STAMFORD HEALTH
Healing. Reimagined.

वित्तीय सहायता पॉलिसी

उद्देश्य

इस पॉलिसी ("**पॉलिसी**," या "**FAP**") का उद्देश्य स्टैमफोर्ड अस्पताल (The Stamford Hospital) ("**अस्पताल**") के वित्तीय सहायता कार्यक्रम ("**कार्यक्रम**") का वर्णन करना है। यह कार्यक्रम यह सुनिश्चित करने के लिए अपनाया गया है कि वित्तीय सहायता के लिए सभी अनुरोधों का मूल्यांकन और प्रक्रियान्वयन अस्पताल के मिशन में सहयोग करने अर्थात हमारे समुदाय की आवश्यकताओं पर केंद्रित उच्च गुणवत्ता की अनेक प्रकार की स्वास्थ्य और तंदुरुस्ती सेवाओं के संबंध में संगत और निष्पक्ष रूप से किया जाए।

पॉलिसी और आवेदन का नोटिस और उसका प्रचार-प्रसार

समुदाय को निम्नानुसार सूचित किया जाएगा और इस पॉलिसी तक पहुँच प्रदान की जाएगी:

1. *आपातकालीन कक्ष में पंजीकरण पर प्रदान किया जाने वाला सारांश।* आपातकालीन कक्ष में पंजीकरण कराने के बाद सभी रोगियों को वित्तीय सहायता पॉलिसी के सामान्य भाषा सारांश ("**सारांश**") की प्रति प्रदान की जाती है, जिसे अनुरोध किए जाने पर उपलब्ध भी कराया जाएगा। सारांश इस बारे में जानकारी प्रदान करता है कि रोगी पूरी पॉलिसी, FAP आवेदन-पत्र ("**आवेदन-पत्र**") और कार्यक्रम के बारे में अतिरिक्त जानकारी कैसे प्राप्त कर सकते हैं। सारांश अस्पताल के भीतर विभिन्न स्थानों में सार्वजनिक प्रदर्शन स्थलों में भी मौजूद होगा जिसमें न्यूनतम आपातकालीन और दाखिला विभाग और प्रतीक्षालय अवश्य ही शामिल होंगे।

2. *समुदाय में प्रचार-प्रसार।* अस्पताल पॉलिसी और कार्यक्रम के बारे में समुदाय को ऐसे तैयार किए गए तरीके से सूचित करेगा कि यह उन लोगों तक पहुँच सके जिन्हें अस्पताल से वित्तीय सहायता की सर्वाधिक जरूरत हो (जैसे अस्पताल के संबद्ध क्लिनिकों को सारांश की प्रतियाँ वितरित करके)। जैसा कि ऊपर उल्लेख है, अस्पताल पॉलिसी, आवेदन-पत्र और सारांश को अपनी वेबसाइट पर उपलब्ध कराएगा। अनुरोध किए जाने पर ऐसे दस्तावेज़ बिना किसी प्रभार के डाक द्वारा भी उपलब्ध करवाए जाएंगे।

3. *बिलिंग विवरणों पर सूचना।* अस्पताल बिलिंग विवरणों के साथ इन्सर्ट्स शामिल करेगा जिनमें प्राप्तकर्ताओं को कार्यक्रम के तहत वित्तीय सहायता की उपलब्धता के बारे में सूचित करने वाला विशिष्ट नोटिस भी शामिल होगा। ऐसे नोटिस में अस्पताल के रोगी व्यावसायिक सेवाएं विभाग (Patient Business Services Department) (जो कार्यक्रम और FAP आवेदन-पत्र प्रक्रिया के बारे में जानकारी प्रदान करेगा) का टेलीफोन नंबर और सीधा वेब साइट पता (या URL) शामिल होते हैं जहाँ पॉलिसी, आवेदन-पत्र और सारांश की प्रतियाँ प्राप्त की जा सकती हैं।

कार्यक्षेत्र और व्यवहारिकता

1. *वित्तीय सहायता के लिए कौन पात्र है (**"पात्र व्यक्ति"**)?*

कार्यक्रम में भाग लेने के पात्र होने के लिए, व्यक्ति को निम्नलिखित दोनों मानदंडों को पूरा करना होगा:

A. व्यक्ति बीमाकृत या अल्प-बीमाकृत अवश्य होना चाहिए और वह मितव्ययी देखभाल अधिनियम ("**बीमा मानदंड**")[1] के माध्यम से उपलब्ध संघीय या राज्य कार्यक्रम या पात्र स्वास्थ्य योजना के लिए *अपात्र* होना चाहिए; तथा

