

POLITIQUE D'ASSISTANCE FINANCIÈRE

OBJECTIF

L'objectif de cette Politique (la “**Politique**” ou la “**PAF**”) est de décrire le Programme d'assistance financière (le “**Programme**”) de l'Hôpital Stamford (“**l'Hôpital**”). Le Programme est conçu afin d'assurer que toutes les demandes d'assistance financière sont évaluées et traitées d'une manière cohérente et équitable en appui à la mission de l'Hôpital, c'est-à-dire, offrir une gamme étendue de services de santé et de bien-être axés sur les besoins de notre collectivité.

NOTIFICATION, DIFFUSION ET APPLICATION DE LA POLITIQUE

La collectivité sera notifiée de la politique et elle y aura accès comme suit :

1. *Le Sommaire sera remis lors de l'inscription à l'urgence.* Lors de leur inscription à la salle d'urgence, tous les usagers reçoivent un exemplaire du Sommaire de la politique en langage simple (le « **Sommaire** »), qui est également disponible sur demande. Le Sommaire explique comment les usagers peuvent obtenir la Politique intégrale, un formulaire de demande PAF (la « **Demande** ») ainsi que des renseignements supplémentaires concernant le Programme. Le Sommaire sera placé dans des présentoirs à divers endroits dans l'Hôpital, notamment à l'urgence, au Service des admissions et dans les salles d'attente, et à différents endroits.
2. *Diffusion à la collectivité.* L'Hôpital doit notifier la collectivité au sujet de la Politique et du Programme d'une manière à rejoindre les personnes qui sont le plus susceptibles d'avoir besoin de l'assistance financière de l'Hôpital (par exemple, en distribuant des exemplaires du Sommaire aux cliniques affiliées de l'Hôpital). Tel qu'indiqué ci-dessus, l'Hôpital affichera la Politique, le formulaire de demande et le Sommaire sur son site internet. Ces documents seront également transmis par la poste sans frais sur demande.
3. *Avis sur les relevés de compte.* L'Hôpital doit inclure des encarts avec les relevés de compte. Ces derniers doivent visiblement afficher une mention avisant les usagers de la disponibilité de l'assistance financière en vertu du Programme. Cet avis mentionne le numéro de téléphone du Service affaires des usagers de l'Hôpital (afin d'obtenir des renseignements au sujet du Programme et du processus de demande en vertu de la PAF), ainsi que l'adresse du site internet (ou l'URL) où il est possible d'obtenir des copies de la Politique, du formulaire de la demande et du Sommaire.

PORTÉE ET APPLICABILITÉ

1. *Qui est admissible à l'assistance financière ? (« Usagers admissibles ») ?*

Afin d'être admissible à participer au Programme, un usager doit respecter les deux critères suivants :

- A. L'utilisateur ne doit pas bénéficier d'une assurance, ou il doit avoir une couverture d'assurance insuffisante, tout en étant inadmissible à un programme fédéral ou étatique ou à un plan de santé admissible offert en vertu de la loi intitulée *Affordable Care Act* (les « **Critères d'assurance** »)¹; et
- B. L'utilisateur doit avoir un revenu brut annuel de son ménage qui n'est pas supérieur de 400 % aux lignes directrices courantes en matière de pauvreté du département américain de la santé et des services sociaux (« **FPG** ») pour la taille de sa famille (les « **critères financiers** »).

Les usagers qui respectent les critères d'assurance et les critères financiers sont désignés aux présentes comme les « usagers admissibles. »

2. *Pour quels services est-ce que les usagers admissibles peuvent recevoir une assistance financière en vertu de la Politique ?*

- A. **Services admissibles.** L'assistance financière est offerte afin de réduire le fardeau financier des usagers admissibles en raison des services médicaux et d'urgence nécessaires (les « **Services admissibles** »). Les services de nature cosmétique, expérimentale et de commodité ne sont pas considérés comme étant des services médicaux ou des services d'urgence, et en conséquence, ils ne constituent pas des Services admissibles. L'Hôpital doit dispenser sans aucune discrimination, des soins médicaux d'urgence aux usagers, peu importe qu'ils soient des usagers admissibles. L'Hôpital ne posera aucun geste qui aura pour effet de décourager des usagers de l'Hôpital de solliciter des soins médicaux d'urgence.

¹ Pour davantage de précisions, les usagers qui sont admissibles à une assurance mais qui ne font pas et ne feront pas de demande ne sont pas des usagers admissibles en vertu de cette Politique, pourvu qu'en conformité de la loi du Connecticut 03-266, les usagers non admissibles (tel que définis à cette loi) qui ont des revenus (sans égard aux actifs disponibles) inférieurs à 250 % du seuil des FPG, ne seront pas facturés pour un montant supérieur au coût que l'Hôpital doit défrayer pour offrir ces services à l'utilisateur.

