

<p style="text-align: center;">Ascension Saint Agnes Системная политика и методическое руководство</p>	<p style="text-align: center;">Страница <u>1</u> из <u>24</u></p>	<p style="text-align: center;">SYS FI 05</p>
<p>Тема:</p> <p style="text-align: center;">Ascension Saint Agnes Политика предоставления финансовой помощи</p>	<p>Дата вступления в силу: 2/05</p>	
	<p>Пересмотрено: Редакция: 11/90, 1/91, 6/91, 4/98, 3/01, 3/03, 6/08, 9/09, 6/16, 7/17, 7/18, 7/19, 2/20, 6/20, 10/20, 1/21, 4/21, 7/21, 7/22, 10/22, 12/22, 3/23, 6/23, 9/23, 12/23</p>	
<p>Одобрения:</p> <p>Окончательное — Президент/СЕО: _____ Дата: _____</p> <p>Согласование: _____ Дата: _____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Политика вступает в силу через 30 дней после подписания СЕО)</i></p>		

ПОЛИТИКА И ПРИНЦИПЫ

Данная политика указанных далее в этом пункте организаций (далее — «Организация») разработана с целью обеспечения социально справедливой практики оказания неотложной медицинской помощи и других необходимых по медицинским показаниям услуг входящими в Организацию медицинскими учреждениями. Данная политика разработана специально для определения критериев правомочности и способов предоставления финансовой помощи пациентам, которые нуждаются в такой финансовой помощи и получают медицинские услуги в Организации. Эта политика применяется к каждой из следующих Организаций Ascension Saint Agnes:

Ascension Saint Agnes, Ascension Medical Group, Seton Imaging, Lab Outreach,
Integrated Specialist Group, Radiologists Professional Services, Anesthesia Professional
Services

1. Вся финансовая помощь является отражением нашего уважения к достоинству человека и общему благу, нашего особого внимания к людям, живущим за чертой бедности, и другим уязвимым группам, нашей солидарности с ними, а также нашей приверженности справедливому распределению благ и ответственному руководству.
2. Данная политика применяется в отношении всех услуг неотложной медицинской помощи и другого необходимого по медицинским показаниям лечения, предоставляемых Организацией, в том числе услуг врачей и отделения охраны психического здоровья. Эта политика не распространяется на оплату за медицинское обслуживание вне рамок неотложной медицинской помощи, а также за другое необходимое обслуживание по медицинским показаниям.
3. В Списке поставщиков, на услуги которых распространяется действие Политики предоставления финансовой помощи, перечислены все поставщики услуг, обеспечивающие медицинский уход в учреждениях Организации. В нем также указано, действует ли в отношении конкретного поставщика Политика предоставления финансовой помощи или нет.

ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Эта политика применима во всех учреждениях Ascension Saint Agnes.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В целях данной Политики предусмотрено применение указанных ниже определений.

- «**501(r)**» обозначает раздел 501(r) Налогового кодекса США и принятые в соответствии с ним нормативные правила.
- «**Обычно выставляемая сумма**» или «**AGB**» обозначает — в отношении к услугам неотложной медицинской помощи или другим необходимым по медицинским показаниям услугам — сумму, которая обычно выставляется для оплаты пациентам, имеющим страховку, покрывающую стоимость таких услуг.
- «**Сообщество**» означает пациентов, проживающих в почтовых индексах, соответствующих информации Оценки нужд здравоохранения сообщества организации (CHNA): Arbutus/Halethorpe 21227, Brooklyn/Linthicum 21225, Catonsville 21250, 21228, Gwynn Oak 21207, South Baltimore City 21223,21230, Southwest Baltimore City 21229, West Baltimore City 21215,21216,21217, Windsor Mill 21244, Elkridge 21075, Ellicott City 21043. Пациент также может считаться членом Сообщества Организации, если неотложная и необходимая по медицинским показаниям помощь, которая требуется Пациенту, является всецело неотложной и необходимой по медицинским показаниям помощью, оказываемой в другом медицинском учреждении Ascension Health, в котором Пациент имеет право на получение финансовой помощи в случае такой неотложной ситуации и другой необходимой помощи по медицинским показаниям.
- «**Неотложная медицинская помощь**» обозначает заболевание, проявляющееся острыми симптомами достаточной выраженности (включая острую боль, психическое расстройство и симптомы злоупотребления наркотическими средствами), при котором отсутствие немедленного медицинского вмешательства может обоснованно привести к одной из описанных ниже ситуаций:
 - a. возникновению серьезной опасности для здоровья человека (или в случае беременной женщины — для здоровья женщины или ее нерожденного ребенка); или
 - b. серьезному нарушению функций организма; или
 - c. серьезному нарушению функции любого органа или части тела.
- «**Необходимое обслуживание по медицинским показаниям**» — медицинское обслуживание, которое (1) подходит, соответствует и необходимо для профилактики, диагностики или лечения заболевания Пациента; (2) является наиболее подходящей помощью или уровнем обслуживания в соответствии с состоянием здоровья Пациента, и не влечет опасных последствий; (3) не предоставляется исключительно для удобства Пациента, членов его семьи, врача или лица, осуществляющего уход; и (4), скорее всего, принесет Пациенту пользу, а не вред. Чтобы предстоящая плановая помощь считалась «необходимой по медицинским показаниям», медицинское обслуживание и сроки оказания помощи должны быть утверждены главным врачом Организации (или назначенным им лицом). Заключение о предоставлении пациенту необходимого обслуживания по медицинским показаниям должно осуществляться лицензированным поставщиком, оказывающим медицинскую помощь Пациенту, и, по усмотрению Организации, врачом приемного отделения, направившим пациента врачом и/или главным врачом или другим врачом-экспертом (в зависимости от вида рекомендуемой медицинской помощи). Если врачом-экспертом установлено, что медицинская помощь, за которой обратился Пациент и на которую распространяются положения этой политики, не является необходимой по медицинским показаниям, такое заключение также должно быть подтверждено врачом приемного отделения или направившим пациента врачом.
- «**Организация**» обозначает Ascension Saint Agnes.
- Термин «**Пациент**» обозначает лицо, получающее неотложную медицинскую помощь и другие необходимые по медицинским показаниям услуги в Организации, а также лицо, несущее финансовую ответственность за оказание медицинской помощи пациенту.

