

ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

ЦЕЛЬ

Эти Правила ("Правила" или "FAP") составлены для того, чтобы предоставить описание программы предоставления финансовой помощи ("Программа") в Стэмфордской больнице ("Больница"). Эта Программа была создана для того, чтобы обеспечивать рассмотрение всех запросов о предоставлении финансовой помощи и однообразной и справедливой обработке их в контексте миссии Больницы по обеспечению широкого диапазона высококачественных медицинских и профилактических услуг, сосредоточенных на потребностях местного населения.

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВИЛАХ И ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ И РАСПРОСТРАНЕНИЕ ИХ

Общественности будет предоставляться уведомление и будет предоставляться доступ к этим Правилам следующим образом:

1. Общее описание предоставляется после регистрации в отделении неотложной помощи. После регистрации в отделении неотложной помощи всем пациентам предоставляется копия Общего описания финансовой помощи ("**Общее описание**"), которое также можно получить по запросу. В Общем описании представлена информация о том, как пациенты могут получить полное описание Правил, бланк заявления на получение финансовой помощи FAP ("**Заявление**"), а также дополнительную информацию о Программе. Общее описание также должно находиться в различных общественных местах в Больнице, включая, среди всего прочего, отделение неотложной помощи, приемный покой и комнаты ожидания.
2. Распространение в сообществе. Больница будет уведомлять общественность о принятии этих Правил и Программы таким образом, который будет призван охватывать тех лиц, что наиболее вероятно будут нуждаться в получении финансовой помощи от Больницы (например - распространение копий Общего описания в аффилированных клиниках Больницы). Как указывалось выше, Больница будет предоставлять Правила, Заявление и Общее описание на своем веб-сайте. Такие документы также будут предоставляться бесплатно по почте (по запросу).

3. *Уведомление, указанное на счетах.* Больница будет прилагать к счетам вставки, в которых также будет находиться уведомление, сообщающее пациентам о наличии финансовой помощи в рамках Программы. Такое уведомление будет включать в себя номер телефона Бизнес-отдела по обслуживанию пациентов Больницы (который предоставляет информацию о Программе и процессе подачи заявления на получение FAP), и прямой адрес веб-сайта (или URL), где можно получить копии Правил, Заявления и Общего описания.

ОБЪЕМ И СФЕРА ПРИМЕНЕНИЯ

1. Кто имеет право на получение финансовой помощи ("Соответствующие лица")?

Чтобы получить право на участие в Программе лицо должно выполнить условия двух нижеуказанных квалификационных требований:

- А. Лицо должно быть незастрахованным, или недостаточно застрахованным, и не иметь права на участие в программе здравоохранения на федеральном уровне или на уровне штата или по плану страхового медицинского обеспечения согласно "Закону о доступном медицинском обслуживании" ("**Страховые критерии**")¹; и
- В. Лицо должно иметь годовой доход домохозяйства до уплаты налогов не более чем в четыре раза превышающий действующий федеральный уровень бедности для размера своей семьи ("FPGs"), принятый Департаментом здравоохранения и социального обеспечения США ("**Критерии доходов**").

Лица, которые соответствуют квалификационным требованиям по Страховым критериям и Критериям доходов, в этом документе называются "Соответствующие лица".

2. По каким услугам Соответствующие лица могут получать финансовую помощь в рамках Программы?

- А. **Соответствующие услуги.** Финансовая помощь предоставляется для того, чтобы помочь снизить финансовое бремя, возлагаемое на Соответствующих лиц при получении ими неотложного и необходимого с медицинской точки зрения обслуживания ("**Соответствующие услуги**"). В рамках настоящей Программы косметические, экспериментальные и рекреационные услуги не могут рассматриваться как неотложные или необходимые с медицинской точки зрения. Поэтому они не являются Соответствующими услугами. Больница будет

¹ Объяснение: лица, которые имеют право на наличие какой-либо формы страхования, но не участвуют в ней или не подали заявку на нее, не будут считаться Соответствующими лицами, в рамках толкования этих Правил, при условии, однако, что в соответствии с законом штата Коннектикут №03-266 любые незастрахованные лица (как указано в этом законе), которые не являются Соответствующими лицами но имеют доходы (без учета имеющихся в наличии активов) на уровне не выше 250% от FPG, не будут оплачивать больше, чем затраты Больницы на предоставление услуг такому пациенту.

предоставлять (без дискриминации) помощь в чрезвычайных медицинских ситуациях для всех лиц, независимо от того, являются ли они Соответствующими лицами. Больница не будет совершать такие действия, которые могут отталкивать лиц, стремящихся получить неотложную медицинскую помощь.

