

POLITICA SULL'ASSISTENZA FINANZIARIA

SCOPO

Lo scopo della presente Politica (la “**Politica**”, o “**FAP**”) è di descrivere il Programma di assistenza finanziaria (il “**Programma**”) di The Stamford Hospital (l’“**Ospedale**”). Il Programma è stato adottato per garantire che tutte le richieste di assistenza finanziaria siano prese in esame ed elaborate in modo equo e corrente a supporto della missione dell’Ospedale, ossia di fornire una vasta gamma di servizi sanitari e di benessere di alta qualità incentrati sulle esigenze della nostra comunità.

NOTIFICA E DIVULGAZIONE DELLA POLITICA E APPLICAZIONE

La comunità sarà informata e avrà accesso alla presente Politica come segue:

1. *Sintesi fornita al momento della registrazione presso il Pronto Soccorso.* Al momento della registrazione presso il Pronto Soccorso, a tutti i pazienti è offerta una copia della Sintesi in linguaggio chiaro del Piano di assistenza finanziario della Politica (la “**Sintesi**”), la quale sarà resa disponibile anche su richiesta. La Sintesi fornisce informazioni su come i pazienti possono ottenere la Politica completa, un modulo di domanda FAP (la “**Domanda**”) e informazioni aggiuntive sul Programma. Inoltre, la Sintesi sarà esposta pubblicamente in vari punti dell’Ospedale, tra cui, per lo meno, il Pronto Soccorso, il Reparto Ammissioni e le sale di attesa.
2. *Divulgazione alla comunità.* L’Ospedale informerà la comunità in merito alla Politica e al Programma, secondo la modalità atta a raggiungere coloro che hanno più probabilità di necessitare di assistenza finanziaria da parte dell’Ospedale (ad es., distribuendo copie della Sintesi alle cliniche affiliate con l’Ospedale). Come indicato in precedenza, l’Ospedale renderà la Politica, la Domanda e la Sintesi disponibili sul proprio sito Web . Inoltre, tali documenti saranno forniti gratuitamente per posta, su richiesta.
3. *Avviso sulle dichiarazioni di fatturazione.* L’Ospedale includerà inserti nelle dichiarazioni di fatturazione, le quali conterranno anche un avviso dettagliato atto a informare i destinatari in merito alla disponibilità di assistenza finanziaria ai sensi del Programma. Tale avviso comprenderà il numero di telefono del Dipartimento Patient Business Services dell’Ospedale (che fornirà informazioni sul Programma e sul processo di domanda FAP), e l’indirizzo (o URL) del sito Web diretto, in cui è possibile ottenere copie della Politica, della Domanda e della Sintesi.

AMBITO DI APPLICAZIONE E APPLICABILITÀ

1. *Chi ha diritto ad assistenza finanziaria (“Persone aventi diritto”)?*

Per avere diritto a prendere parte al Programma, una persona deve soddisfare entrambi i seguenti criteri:

- A. Non deve essere assicurato o deve essere sotto-assicurato, e non avente diritto a un programma o piano sanitario qualificato federale o statale ai sensi dell'Affordable Care Act (i “**Criteri assicurativi**”) ¹; e
- B. La persona deve avere un reddito familiare annuale lordo non superiore al 400% delle Linee guida sulle soglie di povertà federali (Federal Poverty Guidelines, “**FPG**”) del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti valide per il suo nucleo familiare (i “**Criteri sul reddito**”).

Le persone che soddisfano i Criteri assicurativi e sul reddito saranno ivi definite “Persone aventi diritto”.

2. *Quali sono i Servizi per cui le Persone aventi diritto possono ricevere assistenza finanziaria ai sensi del Programma?*

- A. **Servizi aventi diritto.** È disponibile assistenza finanziaria al fine di ridurre gli oneri finanziari sulle Persone aventi diritto in merito ai servizi di emergenza o clinicamente necessari (“**Servizi aventi diritto**”). I servizi cosmetici, sperimentali e di comodità non sono ritenuti di emergenza o clinicamente necessari ai sensi del Programma, e non sono quindi Servizi aventi diritto. L’Ospedale fornirà assistenza per condizioni mediche di emergenza alle persone senza discriminazione, a prescindere che siano Persone aventi diritto. L’Ospedale non attuerà misure atte a scoraggiare le persone dal richiedere assistenza medica di emergenza.

Fornitori aventi diritto. Il Programma fornisce assistenza finanziaria ai fini dell'erogazione dei Servizi aventi diritto alle Persone aventi diritto da parte dell’Ospedale e di determinati fornitori di Servizi aventi diritto. Gli elenchi dei fornitori coperti e non dalla presente Politica sono disponibili sul sito Web dell’Ospedale, <http://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/> (“**Visualizza fornitori**”). Gli elenchi saranno presi in esame e rivisti periodicamente.