Предоставляемая финансовая помощь

Финансовая помощь, описанная в данном разделе, предоставляется только пациентам, проживающим в Сообществе:

1. В соответствии с другими положениями настоящей Политики финансовой помощи Пациенты с доходом менее или равным 250% Федерального прожиточного минимума («FPL»), имеют право на благотворительную помощь в размере 100% за ту часть платы за услуги, которую Пациент должен оплатить после оплаты страховой компанией (если такая плата предполагается), если такому Пациенту предоставлено право на получение помощи в соответствии с возможной рассчитываемой оценкой (как описано в пункте 7 ниже), или если он подаст заявление на получение финансовой помощи («Заявление FAP») на 240-й день или ранее после первого счета, выставленного Пациенту после выписки, в случае одобрения Организацией такого Заявления FAP. Пациент имеет право на получение финансовой помощи в размере до 100%, если Пациент подаст Заявление FAP через 240 дней после первого счета, выставленного Пациенту после выписки, но в этом случае объем финансовой помощи, предоставляемой Пациенту этой категории, ограничивается невыплаченным остатком, который должен оплатить Пациент, после учета всех платежей, произведенных по счету Пациента, за исключением ситуации назначения возмещения согласно законодательству штата Мэриленд и Разделу 3(b) Политики Организации по выставлению счетов и взысканию оплаты.¹ Пациент, имеющий право на получение этого типа финансовой помощи, должен будет уплатить меньшую из сумм: расходы за вычетом надбавки больницы или рассчитанная сумма AGB.
2. В соответствии с другими положениями настоящей Политики финансовой помощи Пациенты, чей доход выше 250% FPL, но не превышает 400% FPL, имеют право на частичную помощь по скользящей шкале на ту часть платы за предоставленные услуги, которую Пациент должен оплатить после оплаты страховой компанией (если такая плата предполагается), если такой Пациент подаст Заявление FAP на 240-й день или ранее после первого счета, выставленного Пациенту после выписки, в случае одобрения Организацией такого Заявления. Пациент имеет право на частичную финансовую помощь по скользящей шкале, если он подаст Заявление FAP спустя 240 дней после первого счета, выставленного Пациенту после выписки, но в этом случае объем финансовой помощи, предоставляемой Пациенту этой категории, ограничивается невыплаченным остатком, который должен оплатить Пациент, после учета всех платежей, произведенных по счету Пациента. Пациент, имеющий право на получение этого типа финансовой помощи, должен будет уплатить меньшую из сумм: расходы за вычетом надбавки больницы или рассчитанная сумма AGB. Размер частичной помощи по скользящей шкале

¹ Согласно Разделу 19-214.2(c)(1-3) Свода законов штата Мэриленд, если Организация узнает, что Пациент имел право на бесплатное обслуживание на определенную дату оказания услуг (используя действующие стандарты Организации для определения правомочности на дату оказания услуги), а эта определенная дата будет в промежутке двух (2) лет относительно момента обнаружения, пациенту возместят средства, полученные Организацией от Пациента или поручителя Пациента, если такая сумма превысит двадцать пять долларов. Если Организация зафиксирует отсутствие сотрудничества со стороны пациента или поручителя в процессе предоставления информации, необходимой для определения права Пациента на бесплатное обслуживание, этот двухлетний (2) период может быть уменьшен до тридцати (30) дней с даты первоначального запроса информации у Пациента. Если Пациент зарегистрирован в государственной программе медицинского страхования, предоставляемой с учетом материального положения, в которой Пациент обязан оплачивать расходы на медицинское обслуживание из собственных средств, тогда Пациент не получит компенсацию любых сумм, поскольку это может привести к утрате пациентом финансового права на такую медицинскую страховку.

рассчитывается следующим образом:

ШКАЛА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

На 1 июля 2023 г.

For Hospital Facility Services Only (Regulated)

Household Size	Charity Care				Financial Assistance Program					
	100%	to 200%	to 225%	to 250%	to 275%	to 300%	to 325%	to 350%	to 375%	to 400%
1	\$14,580	\$29,160	\$32,810	\$36,450	\$40,100	\$43,740	\$47,390	\$51,030	\$54,680	\$58,320
2	\$19,720	\$39,440	\$44,370	\$49,300	\$54,230	\$59,160	\$64,090	\$69,020	\$73,950	\$78,880
3	\$24,860	\$49,720	\$55,940	\$62,150	\$68,370	\$74,580	\$80,800	\$87,010	\$93,230	\$99,440
4	\$30,000	\$60,000	\$67,500	\$75,000	\$82,500	\$90,000	\$97,500	\$105,000	\$112,500	\$120,000
Saint Agnes Discount	100%	100%	100%	100%	75%	50%	25%	15%	12%	11.4%

For Professional Services (Deregulated)*

Household Size	Charity Care				Financial Assistance Program					
	100%	to 200%	to 225%	to 250%	to 275%	to 300%	to 325%	to 350%	to 375%	to 400%
1	\$14,580	\$29,160	\$32,810	\$36,450	\$40,100	\$43,740	\$47,390	\$51,030	\$54,680	\$58,320
2	\$19,720	\$39,440	\$44,370	\$49,300	\$54,230	\$59,160	\$64,090	\$69,020	\$73,950	\$78,880
3	\$24,860	\$49,720	\$55,940	\$62,150	\$68,370	\$74,580	\$80,800	\$87,010	\$93,230	\$99,440
4	\$30,000	\$60,000	\$67,500	\$75,000	\$82,500	\$90,000	\$97,500	\$105,000	\$112,500	\$120,000
Saint Agnes Discount	100%	100%	100%	100%	90%	80%	70%	60%	55%	47.6%

*включает следующие услуги:

Seton Imaging

Lab Outreach

Seton Medical Group

Ascension Medical Group

Ascension Saint Agnes Medical Group

Integrated Specialist Group

Radiologists Professional Services

Anesthesia Professional Services

- В соответствии с другими положениями настоящей Политики финансовой помощи Пациент с i) доходом выше 400% от уровня FPL, но ниже 500% от уровня FPL и ii) долгом за медицинское обслуживание, куда входит задолженность за медицинские услуги перед Ascension и любым другим поставщиком медицинских услуг, за неотложную и другую необходимую помощь по медицинским показаниям, оказанную Пациенту на протяжении периода в двенадцать (12) месяцев, сумма которого равна или превышает 25% общего дохода семьи такого Пациента, будет иметь право на финансовую помощь, описанную в этом пункте. Размер финансовой помощи будет равен размеру помощи для пациента с доходом в размере 400% от уровня FPL, как указано в пункте 2 выше, если такой Пациент подаст Заявление FAP на 240-й день или ранее после первого счета, выставленного Пациенту после выписки, в случае одобрения Организацией такого Заявления FAP. Пациент будет иметь право на такую финансовую помощь, если он подаст Заявление FAP спустя 240 дней после первого счета, выставленного Пациенту после выписки, но в этом случае объем финансовой помощи, предоставляемой Пациенту этой категории,

ограничивается невыплаченным остатком, который должен оплатить Пациент, после учета всех платежей, произведенных по счету Пациента. Пациент, имеющий право на получение этого типа финансовой помощи, должен будет уплатить меньшую из сумм: расходы за вычетом надбавки больницы или рассчитанная сумма AGB.

