

## ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

### ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της παρούσας Πολιτικής (η «**Πολιτική**», ή «**ΠΟΒ**») είναι η περιγραφή του Οικονομικού Προγράμματος Βοήθειας (το «**Πρόγραμμα**») του Νοσοκομείου Στάμφορντ (το «**Νοσοκομείο**»). Το Πρόγραμμα υιοθετήθηκε προκειμένου να διασφαλίσει την δίκαιη και συνεπή αξιολόγηση και διεκπεραίωση όλων των αιτημάτων για οικονομική βοήθεια υποστηρίζοντας την αποστολή του Νοσοκομείου, η οποία είναι μεταξύ άλλων η παροχή μιας ευρείας γκάμας και υψηλών απαιτήσεων υπηρεσιών υγείας και ευζωίας προσανατολισμένες στις ανάγκες της κοινότητάς μας

### ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ

Η κοινότητα θα ενημερωθεί και θα έχει πρόσβαση στην παρούσα Πολιτική ως ακολούθως:

1. *Συνοπτική Παρουσίαση η οποία δίνεται μετά την Εισαγωγή στα Επείγοντα Περιστατικά.* Με την εισαγωγή στα Επείγοντα Περιστατικά, δίδεται σε όλους τους ασθενείς αντίγραφο της Συνοπτικής Περιγραφής της Πολιτικής Οικονομικής Βοήθειας σε Απλή Γλώσσα (η «**Συνοπτική Περιγραφή**»), η οποία θα είναι επίσης διαθέσιμη και για όσους τη ζητήσουν. Η Συνοπτική Περιγραφή παρέχει στους ασθενείς πληροφορίες για τον τρόπο που μπορούν να προμηθευτούν την πλήρη Πολιτική, ένα έντυπο αίτησης ΠΟΒ (η «**Αίτηση**») και επιπλέον πληροφορίες για το Πρόγραμμα. Η Συνοπτική Περιγραφή θα βρίσκεται και σε κοινόχρηστους χώρους σε διάφορα σημεία του Νοσοκομείου, συμπεριλαμβανομένων, τουλάχιστον στα Επείγοντα Περιστατικά, στα Τμήματα Υποδοχής και στις αίθουσες αναμονής.
2. *Διάδοση στην Κοινότητα.* Το Νοσοκομείο θα ενημερώσει την κοινότητα σχετικά με την Πολιτική και το Πρόγραμμα με τρόπο ο οποίος θα εξυπηρετεί τη διάδοση σε εκείνους που έχουν τη μεγαλύτερη πιθανότητα να χρήζουν οικονομικής βοήθειας από το Νοσοκομείο (π.χ. μοιράζοντας αντίγραφα της Συνοπτικής Περιγραφής σε συνεργαζόμενες κλινικές του Νοσοκομείου). Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, το Νοσοκομείο θα αναρτήσει στην ιστοσελίδα του την Πολιτική, την Αίτηση και την Συνοπτική Περιγραφή. Τα εν λόγω έγγραφα θα αποστέλλονται δωρεάν εφόσον ζητηθεί.
3. *Σημείωση στους Αναλυτικούς Λογαριασμούς.* Το Νοσοκομείο θα περιλαμβάνει στους αναλυτικούς λογαριασμούς φυλλάδια τα οποία θα ενημερώνουν τους

παραλήπτες για τη διαθεσιμότητα της οικονομικής βοήθειας σύμφωνα με το Πρόγραμμα. Το φυλλάδιο αυτό θα περιλαμβάνει το τηλέφωνο του Τμήματος Οικονομικών Υποθέσεων των Ασθενών του Νοσοκομείου (το οποίο θα δίνει πληροφορίες σχετικά με το Πρόγραμμα και την διαδικασία αίτησης για το ΠΟΒ), καθώς και την απευθείας διεύθυνση του ιστότοπου (ή το URL) όπου μπορούν οι ασθενείς να προμηθεύονται αντίγραφα της Πολιτικής, της Αίτησης και της Συνοπτικής Περιγραφής.

## ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ

### 1. Ποιος Δικαιούται Οικονομική Βοήθεια («Δικαιούχοι Ιδιώτες»);

Για να δικαιούται να συμμετέχει στο Πρόγραμμα, ένας ιδιώτης πρέπει να πληροί και τα δύο από τα παρακάτω κριτήρια:

- A. Το πρόσωπο θα πρέπει να είναι ανασφάλιστο ή μη επαρκώς ασφαλισμένο και να μην δικαιούται ένταξης σε Ομοσπονδιακό ή Πολιτειακό πρόγραμμα ή πιστοποιημένο πλάνο υγείας το οποίο είναι διαθέσιμο μέσω του Νόμου περί Προσιτής Φροντίδας (τα «**Κριτήρια Ασφάλισης**»)<sup>1</sup>, και
- B. Το πρόσωπο θα πρέπει να έχει ένα ακαθάριστο οικογενειακό εισόδημα που δεν υπερβαίνει το 400% των τελευταίων Ομοσπονδιακών Οδηγιών Φτώχειας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών των ΗΠΑ («**ΟΟΦ**») που αφορούν στον αριθμό των μελών της οικογενείας του («**Κριτήρια Εισοδήματος**»).

Τα πρόσωπα που πληρούν τα Κριτήρια Ασφάλισης και τα Κριτήρια Εισοδήματος θα αναφέρονται στο παρόν ως «Δικαιούχοι Ιδιώτες».