¹ Per fini di chiarezza, le persone che hanno diritto a qualsiasi forma di assicurazione, ma che non fanno o non faranno domanda non sono ritenute Persone aventi diritto ai sensi della presente Politica, a condizione, tuttavia, che, in linea con il Connecticut Public Act 03-266, a qualsiasi persona Non assicurata (come definito nella Legge) che non è una Persona avente diritto, ma ha un reddito (a prescindere dalle risorse disponibili) al di sotto del 250% delle FPG non siano addebitati importi superiori del costo di erogazione dei servizi da parte dell’Ospedale al paziente.

IL PROCESSO DI DOMANDA

Fatto salvo per quanto disposto al termine della presente Politica, una determinazione di idoneità ad assistenza finanziaria e l'importo della stessa saranno eseguite in seguito alla presentazione di una Domanda compilata, accompagnata dalla documentazione necessaria.

1. *Richiedere la Domanda.* È possibile presentare una richiesta di assistenza finanziaria in qualsiasi momento. Ciò significa, che una persona può effettuare una richiesta prima, durante o dopo la ricezione dei servizi, tra cui dopo l'avvio di una procedura di riscossione da parte di un'agenzia nei confronti della suddetta. Le richieste di assistenza finanziaria iniziali possono essere presentate per iscritto o telefono. Al momento della richiesta di assistenza finanziaria, la persona sarà informata in merito alla presente Politica e le sarà inviata una copia della Domanda e della Sintesi. Se la persona non parla inglese o lo parla male, i documenti saranno forniti nelle singole lingue parlate dalle popolazioni significative dalla conoscenza limitata dell'inglese presenti nella comunità servita dall'ospedale.
2. *Contenuti della Domanda.* La Domanda prevede la fornitura delle seguenti informazioni:

A. Per identificare il richiedente:

Data della domanda
Nome
Indirizzo
Numero di telefono
Domanda presentata da (genitore o tutore se il paziente è minorenne)
Data di nascita
Numero di previdenza sociale*

*Se disponibile

B. Per verificare se il richiedente è una Persona idonea:

Buste paga relative al mese più recente disponibile
Prova di indennità di disoccupazione
Prova di sussidi federali o statali
Conto bancario o documenti di investimento
Dichiarazione autenticata quale prova di reddito

3. *Compilazione della Domanda.* Una Domanda può essere compilata da una Persona idonea o dal suo tutore legale. In caso di domande o se si ha bisogno di assistenza circa la compilazione della Domanda, contattare il Dipartimento Patient Business Services dell'Ospedale al numero di telefono e all'indirizzo qui di seguito.

4. *Invio della Domanda.* La Domanda deve essere inviata al Financial Assistance Associate (Associato per l'assistenza finanziaria) del Dipartimento Patient Business Services, al numero di telefono e all'indirizzo qui di seguito.
5. *Appuntamento con il Financial Assistance Associate.* Durante o dopo la compilazione e l'invio della Domanda, il richiedente deve fissare un appuntamento di screening per telefono o di persona con il Dipartimento Patient Business Services, al numero di telefono qui di seguito, per fissare un appuntamento di screening. Al momento dello screening, a ogni richiedente sarà assegnato un Financial Assistance Associate, responsabile della presa in esame della Domanda.
6. *Se la Domanda è incompleta.* Se l'Ospedale riceve una Domanda incompleta, informerà il richiedente in merito per iscritto entro trenta (30) giorni dalla ricezione della stessa, per posta normale, inviata all'indirizzo del richiedente in possesso dell'Ospedale. La notifica specificherà le informazioni mancanti necessarie. Al richiedente saranno concessi almeno trenta (30) giorni addizionali per fornire le informazioni mancanti; in alternativa, egli potrà contattare il Patient Business Services per discutere delle informazioni mancanti con il Financial Assistance Associate.

DETERMINAZIONE DELL'IDONEITÀ E DELL'IMPORTO DI ASSISTENZA FINANZIARIA

L'Ospedale seguirà le procedure seguenti durante la presa in esame di una Domanda. Le determinazioni saranno gestite caso per caso, e saranno prese in esame in conformità con:

1. *Idoneità.* L'Ospedale stabilirà se la persona soddisfa i Criteri assicurativi e sul reddito di cui sopra, ed è quindi una Persona avente diritto, sulla base dei contenuti della Domanda.
2. *Importo dell'assistenza finanziaria.* Presupponendo che la persona sia ritenuta una Persona avente diritto (ossia idonea a ricevere assistenza finanziaria), l'Ospedale stabilirà l'importo dell'assistenza da erogare.
 - A. **Scala progressiva di determinazione dell'obbligo della Persona avente diritto.** Innanzitutto, l'Ospedale stabilirà l'importo per cui la Persona avente diritto sarebbe responsabile prima dell'applicazione dell'assistenza finanziaria. Tale obbligo è definito “**Obbligo della Persona avente diritto**” come segue:
 - i. Per le Persone aventi diritto non assicurate, l'Obbligo della Persona avente diritto corrisponde agli importi addebitati lordi.