4. В соответствии с другими положениями настоящей Политики финансовой помощи Пациенту с доходом, превышающим 500% от уровня FPL, может быть предоставлено право на получение финансовой помощи по результатам проверки нуждаемости в размере некоторой части от расходов Пациента на предоставленные Организацией услуги, в зависимости от величины общей задолженности Пациента за медицинские услуги. Пациент имеет право на получение финансовой помощи в соответствии с результатами проверки финансового положения, если у него имеется крупный общий долг за медицинские услуги, включая задолженность перед Ascension и всеми прочими поставщиками медицинских услуг, за неотложную и другую необходимую по медицинским показаниям помощь в размере, равном или большим по сравнению с совокупным семейным доходом такого Пациента. Размер финансовой помощи, предоставляемой по результатам проверки нуждаемости, такой же, как и для Пациента с доходом в размере 400% от уровня FPL, как указано в пункте 2 выше, если такой Пациент подаст Заявление FAP на 240-й день или ранее после первого счета, выставленного Пациенту после выписки, в случае одобрения Организацией такого Заявления FAP. Пациент будет иметь право на частичную финансовую помощь по результатам проверки нуждаемости, если он подаст Заявление FAP спустя 240 дней после первого счета, выставленного Пациенту после выписки, но в этом случае объем финансовой помощи, предоставляемой Пациенту этой категории, ограничивается невыплаченным остатком, который должен оплатить Пациент, после учета всех платежей, произведенных по счету Пациента. Пациент, имеющий право на получение этого типа финансовой помощи, должен будет уплатить меньшую из сумм: расходы за вычетом надбавки больницы или рассчитанная сумма AGB.
5. Пациент будет иметь право на план оплаты, если доход Пациента будет в пределах от 200% до 500% от уровня FPL и если Пациент запросит помощь, подав Заявление FAP.
6. При определении дохода пациента учитывается размер его семьи, которая состоит из самого пациента и следующих лиц: (1) супруг(-а) (независимо от того, планирует ли пациент с супругом(-ой) подать заявление на возврат федерального налога или налога штата); (2) родные, приемные дети, пасынки и падчерицы; и (3) любое лицо, для которого пациент запрашивает личное исключение в форме на возврат федерального налога или налога штата. Если пациент является ребенком, в размере семьи должен учитываться сам ребенок и следующие лица: (1) биологические родители, приемные родители, отчим/мачеха или опекуны, (2) биологические братья и сестры, приемные братья и сестры или сводные братья и сестры; и (3) любое лицо, в отношении которого родители или опекуны пациента требуют персонального освобождения от налогов в федеральной или государственной налоговой декларации.
7. Пациенту может быть отказано в праве на получение финансовой помощи, указанной в пунктах 1-4 выше, если по результатам проверки имущественного положения у такого Пациента окажется достаточно средств для оплаты². Проверка имущественного положения включает в

² В соответствии с COMAR .26 (A-2) (8) и разделом 19-213-1 (b) (8) (ii) сборника законов штата Мэриленд следующие активы, которые могут быть конвертированы в денежные средства, исключаются из проверки имущественного положения: (1) первые 10 000 долларов денежных активов; (2) капитал «безопасной гавани» в размере 150 000 долларов США по основному месту жительства; (3) пенсионные активы, по которым Налоговое управление США (IRS) предоставило льготный налоговый режим в качестве пенсионного счета, включая, помимо прочего, планы отсроченной компенсации, предусмотренные Налоговым кодексом, или планы некавалифицированной отсроченной компенсации; (4) один автомобиль, используемый для транспортировки пациента или любого члена семьи пациента; (5) любые ресурсы, исключенные при

себя оценку платежеспособности Пациента по существу на основании категорий активов, указываемых в Заявлении FAP. Пациенту, активы которого превышают 250% от уровня FPL для такого Пациента, не предоставляется право на получение финансовой помощи.

8. Соответствие критериям для получения финансовой помощи может определяться на любом этапе цикла получения доходов, при условии, что пациент будет иметь право на помощь на протяжении, по крайней мере, двенадцати (12) месяцев с момента оказания услуг в первый раз, и может включать в себя процедуру расчета вероятной оценки для Пациента, имеющего достаточный невыплаченный остаток в течение первых 240 дней после первого счета, выставленного Пациенту после выписки, с целью решения о предоставлении ему права на получения 100%-ной благотворительной помощи, даже если Пациент не заполнил Заявление FAP. Если Пациенту предоставляется 100% благотворительная помощь без подачи заполненного Заявления FAP и только на основе расчета возможной оценки, сумма финансовой помощи, на которую Пациент имеет право, ограничивается размером невыплаченного остатка Пациента после учета любых платежей, произведенных по счету Пациента. Определение соответствия критериям на основе вероятной оценки применяется только к оказанию того вида медицинской помощи, для которой выполняется такая вероятная оценка.
9. Если Пациент участвует в определенных планах страхования, по которым Организация считается «не входящей в сеть», Организация может уменьшить или отказать в финансовой помощи, которая в противном случае была бы доступна Пациенту на основании анализа страховой информации Пациента и других соответствующих фактов и обстоятельств.
10. Если они не соответствуют другим требованиям Medicaid или CHIP, пациенты, являющиеся выгодоприобретателями/получателями следующих социальных программ, предоставляемых с учетом материального положения, считаются соответствующими требованиям благотворительной помощи, при условии, что пациент предоставит подтверждение участия в программе в течение 30 дней, кроме случаев, когда пациент или представитель пациента запросит дополнительные 30 дней:
 - a. Семьи с детьми, которые участвуют в программе бесплатного или льготного питания;
 - b. Программа продовольственной помощи (SNAP);
 - c. Программа помощи оплаты за электроэнергию для семей с низким уровнем дохода;
 - d. Программа предоставления дополнительного питания женщинам, новорожденным и детям (WIC);
 - e. Другие социальные программы на основе проверки нуждаемости, которые Департамент здравоохранения и психогигиены и HSCRC сочтут подходящими для бесплатного лечения в больнице.
11. Пациент имеет право обжаловать отказ в получении Финансовой помощи, предоставив дополнительную информацию Организации в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с момента получения извещения об отказе. Все апелляции будут рассмотрены Организацией для вынесения окончательного решения. Если в окончательном решении будет подтвержден предыдущий отказ в Финансовой помощи, Пациенту будет направлено письменное извещение. Процедура обжалования Пациентами и членами их семей решения Организации в отношении

определении финансового права в рамках Программы медицинской помощи в соответствии с Законом о социальном обеспечении; и (6) предварительно выплаченные средства на высшее образование на счете Программы 529 штата Мэриленд. Денежное имущество не включенное в оценку соответствия согласно этой политике финансовой помощи будут ежегодно переоцениваться с учетом инфляции в соответствии с Индексом потребительских цен.

их права на получение финансовой помощи:

- a. Пациенту будет направлено письмо с отказом в финансовой помощи больницы, чтобы уведомить его о несоответствии требования для получения такой помощи. Чтобы обжаловать решение касательно соответствия требованиям для получения финансовой помощи, пациенты или семьи должны связаться с Отделом финансовых услуг для пациентов, написав по адресу 900 Caton Ave., Baltimore, Md. 21229.
- b. Все апелляции рассматриваются Советом по жалобам Организации по предоставлению финансовой помощи. Решения совета доводятся до Пациентов-заявителей или членов их семьи в письменной форме.

