЛИТИКА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ (FAP)**ОТДЕЛ/СФЕРА ПРИМЕНЕНИЯ: **АДМИНИСТРАТИВНЫЙ**ПОЛИТИКА №: **A.25**

Как правило, для получения права на помощь доход семьи пациента не должен превышать 400 процентов от актуального федерального прожиточного минимума (информацию о федеральных рекомендациях по уровню бедности см. на сайте <http://aspe.hhs.gov/poverty/>). Помощь будет предоставляться на основании, но не ограничиваясь, размера семьи и дохода домохозяйства. Кроме того, проверка запрошенных документов должна подтвердить отсутствие других источников дохода. При определении права на участие в программе FAP больница не будет учитывать основное место жительства пациента или другие активы.

Для определения уровня финансовой помощи будет использоваться следующая скользящая шкала (на основе федеральных рекомендаций по прожиточному минимуму):

100% списания при уровне дохода семьи ниже 200%;

90% списания при доходе от 201% до 250%;

85% списания при доходе свыше 251% и до 300%;

80% списания при доходе свыше 301% и до 350%;

75% списание при доходе свыше 351% и до 400%.

3. После получения всей запрошенной документации отдел по работе с пациентами в течение семи дней примет окончательное решение о статусе финансовой помощи пациенту. Если все запрошенные документы не будут получены, пациент не будет иметь права на получение помощи. Больница Calvary не проводит предварительную оценку права наших пациентов на получение медицинской помощи. В течение этого периода принятия решения счет пациента будет приостановлен.

Отдел управления счетами пациентов примет первоначальное решение о том, имеет ли пациент право на бесплатные или льготные услуги, на основании личных собеседований и/или представленных предварительных документов. После утверждения заявки на получение финансовой помощи баланс будет скорректирован с использованием метода прогнозирования сумм, обычно выставляемых в счетах (AGB).

Остатки на счетах пациентов, имеющих право на финансовую помощь, сначала корректируются до суммы, обычно выставляемой в счете (AGB), а затем, при необходимости, применяется скидка по финансовой помощи. Человек, имеющий право на финансовую помощь (FAP), не будет оплачивать сумму, превышающую общую сумму счета (AGB).

ТЕМА/НАЗВАНИЕ  
**ПОЛИТИКА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ (FAP)**

ОТДЕЛ/СФЕРА ПРИМЕНЕНИЯ: **АДМИНИСТРАТИВНЫЙ**

ПОЛИТИКА №: **A.25**

Краткое изложение AGB 2025

- Стационарные пациенты — снижение валовых расходов до текущей ставки Medicare TEFRA в размере 1328,00 \$ в день (текущая ставка на 2025 год, ставка может измениться);
- Амбулаторные пациенты — снижение валовых расходов до средней ставки OPPS Medicare на 2025 год, как показано ниже, или до самой последней ставки OPPS:

Посещение клиники	G0463	128,87 \$
----------------------	-------	-----------

- Оплата врача – снижение общей суммы платы до уровня ставок Medicare на 2025 год, как показано ниже, или до уровня самого последнего преискуранта Medicare:

99221	90,15 \$
99222	141,33 \$
99223	188,00 \$
99231	53,07 \$
99232	85,88 \$
99233	127,61 \$
99234	105,38 \$
99235	171,24 \$
99236	223,89 \$
99238	88,27 \$

- Хоспис – снижение валовых расходов до текущих ставок Medicare для хосписов, как показано ниже:

Октябрь 2024 - Сентябрь 2025	BX/NY/QNS/WES/ ROC/ KINGS	Нассау
Рутинное лечение от 1 до 60 дня	295,11 \$	284,62 \$
Рутинное лечение с 61-го дня	232,44 \$	224,18 \$
SlA (посещения SN/MS в течение последних 7 дней жизни)	88,60 \$/ч	85,46 \$/ч

ТЕМА/НАЗВАНИЕ  
**ПОЛИТИКА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ (FAP)**