- ii. Per le Persone aventi diritto sotto-assicurate, l'Obbligo della Persona avente diritto corrisponde alla somma degli obblighi di copagamento e coassicurazione deducibili della Persona avente diritto.

B. Determinazione dello sconto sull'Obbligo della Persona avente diritto. Lo sconto da applicare sull'Obbligo della Persona avente diritto sarà calcolato in base alla seguente scala progressiva; gli sconti indicati saranno applicati all'Obbligo della Persona avente diritto, sulla base del livello di reddito:

250% di FPG e meno	100% di sconto
Dal 251% di FPG al 300% di FPG	90% di sconto
Dal 301% di FPG al 350% di FPG	80% di sconto
Dal 351% di FPG al 399% di FPG	70% di sconto
400% di FPG	60% di sconto

C. Limite sugli Importi addebitati generalmente (Amounts Generally Billed, "AGB").

A prescindere dal livello di sconto calcolato in precedenza, in nessun caso a una Persona avente diritto saranno addebitati importi superiori a quelli addebitati generalmente (Amounts Generally Billed, AGB) per i Servizi aventi diritto. L'Ospedale calcola i propri AGB annualmente utilizzando il "Metodo di Look-Back" basato sulle tariffe Medicare e delle assicurazioni sanitarie commerciali. L'importo netto da addebitare a una Persona avente diritto sarà determinato sulla base (i) del calcolo degli importi lordi per i servizi erogati al paziente e (ii) dell'applicazione dello sconto pertinente di cui sopra. Un documento contenente i calcoli AGB attuali è disponibile sul sito Web dell'ospedale <https://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/>, oltre che gratuitamente per posta. È anche possibile ricevere una copia dei calcoli AGB attuali inviando un'e-mail al Servizio assistenza clienti all'indirizzo CustomerServiceR@stamhealth.org, o contattandolo per telefono al numero (203) 276-7572, per fax al (203) 276-7093 o di persona presso: Patient Business Services, 1351 Washington Blvd, 7th Floor, Stamford CT, 06902. Il calcolo degli AGB è disponibile nelle singole lingue parlate dalle popolazioni significative dalla conoscenza limitata dell'inglese presenti nella comunità servita dall'ospedale.

3. *Notifica di determinazione/appello in caso di rifiuto.* L'eventuale determinazione dell'idoneità e del livello di assistenza finanziaria eseguita dall'Ospedale sarà svolta entro trenta (30) giorni dalla ricezione di una Domanda completa. Tutti gli avvisi o le comunicazioni scritte dell'Ospedale ai sensi della presente Politica potranno essere forniti per posta elettronica o altra forma di comunicazione elettronica, nel caso in cui la persona interessata abbia indicato di preferire di ricevere notifiche e comunicazioni per via elettronica.

A. Notifica di approvazione. In seguito alla presa in esame della Domanda e alla determinazione dell'erogazione dell'assistenza finanziaria, l'Ospedale invierà

o fornirà alla Persona avente diritto o al suo tutore legale una Lettera di approvazione dell'assistenza finanziaria, unitamente a un cartellino identificativo FAP contenente le seguenti informazioni:

Data della determinazione

Nome del paziente

Numero di cartella clinica del paziente

Data di entrata in vigore

Determinazione dell'idoneità (Approvazione/Rifiuto) da parte dell'incaricato pertinente

Importo di sconto approvato

B. Notifica di rifiuto. In seguito alla presa in esame della Domanda e alla determinazione del rifiuto dell'assistenza finanziaria, l'Ospedale invierà o fornirà al richiedente o al suo tutore legale una Lettera di rifiuto dell'assistenza finanziaria contenente il motivo del rifiuto.

L'Ospedale conserverà copie delle notifiche (rifiuto o approvazione) insieme alla Domanda compilata.