Fournisseurs admissibles. De l'assistance financière est offerte en vertu de la Politique afin d'acquitter les frais des Services admissibles défrayés pour le bénéfice des usagers admissibles par l'Hôpital ainsi que par d'autres fournisseurs de Services admissibles au sein de l'Hôpital. Les listes des fournisseurs qui sont couverts par cette Politique et de ceux qui ne le sont pas sont affichées sur le site internet de l'Hôpital : <http://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/> ("**Consultez** la « **liste de fournisseurs** »). Ces listes seront examinées et révisées à l'occasion.

LE PROCESSUS DE DEMANDE

Sauf tel que prévu à la fin de cette Politique, la décision quant à l'admissibilité et quant au montant de l'assistance financière, sera prise uniquement sur réception d'une demande dûment remplie, à laquelle la documentation requise est jointe.

1. *Dépôt de la demande.* Une demande s'assistance financière peut être formulée en tout temps. Ceci veut donc dire qu'un usager peut formuler une demande avant, pendant ou après la prestation des services, y compris après qu'une agence de perception débute ses démarches contre l'usager. La première demande d'assistance financière peut être formulée par écrit ou au téléphone. Lorsqu'il formule sa demande d'assistance financière, l'usager doit être avisé de l'existence de cette Politique et un exemplaire de la Demande et du Sommaire doivent lui être transmis. Si l'usager ne parle pas l'Anglais, ou s'il le parle peu, ces documents lui seront fournis dans la langue autre que l'Anglais parlée par une partie importante de la population dans la collectivité desservie par l'Hôpital.
2. *Contenu de la demande.* Les renseignements suivants doivent figurer à la demande :

A. Identification de l'usager-demandeur :

Date de la demande

Nom et prénom

Adresse

Numéro de téléphone

Demande formulée par (un parent ou une personne ayant sa garde si l'usager est un mineur)

Date de naissance

Numéro de sécurité sociale*

*S'il est disponible

B. Afin de vérifier si l'utilisateur-demandeur est admissible :

Les talons de paie du dernier mois disponibles
Preuve de réception des prestations d'assurance emploi
Preuve de réception des prestations fédérales ou étatiques
Relevés de comptes bancaires ou d'investissements
Certification assermentée de l'attestation de revenus

3. *Le formulaire de demande.* Une demande peut être remplie par un usager admissible ou par son tuteur légal. Pour toutes questions concernant le formulaire de demande ou pour une assistance, veuillez communiquer avec le Service d'affaires des usagers de l'Hôpital au numéro de téléphone et à l'adresse indiqués ci-dessous.
4. *Transmission de la demande.* La demande doit être soumise à l'associé adjoint à l'assistance financière au Service d'affaires des usagers au numéro de téléphone et à l'adresse indiqués ci-dessous.
5. *Rendez-vous avec l'associé de l'assistance financière.* L'utilisateur-demandeur doit prendre un rendez-vous de sélection par voie téléphonique ou en personne avec le Service d'affaires des usagers au numéro de téléphone indiqué ci-dessous Au moment de la sélection, un associé adjoint à l'assistance financière se verra affecté à un usager-demandeur. Cet associé adjoint sera responsable du traitement de la demande.
6. *Si la demande est incomplète.* Sur réception d'une demande incomplète, l'Hôpital doit dans un délai de trente (30) jours de sa réception, notifier par écrit l'utilisateur-demandeur par la poste régulière transmise à l'adresse dudit usager-demandeur, que l'Hôpital possède au dossier. Cet avis doit indiquer quels sont les renseignements manquants. L'utilisateur-demandeur bénéficiera d'un délai de trente (30) jours supplémentaires pour faire parvenir les renseignements manquants. Il pourra également communiquer avec le Service d'affaires des usagers afin de discuter avec l'associé adjoint à l'assistance financière des renseignements manquants.

DÉTERMINATION DE L'ADMISSIBILITÉ ET DU MONTANT DE L'ASSISTANCE FINANCIÈRE

L'Hôpital doit, en traitant une demande, suivre les procédures indiquées ci-dessous. Les décisions quant à l'admissibilité se feront cas par cas et elles seront traitées comme suit^o:

1. *Admissibilité*. L'Hôpital doit, selon le contenu de la demande, décider si l'utilisateur-demandeur respecte les critères d'assurance et de revenus tels que décrits ci-dessus.
2. *Montant de l'assistance financière*. S'il est décidé que l'utilisateur-demandeur est admissible à recevoir de l'assistance financière, l'Hôpital doit ensuite déterminer le montant de l'assistance à octroyer.