### 2. Ποιες είναι οι Υπηρεσίες για τις οποίες μπορούν οι Δικαιούχοι Ιδιώτες να λαμβάνουν Οικονομική Βοήθεια σύμφωνα με το Πρόγραμμα;

- A. **Επιλέξιμες Υπηρεσίες.** Η οικονομική βοήθεια έχει σαν σκοπό να μειώσει το οικονομικό βάρος των επειγόντων και ιατρικώς απαραίτητων υπηρεσιών που βαραίνουν τους Δικαιούχους Ιδιώτες («**Επιλέξιμες Υπηρεσίες**»). Οι αισθητικές, πειραματικές και οι υπηρεσίες διευκόλυνσης δεν θεωρούνται

---

<sup>1</sup> Για λόγους σαφήνειας, τα πρόσωπα που δικαιούνται οποιοδήποτε είδους ασφάλεια αλλά δεν κάνουν ούτε προτίθενται να κάνουν αίτηση δεν αποτελούν Δικαιούχους Ιδιώτες σύμφωνα με την παρούσα Πολιτική, υπό την προϋπόθεση, ωστόσο, ότι σύμφωνα με τον Νόμο 03-266 του Κονέκτικατ, οποιαδήποτε Ανασφάλιστα Πρόσωπα (όπως καθορίζονται από τον Νόμο), που δεν αποτελούν Δικαιούχους Ιδιώτες αλλά έχουν εισόδημα (ανεξαρτήτως διαθέσιμων περιουσιακών στοιχείων) κάτω από το 250% των ΟΟΦ δεν θα χρεώνονται περισσότερο από το κόστος του Νοσοκομείου που προκύπτει από την παροχή υπηρεσιών προς τον ασθενή.

επείγουσες ή ιατρικώς απαραίτητες και δεν αποτελούν ως εκ τούτου Επιλέξιμες Υπηρεσίες. Το Νοσοκομείο θα παρέχει, χωρίς διάκριση, φροντίδα σε επείγουσες ιατρικές περιπτώσεις σε όλους ανεξαρτήτως εάν είναι Δικαιούχοι Ιδιώτες ή όχι. Το Νοσοκομείο δεν θα εμπλακεί σε ενέργειες που αποθαρρύνουν τους ασθενείς να αναζητήσουν επείγουσα ιατρική φροντίδα.

**Συμμετέχοντες Παρόχοι.** Το Πρόγραμμα παρέχει οικονομική βοήθεια για την παροχή Επιλεγμένων Υπηρεσιών σε Δικαιούχους Ιδιώτες μέσω του Νοσοκομείου και μέσω άλλων παρόχων των Επιλεγμένων Υπηρεσιών στο Νοσοκομείο. Οι κατάλογοι με τους εν λόγω παρόχους που συμμετέχουν και που δεν συμμετέχουν στην παρούσα Πολιτική βρίσκονται αναρτημένοι στην ιστοσελίδα του Νοσοκομείου, <http://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/> (“**Βλέπε Παρόχους**”). Οι εν λόγω κατάλογοι θα ενημερώνονται και θα διορθώνονται περιοδικά.

## Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ

Εξαιρουμένων των περιπτώσεων που αναφέρονται στο τέλος της παρούσας Πολιτικής, η διαδικασία για τη λήψη απόφασης για το εάν ένας ιδιώτης είναι δικαιούχος καθώς και το ποσόν που ενδεχομένως δικαιούται από την οικονομική βοήθεια θα πραγματοποιείται μόνον κατόπιν υποβολής μιας πλήρως συμπληρωμένης Αίτησης η οποία θα συνοδεύεται από τα απαιτούμενα δικαιολογητικά.

1. *Πότε ζητείται η Αίτηση.* Το αίτημα για οικονομική βοήθεια δύναται να γίνει οποιαδήποτε στιγμή. Γεγονός που σημαίνει πως ένας ιδιώτης έχει τη δυνατότητα να προβεί σε αίτημα πριν, κατά τη διάρκεια ή μετά τις υπηρεσίες που έλαβε, ακόμη κι εφόσον έχουν ξεκινήσει οι οχλήσεις κατά του ιδιώτη από κάποιο γραφείο είσπραξης οφειλών. Τα αρχικά αιτήματα για οικονομική βοήθεια δύναται να γίνουν γραπτώς ή μέσω τηλεφώνου. Μετά το αίτημα για οικονομική βοήθεια, ο ιδιώτης θα ενημερωθεί για την παρούσα Πολιτική και θα του σταλεί αντίγραφο της Αίτησης και της Συνοπτικής Περιγραφής. Σε περίπτωση που ο ιδιώτης δεν μιλά επαρκώς την αγγλική γλώσσα ή και καθόλου, τα εν λόγω έγγραφα θα του δοθούν σε κάθε γλώσσα που ομιλείται από σημαντικό αριθμό πληθυσμού με περιορισμένη γνώση της αγγλικής στην κοινότητα που εξυπηρετείται από το Νοσοκομείο.