B. व्यक्ति की सकल वार्षिक घरेलू आय उसके परिवार के आकार ("**आय मानदंड**") के लिए वर्तमान US स्वास्थ्य और मानव सेवाएं संघीय निर्धनता दिशानिर्देशों ("**FPGs**") के 400% से अधिक कतई नहीं होनी चाहिए।

बीमा मानदंड और आय मानदंड को पूरा करने वाले व्यक्तियों को यहाँ "पात्र व्यक्ति" कहा जाएगा।

2. *वे कौन-सी सेवाएं हैं जिनके लिए पात्र व्यक्ति कार्यक्रम के तहत वित्तीय सहायता प्राप्त कर सकते हैं?*

A. **पात्र सेवाएँ** वित्तीय सहायता आपातकालीन और चिकित्सकीय रूप से आवश्यक सेवाओं ("**पात्र सेवाएं**") पर वित्तीय भार को कम करने में मदद करने के लिए उपलब्ध है। कॉस्मेटिक, प्रयोगात्मक और सुविधा सेवाओं को कार्यक्रम के तहत आकस्मिक या चिकित्सकीय रूप से जरूरी नहीं माना जाता है और इसलिए ये पात्र सेवाएं नहीं हैं। अस्पताल व्यक्तियों को बिना किसी भेदभाव के आपातकालीन चिकित्सा स्थितियों के लिए देखभाल प्रदान करेगा भले ही वे पात्र व्यक्ति हों या नहीं। अस्पताल ऐसे कार्यों में शामिल नहीं होगा जो व्यक्तियों को आपातकालीन चिकित्सा देखभाल प्राप्त करने से हतोत्साहित करते हों।

पात्र प्रदाता। यह कार्यक्रम अस्पताल द्वारा पात्र व्यक्तियों के लिए पात्र सेवाओं का प्रावधान करने और अस्पताल में पात्र सेवाओं के कुछ अन्य प्रदाताओं के लिए वित्तीय सहायता प्रदान करता है। जो प्रदाता इस पॉलिसी में कवर्ड हैं और जो इस पॉलिसी में कवर्ड नहीं हैं, उनकी सूची अस्पताल की वेबसाइट http://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/ ("**प्रदाता देखें**") पर देखी जा सकती है। इन सूचियों की समय-समय पर समीक्षा और संशोधन किए जाएंगे।

---

[1] स्पष्टता के लिए, ऐसे व्यक्ति जो बीमा के किसी भी रूप के लिए पात्र हैं, लेकिन जिन्होंने आअवेदन नहीं किया है या आवेदन नहीं करेंगे, वे इस नीति के तहत योग्य व्यक्ति नहीं हैं, हालांकि, कनेक्टिकट सार्वजनिक अधिनियम 03-266 के अनुरूप, कोई भी अबीमित व्यक्ति (जैसा कि अधिनियम द्वारा परिभाषित किया गया है), ऐसे व्यक्ति जो पात्र व्यक्ति नहीं हैं, लेकिन जिनकी आय (उपलब्ध संपत्ति की परवाह किए बिना) FPG के 250% से कम है, उनसे रोगी को सेवाएं प्रदान करने की अस्पताल की लागत से अधिक शुल्क नहीं लिया जाएगा।

आवेदन प्रक्रिया

इस पॉलिसी के अंत में की गई व्यवस्था के सिवाए, किसी भी वित्तीय सहायता के लिए पात्रता और राशि का निर्धारण अपेक्षित दस्तावेज़ सहित भरे हुए आवेदन-पत्र जमा करने पर ही किया जाएगा।

1. *आवेदन-पत्र का अनुरोध करना।* वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध किसी भी समय किया जा सकता है। इसका मतलब है कि व्यक्ति सेवाएं प्राप्त करने से पहले, प्राप्त करने के दौरान या बाद में, व्यक्ति के विरुद्ध वसूली एजेंसी की कार्रवाई शुरू करने के बाद सहित, अनुरोध कर सकता है। वित्तीय सहायता के लिए शुरुआती अनुरोध लिखित रूप में या टेलीफोन द्वारा किए जा सकते हैं। वित्तीय सहायता का अनुरोध करने पर, व्यक्ति को इस पॉलिसी के बारे में परामर्श दिया जाएगा और आवेदन-पत्र और सारांश की एक प्रति भेजी जाएगी। यदि व्यक्ति अंग्रेजी नहीं बोलता है या कम बोलता है, तो ये दस्तावेज अस्पताल द्वारा इसकी सेवा के दायरे में आने वाले समुदाय में सीमित अंग्रेजी दक्षता वाली प्रत्येक महत्वपूर्ण आबादी द्वारा बोली जाने वाली प्रत्येक भाषा में उपलब्ध कराए जाएंगे।