Другие виды помощи для Пациентов, не соответствующих критериям для получения Финансовой помощи (применимо только для внебольничных услуг)

Пациенты, не соответствующие описанным выше критериям для получения Финансовой помощи, могут рассчитывать на получение других видов помощи, предоставляемой Организацией. Для полноты сведений здесь также перечислены другие виды помощи, хотя они предоставляются не на основании потребности в финансовой помощи, и на них не распространяются положения раздела 501(г). Эти виды помощи приведены в этом документе исключительно для сведения жителей региона, обслуживаемого Организацией.

1. Незастрахованным пациентам, которые получают услуги в Seton Imaging, Lab Outreach или у специализированных врачей, но не соответствуют критериям для получения финансовой помощи, предоставляется скидка, рассчитываемая на основании скидки, предоставляемой плательщику, производящему максимально высокие выплаты в адрес данной Организации. На долю плательщика, производящего максимально высокие выплаты, должно приходиться не менее 3% всей совокупности Организации по объему или валовым поступлениям от пациентов. Если на долю единственного плательщика не приходится такой минимальный объем, необходимо усреднить контракты нескольких плательщиков, чтобы на условия оплаты, используемые для усреднения, приходилось по меньшей мере 3% от объема операций Организации за такой отдельно взятый год.

Ограничения на выставяемые суммы к оплате Пациентами, соответствующими критериям для получения финансовой помощи

- c. С Пациентов, соответствующих критериям для получения финансовой помощи, в индивидуальном порядке взимается сумма, не превышающая сумму AGB за услуги неотложной медицинской помощи и другие необходимые по медицинским показаниям услуги, не более общей суммы расходов за все прочие медицинские услуги. Организация рассчитывает одну или несколько процентных ставок AGB с использованием метода ретроспективного анализа («look-back»), включая оплату отдельных медицинских услуг в рамках программы Medicare и платежи всех частных медицинских страховых компаний, которые производят выплаты по страховым требованиям Организации в соответствии с разделом 501(г). Бесплатную копию с расчетом AGB и процентными ставками можно получить на сайте Организации или в Отделе финансовых услуг для пациентов, лично или направив запрос по адресу 900 S. Caton Ave., Baltimore, MD 21229.

Подача заявления на получение финансовой помощи и других видов помощи

Право Пациента на получение финансовой помощи может быть определено на основе расчета его вероятной оценки или непосредственно на основе подачи им заполненной формы Заявления на FAP.

Бланк Заявления FAP и инструкции по заполнению Заявления FAP можно получить на сайте Организации или позвонив в Отдел финансовой помощи пациентам по номеру 1-667-234-2140. Заявления FAP также можно получить в различных регистратурах в больнице. Организация будет требовать от незастрахованного лица работать с финансовым советником для подачи заявки на Medicaid или другие публичные программы помощи, требованиям которых пациент считается потенциально соответствующим, для того, чтобы соответствовать требованиям финансовой помощи (кроме случаев, когда пациент соответствует или уже одобрен посредством предварительной оценки). Пациенту может быть отказано в предоставлении финансовой помощи в случае предоставления им недостоверной информации в Заявлении на FAP или на основе его вероятной оценки, если пациент отказывается передать права на сумму страхового возмещения или право на оплату непосредственно от лица страховой компании, которая может иметь обязанности по оплате за оказанную помощь, или если пациент отказывается обращаться к финансовому консультанту за помощью по оформлению заявления на участие в программе Medicaid или в других программах предоставления государственной помощи, на которые пациент потенциально имеет право, с целью определения соответствия критериям на получение финансовой помощи (за исключением случаев, когда соответствие критериям определяется и утверждается на основе его вероятной оценки). При принятии решения о праве на получение помощи для конкретного случая оказания медицинской помощи Организация рассматривает Заявления на FAP, заполненные менее чем за шесть месяцев до любой даты определения соответствия критериям. Организация не рассматривает Заявления на FAP, заполненные более чем за шесть месяцев до даты определения соответствия критериям.

Выставление счета и взыскание оплаты

Меры, которые могут быть предприняты Организацией в случае неоплаты счетов, приведены в отдельной политике по выставлению счетов и взысканию оплаты. Бесплатную копию правил выставления счетов и взыскания оплаты можно получить на сайте Организации или позвонив в Отдел финансовых услуг для пациентов по номеру 1-667-234-2140.

Толкование

Эта политика вместе со всеми применимыми процедурами соответствует положениям и подлежит толкованию и применению в соответствии с разделом 501(r), за исключением специально оговоренных случаев.

Ascension Saint Agnes

**СПИСОК ПОСТАВЩИКОВ, НА УСЛУГИ КОТОРЫХ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
ПОЛИТИКА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ**

На 1 января 2024 г.

В списке ниже указаны поставщики услуг неотложной медицинской помощи и другого необходимого по медицинским показаниям ухода в больничном учреждении, на которых распространяется Политика предоставления финансовой помощи (FAP). **Обратите внимание: Политика FAP не распространяется на любые услуги поставщиков, которые не являются неотложной медицинской помощью и другим необходимым по медицинским показаниям лечением.**

Поставщики, на которых распространяется FAP	Поставщики, на которых не распространяется FAP
Seton Medical Group Ascension Medical Group Integrated Specialist Group Saint Agnes Medical Group Vituity CEP America	ABDELAZIM,SUZANNE A D.O. ABDELHADY,HEIDI MD ABDUR-RAHMAN,NAJLA MD ABERNATHY,THOMAS MD ADAMS,SCOTT MD ADDO M.D.,RICHARD O AFZAL,MUHAMMAD MD AHLUWALIA,GURDEEP S MD AHMED,AZRA MD AHUJA,NAVNEET K MD AKHTAR,YASMIN DO AKHTER,NABEEL M M.D. ALBRECHT,ROBERT A MD ALEX,BIJU K MD ALI,LIAQAT MD ALI,PREETHA MD ALLEN,DANISHA MD ALONSO,ADOLFO M MD AMERI,MARIAM MD AMIN,SHAHRIAR MD ANANDAKRISHNAN,RAVI K MD ANDRADE,JORGE R MD ANSARI,MOHSIN MD APGAR,LESLIE MD APOSTOLIDES,GEORGE Y MD ARCHER,CORRIS E MD ARIAS VILLELA,NATALIA MD