2. *Περιεχόμενα της Αίτησης.* Η αίτηση ζητά τα ακόλουθα στοιχεία:

### A. Τα στοιχεία του αιτούντος:

Ημερομηνία Αιτήματος

Όνομα

Διεύθυνση

Τηλέφωνο

Αιτείται από (γονέα ή κηδεμόνα εάν ο ασθενής είναι ανήλικος)

Ημερομηνία γέννησης

ΑΜΚΑ\*

\*Εφόσον υπάρχει

## **B. Για την εξακρίβωση του εάν ο αιτών είναι Δικαιούχος Ιδιώτης:**

Αποδεικτικό μισθοδοσίας από την πλέον πρόσφατη διαθέσιμη μηνιαία περίοδο  
Αποδεικτικό επιδόματος ανεργίας  
Αποδεικτικό για οποιοδήποτε Ομοσπονδιακό ή Πολιτειακό επίδομα  
Τραπεζικός λογαριασμός ή αποδεικτικά επενδύσεων  
Επικυρωμένη Βεβαίωση από τον ίδιο ως αποδεικτικό εισοδήματος

3. *Συμπλήρωση της Αίτησης.* Μια Αίτηση μπορεί να συμπληρωθεί από έναν Δικαιούχο Ιδιώτη ή τον/την νόμιμο/η κηδεμόνα του. Εάν έχετε κάποιες σχετικές ερωτήσεις ή χρειάζεστε βοήθεια για να συμπληρώσετε την Αίτηση, παρακαλείσθε όπως επικοινωνήσετε με το Τμήμα Οικονομικών Υποθέσεων των Ασθενών του Νοσοκομείου στο τηλέφωνο και στην διεύθυνση που αναφέρεται παρακάτω στο παρόν.
4. *Υποβολή της Αίτησης.* Η Αίτηση πρέπει να υποβληθεί στον Αρμόδιο Οικονομικής Βοήθειας στο Τμήμα Οικονομικών Υποθέσεων Ασθενών στο τηλέφωνο και στη διεύθυνση που αναφέρεται παρακάτω στο παρόν.
5. *Ραντεβού με τον Αρμόδιο Οικονομικής Βοήθειας.* Είτε κατά την συμπλήρωση είτε κατά την ολοκλήρωση και υποβολή της Αίτησης, ο/η αιτών/ούσα θα πρέπει να κανονίσει ένα ραντεβού, είτε τηλεφωνικώς είτε δια ζώσης, για τον έλεγχο της Αίτησης, με το Τμήμα Οικονομικών Υποθέσεων Ασθενών στο τηλέφωνο που αναφέρεται παρακάτω στο παρόν για ραντεβού ελέγχου της Αίτησης. Κατά τη διαδικασία του εν λόγω ελέγχου θα ανατεθεί η υπόθεση κάθε αιτούντος σε κάποιον Αρμόδιο Οικονομικής Βοήθειας ο οποίος θα είναι υπεύθυνος για τη διεκπεραίωση της Αίτησης.
6. *Εάν η Αίτηση δεν έχει συμπληρωθεί επαρκώς.* Σε περίπτωση που το Νοσοκομείο παραλάβει μια Αίτηση που δεν έχει συμπληρωθεί πλήρως, θα ειδοποιήσει τον αιτούντα εντός τριάντα (30) ημερών από την παραλαβή αυτής, γραπτώς με ταχυδρομείο, στη διεύθυνση του αιτούντα που έχει το Νοσοκομείο στα αρχεία του. Στην ειδοποίηση θα διευκρινίζονται τα στοιχεία που λείπουν από την Αίτηση. Θα δίνονται τριάντα (30) επιπλέον ημέρες στον αιτούντα προκειμένου να προσκομίσει τα στοιχεία που λείπουν ή μπορεί να επικοινωνήσει τηλεφωνικώς με τις Οικονομικές Υποθέσεις Ασθενών για να συζητήσει με τον Αρμόδιο Οικονομικής Βοήθειας για τα στοιχεία που λείπουν.

## ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΟΣΟΥ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

Το Νοσοκομείο θα ακολουθήσει τις διαδικασίες που αναφέρονται παρακάτω στην παρούσα κατά την διεκπεραίωση της Αίτησης. Ο καθορισμός δικαιώματος και ποσού θα πραγματοποιείται ξεχωριστά για κάθε Αίτηση και θα πραγματοποιείται σύμφωνα με τα ακόλουθα:

1. *Δικαιούχοι.* Το Νοσοκομείο θα καθορίσει εάν ο ιδιώτης πληροί τα Κριτήρια Ασφάλισης και τα Κριτήρια Εισοδήματος όπως αυτά περιγράφονται παραπάνω, κι ως εκ τούτου κρίνεται πως είναι Δικαιούχος Ιδιώτης, βάσει των στοιχείων που περιλαμβάνονται στην Αίτηση.
2. *Ποσό Οικονομικής Βοήθειας.* Εφόσον κριθεί πως ο αιτών πληροί τις προϋποθέσεις και αποτελεί Δικαιούχο Ιδιώτη (δικαιούται να λάβει οικονομική βοήθεια), το Νοσοκομείο θα καθορίσει στη συνέχεια το ποσόν της βοήθειας που θα του δοθεί.

A. **Φθίνουσα Κλίμακα για τον Καθορισμό της Υποχρέωσης του Δικαιούχου Ιδιώτη.** Πρώτα το Νοσοκομείο θα καθορίσει το ποσό για το οποίο ο Δικαιούχος Ιδιώτης θα είναι υπεύθυνος πριν λάβει την οικονομική βοήθεια. Η εν λόγω υποχρέωση θα αναφέρεται εφεξής ως «Υποχρέωση Δικαιούχου Ιδιώτη» σύμφωνα με τα παρακάτω:

- i. Για ανασφάλιστους Δικαιούχους Ιδιώτες, η Υποχρέωση Δικαιούχου Ιδιώτη είναι οι μεικτές χρεώσεις του Νοσοκομείου.
- ii. Για Δικαιούχους Ιδιώτες με μη επαρκή ασφάλιση, η Υποχρέωση Δικαιούχου Ιδιώτη είναι το σύνολο οποιασδήποτε εκπίπτουσας υποχρέωσης, υποχρέωσης από αμοιβαία πληρωμή και αμοιβαία ασφάλιση του Δικαιούχου Ιδιώτη.

