

Ascension Saint Agnes Системная политика и методическое руководство	Стр. <u>1</u> из <u>19</u>	SYS FI 05
Тема: Ascension Saint Agnes Политика предоставления финансовой помощи	Дата вступления в силу: 2/05	
	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	
Одобрения: Окончательное — Президент/CEO: _____ Дата: _____ Согласование: _____ Дата _____ <i>(Политика вступает в силу через 30 дней после подписания CEO)</i>		

ПОЛИТИКА И ПРИНЦИПЫ

Данная политика указанных далее в этом параграфе 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 особо 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**» обозначает пациентов, которые проживают в следующих городах, определенных в Оценке потребности в медицинской помощи Сообщества (CHNA) Организации: Арбутус/Халторп 21227, Бруклин/Линтикум 21225, Катонсвилл 21250, 21228, Гвинн Оук 21207, Южный Балтимор 21223,21230, Юго-западный Балтимор 21229, Западный Балтимор 21215,21216,21217, Виндзор Милл 21244, Элкридж 21075, Элликотт-Сити 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

¹ Согласно Разделу 19-214.2(c)(1-3) Свода законов штата Мэриленд, если Организация узнает, что Пациент имел право на бесплатное обслуживание на конкретную дату оказания услуг (используя действующие стандарты Организации для определения правомочности на дату оказания услуги), а эта конкретная дата будет в промежутку двух (2) лет относительно момента обнаружения, пациенту возместят средства, полученные Организацией от Пациента или гаранта Пациента, если такая сумма превысит двадцать пять долларов. Если Организация фиксирует отсутствие сотрудничества со стороны пациента или гаранта 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 наличными, тогда Пациент не получит компенсацию любых сумм, поскольку это может привести к утрате пациентом финансового права на такую медицинскую страховку.

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 рассчитывается следующим образом:

ШКАЛА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

По состоянию на 1 июля 2021 г.

Только за услуги медицинских учреждений (согласно регламенту)

Размер домохозяйства	Благотворительная помощь				Программа финансовой помощи					
	100%	до 200%	до 225%	до 250%	до 275%	до 300%	до 325%	до 350%	до 375%	до 400%
1	\$12,880	\$25,760	\$28,980	\$32,200	\$35,420	\$38,640	\$41,860	\$45,080	\$48,300	\$51,520
2	\$17,420	\$34,840	\$39,200	\$43,550	\$47,910	\$52,260	\$56,620	\$60,970	\$65,330	\$69,680
3	\$21,960	\$43,920	\$49,410	\$54,900	\$60,390	\$65,880	\$71,370	\$76,860	\$82,350	\$87,840
4	\$26,500	\$53,000	\$59,630	\$66,250	\$72,880	\$79,500	\$86,130	\$92,750	\$99,380	\$106,000
Скидка Saint Agnes	100%	100%	100%	100%	75%	50%	25%	15%	12%	11.5%

За услуги специалистов (не регламентируется)*

Размер домохозяйства	Благотворительная помощь				Программа финансовой помощи					
	100%	до 200%	до 225%	до 250%	до 275%	до 300%	до 325%	до 350%	до 375%	до 400%
1	\$12,880	\$25,760	\$28,980	\$32,200	\$35,420	\$38,640	\$41,860	\$45,080	\$48,300	\$51,520
2	\$17,420	\$34,840	\$39,200	\$43,550	\$47,910	\$52,260	\$56,620	\$60,970	\$65,330	\$69,680
3	\$21,960	\$43,920	\$49,410	\$54,900	\$60,390	\$65,880	\$71,370	\$76,860	\$82,350	\$87,840
4	\$26,500	\$53,000	\$59,630	\$66,250	\$72,880	\$79,500	\$86,130	\$92,750	\$99,380	\$106,000
Скидка Saint Agnes	100%	100%	100%	100%	90%	80%	70%	60%	55%	50.7%

*включает следующие услуги:

Seton Imaging

Lab Outreach

Seton Medical Group

Медицинская группа Ascension Medical Group

Медицинская группа Ascension Saint Agnes Medical Group

Integrated Specialist Group

Radiologists Professional Services

Anesthesia Professional Services

3. 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 абзаце. 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, планируют ли пациент и супруг(-а) подать совместную федеральную или государственную налоговую декларацию); (2) биологические, приемные дети или пасынок/падчерица; и (3) любое лицо, в отношении которого Пациент требует персонального освобождения от налогов в федеральных или государственных налоговых декларациях. 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 имущества у такого Пациента окажется достаточно средств для оплаты². Проверка имущества включает в себя основательную оценку платежеспособности Пациента 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, считающих Организацию «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. Кроме случаев соответствия критериям для участия в Medicaid или CHIP, пациенты, которые являются бенефициарами/получателями услуг по следующим социальным программам на основе проверки нуждаемости, считаются имеющими право на благотворительную помощь, если пациент предоставит доказательство или регистрацию в течение 30 дней, если только пациент или его представитель не запросит дополнительные 30 дней:

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 активов: (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 предоставило льготный налоговый режим в качестве пенсионного счета, включая, помимо прочего, планы отсроченной компенсации, предусмотренные Налоговым кодексом, или планы неквалифицированной отсроченной компенсации; (4) один автомобиль, используемый для транспортировки пациента или любого члена семьи пациента; (5) любые ресурсы, исключенные при определении финансового права в рамках Программы медицинской помощи в соответствии с Законом о социальном обеспечении; и (6) предварительно выплаченные средства на высшее образование на счету Программы 529 штата Мэриленд. Денежные активы, исключенные из определения соответствия требованиям настоящей Политики финансовой помощи, должны ежегодно корректироваться с учетом инфляции в соответствии с индексом потребительских цен.

- 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 их права на получение финансовой помощи:

- a. Пациенту будет направлено письмо с отказом в финансовой помощи больницы, чтобы уведомить его о несоответствии требованиям 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(r). 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 в Professional Services, 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.

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(r). 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 в Professional Services, 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

- с. 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, 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(r). 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 Заявление 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 требует, чтобы незастрахованное лицо обращалось 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). 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**

По состоянию на 1 июля 2021 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.**

<u>Поставщики, на которых распространяется FAP</u>	<u>Поставщики, на которых не распространяется FAP</u>
Seton Medical Group	ABDUR-RAHMAN,NAJLA MD
Ascension Medical Group	ABERNATHY,THOMAS MD
Integrated Specialist Group	ADAMS,SCOTT MD
Ascension Saint Agnes Medical Group	AFZAL,MUHAMMAD MD
Vituity	AHLUWALIA,GURDEEP S MD
CEP America	AHMED,AZRA MD
	AHUJA,NAVNEET K MD
	AKHTAR,YASMIN DO
	ALBUERNE,MARCELINO D MD
	ALEX,BIJU K MD
	ALI,LIAQAT 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
	ANTHONY,JAMES D MD
	ANTONIADES,SPIRO B MD
	APGAR,LESLIE MD
	APOSTOLIDES,GEORGE Y MD
	APOSTOLO,PAUL M MD
	ARCHER,CORRIS E 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
BAMC/JONES MW,
BANEGURA, ALLEN T MD
BARBOUR, WALID K MD
BARNES, BENJAMIN T MD
BASKARAN, DEEPAK MD
BASKARAN, SAMBANDAM MD
BASSI, ASHWANI K MD
BASTACKY, DAVID C DMD
BECK, CLAUDIA MD
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
BHATNAGAR, RISHI MD
BHATTI, NASIR I MD
BIRCHESS, DAMIAN E MD
BLAM, OREN G MD
BLANK, MICHAEL DDS
BODDETI, ANURADHA MD
BORDON, JOSE M MD
BOWLIN, DENEEN MD
BOYKIN, DIANE MD
BRANDAO, ROBERTO A DPM
BRITT, CHRISTOPHER J MD
BROOKLAND, ROBERT K M.D.
BROUILLET, JR., GEORGE H MD
BROWN, JACQUELINE A MD
BUICK, MELISSA MD
BURKE, MICHAEL G MD
BURROWS, WHITNEY MD
CAHILL, EDWARD H MD
CALLENDER, EALENA S MD
CALLENDER, MARC MD
CARPENTER, MYLA MD

CARTER,MIHAELA M.D.
CERCONE,KRISTEN MD
CHAIKEN,MARC L MD
CHANG,HENRY MD
CHANG,JOSEPH J M.D.
CHATTERJEE,CHANDANA MD
CHEIKH,EYAD MD
CHEN,YIBO N MD
CHEUNG,AMY M MD
CHINSKY,JEFFREY M MD
CHOUDHRY,SHABBIR A MD
COHEN,BERNARD MD
COHEN,GORDON MD
COLANDREA,JEAN MD
COLL,DAVID P MD
COMMERFORD,CHRISTINE MD
COSENTINO,ENZO MD
CROWLEY,HELENA M MD
DANG,KOMAL K MD
DAVALOS,JULIO MD
DEBORJA,LILIA L MD
DEJARNETTE,JUDITH MD
DESAI,KIRTIKANT I MD
DESAI,SHAUN C MD
DIAZ-MONTES,TERESA P MD
DICKINSON,KIMBERLY M MD
DICKSTEIN,RIAN MD
DIDOLKAR,MUKUND S MD
DOHERTY,BRENDAN MD
DOVE,JOSEPH DPM
DROSSNER,MICHAEL N MD
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
EMERSON,CAROL MD
ENELOW,THOMAS MD