	ARSHAD,RAJA R MD	
	ASHLEY JR,WILLIAM W MD	
	AWAN,HASAN A MD	
	AWAN,MATEEN A MD	
	AZIE,JULIET C MD	
	AZIZ,SHAHID MD	
	BAJAJ,BHAVANDEEP MD	
	BAJAJ,HARJIT S MD	
	BAKER,CHRISTINE M MD	
	BAKER,MARTHA MD	
	BANEGURA,ALLEN T MD	
	BARBOUR,WALID K MD	
	BASKARAN,DEEPAK MD	
	BASKARAN,SAMBANDAM MD	
	BASTACKY,DAVID C DMD	
	BEHRENS,MARY T MD	
	BELTRAN,JUAN A MD	
	BERGER,LESLY MD	
	BERKENBLIT,SCOTT I MD	
	BERNIER,MEGHAN M.D.	
	BEZIRDJIAN,LAWRENCE C MD	
	BHARGAVA,NALINI MD	
	BHASIN,SUSHMA MD	
	BHATTI,NASIR I MD	
	BITTLE,GREGORY J MD	
	BLAM,OREN G MD	
	BLANK,MICHAEL DDS	
	BODDETI,ANURADHA MD	
	BODDU,ROHINI MD	
	BOYKIN,DIANE MD	
	BRITT,CHRISTOPHER J MD	
	BROOKLAND,ROBERT K M.D.	
	BROUILLET, JR.,GEORGE H MD	
	BROWN,JACQUELINE A MD	
	CAHILL,EDWARD H MD	
	CALLAHAN,CHARLES W DO	
	CALLENDER,MARC MD	
	CARPENTER,MYLA MD	
	CARTER,MIHAELA M.D.	
	CHANG,HENRY MD	

	CHANG,JOSEPH J M.D.	
	CHATTERJEE,CHANDANA MD	
	CHEIKH,EYAD MD	
	CHEUNG,AMY M MD	
	CHINSKY,JEFFREY M MD	
	CHOUDHRY,SHABBIR A MD	
	CLONMELL,DIANE J LCPC	
	COHEN GLICKMAN,KAREN MD	
	COHEN,GORDON MD	
	COLANDREA,JEAN MD	
	COSENTINO,ENZO MD	
	CROSBY,EMILY MD	
	CROWLEY,HELENA M MD	
	CUNEO,CHARLES N MD	
	CURTIS,CHARLES MD	
	DA SILVA,MONICA L MD	
	DAVALOS,JULIO MD	
	DAVIS,NNEKA N DMD	
	DAVIS ROLAND,LASHEA MD	
	DEBORJA,LILIA L MD	
	DEJARNETTE,JUDITH MD	
	DE JESUS-ACOSTA,ANA MARIA CRIS	
	DELLABADIA JR,JOHN MD	
	DEOL,DILRAJ MD	
	DESAI,KIRTIKANT I MD	
	DESAI,SHAUN C MD	
	DESIKAN,SARAIJHAA K MD	
	DIAZ-MONTES,TERESA P MD	
	DIB,SALIM I MD	
	DICKSTEIN,RIAN MD	
	DIDOLKAR,MUKUND S MD	
	DOHERTY,BRENDAN MD	
	DONOHUE,CHRISTOPHER MD	
	DORIA,JOSEPH W M.D.	
	DOVE,JOSEPH DPM	
	DROSSNER,MICHAEL N MD	
	DAULAT,WENDY C DDS	
	DUA,VINEET MD	
	DUBOIS,BENJAMIN MD	
	DUNNE,MEAGAN MD	

	DUONG,BICH T MD	
	DUSON,SIRA M MD	
	DZIUBA,SYLWESTER MD	
	EGERTON,WALTER E MD	
	EISENMAN,DAVID J MD	
	ELFREY,MARY K D.O.	
	EMERSON,CAROL MD	
	ENELOW,THOMAS MD	
	ENGLUM,BRIAN R MD	
	EPSTEIN,DAVID K MD	
	ERAS,JENNIFER L MD	
	FALCAO,KEITH D MD	
	FATTERPAKER,ANIL MD	
	FELTON,PATRICK M. DPM	
	FERNANDEZ,RODOLFO E MD	
	FILDERMAN,PETER S MD	
	FLOYD,DEBORA M LCPC	
	FRAZIER,JAMES MD	
	FRAZIER,TIMOTHY S MD	
	FREEMAN,SARAH E MD	
	FUGOSO,VALERIANO P MD	
	GABLE,ASHLEY D MD	
	GABLE,NICOLE J MD	
	GALITA,OLIVER C MD	
	GANGALAM,AJAY B M.D.	
	GARCIA LOPEZ de VICTORIA,ELIZA	
	GARCIA,LORI MD	
	GARCIA,PABLO MD	
	GARG,AKASH MD	
	GARG,PRADEEP MD	
	GEORGIA,JEFFREY MD	
	GERSH,STEVEN DPM	
	GERSTENBLITH,DANIEL DPM	
	GIARDINA,VITO N DPM	
	GLASER,STEPHEN R MD	
	GOBRIAL,EVEIT E MD	
	GOLDMAN,MICHAEL H MD	
	GOMA,MONIQUE L MD	
	GORMLEY,PAUL E MD	
	GRAHAM, JR.,CHARLES R MD	

	GREENE,CAROL L MD	
	GREEN-SU,FRANCES M MD	
	GROSSO,NICHOLAS MD	
	GRUNEBERG,SHERRI L MD	
	GUARDIANI,ELIZABETH A MD	
	GURETZKY,TARA MD	
	HABIB,FADI M.D.	
	HANSEN,CHRISTIAN H MD	
	HAQUE,MAHMUDUL MD	
	HAROUN,RAYMOND I MD	
	HARRIS,JORDAN K MD	
	HATTEN,KYLE M MD	
	HAYWARD,GERALD MD	
	HEBERT,ANDREA M MD	
	HENNESSY,ROBERT G MD	
	HENRY,GAVIN MD	
	HICKEN,WILLIAM J MD	
	HILL,TERRI MD	
	HOCHULI,STEPHAN U MD	
	HOFFLER,HAYDEN L DPM	
	HORMOZI,DARAB MD	
	HORTON,AMANDA L MD	
	HUDES,RICHARD MD	
	HUNT,NICOLE A MD	
	IM,DWIGHT D MD	
	IMIRU,ABEBE MD	
	INCE,CARLOS MD	
	ISAIAH,AMAL MD	
	IWEALA,UCHECHI A MD	
	JACKSON,PRUDENCE MD	
	JACOB,ASHOK C MD	
	JACOBS,MARIANNE B DO	
	JANZ,BRIAN A MD	
	JENNINGS,SHANNON M MD	
	JOHNSON,GLEN E MD	
	JOHNSON,KELLY MD	
	JULKA,SURJIT S MD	
	KAHL,LAUREN MD	
	KALRA,KAVITA B MD	
	KANTER,MITCHEL A MD	