ОТДЕЛ/СФЕРА ПРИМЕНЕНИЯ: **АДМИНИСТРАТИВНЫЙ**

ПОЛИТИКА №: **A.25**

Непрерывный уход	2 126,50 \$/24 часа	2 050,92 \$/24 часа
Кратковременная госпитализация	681,57 \$	657,35 \$
Общее стационарное лечение	1 537,20 \$	1 482,56 \$

- Домашний уход – снижение валовых расходов до текущих ставок Medicare по домашнему уходу, как показано ниже:

2025	SN	PT	OT	ST	MSW	HA
	153,84 \$	168,51 \$	169,31 \$	182,77 \$	246,58 \$	69,66 \$ /визит

ТЕМА/НАЗВАНИЕ  
**ПОЛИТИКА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ (FAP)**

ОТДЕЛ/СФЕРА ПРИМЕНЕНИЯ: **АДМИНИСТРАТИВНЫЙ**

ПОЛИТИКА №: **A.25**

		200% FPL	250% FPL	300% FPL	350% FPL	400% FPL
		100%	90%	85%	80%	75%
<b>Стационарное лечение (в день)</b>	1 328,00 \$	0,00 \$	132,80 \$	199,20 \$	265,60 \$	332,00 \$
<b>Клиника</b>	128,87 \$	0,00 \$	12,89 \$	19,33 \$	25,77 \$	32,22 \$
<b>Врач</b>						
99221	90,15 \$	0,00 \$	9,02 \$	13,52 \$	18,03 \$	22,54 \$
99222	141,33 \$	0,00 \$	14,13 \$	21,20 \$	28,27 \$	35,33 \$
99223	188,00 \$	0,00 \$	18,80 \$	28,20 \$	37,60 \$	47,00 \$
99231	53,07 \$	0,00 \$	5,31 \$	7,96 \$	10,61 \$	13,27 \$
99232	85,88 \$	0,00 \$	8,59 \$	12,88 \$	17,18 \$	21,47 \$
99233	127,61 \$	0,00 \$	12,76 \$	19,14 \$	25,52 \$	31,90 \$
99234	105,38 \$	0,00 \$	10,54 \$	15,81 \$	21,08 \$	26,35 \$
99235	171,24 \$	0,00 \$	17,12 \$	25,69 \$	34,25 \$	42,81 \$
99236	223,89 \$	0,00 \$	22,39 \$	33,58 \$	44,78 \$	55,97 \$
99238	88,27 \$	0,00 \$	8,83 \$	13,24 \$	17,65 \$	22,07 \$
<b>Хоспис</b>						
<b>Округа VX/NY/QNS/WES/ROC/KINGS</b>						
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 \$
<b>Округ Нассау</b>						
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 \$

ТЕМА/НАЗВАНИЕ

**ПОЛИТИКА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ (FAP)**

ОТДЕЛ/СФЕРА ПРИМЕНЕНИЯ: **АДМИНИСТРАТИВНЫЙ**

ПОЛИТИКА №: **A.25**

Общий стационар хосписа	1 482,56 \$	0,00 \$	148,26 \$	222,38 \$	296,51 \$	370,64 \$
<b>Уход на дому</b>						
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 \$

Пациенты, которые имеют недостаточную страховку или не соответствуют критериям для получения финансовой помощи, как указано выше, могут быть рассмотрены для получения помощи в индивидуальном порядке.

4. В ответ на каждый запрос о финансовой помощи требуется письменное решение о праве на получение помощи, которое должно быть предоставлено в течение тридцати (30) дней с момента подачи запроса.
5. В случае, если пациент был направлен в коллекторское агентство до подачи заявления о помощи, агентство направит пациента в кассу больницы для обработки заявления. В этом случае счет пациента будет отозван из агентства.