ENGELBERT,PATRICK R MD
ENGLUM,BRIAN R MD
ERAS,JENNIFER L MD
FALCAO,KEITH D MD
FALOKUN,ADEDMOLA A MD
FATTERPAKER,ANIL MD
FELTON,PATRICK M. DPM
FERNANDEZ,RODOLFO E MD
FILDERMAN,PETER S MD
FITCH-ALEXANDER,LINDSAY V MD
FLOYD,DEBORA M LCPC
FOLGUERAS,ALBERT J MD
FRAZIER,TIMOTHY S MD
FRIEDBERG,JOSEPH S MD
FUGOSO,VALERIANO P MD
GABLE,NICOLE J MD
GALITA,OLIVER C MD
GARG,PRADEEP MD
GEORGIA,JEFFREY MD
GERSH,STEVEN DPM
GERSTENBLITH,DANIEL DPM
GIARDINA,VITO N DPM
GITLITZ,DAVID B MD
GIUSTO,LAURA MD
GLASER,STEPHEN R MD
GOBRIAL,EVEIT E MD
GOLDFARB,ROBERT A MD
GOLDMAN,MICHAEL H MD
GOMA,MONIQUE L MD
GORMLEY,PAUL E MD
GRAHAM, JR.,CHARLES R MD
GREEN-SU,FRANCES M MD
GROCHMAL,JAY C MD
GROSSO,NICHOLAS MD
GRUNEBERG,SHERRI L MD
GUARDIANI,ELIZABETH A MD
GURETZKY,TARA MD
HABIB,FADI M.D.
HAFT,SUNNY J MD
HAMMOND,SHARICE MD
HANSEN,CHRISTIAN H MD

HAROUN, RAYMOND I MD
HATTEN, KYLE M MD
HAYWARD, GERALD MD
HEBERT, ANDREA M MD
HENNESSY, ROBERT G MD
HENRY, GAVIN MD
HERTZANO, RONNA MD
HEYMAN, MEYER R MD
HICKEN, WILLIAM J MD
HILL, TERRI MD
HOCHULI, STEPHAN U MD
HOFERT, SHEILA MD
HORMOZI, DARAB MD
HUDES, RICHARD MD
HUNDLEY, JEAN C MD
HUNT, NICOLE A MD
IM, DWIGHT D MD
IMIRU, ABEBE MD
ISAIAH, AMAL MD
IWEALA, UCHECHI A MD
JACKSON, PRUDENCE MD
JACOB, ASHOK C MD
JACOBS, MARIANNE B DO
JANZ, BRIAN A 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
KAPLAN, ALAN L M.D.
KASSAHUN, ZELEKE D MD
KHAN, JAVEED MD
KHAN, RAO A MD
KHULPATEEA, BEMAN R MD
KHURANA, ARUNA Y MD
KIM, CHRISTOPHER MD
KIM, LISA MD
KIM, SOON JA MD
KLEBANOW, KENNETH M MD

KLEINMAN,BENJAMIN DPM
KNAISH,KINAN MD
KOLI,EMMANUEL N MD
KOPACK,ANGELA M MD
KUMAR,RAMESH MD
KUPPUSAMY,TAMIL S MD
LAFFERMAN,JEFFREY MD
LALA,PADMA M MD
LANCLOTTA,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
LENING,CHRISTOPHER B MD
LEVIN,BRIAN M MD
LEVY,DAVID MD
LIANG,DANNY MD
LIM,JOSHUA J MD
LIN,ANNIE Z MD
LIN,FREDERICK 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
MANDIR,ALLEN S 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
MEYER,G. MICHAEL MD
MIDDLETON,JEFFREY G MD
MILLER,KAREN J MD
MILLER,PAUL R MD
MINAHAN,ROBERT E M.D., JR
MITCHERLING,JOHN J DDS
MITCHERLING,WILLIAM W DDS
MOJOKO,ETHEL MD
MOORE,JAMES T MD
MOORE,ROBERT F M.D.
MORGAN,ATHOL W MD
MOUSSAIDE,GHITA MD
MUMTAZ,M. ANWAR MD
MURPHY,ANNE MD
MURTHY,KALPANA MD
MYDLARZ,WOJCIECH MD
NAKAZAWA,HIROSHI MD
NARAYEN,GEETANJALI MD
NARAYEN,VIJAY MD
NEUNER,GEOFFREY MD
NEUZIL,DANIEL F MD
NGUYEN,HUONG MD
NUCKOLS,JOSEPH MD
O'BRIEN,CAITLIN MD
O'CONNOR,MEGHAN P MD
ODUYEBO,TITILOPE M.D.
OLLAYOS,CURTIS MD
OTTO,DAVID I MD
OTTO,JAMES MD
OWENS,KERRY MD
OWUSU-ANTWI,KOFI MD
OWUSU-SAKYI,JOSEPHINE MD
PAIVANAS,BRITTANY M MD
PARIKH,JYOTIN MD
PARK,CHARLES MD