B. **Καθορισμός Έκπτωσης στην Υποχρέωση Δικαιούχου Ιδιώτη.** Η έκπτωση που θα γίνεται στην Υποχρέωση Δικαιούχου Ιδιώτη θα καθορίζεται σύμφωνα με την ακόλουθη φθίνουσα κλίμακα. Οι εκπτώσεις που αναφέρονται θα εφαρμόζονται στην Υποχρέωση Δικαιούχου Ιδιώτη ανάλογα με το ύψος του εισοδήματος:

250% του ΟΟΦ και κάτω	100% έκπτωση
251% του ΟΟΦ έως 300% του ΟΟΦ	90% έκπτωση
301% του ΟΟΦ έως 350% του ΟΟΦ	80% έκπτωση
351% του ΟΟΦ έως 399% του ΟΟΦ	70% έκπτωση
400% του ΟΟΦ	60% έκπτωση

**Γ. Όριο στα Ποσά που θα Χρεώνονται – Κανένας Δικαιούχος Ιδιώτης δεν θα Χρεώνεται περισσότερο από τα Συνήθη Τιμολογούμενα Ποσά («ΣΤΠ»).** Ανεξαρτήτως του ποσού της έκπτωσης που καθορίζεται παραπάνω, σε καμία περίπτωση δεν θα χρεώνεται ένας Δικαιούχος Ιδιώτης περισσότερο από τα Συνήθη Τιμολογούμενα Ποσά (ΣΤΠ) για Επιλέξιμες Υπηρεσίες. Το Νοσοκομείο υπολογίζει τα ΣΤΠ του σε ετήσια βάση με την «Μέθοδο της Αναδρομικότητας» βάσει των τιμών που χρεώνουν η εμπορική ασφάλιση υγείας και η Μέντικεαρ [Medicare]. Το καθαρό ποσόν που θα τιμολογηθεί σε έναν Δικαιούχο Ιδιώτη θα καθοριστεί από (i) τον υπολογισμό των ακαθάριστων χρεώσεων για υπηρεσίες που έλαβε ο ασθενής, και (ii) εφαρμόζοντας την ανάλογη έκπτωση όπως αναφέρεται παραπάνω. Στην ιστοσελίδα του Νοσοκομείου βρίσκονται αναρτημένοι οι τρέχοντες ΣΤΠ υπολογισμοί στην διεύθυνση <https://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/> οι οποίοι διατίθενται ταχυδρομικώς δωρεάν. Μπορείτε επίσης να ζητήσετε ένα αντίγραφο των πρόσφατων υπολογισμών ΣΤΠ στέλνοντας μήνυμα μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στο Τμήμα Εξυπηρέτησης Πελατών στο [CustomerServiceR@stamhealth.org](mailto:CustomerServiceR@stamhealth.org), ή καλώντας την Εξυπηρέτηση Πελατών στο +(203) 276-7572, μέσω φαξ στο +(203) 276-7093 ή δια ζώσης στις Οικονομικές Υπηρεσίες Ασθενών, 1352 Λεωφ. Ουάσινγκτον, 7<sup>ος</sup> όροφος, Στάμφορντ ΚΤ, 06902 [1351 Washington Blvd, 7<sup>th</sup> Floor, Stamford CT, 06902]. Ο υπολογισμός ΣΤΠ είναι διαθέσιμος σε κάθε γλώσσα η οποία χρησιμοποιείται από ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού με περιορισμένες γνώσεις Αγγλικών στην κοινότητα που εξυπηρετείται από το Νοσοκομείο μας.

3. *Ειδοποίηση Καθορισμού/Καταγγελία της Απόρριψης.* Ο καθορισμός του δικαιώματος από το Νοσοκομείο καθώς και το ποσόν της οικονομικής βοήθειας, εφόσον ισχύει, θα πραγματοποιείται εντός τριάντα (30) ημερών από την υποβολή της πλήρους συμπληρωμένης Αίτησης. Όλες οι έγγραφες ειδοποιήσεις ή επικοινωνίες από το Νοσοκομείο σύμφωνα με την παρούσα Πολιτική δύναται να πραγματοποιούνται μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή άλλες μορφές ηλεκτρονικής επικοινωνίας σε περίπτωση που ο ενδιαφερόμενος έχει δηλώσει πως προτιμά να λαμβάνει ειδοποιήσεις και επικοινωνίες ηλεκτρονικώς.

**A. Ειδοποίηση Έγκρισης.** Μετά τον έλεγχο της πλήρως συμπληρωμένης Αίτησης και μετά την έκδοση της απόφασης σχετικά με την παροχή οικονομικής βοήθειας, το Νοσοκομείο θα στείλει ή θα δώσει στον Δικαιούχο Ιδιώτη ή στον νόμιμο κηδεμόνα αυτού/ής μια Επιστολή Έγκρισης Οικονομικής Βοήθειας καθώς και μια ταυτότητα ΠΟΒ με τα ακόλουθα στοιχεία:

Ημερομηνία απόφασης

Όνομα ασθενή

Αριθμός ιατρικού μητρώου ασθενή

Ημερομηνία Ισχύος

Καθορισμός Δικαιώματος (Έγκριση/Απόρριψη) από κατάλληλο αντιπρόσωπο

## Ποσό έκπτωσης που εγκρίθηκε

**B. Ειδοποίηση Απόρριψης.** Μετά την διεκπεραίωση της πλήρως συμπληρωμένης Αίτησης και εφόσον αποφασισθεί η απόρριψη οικονομικής βοήθειας, το Νοσοκομείο θα στείλει ή θα δώσει στον αιτούντα ή στον νόμιμο κηδεμόνα αυτού μια Επιστολή Απόρριψης Οικονομικής Βοήθειας στην οποία θα αναφέρεται ο λόγος απόρριψης.