2. *आवेदन-पत्र की सामग्री।* आवेदन-पत्र में निम्नलिखित जानकारी का अनुरोध किया जाता है:

   A. **आवेदक की पहचान करने के लिए:**

      अनुरोध की तारीख
      नाम
      पता
      टेलीफ़ोन नम्बर
      अनुरोधकर्ता (यदि रोगी अवयस्क है तो माता-पिता या अभिभावक)
      जन्म तारीख
      सामाजिक सुरक्षा संख्या*

      *यदि उपलब्ध हो

   B. **यह सत्यापन करने के लिए कि आवेदक पात्र व्यक्ति है:**

      नवीनतम उपलब्ध एक-माह की अवधि के वेतन स्टब्स
      बेरोज़गारी अनुग्रह का सबूत
      किसी संघीय या स्टेट लाभों का सबूत
      बैंक अकाउंट और निवेश का विवरण
      आय के सबूत के रूप में नोटरीकृत स्वयं-सत्यापन

3. *आवेदन-पत्र भरना।* आवेदन किसी भी व्यक्ति या उसके कानूनी अभिभावक द्वारा किया जा सकता है। यदि आवेदन-पत्र को पूरा करने के संबंध में आपका कोई भी प्रश्न है या आपको सहायता की आवश्यकता है, तो कृपया नीचे दिए गए टेलीफोन नंबर और पते पर अस्पताल के रोगी व्यावसायिक सेवाएं विभाग से संपर्क करें।

4. *आवेदन-पत्र प्रस्तुत करना।* आवेदन-पत्र नीचे दिए गए टेलीफोन नंबर और पते पर रोगी व्यावसायिक सेवाएं विभाग में वित्तीय सहायता सहयोगी को प्रस्तुत करना होगा।

5. *वित्तीय सहायता सहयोगी से अपॉइंटमेंट।* आवेदन-पत्र भरते समय या भरने और आवेदन-पत्र जमा करने के बाद, आवेदक को स्क्रीनिंग अपॉइंटमेंट निर्धारित करने के लिए नीचे दिए गए टेलीफोन नंबर पर रोगी व्यावसायिक सेवाएं विभाग से फोन स्क्रीनिंग या व्यक्तिगत रूप से स्क्रीनिंग अपॉइंटमेंट निर्धारित करनी होगी। स्क्रीनिंग के समय, प्रत्येक आवेदक को एक वित्तीय सहायता सहयोगी निर्धारित किया जाएगा जो आवेदन-पत्र पर कार्रवाई करने के लिए उत्तरदायी होगा।

6. *यदि आवेदन-पत्र अधूरा है*। यदि अस्पताल को अधूरा आवेदन-पत्र प्राप्त होता है, तो अस्पताल अपने पास उपलब्ध आवेदक की फाइल में दिए गए पते पर भेजी गई आम डाक से आवेदक को प्राप्ति के तीस (30) दिनों के भीतर ऐसे तथ्य के बारे में लिखित रूप में सूचित करेगा। नोटिस में जरूरी छूटी हुई जानकारी का उल्लेख किया जाएगा। आवेदक को छूटी हुई जानकारी जमा करने के लिए कम से कम तीस (30) अतिरिक्त दिन दिए जाएंगे, या वह निर्धारित वित्तीय सहायता सहयोगी से छूटी हुई किसी भी जानकारी पर चर्चा करने के लिए रोगी व्यावसायिक सेवाएं को कॉल कर सकता है।

वित्तीय सहायता के लिए पात्रता और राशि का निर्धारण करना

अस्पताल आवेदन-पत्र की समीक्षा करते समय नीचे सूचीबद्ध प्रक्रियाओं का पालन करेगा। निर्धारणों की व्यवस्था अलग-अलग मामले के आधार पर की जाएगी और इन पर निम्नलिखित के अनुसार कार्रवाई की जाएगी:

1. *पात्रता*। अस्पताल यह निर्धारित करेगा कि क्या व्यक्ति ऊपर वर्णित बीमा मानदंडों और आय मानदंडों को पूरा करता है और इसलिए आवेदन-पत्र की विषय वस्तु के आधार पर पात्र व्यक्ति है।