PASS,CAROLYN J MD
PASUMARTHY,ANITA MD
PATAKI,ANDREW M MD
PATEL,ALPEN MD
PATEL,ANOOP MD
PATEL,JANKI MD
PATEL,KRUTI N MD
PEREZ,DANIEL DPM
PERVAIZ,KHURRAM MD
PETERS,MATTHEW N MD
PETIT,LISA MD
PIEPRZAK,MARY A 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
RAMINENI,SATHEESH K MD
RANKIN,ROBERT MD
RAVEKES,WILLIAM MD
RAVENDHRAN,NATARAJAN MD
REDDY,ANURADHA MD
REED,ANN MD
REHMAN,MALIK A MD
REILLY,CHRISTINE MD
REINER,BARRY J MD
REINSEL,TOM E MD
REMY,KENNETH MD
REYAL,FARHANA S MD
RIAZ,AWAIS MD
RICHARDSON,LEONARD A MD
ROBERTSON,KAISER MD
ROSEN,DANIEL C MD
ROTH,JOHN DPM
RUSSELL,JONATHON O MD
RYU,HYUNG MD
SABOURY SICHANI,BABAK MD

SAIEDY,SAMER MD
SAINI,ANJALI MD
SAINI,RUMNEET K MD
SALAS,LOUIS MD
SALAZAR,ANDRES E 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
SAVAGE,ANGELA Y DPM
SCHNEE,CHARLES MD
SCHNEYER,MARK MD
SEIBEL,JEFFREY L MD
SEKAR,PRIYA MD
SELVAM,PRABU P MD
SEPKUTY,JEHUDA P MD
SHAH,BANSARI H M.D.
SHAH,RAJESH M MD
SHAMS-PIRZADEH,ABDOLLAH 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
SINNO,FADY MD
SKLAR,GEOFFREY MD
SMITH,RACHELLE MD
SMITH,WARREN J MD
SOILEAU-BURKE,MONIQUE J MD
SOLOMON,MISSALE MD
SOMERVILLE,JUSTIN C MD

SPEVAK,PHILIP J MD
STEINER-LARSEN,VICTORIA E 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
TANSINDA,JAMES MD
TAYLOR,AISHA K MD
TAYLOR,RODNEY J MD
THOMAS,RADCLIFFE MD
THOMPSON III,WILLIAM R MD
TOLLEY,MATTHEW DPM
TUCHMAN,DAVID N MD
TURAKHIA,BIPIN K MD
TURNER,GAURI J M.D.
TUUR-SAUNDERS,SYLVANA MD
TWIGG,AARON MD
UDOCHI,NJIDEKA MD
VAKHARIA,KALPESH T MD
VALLECILLO,JORGE MD
VAN DEN BROEK,JEFFREY W DO
VASANTHAKUMAR,MUTHUKRISHNAN MD
VOIGT,ROGER W MD
VON WALDNER,CHRISTINA A LCPC
WALKER,MARK A MD
WALLACE,MICHAEL MD
WALTROUS,JUSTIN D MD
WARD,FRANCISCO A DO
WHIPPS,RANDOLPH G MD
WHITE,PATRICK W MD
WICKRAMARATNE,KANTHI MD
WILLIAMS,SAMUEL R MD
WINAKUR,SHANNON MD
WOLF,JEFFREY S MD
WOLLNEY,DANA E MD
WONG,MATTHEW H MD
XIE,KE MD

	YI,MING MD YIM,KENNETH MD YU,WARREN D. M.D. ZADE,RALPH MD ZAIM,BULENT R MD ZHANG,LINDY MD ZHAO,JUN MD ZHU,WEIMIN MD ZUNIGA,LUIS M MD
--	--

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: Арбутус 21227, Бруклин/Линтикум, 21225, Катонсвилл 21250, 21228, Гвинн Оук 21207, Южный Балтимор 21223, 21230, Юго-западный Балтимор 21229, Западный Балтимор 21215, 21216, 21217, Виндзор Милл 21244, Элкридж 21075, Элликотт-Сити 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 на 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 Мэриленда 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 о поддержке

Номер медицинской карты пациента / номер пациента _____

Имя спонсора _____

Правоотношение к пациенту / заявителю _____

Адрес спонсора _____

К сведению Ascension:

Настоящим письмом подтверждаю, что (имя пациента) _____ получает мало или совсем не имеет дохода, и я помогаю оплачивать его/ее расходы 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 долг — 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 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.

ледует 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.

Помните, что связь по электронной почте через Интернет не является защищенной. 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 сохранность. 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:

[УЛИЦА]

[ОФИС]

[ГОРОД, ШТАТ, ИНДЕКС]

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

С уважением,

Специалист отдела финансовых
услуг для пациентов Ascension