Το Νοσοκομείο θα συμπληρώσει στο αρχείο αντίγραφα των ειδοποιήσεων (Απόρριψη ή Έγκριση) μαζί με την συμπληρωμένη Αίτηση.

4. *Διαδικασία Προσβολής Απόφασης.* Οι ασθενείς έχουν δικαίωμα προσβολής της απορριπτικής απόφασης περί οικονομικής βοήθειας ή σχετικά με το ύψος της οικονομικής βοήθειας που τους προσφέρεται. Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να προβούν σε προσβολή τηλεφωνικά, μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή γραπτώς απευθυνόμενοι στον Αρμόδιο Οικονομικής Βοήθειας που τους έχει ανατεθεί, ή κλείνοντας ραντεβού προκειμένου να παραβρεθούν δια ζώσης στο Τμήμα Οικονομικών Υποθέσεων Ασθενών. Σε περίπτωση που ο ασθενής προσβάλει την απόφαση, το προσωπικό του Τμήματος Οικονομικών Υποθέσεων Ασθενών θα επανεξετάσει τα δικαιολογητικά του ενδιαφερόμενου, συμπεριλαμβανομένων οποιωνδήποτε νέων δικαιολογητικών και θα προχωρήσει εκ νέου στην λήψη απόφασης σχετικά με την έγκριση ή την απόρριψη και θα ενημερώσει τον ασθενή σύμφωνα με όσα προβλέπονται στην παράγραφο αυτή, εντός τριάντα (30) ημερών από την υποβολή της προσβολής.

## ΟΤΑΝ ΕΧΕΙ ΕΚΔΟΘΕΙ Η ΤΕΛΙΚΗ ΕΓΚΡΙΣΗ

1. *Διάρκεια της Οικονομικής Βοήθειας.* Οι Δικαιούχοι Ιδιώτες παραμένουν δικαιούχοι (χωρίς να απαιτείται καμία περαιτέρω ενέργεια εκ μέρους τους) με το επίπεδο της βοήθειας που καθορίστηκε, για ένα (1) χρόνο από την ημερομηνία της αρχικής απόφασης ή την ημερομηνία της απόφασης κατόπιν προσβολής της απόφασης εάν ισχύει.

Οι ακόλουθες περιπτώσεις εξαιρούνται:

A. **Επιδείνωση των Συνθηκών.** Σε περίπτωση αλλαγής των συνθηκών εξαιτίας της οποίας ο Δικαιούχος Ιδιώτης πιστεύει ότι χρειάζεται επιπλέον οικονομική βοήθεια, ο Δικαιούχος Ιδιώτης έχει το δικαίωμα να κάνει αίτηση πάλι για οικονομική βοήθεια κατά τη διάρκεια της περιόδου του ενός (1) αυτού χρόνου και δύναται να λάβει επιπρόσθετη οικονομική βοήθεια σύμφωνα με την Πολιτική, εφόσον ισχύει.

**B. Βελτίωση των Συνθηκών.** Σε περίπτωση που οι συνθήκες κάποιου Δικαιούχου Ιδιώτη που λαμβάνει οικονομική βοήθεια βελτιωθούν σε σημαντικό βαθμό (π.χ. εάν από ανασφάλιστος είναι πλέον ασφαλισμένος), ο Δικαιούχος Ιδιώτης θα ενημερώσει σχετικά το Τμήμα Οικονομικών Υποθέσεων Ασθενών στο τηλέφωνο που παρέχεται παρακάτω, προκειμένου η αλλαγή αυτή να ληφθεί υπόψη στο μέλλον. Οι εν λόγω θετικές αλλαγές στις συνθήκες δεν θα μειώσουν την οικονομική βοήθεια που έχει εγκριθεί ήδη. Για λόγους σαφήνειας, οι Δικαιούχοι Ιδιώτες δεν χρειάζεται να αναφέρουν μικρής σημασίας αλλαγές στις συνθήκες αλλά καλούνται να αναφέρουν μόνον τις αλλαγές αυτές οι οποίες θα επηρέαζαν σαφώς μια μελλοντική απόφαση οικονομικής βοήθειας στο μέλλον.

2. *Προσκόμιση Ψευδών ή Παραπλανητικών Στοιχείων.* Σε περίπτωση που το Νοσοκομείο ανακαλύψει πως ένας αιτών για οικονομική βοήθεια προσκόμισε ουσιώδη ψευδή ή παραπλανητικά στοιχεία κατά την διαδικασία Αίτησης, τα εν λόγω στοιχεία δύναται να ληφθούν υπόψη από το Νοσοκομείο κατά την επανεξέταση της Αίτησης ή για το εάν θα συνεχίσει να δικαιούται την οικονομική βοήθεια.
3. *Διακανονισμός Οφειλών.* Ο διακανονισμός οφειλών επιτρέπεται για την πληρωμή Υποχρεώσεων Δικαιούχου Ιδιώτη. Οι εν λόγω διακανονισμοί θα έχουν μέγιστη διάρκεια 1 έτος, εξαιρουμένων περιπτώσεων που θα δύναται να αξιολογούνται μία-μία ξεχωριστά. Στους διακανονισμούς δεν θα εφαρμόζεται επιτόκιο.
4. *Φιλανθρωπικά Προγράμματα Τρίτων Προσώπων.* Σε περίπτωση που ένας Δικαιούχος Ιδιώτης προσέλθει στο Νοσοκομείο μέσω αναγνωρισμένου φιλανθρωπικού προγράμματος τρίτου προσώπου το οποίο προσφέρει όρους και προϋποθέσεις που διαφέρουν από τα παραπάνω αναφερόμενα, το Νοσοκομείο δύναται να συμμετέχει στο εν λόγω πρόγραμμα και η παρούσα Πολιτική θα τροποποιηθεί ανάλογα με τις ανάγκες.