2. *वित्तीय सहायता की राशि*। यह मानते हुए आवेदक पात्र व्यक्ति (वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए पात्र) होने के लिए निर्धारित है, अस्पताल तब प्रदान की जाने वाली सहायता की राशि का निर्धारण करेगा।

क. **पात्र व्यक्ति का दायित्व निर्धारित करने के लिए स्लाइडिंग स्केल।** सर्वप्रथम अस्पताल उस राशि का निर्धारण करेगा जिसके लिए पात्र व्यक्ति वित्तीय सहायता लागू करने से पहले उत्तरदायी होगा। इसे निम्नानुसार **"पात्र व्यक्ति दायित्व" ("Eligible Individual Obligation")** के रूप में जाना जाता है:

i. गैर-बीमित पात्र व्यक्तियों के लिए, पात्र व्यक्ति दायित्व सकल खाता प्रभार है।

ii. अल्प-बीमित पात्र व्यक्तियों के लिए, पात्र व्यक्ति दायित्व, पात्र व्यक्ति की किसी भी कटौती राशि, सह-भुगतान और सह-बीमा दायित्व का योग है।

ख. **पात्र व्यक्ति दायित्व से छूट का निर्धारण।** पात्र व्यक्ति दायित्व को प्रदान की जाने वाली छूट निम्नलिखित स्लाइडिंग स्केल के अनुसार निर्धारित की जाएगी; इंगित की गई छूट आय स्तर के आधार पर पात्र व्यक्ति दायित्व पर लागू की जाएगी:

FPG के 250% और उससे नीचे	100% छूट
FPG के 251% से FPG के 300% तक	90% छूट
FPG के 301% से FPG के 350% तक	80% छूट
FPG के 351% से FPG के 399% तक	70% छूट
FPG के 400%	60% छूट

ग. **प्रभारित की जाने वाली राशि की सीमा – किसी भी पात्र व्यक्ति से आम तौर पर बिल की जाने वाली राशियों ("AGB") से अधिक राशि नहीं वसूली जानी है।** ऊपर निर्धारित छूट स्तर के बावजूद, किसी भी स्थिति में पात्र व्यक्ति से पात्र सेवाओं के लिए आम तौर पर बिल की जाने वाली राशियों ("AGB") से अधिक राशि नहीं ली जाएगी। अस्पताल वाणिज्यिक स्वास्थ्य बीमा और मेडिकेयर (Medicare) दरों के आधार पर "लुक बैक विधि" का उपयोग करते हुए अपनी AGB की वार्षिक आधार पर गणना करता है। पात्र व्यक्ति को बिल की जाने वाली शुद्ध राशि का निर्धारण (i) रोगी को प्रदान की गई सेवाओं के लिए सकल प्रभारों की गणना करके, और (ii) उपर्युक्त अनुसार उचित छूट लागू करके, किया जाएगा। वर्तमान AGB गणनाओं सहित एक दस्तावेज अस्पताल की वेबसाइट https://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/ पर उपलब्ध है और यह डाक द्वारा मुफ्त उपलब्ध है। आप CustomerServiceR@stamhealth.org पर हमारे ग्राहक सेवा विभाग को ईमेल भेजकर, (203) 276- 7572 पर ग्राहक सेवा को कॉल करके, (203) 276- 7093 पर फैक्स करके या व्यक्तिगत रूप से वर्तमान AGB गणनाओं की प्रति का अनुरोध कर सकते हैं: Patient Business

Services, 1351 Washington Blvd, 7th Floor, Stamford CT, 06902. AGB गणना अस्पताल के सेवा दायरे में शामिल समुदाय में सीमित अंग्रेजी दक्षता वाली प्रत्येक महत्वपूर्ण आबादी द्वारा बोली जाने वाली प्रत्येक भाषा में उपलब्ध है।

3. *निर्धारण का नोटिस/अस्वीकृति की अपील।* अस्पताल का पात्रता और वित्तीय सहायता के स्तर का निर्धारण, यदि कोई हो, पूरे भरे हुए आवेदन-पत्र के प्राप्त होने के तीस (30) दिन के अंदर किया जाएगा। यदि व्यक्ति ने यह इंगित किया है कि वह नोटिस या संचार इलेक्ट्रॉनिक रूप से प्राप्त करना चाहता है, तो इस पॉलिसी के अंतर्गत अस्पताल द्वारा सभी लिखित नोटिस या संदेश इलेक्ट्रॉनिक मेल या अन्य इलेक्ट्रॉनिक संचार के अन्य रूपों द्वारा उपलब्ध करवाए जा सकते हैं।