	KANTER,WILLIAM R MD	
	KAPOOR,RUBINA MD	
	KARMARKAR,RAVINDRA S MD	
	KAR,RAHUL MD	
	KAUFMAN,ADAM C M.D.	
	KENIGSBERG,ALEXANDER P MD	
	KHAN,JAVEED MD	
	KHAN,RAO A MD	
	KHULPATEEA,BEMAN R MD	
	KHURANA,ARUNA Y MD	
	KILMORE,DONNA L MSW	
	KIM,CHRISTOPHER MD	
	KIM,LISA MD	
	KIM,SOON JA MD	
	KLEBANOW,KENNETH M MD	
	KLEINMAN,BENJAMIN DPM	
	KOPACK,ANGELA M MD	
	KRUPNICK,ALEXANDER S MD	
	KUHN,FREDERICK MD	
	KUMAR,AJAY V. MD	
	KUMAR,RAMESH MD	
	KUPPUSAMY,TAMIL S MD	
	KYERE M.D.,SAMPSON A	
	LALA,PADMA M MD	
	LAL,BRAJESH K M.D.	
	LANCELOTTA,CHARLES J MD	
	LANDIS,JEFFREY T MD	
	LANDRUM,B. MARK MD	
	LANDRUM,DIANNE J MD	
	LANDSMAN,JENNIFER MD	
	LANE,ANNE D MD	
	LANGER,KENNETH F MD	
	LANTZ,JENNIFER MS, CCC/A	
	LEBLANC,DIANA M.D.	
	LEE,DANA M MD	
	LEVIN,BRIAN M MD	
	LEVY,DAVID MD	
	LIN,ANNIE Z MD	
	LIPTON,MARC DPM	
	LI,ROBIN Z MD	

	LIU,JIA MD	
	LONG,ADRIAN E MD	
	LOTLIKAR,JEFFREY P MD	
	LOWDER,GERARD M MD	
	LUMPKINS,KIMBERLY M. M.D.	
	MACIEJEWSKI,SHARON PT	
	MADDEN,JOSHUA S MD	
	MAKONNEN,ZELALEM MD	
	MALLALIEU,JARED DO	
	MALONEY,PATRICK MD	
	MAMO,GEORGE J MD	
	MARIASINGAM-DEVASAHAYAM,JOE V	
	MARK,TIFFANY MD	
	MARTINEZ MORALES,ANDY J MD	
	MASON,KAREN T MD	
	MASTERSON,JAMES MD	
	MATSUNAGA,MARK T MD	
	MAUNG,CHO C MD	
	MAUNG,TIN O MD	
	MAYO,LINDA D OTS	
	MCCARUS,DAVID MD	
	MCCORMACK,SHARON J MD	
	MEDWIN,IRINA MD	
	MEININGER,GLENN R MD	
	MENDHIRATTA,NEIL MD	
	METZGER,DIANA MD	
	MILLER,KAREN J MD	
	MILLER,PAUL R MD	
	MILLER,RACHAEL B MD	
	MITCHELL,ANTHONY L M.D.	
	MITCHERLING,JOHN J DDS	
	MITCHERLING,WILLIAM W DDS	
	MOORE,JAMES T MD	
	MOORE,ROBERT F M.D.	
	MOUSSAIDE,GHITA MD	
	MUMTAZ,M. ANWAR MD	
	MUNIRA,SIRAJUM MD	
	MURPHY,ANNE MD	
	MURTHY,KALPANA MD	
	MYDLARZ,WOJCIECH MD	

	NAKAZAWA,HIROSHI MD	
	NALLU,ANITHA M.D.	
	NARAYEN,GEETANJALI MD	
	NEUNER,GEOFFREY MD	
	NEUZIL,DANIEL F MD	
	NILES JR,JOHN H	
	NOKURI,SAMUEL MD	
	O'BRIEN,CAITLIN MD	
	O'CONNOR,MEGHAN P MD	
	OLLAYOS,CURTIS MD	
	OTTO,DAVID I MD	
	OTTO,JAMES MD	
	OWENS,KERRY MD	
	OWUSU-ANTWI,KOFI MD	
	PAIVANAS,BRITTANY M MD	
	PARISI,CHRISTINA A MD	
	PARK,CHARLES MD	
	PASUMARTHY,ANITA MD	
	PATAKI,ANDREW M MD	
	PATEL,ALPEN MD	
	PATEL,ANOOP MD	
	PATEL,KRUTI N MD	
	PERVAIZ,KHURRAM MD	
	PETERS,MATTHEW N MD	
	PETIT,LISA MD	
	PHILLIPS JR,GREGORY D MD	
	PIEPRZAK,MARY A MD	
	PIROUZ,BABAK MD	
	PLANTHOLT,STEPHEN J MD	
	POLSKY,MORRIS B MD	
	POON,THAW MD	
	POULTON,SCOTT C MD	
	PRESTI,MICHAEL S DPM	
	PULLMANN,RUDOLF MD	
	PURDY,ANGEL MD	
	QURESHI,JAZIBETH A MD	
	RAIKAR,RAJESH V MD	
	RAJA,GEETHA MD	
	RAMOS,ALBERTO R MD	
	RANKIN,ROBERT MD	

	RAVENDHRAN,NATARAJAN MD	
	REDDY,ANURADHA MD	
	REED,ANN MD	
	REHMAN,MALIK A MD	
	REILLY,CHRISTINE MD	
	REINER,BARRY J MD	
	RICHARDSON,LEONARD A MD	
	RITTER,CAROL E MD	
	ROBERTSON,KAISER MD	
	ROTH,JOHN DPM	
	ROTTMANN,EVA I DO	
	RUSSELL,JONATHON O MD	
	RYU,HYUNG MD	
	SABAHI,HANI S	
	SABOURY SICHANI,BABAK MD	
	SAIEDY,SAMER MD	
	SAINI,ANJALI MD	
	SAINI,RUMNEET K MD	
	SAKIANI,SANAZ MD	
	SALAS,LOUIS MD	
	SALENGER,RAWN V MD	
	SALIM,MUBADDA MD	
	SALVO,EUGENE C MD	
	SANDERSON,SEAN O M.D.	
	SANDHU,RUPINDER MD	
	SANGHAVI,MILAN MD	
	SANTOS,MARIA L MD	
	SARDANA,NEERAJ MD	
	SARKAR,RAJABRATA MD	
	SAVAGE,ANGELA Y DPM	
	SCHNEYER,MARK MD	
	SCHULTHEISS,KIM E M.D.	
	SCHWEITZER,EUGENE M.D.	
	SEIBEL,JEFFREY L MD	
	SEKICKI,VUK MD	
	SETYA,VINEY R MD	
	SHAH,RAJESH M MD	
	SHAIKH,NAOMI N MD	
	SHAPIRO ,BRUCE K	
	SHORTS,ALISON MSCCC-SLP	