## **ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ**

**Όλες οι διαδικασίες είσπραξης του Νοσοκομείου περιγράφονται και εξηγούνται στην Πολιτική Τιμολόγησης και Είσπραξης. Η Πολιτική Τιμολόγησης και Είσπραξης είναι επίσης διαθέσιμη στην ιστοσελίδα του Νοσοκομείου <https://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/> και είναι διαθέσιμη χωρίς χρέωση ταχυδρομικώς. Εάν ο ενδιαφερόμενος δεν μιλά καλά ή δεν μιλά καθόλου Αγγλικά, τα εν λόγω έγγραφα θα δοθούν σε κάθε γλώσσα που χρησιμοποιείται από κάθε σημαντικό σε αριθμό μέρος του πληθυσμού με μειωμένη γνώση της αγγλικής γλώσσας στην κοινότητα που εξυπηρετείται από το νοσοκομείο.**



## **ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΙ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ**

Το Νοσοκομείο θα υποβάλλει τις απαραίτητες εκθέσεις και δηλώσεις στην Πολιτεία του Κονέκτικατ σχετικά με το Πρόγραμμα.

Εξουσιοδοτημένος υπάλληλος του Νοσοκομείου θα πραγματοποιεί περιοδικούς ελέγχους σχετικά με όσα προβλέπονται από το Πρόγραμμα προκειμένου να διασφαλιστεί η συμμόρφωση με την παρούσα Πολιτική και την Πολιτική Τιμολόγησης και Είσπραξης.

## **ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το Πρόγραμμα Οικονομικής Βοήθειας ή για να ζητήσετε μια Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας, επικοινωνήστε με το Τμήμα Οικονομικών Υποθέσεων Ασθενών στη διεύθυνση και στο τηλέφωνο που αναφέρεται παρακάτω προκειμένου να μιλήσετε με κάποιον Αρμόδιο Οικονομικής Βοήθειας. Θα δίνονται μεταφράσεις σε ξένες γλώσσες για κάθε γλώσσα που χρησιμοποιεί κάθε σημαντικό σε αριθμό μέρος του πληθυσμού με περιορισμένη γνώση της αγγλικής γλώσσας στη κοινότητα που εξυπηρετείται από το Νοσοκομείο, εφόσον ζητηθούν.

## **ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Τμήμα Οικονομικών Υπηρεσιών Ασθενών Νοσοκομείου Στάμφορντ  
1351 Λεωφ. Ουάσινγκτον, 7<sup>ος</sup> όροφος  
Στάμφορντ, Κονέκτικατ 06902  
[Stamford Hospital Patient Business Services Department  
1351 Washington Boulevard, 7th Floor  
Stamford, Connecticut 06902]

Τηλέφωνο: +(203) 276-  
7572

Φαξ: +(203) 276-7093

Ηλεκτρονική διεύθυνση: [CustomerServiceR@stamhealth.org](mailto:CustomerServiceR@stamhealth.org)

## **FINANCIAL ASSISTANCE POLICY**

### **PURPOSE**

The purpose of this Policy (the “**Policy**,” or “**FAP**”) is to describe the Financial Assistance Program (the “**Program**”) of The Stamford Hospital (the “**Hospital**”). The Program has been adopted to ensure that all requests for financial assistance are evaluated and processed consistently and fairly in support of the Hospital’s mission, i.e., to provide a broad range of high quality health and wellness services focused on the needs of our community.

### **NOTICE AND DISSEMINATION OF THE POLICY AND APPLICATION**

The community will be notified of and provided with access to this Policy as follows:

1. *Summary Provided Upon Registration in the Emergency Room.* Upon registration in the Emergency Room, all patients are offered a copy of the Financial Assistance Plain Language Summary of the Policy (the “**Summary**”), which shall also be made available upon request. The Summary provides information on how patients may obtain the full Policy, a FAP application form (the “**Application**”), and additional information about the Program. The Summary shall also be located in public displays in various locations within the Hospital, including, at a minimum, the Emergency and Admissions Departments and waiting rooms.
2. *Dissemination to the Community.* The Hospital will notify the community about the Policy and Program in a manner designed to reach those who are most likely to require financial assistance from the Hospital (e.g., by distributing copies of the Summary to the Hospital’s affiliated clinics). As noted above, the Hospital will make the Policy, the Application, and the Summary available on its web site. Such documents shall also be provided by mail at no charge upon request.
3. *Notice on Billing Statements.* The Hospital shall include inserts with billing statements, which shall also contain a conspicuous notice informing recipients about the availability of financial assistance under the Program. Such notice includes the telephone number of the Hospital’s Patient Business Services Department (which will provide information about the Program and the FAP application process), and the direct web site address (or URL) where copies of the Policy, Application, and Summary may be obtained.

## SCOPE AND APPLICABILITY

### 1. *Who is Eligible for Financial Assistance (“Eligible Individuals”)?*

In order to be eligible to participate in the Program, an individual must meet both of the following criteria:

- A. The individual must be uninsured or under-insured, and *ineligible* for a Federal or State program or a qualified health plan available through the Affordable Care Act (the “**Insurance Criteria**”)<sup>1</sup>; and
- B. The individual must have a gross annual household income that does not exceed 400% of the current US Department of Health and Human Services Federal Poverty Guidelines (“**FPGs**”) for his/her family size (the “**Income Criteria**”).