A. **अनुमोदन का नोटिस।** भरे हुए आवेदन-पत्र की समीक्षा और वित्तीय सहायता प्रदान करने का निर्धारण करने के बाद, अस्पताल पात्र व्यक्ति या उसके कानूनी अभिभावक को निम्नलिखित जानकारी को दर्शाने वाले FAP ID सहित वित्तीय सहायता अनुमोदन पत्र भेजेगा या देगा:

निर्धारण की तारीख

रोगी का नाम

रोगी का चिकित्सा रिकॉर्ड नम्बर

प्रभावी तारीख

उचित पदाधिकारी द्वारा योग्यता निर्धारण (स्वीकृति/अस्वीकृति)

छूट के लिए स्वीकृत राशि

B. **अस्वीकृति का नोटिस।** भरे हुए आवेदन-पत्र की समीक्षा करने और वित्तीय सहायता से इनकार करने के निर्धारण के बाद, अस्पताल आवेदक या उसके कानूनी अभिभावक को इनकार का कारण बताते हुए वित्तीय सहायता इनकार पत्र भेजेगा या देगा।

अस्पताल भरे हुए आवेदन-पत्र के साथ नोटिसों (इनकार या अनुमोदन) की प्रतियाँ दाखिल करेगा।

4. *अपील प्रक्रिया।* रोगी वित्तीय सहायता से इनकार करने या दी जाने वाली वित्तीय सहायता के स्तर के संबंध में अपील कर सकते हैं। रोगी अपने निर्धारित वित्तीय सहायता सहयोगी को कॉल करके, ईमेल भेजकर, या लिखकर या रोगी व्यावसायिक सेवाएं विभाग में व्यक्तिगत अपॉइंटमेंट का समय निर्धारित करके अपील कर सकते हैं। यदि रोगी अपील दायर करता है, तो रोगी व्यावसायिक सेवाएं विभाग के कर्मचारी किसी भी नई प्रस्तुत की गई सामग्री सहित व्यक्ति के दस्तावेज़ों की फिर से समीक्षा करेंगे और फिर से इसके अनुमोदन या इनकार का प्रलेखन करेंगे और इस धारा के अनुसार अपील प्रस्तुत करने के तीस (30) दिन के भीतर रोगी को सूचित करेंगे।

अंतिम अनुमोदन जारी कर दिए जाने के बाद

1. *वित्तीय सहायता की अवधि।* पात्र व्यक्ति इस तरह निर्धारित सहायता के स्तर पर (आगे किसी भी कार्रवाई की जरूरत के बिना) प्रारंभिक निर्धारण की तारीख के बाद से एक (1) वर्ष के लिए या यदि अपील की जाती है, तो अपील के पूरा होने के बाद निर्धारण की तारीख तक पात्र बने रहेंगे।

   ऊपर दी गई बातों के बावजूद:

क. **परिस्थितियों में नकारात्मक परिवर्तन।** परिस्थितियों में ऐसे परिवर्तन की स्थिति में जिसके कारण पात्र व्यक्ति का मानना है कि उसे अतिरिक्त वित्तीय सहायता की आवश्यकता है, पात्र व्यक्ति एक (1) वर्ष की अवधि के दौरान वित्तीय सहायता के लिए फिर से आवेदन-पत्र कर सकता है और यदि लागू हो, तो उसे इस पॉलिसी के तहत अतिरिक्त वित्तीय सहायता प्रदान की जा सकती है।

ख. **परिस्थितियों में सकारात्मक परिवर्तन।** यदि यह अपेक्षा की जाती है कि वित्तीय सहायता प्राप्त करने वाले पात्र व्यक्ति की परिस्थितियों में अत्यधिक परिवर्तन होता है (जैसे गैर-बीमित से बीमित स्थिति में परिवर्तन); तो पात्र व्यक्ति नीचे दिए गए टेलीफोन नंबर पर रोगी व्यावसायिक सेवाएं विभाग को सूचित करेगा ताकि भविष्य में इसको ध्यान में रखा जा सके। परिस्थितियों में ऐसे सकारात्मक परिवर्तन पहले से ही दी गई किसी भी वित्तीय सहायता में कमी करने के लिए लागू नहीं किए जाएंगे। स्पष्ट रूप से कहा जाए, तो पात्र व्यक्तियों को परिस्थितियों में मामूली बदलावों की रिपोर्ट करने की जरूरत नहीं है, बल्कि केवल वही परिवर्तन अवश्य रिपोर्ट किए जाने चाहिए जो भावी आधार पर वित्तीय सहायता निर्धारण को स्पष्ट रूप से प्रभावित करेंगे।