A. **Échelle variable afin de déterminer l'obligation individuelle admissible.**

En premier lieu, l'Hôpital doit déterminer le montant devant être acquitté par l'utilisateur-demandeur admissible avant que l'assistance financière ne lui soit octroyée. Ceci s'appelle "l'obligation individuelle admissible" comme suit :

- i. En ce qui concerne les personnes admissible mais non assurées, les frais bruts du compte constituent l'obligation individuelle admissible.
- ii. En ce qui concerne les personnes sous assurées, l'obligation individuelle admissible est constituée par toute obligation déductible, une quote-part ou une obligation de coassurance de l'utilisateur-demandeur.

B. **Détermination de l'escompte applicable à l'obligation individuelle admissible.** L'escompte applicable à l'obligation individuelle admissible sera déterminée selon l'échelle variable suivante. Les escomptes indiqués seront appliqués à chaque obligation individuelle admissible, selon le montant des revenus :

250 % du FPG et moins	escompte de 100 %
251 % du FPG à 300 % du FPG	escompte de 90 %
301 % du FPG à 350 % du FPG	escompte de 80 %
351 % du FPG à 399 % du FPG	escompte de 70 %
400 % du FPG	escompte de 60 %

C. **Limites concernant les montants à facturer – aucune personne admissible ne sera facturée d'un montant supérieur à ceux généralement facturés (« AGB »).** Peu importe le niveau d'escompte calculé ci-dessus, une personne admissible ne sera jamais facturée un montant supérieur à ceux généralement facturés (« AGB ») pour les services admissibles. L'Hôpital calcule son AGB annuellement à l'aide de la méthode rétrospective utilisée dans le domaine de l'assurance santé commerciale et les taux de Medicare. Le montant net qui sera facturé à une personne admissible sera déterminé (i) en calculant le montant brut pour les services rendus à l'utilisateur, et (ii) en appliquant le montant approprié de l'escompte tel que prévu ci-dessus. Un document contenant les calculs courants de l'AGB est offert sur le site internet de l'Hôpital : <https://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/> et ce document est transmis par la poste sans frais. Vous pouvez également demander un exemplaire des calculs courants de l'AGB en transmettant un courriel à notre Département du service à la clientèle à

l'adresse suivante : CustomerServiceR@stamhealth.org, en communiquant avec le Service à la clientèle au numéro (203) 276-7572, par télécopieur au numéro (203) 276-7093 ou en personne à l'adresse suivante : Service d'affaires des usagers, 1351 Washington Blvd, 7^e étage, Stamford CT, 06902. Le calcul de l'AGB est offert dans chaque langue autre que l'Anglais, qui est parlée par une partie importante de la collectivité desservie par l'Hôpital.

3. *Avis de la décision/Appel du refus.* La décision de l'Hôpital quant à l'admissibilité et le montant de l'assistance financière s'il y a lieu, sera rendue dans un délai de trente (30) jours suivant la réception d'une demande dûment remplie. Les notifications ou autres communications écrites en provenance de l'Hôpital peuvent être transmises par voie de courrier électronique ou par d'autres formes de communication électronique si la personne a indiqué qu'elle préfère recevoir les notifications et les communications par voie électronique.

A. Avis de l'approbation. Après avoir examiné une demande dûment remplie et après avoir prise la décision d'octroyer de l'assistance financière, L'Hôpital doit envoyer ou remettre à l'utilisateur admissible et/ou à son tuteur légal, une lettre de confirmation de l'assistance financière, avec une carte d'identification PAF qui doit préciser les renseignements suivants :

Date de la décision

Nom et prénom de l'utilisateur

Numéro du dossier médical de l'utilisateur

Date de mise en vigueur

Décision quant à l'admissibilité (approuvé/refusé) par le décideur approprié

Montant de l'escompte approuvé

B. Avis de refus. Après avoir examiné une demande dûment remplie et après avoir pris une décision de refuser l'assistance financière, l'Hôpital doit transmettre ou remettre à l'utilisateur-demandeur et/ou à son tuteur légal, une lettre de refus d'octroyer de l'assistance financière en expliquant le motif du refus.

L'Hôpital doit classer des copies des avis (refus ou octroi) avec la demande dûment remplie.