#### **D. Платежи и апелляции**

1. Кроме того, окончательная сумма, причитающаяся пациенту, может быть выплачена в виде ежемесячных платежей без процентов в больницу Calvary. Рассрочка платежей не будет превышать 24 месяца без разрешения администрации, или если сумма каждого ежемесячного платежа не превышает 5% от валового ежемесячного дохода семьи пациента.
2. В случае неблагоприятного решения, непогашенные остатки будут взыскиваться в соответствии с политикой больницы по выставлению счетов и взысканию задолженности, которая может включать передачу дела 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 выставления счетов и взыскания задолженности больницы можно получить, позвонив в отдел по работе с пациентами по телефону 718-518-2048, или на веб-сайте больницы Calvary: [www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/](http://www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/)

ТЕМА/НАЗВАНИЕ  
**ПОЛИТИКА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ (FAP)**

ОТДЕЛ/СФЕРА ПРИМЕНЕНИЯ: **АДМИНИСТРАТИВНЫЙ**

ПОЛИТИКА №: **A.25**

3. Пациент может обжаловать решение больницы об отказе в предоставлении финансовой помощи. Апелляции направляются директору отдела по работе с пациентами: Director of Patient Accounts, Calvary Hospital, 1740 Eastchester Rd., Bronx, NY 10461 для рассмотрения. Окончательное решение будет принято в течение 2 недель с момента подачи заявки.
4. Больница будет периодически проверять соблюдение данной политики посредством внутреннего аудита.

Дата проверки/пересмотра	Утверждено
6/1997; 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; 3/2020; 2/2021; 1/2022; 1/2023; 2/2024; 5/2025	Генеральный директор/Финансовый директор/Директор по работе с пациентами



## Прилагая заявление о предоставлении финансовой помощи больницы Calvary

Прилагается заявка на получение финансовой помощи. Пожалуйста, заполните прилагаемое заявление в полном объеме 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.

*Данное заявление должно быть напечатано на основных языках<sup>1</sup>, 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 (заработная плата, чаевые, доход от индивидуальной предпринимательской 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	

<sup>1</sup> «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.

<b>Федеральный прожиточный минимум (2025)</b>			
<b>Размер семьи</b>	<b>200%</b>	<b>300%</b>	<b>400%</b>
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:

<b>Уровень дохода</b>	<b>Оплата</b>
<b>Ниже 200% FPL</b>	Отмена всех сборов
<b>200% - 300% FPL</b>	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.
<b>301% - 400% FPL</b>	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%.

Имя  
Адрес  
Город, штат, почтовый индекс

Уважаемый \_\_\_\_\_,

Calvary Hospital, Inc. провела оценку права на получение финансовой помощи для \_\_\_\_\_.

Запрос на получение финансовой помощи был получен больницей Calvary \_\_\_\_\_. В соответствии с требованиями применимого законодательства, данное решение было принято \_\_\_\_\_, то есть в течение тридцати (30) дней с даты получения запроса о предоставлении финансовой помощи.

На основании информации, предоставленной пациентом или от его имени, и в соответствии с Политикой финансовой помощи больницы Calvary, было принято следующее решение:

- Условное решение одобрено до подтверждения дохода.
- Условное решение одобрено до получения результатов решения Medicaid. Невыполнение требований Medicaid может привести к отказу в предоставлении финансовой помощи.
- Заявитель имеет право на снижение на \_\_\_\_\_% чистой суммы больничных расходов\* в соответствии с нашей скользящей шкалой. Заявитель будет обязан оплатить \_\_\_\_\_ \$.
- Заявка заявителя на получение финансовой помощи была отклонена по следующим причинам:
  - Доход заявителя превышает установленные критерии.
  - Другое \_\_\_\_\_

Заявитель может обжаловать неблагоприятное решение, связавшись с директором по работе с пациентами по телефону (718) 518-2064. Если Ваша апелляция не будет удовлетворена, или Вы не согласны с решением, Вы можете обратиться в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк по телефону (800) 804-5447.

Если у Вас есть какие-либо вопросы по поводу данного решения, пожалуйста, обращайтесь к Полетт М. Ди Наполи по телефону (718) 518-2048.

С уважением,

Полетт М. Ди Наполи  
Директор по работе с пациентами

\* Чистые расходы на лечение отражают снижение расходов на лечение в больнице до уровня возмещения по программе Medicare до применения скидки в рамках финансовой помощи.

## 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.

<b><u>Если домохозяйство получает:</u></b>	<b><u>Сумма в месяц:</u></b>	<b><u>Заявитель может предоставить:</u></b>
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 <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
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 ( <a href="http://www.labor.state.ny.us">www.labor.state.ny.us</a> ).
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 <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
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.