	SHUSTER,JERI MD	
	SILBER,GLENN MD	
	SILBER,MOLLY H MD	
	SILHAN,LEANN MD	
	SILVERSTEIN,SCOTT MD	
	SIMLOTE,KAPIL MD	
	SIMMONS,SHELTON MD	
	SIMO,ARMEL MD	
	SINGH,GURTEJ MD	
	SINGH,JORAWAR MD	
	SINGH,NOVIA DO	
	SINNO,FADY MD	
	SIYAL,ABDUL M MD	
	SKLAR,GEOFFREY MD	
	SMENTKOWSKI,KATHERINE E MD	
	SMITH,BRANDON M MD	
	SMITH,DENNIS MD	
	SMITH,RACHELLE MD	
	SMITH,WARREN J MD	
	SNOW,GRACE E MD	
	SOILEAU-BURKE,MONIQUE J MD	
	SOLOMON,MISSALE MD	
	SPIOTTO,ERNEST MD	
	SRIVALI,NARAT MD	
	STAUBER,ZIVA Y MD	
	STERN,MELVIN S MD	
	STEWART,SHELBY J MD	
	STRAUCH,ERIC MD	
	SUNDEL,ERIC M.D.	
	SURMAK,ANDREW J MD	
	SWANTON,EDWARD MD	
	SWETT,JEFFREY T DO	
	SYDNEY,SAM V MD	
	TAN,SIMON S MD	
	TANSINDA,JAMES MD	
	TAYLOR,RODNEY J MD	
	TEPLITZKY,TAYLOR B MD	
	THOMAS,MICHELLE D M.D.	
	THOMAS,RADCLIFFE MD	
	THOMPSON III,WILLIAM R MD	

	TOLLEY,MATTHEW DPM	
	TUCHMAN,DAVID N MD	
	TURAKHIA,BIPIN K MD	
	TUUR-SAUNDERS,SYLVANA MD	
	TWIGG,AARON MD	
	UCUZIAN,ARECK A MD	
	UDOCHI,NJIDEKA MD	
	VAKHARIA,KALPESH T MD	
	VALLECILLO,JORGE MD	
	VAN DEN BROEK,JEFFREY W DO	
	VASANTHAKUMAR,MUTHUKRISHNAN MD	
	VITHANA, RUKMALEE E MD	
	VOIGT,ROGER W MD	
	VON WALDNER,CHRISTINA A LCPC	
	WALLACE,MICHAEL MD	
	WALTROUS,JUSTIN D MD	
	WARDEN,MARJORIE K MD	
	WARD,FRANCISCO A DO	
	WHIPPS,RANDOLPH G MD	
	WHITE,PATRICK W MD	
	WILLIAMS,SAMUEL R MD	
	WINAKUR,SHANNON MD	
	WOLF,JEFFREY S MD	
	WORMSER,BENJAMIN K MD	
	XIE,KE MD	
	YI,MING MD	
	YIM,KENNETH MD	
	ZADE,RALPH MD	
	ZHANG,LINDY MD	
	ZHAO,JUN MD	
	ZHU,WEIMIN MD	
	ZUNIGA,LUIS M MD	

Ascension Saint Agnes

РАСЧЕТ ОБЫЧНО ВЫСТАВЛЯЕМЫХ СУММ

07/01/2023

Ascension Saint Agnes рассчитывает две процентные ставки AGB (обычно выставаемая сумма): одну по оплате медицинским учреждениям, и вторую — гонорары за услуги специалистов. Обе ставки рассчитываются методом ретроспективного анализа («look-back»), включая оплату отдельных медицинских услуг в рамках программы Medicare и всех выплат частных медицинских страховых компаний Организации по страховым требованиям в соответствии с правилами Налогового управления США (IRS), Разделы 1.501(r)-5(b)(3), 1.501(r)-5(b)(3)(ii)(B) и 1.501(r)-5(b)(3)(iii). Подробные сведения об этом расчете и процентных ставках AGB приведены ниже.

Процентные ставки AGB для Ascension Saint Agnes показаны ниже:

AGB по оплате медицинским учреждениям: 91,7%

AGB по гонорарам за услуги медицинских специалистов: 52,4%

Эти процентные ставки AGB рассчитываются путем деления общей суммы всех страховых требований медицинского учреждения за услуги неотложной медицинской помощи и других необходимых по медицинским показаниям отдельных услуг в рамках программы Medicare и всех выплат частных медицинских страховых компаний по страховым требованиям медицинскому учреждению (отдельно по оплате медицинским учреждениям и по гонорарам за услуги медицинских специалистов) на сумму соответствующих суммарных расходов по этим требованиям. Для расчета AGB используются только страховые требования, одобренные медицинской страховой компанией за 12 месяцев до даты расчета AGB (а не требования в отношении медицинской помощи, оказанной за последние 12 месяцев).

*Несмотря на вышеуказанный расчет AGB, Ascension Saint Agnes решила применить более низкий процент AGB для оплаты услуг больничных учреждений следующим образом:

AGB: 88,6%

Ascension Saint Agnes

Ascension Saint Agnes, Ascension Medical Group, Seton Imaging, Lab Outreach, Integrated Specialist Group, Radiologists Professional Services, Anesthesia Professional Services

Краткие сведения о Политике финансовой помощи

Ascension Saint Agnes, включая все вышеперечисленные лечебные учреждения, руководствуется обязательством и принципом уважительного отношения к достоинству каждого человека, уделяя особое внимание лицам, которые столкнулись с барьерами, препятствующими их доступу к услугам здравоохранения. Ascension Saint Agnes имеет равное обязательство распоряжаться своими медицинскими ресурсами как услугой, предоставляемой на благо всего местного сообщества. В соответствии с этими принципами Ascension Saint Agnes предоставляет финансовую помощь определенным лицам, получающим неотложную медицинскую помощь или другие необходимые по медицинским показаниям услуги в Ascension Saint Agnes. В этом документе приведено краткое описание Политики предоставления финансовой помощи Ascension Saint Agnes.

Кто имеет право на получение финансовой помощи?

Право на финансовую помощь имеют жители следующих населенных пунктов: Arbutus 21227, Brooklyn/Linthicum, 21225, Catonsville 21250, 21228, Gwynn Oak 21207, South Baltimore City 21223, 21230, Southwest Baltimore City 21229, West Baltimore City 21215, 21216, 21217, Windsor Mill 21244, Elkridge 21075, Ellicott City 21043. Как правило, размер финансовой помощи определяется на основании совокупного дохода домохозяйства по сравнению с федеральным прожиточным минимумом. Если ваш доход меньше или равен 250% от федерального прожиточного минимума, вы можете получить 100%-ное списание долга в качестве благотворительной помощи в части расходов, которые вы обязаны понести. Если ваш доход выше 250%, но ниже 500% от федерального прожиточного минимума, вам могут быть предоставлены льготные тарифы по скользящей шкале или скидка, рассчитанная на основании проверки нуждаемости. Если у вас имеется превышающая ваш доход задолженность перед медицинскими организациями за неотложную медицинскую помощь и помощь, необходимую по медицинским показаниям, вы можете получить право на скидку. Если ваши активы превышают 250% от уровня дохода, установленного федеральным прожиточным минимумом, вы не можете претендовать на получение финансовой помощи. Пациенты, имеющие право на получение финансовой помощи, будут обязаны оплатить меньшую из сумм: расходы за вычетом надбавки больницы или сумма, которая обычно выставляется для оплаты застрахованными пациентами.

Письменная смета.