4. *Processus d'appel.* Les usagers peuvent faire appel en raison du refus d'accorder de l'assistance financière ou en raison du montant octroyé. Les usagers peuvent instituer un appel en communiquant par courriel, par écrit ou par téléphone avec leur associé adjoint en assistance financière ou en prenant un rendez-vous en

personne au Service d'affaires des usagers. En cas d'appel, le Service d'affaires des usagers prendra connaissance de la documentation de l'utilisateur, y compris toute documentation nouvellement déposée, et le Service doit documenter son approbation ou son refus et notifier le patient conformément à cette partie des présentes dans un délai de trente (30) jours de la réception de la demande d'appel.

LORSQU'UNE APPROBATION FINALE A ÉTÉ ÉMISE

1. *Durée de l'assistance financière.* Les personnes admissibles continueront de l'être (sans devoir faire autre chose) pendant une période d'un (1) an, pour le montant de l'assistance financière déjà accordée, et ceci à compter d'un (1) an de la date de la décision initiale ou de la date de la décision sur appel, soit celle qui est la plus tardive.

Nonobstant ce qui précède :

A. **Un changement négatif dans sa situation.** En cas d'un changement négatif dans sa situation qui amènent l'utilisateur admissible à croire qu'une assistance financière supplémentaire est requise, ce dernier peut faire une nouvelle demande d'assistance financière pendant cette période d'un an et il pourra recevoir de l'assistance financière supplémentaire en vertu de la Politique, le cas échéant.

B. **Un changement positif dans sa situation.** On s'attend à ce qu'un usager individuel qui reçoit de l'assistance financière et qui subit un changement important dans sa situation (tel un changement de non assuré à assuré), informe le Service d'affaires des usagers au numéro de téléphone indiqué ci-dessous, afin que ce changement soit pris en compte à l'avenir. Ce genre de changement positif dans la situation d'un usager ne sera pas utilisé pour réduire le montant de l'assistance financière déjà accordé. Pour davantage de clarté, il n'est pas nécessaire que les usagers admissibles signalent des modifications d'ordre mineur dans leurs situations, mais ils doivent signaler uniquement les modifications qui ont une incidence manifeste sur les décisions prospectives d'accorder de l'assistance financière.

2. *Renseignements faux ou trompeurs.* Si l'Hôpital apprend qu'un demandeur de l'assistance financière a donné des renseignements importants qui sont faux ou trompeurs dans le cadre de sa demande, il sera loisible à l'Hôpital de tenir compte de ces renseignements lors de sa révision de la demande ou de l'analyse de l'admissibilité à l'assistance financière.
3. *Paiements différés.* Il est loisible de faire appel à un plan de paiement différés pour défrayer les obligations admissibles individuelles. Ces plans sont limités à une durée

maximale d'un an, pourvu que des exceptions puissent être évaluées cas par cas. Aucun intérêt ne sera exigible en vertu d'un plan de paiement.

4. *Programmes caritatifs de tierces parties.* Si un usager admissible est référé à l'Hôpital en vertu d'un programme caritatif qui offre des modalités différentes de celles qui précèdent, il est loisible à l'Hôpital de participer à ce programme et cette Politique sera présumée être modifiée selon les besoins.

COLLECTES

Les activités de collectes de l'Hôpital sont décrites et expliquées à la Politique de facturation et de perception. Cette Politique est affichée sur le site internet de l'Hôpital à <https://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/> et elle est offerte sans frais, étant transmise par la poste. Si la personne parle l'Anglais peu ou pas, ces documents seront offerts dans la langue autre que l'Anglais parlée par une partie importante de la collectivité desservie par l'Hôpital.

SIGNALEMENT ET CONFORMITÉ

L'Hôpital doit transmettre les rapports requis à l'État du Connecticut concernant le Programme.

Un employé autorisé de l'Hôpital effectue des examens périodiques des décisions prises en vertu du Programme afin de s'assurer de la conformité à cette Politique et à la Politique de facturation et de perception.

COORDONNÉES

Pour de plus amples renseignements concernant Politique de l'assistance financière ou pour demander un formulaire de demande d'assistance financière, veuillez communiquer avec le Service d'affaires des usagers à l'adresse et au numéro de téléphone indiqués ci-dessous afin de parler à un assistant adjoint à l'assistance financière. Une traduction dans chaque langue étrangère parlée par une partie importante de la population ayant une compétence restreinte en Anglais, faisant partie de la collectivité desservie par l'Hôpital, sera offerte sur demande.

SERVICE AFFAIRES DES USAGERS

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

Téléphone : (203) 276-7572

Télécopieur : (203) 276-
7093

Adresse courriel : 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