Individuals who meet the Insurance Criteria and the Income Criteria shall be referred to herein as “Eligible Individuals.”

### 2. *What are the Services for which Eligible Individuals may Receive Financial Assistance Under the Program?*

- A. **Eligible Services.** Financial assistance is available to help reduce the financial burden on Eligible Individuals of emergency and medically necessary services (“**Eligible Services**”). Cosmetic, experimental, and convenience services are not considered emergent or medically necessary under the Program, and are therefore not Eligible Services. The Hospital will provide, without discrimination, care for emergency medical conditions to individuals regardless of whether they are Eligible Individuals. The Hospital will not engage in actions that discourage individuals from seeking emergency medical care.

**Eligible Providers.** The Program provides financial assistance for the provision of Eligible Services to Eligible Individuals by the Hospital and certain other providers of Eligible Services in the Hospital. Lists of those providers who are and those who are not covered by this Policy can be found on the Hospital’s website, <http://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/> (“**View Providers**”). These lists will be reviewed and revised periodically.

---

<sup>1</sup> For clarity, individuals who are eligible for any form of insurance but do not or will not apply are not Eligible Individuals under this Policy, provided, however, that consistent with Connecticut Public Act 03-266, any Uninsured (as defined by the Act), individuals who are not Eligible Individuals but have incomes (without regard to available assets) below 250% of the FPGs will not be charged more than the Hospital’s cost of providing services to the patient.

## THE APPLICATION PROCESS

Except as provided at the end of this Policy, a determination of eligibility for, and amount of, any financial assistance will be made only upon submission of a completed Application accompanied by required documentation.

1. *Requesting the Application.* A request for financial assistance may be made at any time. This means that an individual may make a request before, during, or after services are received, including after commencement of a collection agency action against the individual. Initial requests for financial assistance may be made in writing or by telephone. Upon a request for financial assistance, the individual shall be advised of this Policy and sent a copy of the Application and Summary. If the individual speaks limited or no English, these documents will be provided in each language spoken by each significant population with limited English proficiency in the community served by the hospital.

2. *Contents of the Application.* The Application requests the following information:

A. **To identify the applicant:**

Date of Request

Name

Address

Telephone number

Requested by (parent or guardian if patient is a minor)

Date of birth

Social Security number\*

\*If available

B. **To verify that the applicant is an Eligible Individual:**

Pay stubs from the most current available one-month period

Proof of unemployment compensation

Proof of any Federal or State benefits

Bank account or investment statements

Notarized Self-Attestation as proof of income

3. *Completing the Application.* An Application may be completed by an Eligible Individual or his or her legal guardian. If you have any questions regarding or need assistance with completing the Application, please contact the Hospital's Patient Business Services Department at the telephone number and address set forth below.

4. *Submission of the Application.* The Application must be submitted to the Financial Assistance Associate in the Patient Business Services Department at the telephone

number and address set forth below.

5. *Appointment with Financial Assistance Associate.* Either while completing or after completion and submission of the Application, the applicant must set up either a phone screening or an in-person screening appointment with the Patient Business Services Department at the telephone number set forth below to set up a screening appointment. At the time of the screening, each applicant will be assigned a Financial Assistance Associate who will be responsible for processing the Application.
6. *If the Application is Incomplete.* If the Hospital receives an incomplete Application, it shall, within thirty (30) days of receipt, notify the applicant of such fact in writing by regular mail, sent to the address the Hospital has on file for the applicant. The notice shall specify the missing information needed. The applicant shall be given at least thirty (30) additional days to submit the missing information, or may call Patient Business Services to discuss any missing information with the assigned Financial Assistant Associate.

## **DETERMINING ELIGIBILITY FOR AND AMOUNT OF FINANCIAL ASSISTANCE**

The Hospital will follow the procedures listed below when reviewing an Application. Determinations will be handled on a case-by-case basis, and shall be processed in accordance with the following:

1. *Eligibility.* The Hospital will determine whether the individual meets the Insurance Criteria and the Income Criteria as described above, and is therefore an Eligible Individual, based on the contents of the Application.
2. *Amount of Financial Assistance.* Assuming the applicant is determined to be an Eligible Individual (eligible to receive financial assistance), the Hospital will then determine the amount of assistance to be provided.
  - A. **Sliding Scale to Determine Eligible Individual Obligation.** First, the Hospital shall determine the amount for which the Eligible Individual would be responsible before financial assistance is applied. This is referred to as the “**Eligible Individual Obligation**” as follows:
    - i. For uninsured Eligible Individuals, the Eligible Individual Obligation is the gross account charges.
    - ii. For under-insured Eligible Individuals, the Eligible Individual Obligation is the sum of any deductible, copayment, and coinsurance obligation of the

Eligible Individual.