Пациенты имеют право запросить и получить письменную смету общей стоимости не относящихся к неотложным больничным услуг, процедур и материалов, которые по обоснованному ожиданию будут предоставлены больницей для оказания квалифицированной помощи.

Какие услуги включены?

Данная Политика финансовой помощи применяется в отношении услуг неотложной медицинской помощи и других необходимых по медицинским показаниям услуг. Плата за услуги врача не включается в больничный счет и оплачивается отдельно. Эти термины

определены в тексте Политики финансовой помощи. Данная Политика финансовой помощи не распространяется на любые иные виды медицинской помощи.

Как подать заявление?

Для обращения за получением финансовой помощи, как правило, необходимо заполнить письменное заявление и предоставить подтверждающие документы, указанные в тексте Политики финансовой помощи и в бланке Заявления на получение финансовой помощи. Чтобы получить заявление, позвоните по номеру 667-234-2140.

Как получить помощь в подаче Заявления?

Для получения помощи в подаче заявления на Политику финансовой помощи вы можете обратиться в Службу финансового консультирования пациентов по телефону 667-234-2140, в Службу медицинской помощи штата Maryland по телефону 1-855-642-8572 или через интернет www.dhr.state.md.us, а также в местное Управление социального обеспечения по телефону 1-800-332-6347; телетайп: 1-800-925-4434.

Где можно получить дополнительную информацию?

Текст Политики финансовой помощи и бланк Заявления на получение финансовой помощи вы можете найти на сайте <https://healthcare.ascension.org/Locations/Maryland/MDBAL/Baltimore-Saint-Agnes-Hospital> или запросить в отделе финансовых услуг для пациентов по адресу: 900 S. Caton Avenue, Baltimore, MD 21229. Копии Политики финансовой помощи и бланк Заявления на получение финансовой помощи также можно получить бесплатно по почте, позвонив в отдел финансовых услуг для пациентов по номеру 667-234-2140.

Что делать, если я не соответствую критериям на получение помощи?

Если вы не соответствуете критериям на получение финансовой помощи в рамках этой Политики финансовой помощи, вы можете претендовать на получение других видов помощи. Чтобы получить более подробную информацию, свяжитесь с отделом финансовых услуг для пациентов по адресу 900 S. Caton Avenue, Baltimore, MD 21229 или по телефону 667-234-2140.

Переводы текста Политики финансовой помощи, бланка Заявления на получение такой помощи, инструкций, а также изложенного простым и доступным языком данного краткого описания размещены на нашем сайте и предоставляются по запросу на следующих языках:

арабский
бирманский
китайский (упрощенный)
китайский (традиционный)
английский
французский
гуджарати
итальянский
корейский
русский
испанский

тагальский
урду
вьетнамский



Ascension

Письмо спонсора

Номер медицинской карты пациента / номер пациента _____

Имя спонсора _____

Родственные связи с пациентом/заявителем _____

Адрес спонсора _____

К сведению Ascension:

Данное письмо направлено для информирования о том, что (имя пациента) _____ практически не имеет доходов, и я помогаю ему/ей с расходами на проживание. Он/она имеет незначительные или совсем не имеет обязательств передо мной.

Подписывая это заявление, я подтверждаю, что предоставленная мной информация является достоверной и полной.

Подпись спонсора _____

Дата _____



Ascension

[Дата]

Уважаемый пациент/заявитель,

Ascension проявляет соучастие и ставит своей целью предоставление персонализированной помощи всем, и особенно тем, кто больше всего в ней нуждается. Наша миссия и обязанность — предоставить финансовую помощь нашим пациентам. Финансовая помощь предоставляется только для оказания неотложной и другой помощи, необходимой по медицинским показаниям. Благодарим вас за то, что вы доверили нам заботу о вас и вашей семье в отношении всех ваших потребностей в медицинском обслуживании.

Направляем вам это письмо и прилагаемый бланк заявления на получение финансовой помощи, так как получили вашу просьбу об этом. Если вы не просили об этом, пожалуйста, не обращайтесь внимание на это письмо. Перед тем, как отправить нам заявление, пожалуйста, заполните обе его стороны, поставьте свою подпись и дату. Если Вы заполняли заявление в течение последних шести месяцев и Вам была одобрена финансовая помощь, пожалуйста, сообщите нам об этом. Возможно, вам не потребуется заполнять новое заявление. Мы не рассматриваем предыдущие заявления, поданные более чем шесть месяцев назад.

Вместе с заявлением просим вас предоставить копию хотя бы одного из следующих документов в качестве подтверждения дохода. Если вы состоите в браке или проживаете вместе с партнером в течение 6 месяцев или дольше, ваш супруг(-а) или партнер также должны будут предоставить копию хотя бы одного из следующих документов в качестве подтверждения своего дохода, чтобы мы могли обработать ваше заявление.

- Копии 3 последних квитанций от работодателя о начислении заработной платы
- Копии последней годовой налоговой декларации (если вы работаете не по найму, укажите разбивку всех налогооблагаемых доходов)
- Документ о предоставлении социального обеспечения и / или назначении пенсии
- Самая последняя годовая налоговая декларация родителя или опекуна, если заявитель является иждивенцем, указанным в их бланке налоговой декларации, и если ему меньше 25 лет
- Другие документы, подтверждающие доход
- Копии выписок по счету в банке за последние 3 месяца
- Копия документа о назначении пособия по безработице

Если вы получаете помощь от членов семьи или друзей или проживаете в их доме, попросите их заполнить прилагаемую форму с пометкой «Письмо спонсора». Это не налагает на них ответственность по оплате ваших счетов за медицинские услуги. Это будет служить подтверждением покрытия ваших расходов на проживание. Если вы не получаете помощь от членов семьи и друзей, форму письма спонсора заполнять не требуется.

В завершение также просим вас предоставить документы, подтверждающие ежемесячные

расходы на медицинское обслуживание, товары медицинского назначения и лекарства.

Следует иметь в виду что рассмотрение заявления возможно только после получения нами заполненного заявления вместе с документами, подтверждающими доход. Мы не обрабатываем и не рассматриваем незаполненные заявления.

Следует иметь в виду, что переписка по электронной почте через Интернет не является безопасной. Хотя и маловероятно, но существует опасность того, что направленная по электронной почте информация может быть перехвачена и прочитана другими лицами помимо тех, кому она адресована.

Мы стремимся защитить персональную информацию и обеспечить ее безопасность. Так как в заявлении указан ваш номер в системе социального страхования и другая персональная информация, мы настоятельно рекомендуем не отправлять заявление по электронной почте.

Просим вас распечатать, заполнить заявление и передать его лично или отправить по почте на следующий адрес:

[STREET]
[SUITE]
[CITY, STATE ZIP]

Если у вас есть вопросы по заполнению этой заявки, обратитесь к специалисту по работе с пациентами по номеру xxx-xxx-xxxx.xxx-xxxx.

С уважением,

Специалист отдела
финансовых услуг для
пациентов Ascension