2. *झूठी या भ्रामक जानकारी प्रदान करना।* यदि हॉस्पिटल को ज्ञात होता है कि वित्तीय सहायता के लिए किसी आवेदक ने आवेदन प्रक्रिया में झूठी जानकारी की सामग्री उपलब्ध करवाई है, ऐसी जानकारी पर हॉस्पिटल द्वारा आवेदन पर इसकी समीक्षा करने में या वित्तीय सहायता के लिए पात्रता को जारी रखने पर विचार किया जाएगा।

3. भुगतान योजनाएँ। पात्र व्यक्ति के दायित्वों का भुगतान करने के लिए भुगतान प्लैनों के उपयोग की अनुमति है। ऐसे प्लैन अधिकतम 1 वर्ष की अवधि तक सीमित होंगे, बशर्ते कि अपवादों का मूल्यांकन प्रत्येक अलग मामले के आधार पर किया जा सकता है। भुगतान प्लैन के अंतर्गत कोई ब्याज नहीं वसूला जाएगा।

4. *तृतीय पक्ष धर्मार्थ कार्यक्रम।* यदि पात्र व्यक्ति को ऐसे मान्यताप्राप्त तृतीय-पक्ष धर्मार्थ आउटरीच कार्यक्रम के माध्यम से अस्पताल को रेफर किया जाता है जो ऊपर वर्णित बातों से भिन्न नियमों और शर्तों की पेशकश करता है, तो अस्पताल ऐसे कार्यक्रम में भाग ले सकता है और इस पॉलिसी में यथावश्यक संशोधन किया जाएगा।

संग्रह की गतिविधियाँ

अस्पताल की सभी वसूली गतिविधियों का बिलिंग और वसूली पॉलिसी में वर्णन किया गया है और व्याख्या की गई है। बिलिंग और वसूली पॉलिसी अस्पताल की वेबसाइट https://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/ पर भी उपलब्ध है और यह डाक द्वारा मुफ्त उपलब्ध है। यदि व्यक्ति अंग्रेजी नहीं बोलता है या कम बोलता है, तो ये दस्तावेज अस्पताल द्वारा इसकी सेवा के दायरे में आने वाले समुदाय में सीमित अंग्रेजी दक्षता वाली प्रत्येक महत्वपूर्ण आबादी द्वारा बोली जाने वाली प्रत्येक भाषा में उपलब्ध कराए जाएंगे।

रिपोर्टिंग और अनुपालन

अस्पताल, कार्यक्रम के संबंध में कनेक्टिकट राज्य (State of Connecticut) को वांछित रिपोर्टें भेजेगा।

इस पॉलिसी और बिलिंग और वसूली पॉलिसी का अनुपालन सुनिश्चित करने के लिए अधिकृत अस्पताल कर्मचारी कार्यक्रम निर्धारणों की आवधिक समीक्षा करता है।

सम्पर्क जानकारी

वित्तीय सहायता कार्यक्रम के बारे में अधिक जानकारी के लिए या वित्तीय सहायता आवेदन-पत्र का अनुरोध करने के लिए, वित्तीय सहायता सहयोगी से बात करने के लिए नीचे दिए गए पते और टेलीफोन नंबर पर रोगी व्यावसायिक सेवाएं विभाग से संपर्क करें। ऐसा अनुरोध किए जाने पर अस्पताल द्वारा सेवा दायरे में शामिल समुदाय में सीमित अंग्रेजी दक्षता वाली प्रत्येक महत्वपूर्ण आबादी द्वारा बोली जाने वाली प्रत्येक भाषा में विदेशी भाषा अनुवाद प्रदान किया जाएगा।

रोगी व्यावसायिक सेवाएं विभाग

स्टैमफोर्ड अस्पताल (Stamford Hospital) रोगी व्यावसायिक सेवाएं विभाग
1351Washington Boulevard, 7th Floor
Stamford, Connecticut 06902

टेलीफ़ोन: (203) 276-7572
फैक्स: (203) 276-7093
ईमेल पता: CustomerServiceR@stamhealth.org

STAMFORD HEALTH
Healing. Reimagined.

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
1351Washington Boulevard, 7th Floor
Stamford, Connecticut 06902

Telephone: (203) 276-7572
Fax: (203) 276-7093
Email address: CustomerServiceR@stamhealth.org