- B. **Determination of Discount Off Eligible Individual Obligation.** The discount to be provided to the Eligible Individual Obligation shall be determined according to the following sliding scale; the discounts indicated will applied to the Eligible Individual Obligation, dependent upon income level:

250% of FPG and below	100% discount
251% of FPG to 300% of FPG	90% discount
301% of FPG to 350% of FPG	80% discount
351% of FPG to 399% of FPG	70% discount
400% of FPG	60% discount

C. **Limit on Amounts to be Charged - No Eligible Individual to be Charged More than Amounts Generally Billed (“AGB”).** Regardless of the discount level determined above, in no event will an Eligible Individual be charged more than the amounts generally billed (“AGB”) for Eligible Services. The Hospital calculates its AGB on an annual basis using the “Look Back Method” based on commercial health insurance and Medicare rates. The net amount to be billed to an Eligible Individual will be determined by (i) calculating the gross charges for services rendered to the patient, and (ii) applying the appropriate discount as referenced above. A document with the current AGB calculations is available on the Hospital’s website <https://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/> and is available free of charge by mail. You may also request a copy of the current AGB calculations by emailing our Customer Service Department at [CustomerServiceR@stamhealth.org](mailto:CustomerServiceR@stamhealth.org), by calling Customer Service at (203) 276-7572, by fax at (203) 276-7093 or in person at: Patient Business Services, 1351 Washington Blvd, 7<sup>th</sup> Floor, Stamford CT, 06902. The AGB calculation is available in each language spoken by each significant population with limited English proficiency in the community serviced by the Hospital.

3. *Notice of Determination/Appeal of Denial.* The Hospital’s determination of eligibility and the level of financial assistance, if any, shall be made within thirty (30) days after the receipt of a complete Application. All written notices or communications by the Hospital under this Policy may be provided by electronic mail or other forms of electronic communication if the individual has indicated that he or she prefers to receive notices and communications electronically.

- A. **Notice of Approval.** After reviewing a completed Application and making a determination to provide financial assistance, the Hospital shall send or give the Eligible Individual or his/her legal guardian a Financial Assistance Approval Letter, along with a FAP ID card indicating the following information:

Date of determination

Patient's name

Patient's medical record number

Effective Date

Eligibility Determination (Approve/Denied) by appropriate designee

Amount approved for discount

**B. Notice of Denial.** After reviewing a completed Application and making a determination to deny financial assistance, the Hospital will send or give the applicant or his/her legal guardian a Financial Assistance Denial Letter specifying the reason for the denial.

The Hospital will file copies of the notices (denial or approval) with the completed Application.

4. *Appeal Process.* Patients may appeal the denial of financial assistance or the level of financial assistance offered. Patients may initiate an appeal by calling, emailing, or writing to their assigned Financial Assistance Associate, or setting up an in-person appointment at the Patient Business Services Department. If the patient files an appeal, the Patient Business Services Department staff will re-review the individual's documentation, including any newly submitted material, and will again document its approval or denial and notify the patient in accordance with this section, within thirty (30) days of the submission of an appeal.

## **ONCE A FINAL APPROVAL HAS BEEN ISSUED**

1. *Duration of Financial Assistance.* Eligible Individuals shall remain eligible (without the need for any further action) at the level of assistance so determined, for one (1) year from the later of the date of initial determination, or the date of determination following the completion of an appeal if an appeal was made.

Notwithstanding the foregoing:

A. **Negative Change in Circumstances.** in the event of a change of circumstances due to which the Eligible Individual believes that additional financial assistance is needed, the Eligible Individual may apply for financial assistance again during the one (1) year period and may be provided with additional financial assistance under the Policy, if applicable.

B. **Positive Change in Circumstances.** It is expected that if an Eligible Individual receiving financial assistance has a substantial change in circumstances (such as changing from uninsured to insured status); the Eligible

Individual will notify the Patient Business Services Department at the telephone number set forth below, so that this may be taken into account in the future. Such positive changes in circumstances will not be applied to reduce any financial assistance already awarded. For clarity, Eligible Individuals need not report minor changes in circumstances, but rather must report only those changes that would clearly impact the financial assistance determination on a prospective basis.

2. *Provision of False or Misleading Information.* If the Hospital learns that an applicant for financial assistance provided materially false or misleading information in the Application process, such information may be taken into account by the Hospital in its review of the Application or the continued eligibility for financial assistance.
3. *Payment Plans.* Use of payment plans is permitted for the payment of Eligible Individual Obligations. Such plans shall be limited to a maximum duration of 1 year, provided that exceptions may be evaluated on a case-by-case basis. No interest shall be charged under a payment plan.
4. *Third Party Charitable Programs.* If an Eligible Individual is referred to the Hospital through a recognized third-party charitable outreach program that offers terms and conditions that differ from the foregoing, the Hospital may participate in such program and this Policy will be deemed amended as necessary.

## **COLLECTION ACTIVITIES**

**All Hospital collection activities are described and explained in the Billing and Collection Policy. The Billing and Collection Policy is also available on the Hospital's website <https://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/> and is available free of charge by mail. If the individual speaks limited or no English, these documents will be provided in each language spoken by each significant population with limited English proficiency in the community served by the hospital.**

## **REPORTING AND COMPLIANCE**

The Hospital will submit required reports to the State of Connecticut with regard to the Program.

An authorized Hospital employee conducts periodic reviews of Program determinations to ensure compliance with this Policy and the Billing and Collection Policy.



## **CONTACT INFORMATION**

For more information about the Financial Assistance Program or to request a Financial Assistance Application, contact the Patient Business Services Department at the address and telephone number set forth below to speak with a Financial Assistance Associate. Foreign language translation in each language spoken by each significant population with limited English proficiency in the community served by the hospital will be provided if requested.

### **PATIENT BUSINESS SERVICES DEPARTMENT**

Stamford Hospital Patient Business Services Department  
1351 Washington Boulevard, 7th Floor  
Stamford, Connecticut 06902

Telephone: (203) 276-7572

Fax: (203) 276-7093

Email address: [CustomerServiceR@stamhealth.org](mailto:CustomerServiceR@stamhealth.org)