4. *Processo di appello.* I pazienti possono opporsi al rifiuto di assistenza finanziaria o al livello di assistenza offerto. I pazienti possono avviare un appello chiamando, inviando un'e-mail o scrivendo al Financial Assistance Associate loro assegnato, oppure fissando un appuntamento di persona presso il Dipartimento Patient Business Services. Se il paziente presenta un appello, il personale del Dipartimento Patient Business Services prenderà nuovamente in esame la documentazione della persona, tra cui l'eventuale nuovo materiale presentato, e documenterà nuovamente la propria approvazione e rifiuto, e informerà il paziente in conformità con la presente sezione, entro trenta (30) giorni dall'invio di un appello.

UNA VOLTA EMESSA L'APPROVAZIONE FINALE

1. *Durata dell'assistenza finanziaria.* Le Persone aventi diritto resteranno idonee (senza bisogno di ulteriori azioni) per il livello di assistenza stabilito per un (1) anno dalla data della determinazione iniziale o dalla data di determinazione in seguito al completamento di un appello (se è stato presentato), qualunque si verifichi più tardi.

Nonostante le disposizioni precedenti:

- A. **Modifica negativa delle circostanze.** In caso di una modifica delle circostanze a causa della quale la Persona avente diritto ritiene di aver bisogno di assistenza finanziaria addizionale, ella potrà fare nuovamente domanda di assistenza finanziaria durante il periodo di un (1) anno e potrà usufruire di assistenza finanziaria addizionale ai sensi della Politica, se applicabile.

 - B. **Modifica positiva delle circostanze.** Si prevede che, se una Persona avente diritto che usufruisce di assistenza finanziaria, è soggetta a una modifica sostanziale delle circostanze (come il passaggio da stato di non assicurato ad assicurato), ella informerà il Dipartimento Patient Business Services al numero di telefono qui di seguito, in modo che le nuove circostanze possano essere tenute in considerazione in futuro. Tali modifiche positive alle circostanze non saranno applicate per ridurre l'eventuale assistenza finanziaria già accordata. Per fini di chiarezza, non occorre che le Persone aventi diritto comunichino piccole variazioni delle circostanze, ma piuttosto quelle che influirebbero chiaramente sulla determinazione dell'assistenza finanziaria da un punto di vista prospettico.
2. *Fornitura di informazioni false o fuorvianti.* Se l'Ospedale viene a conoscenza che un richiedente di assistenza finanziaria ha fornito informazioni significativamente false o fuorvianti durante il processo di Domanda, l'Ospedale potrà tenere conto di tali informazioni durante la presa in esame della Domanda o della prosecuzione dell'idoneità all'assistenza finanziaria.
 3. *Piani di pagamento.* Uso di piani di pagamento è consentito per il pagamento degli Obblighi delle Persone aventi diritto. Essi si limiteranno alla durata massima di 1 anno, a condizione che le eccezioni possano essere valutate caso per caso. I piani di pagamento non saranno soggetti all'applicazione di interessi.
 4. *Programmi di beneficenza di terzi.* Se una Persona avente diritto viene segnalata all'Ospedale tramite un programma di assistenza benefica di terzi che offre termini e condizioni differenti da quanto sopra, l'Ospedale potrà prendere parte a tale programma e la presente Politica sarà ritenuta emendata come necessario.

ATTIVITÀ DI RISCOSSIONE

Tutte le attività di riscossione dell'Ospedale sono descritte e illustrate nella Politica sulla fatturazione e sulle riscossioni, la quale è disponibile anche sul sito Web dell'Ospedale <https://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/>, oltre che gratuitamente per posta. Se la persona non parla inglese o lo parla male, i documenti saranno forniti nelle singole lingue parlate dalle popolazioni significative dalla conoscenza limitata dell'inglese presenti nella comunità servita dall'ospedale.

REPORTING E CONFORMITÀ

L'Ospedale invierà i report previsti in merito al Programma allo Stato del Connecticut.

Un dipendente dell'Ospedale autorizzato condurrà revisioni periodica del Programma, per garantire la conformità con la presente Politica e la Politica sulla fatturazione e sulle riscossioni.

INFORMAZIONI DI CONTATTO

Per ulteriori informazioni sul Programma di assistenza finanziaria o per richiedere una Domanda di assistenza finanziaria, contattare il Dipartimento Patient Business Services all'indirizzo e al numero di telefono qui di seguito, per parlare con un Financial Assistance Associate. La traduzione nelle singole lingue parlate dalle popolazioni significative dalla conoscenza limitata dell'inglese presenti nella comunità servita dall'ospedale sarà fornita su richiesta.

PATIENT BUSINESS SERVICES DEPARTMENT

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

Telefono: (203) 276-7572

Fax: (203) 276-7093

Indirizzo e-mail: 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**”)¹; 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.

¹ 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, by calling Customer Service at (203) 276-7572, by fax at (203) 276-7093 or in person at: Patient Business Services, 1351 Washington Blvd, 7th 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