Соответствующие поставщики услуг. Программа обеспечивает финансовую помощь для того, чтобы Больница и определенные другие поставщики услуг предоставляли Соответствующие услуги в Больнице для Соответствующих лиц. Список поставщиков услуг, которые охвачены действием этих Правил (и которые не охвачены их действием) находится на веб-сайте Больницы: <http://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/> ("**Просмотр поставщиков услуг**"). Эти списки будут периодически пересматриваться и обновляться.

ПРОЦЕДУРА ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ

Определение соответствия критериям и размеров какой-либо финансовой помощи производится только после подачи заполненного бланка Заявления с приложением необходимой документации (за исключением тех положений, которые изложены в конце этих Правил).

- 1. Запрос Заявления.*** Запрос о предоставлении финансовой помощи может быть подан в любое время. Это означает, что физическое лицо может подавать запрос до, во время или после оказания услуг, а также после начала действий коллекторского агентства против такого физического лица. Первоначальная просьба о предоставлении финансовой помощи может быть подана в письменном виде или по телефону. После получения запроса о предоставлении финансовой помощи подавшему его лицу будет сообщено о наличии этих Правил и ему будет послана копия Заявления и Общего описания. Если лицо плохо говорит (или не говорит) по-английски, эти документы будут предоставлены на каждом таком языке, на котором говорит каждая существенная группа населения в сообществе, которая имеет ограниченное знание английского языка и обслуживается больницей.
- 2. Содержание Заявления.*** В Заявлении нужно указать следующую информацию:

A. Отождествление заявителя:

Дата подачи запроса

Имя

Адрес

Номер телефона

Кем является заявитель (родителем или опекуном, если пациент является несовершеннолетним)

Дата рождения

*Номер социального страхования**

**Если имеется*

В. Подтверждение того, что заявитель является Соответствующим лицом:

Расчетные листы по зарплате за последний полный месячный период

Подтверждение выплаты пособий по безработице

Подтверждение любых льгот на федеральном уровне или на уровне штата

Выписки из банковского счета или инвестиционные выписки

Самостоятельно составленное и нотариально заверенное подтверждение доходов

3. *Заполнение Заявления.* Заявление может заполняться Соответствующим лицом или его/её законным опекуном. Если у вас возникли какие-либо вопросы, касающиеся заполнения Заявления, или если вам понадобилась помощь - обращайтесь в Бизнес-отдел по обслуживанию пациентов Больницы. Номер телефона и адрес указаны ниже.
4. *Подача заявления.* Заявление необходимо подать специалисту по вопросам финансовой помощи в Бизнес-отделе по обслуживанию пациентов. Номер телефона и адрес указаны ниже.
5. *Встреча со специалистом по вопросам финансовой помощи.* Во время заполнения Заявления, или после подачи Заявления, заявитель должен организовать проверку по телефону, или должен организовать личную встречу для проверки информации, обратившись в Бизнес-отдел по обслуживанию пациентов (номер телефона указан ниже), чтобы организовать назначение на прием. Во время такой проверки каждому заявителю будет выделен специалист по вопросам финансовой помощи, который будет отвечать за оформление Заявления.
6. *Если Заявление не будет полностью заполнено.* Если Больница получит не полностью заполненное Заявление, в таком случае она должна уведомить заявителя о таком факте, в письменной форме, в течение тридцати (30) дней после получения его, отправив сообщение обычной почтой на тот адрес, который имеется в Больнице в личном деле заявителя. В уведомлении необходимо указать недостающую необходимую информацию. Заявителю будет предоставлено как минимум тридцать (30) дополнительных дней для того, чтобы подать недостающую информацию. Заявитель также может позвонить в Бизнес-отдел по обслуживанию пациентов, чтобы обсудить вопросы, касающиеся какой-либо недостающей информации со специалистом по вопросам финансовой помощи, который был назначен для него.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СООТВЕТСТВИЯ КРИТЕРИЯМ И РАЗМЕРОВ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

При рассмотрении Заявления Больница будет соблюдать описанные ниже процедуры. Решения принимаются в зависимости от конкретного случая, но при этом они должны формироваться в соответствии с нижеуказанными положениями:

1. *Право на участие.* Больница примет решение о том, соответствует ли лицо Страховым критериям и Критериям доходов (как описано выше) и, поэтому, является ли лицо Соответствующим лицом, на основании информации изложенной в Заявлении.
2. *Сума финансовой помощи.* Если будет принято решение о том, что лицо является Соответствующим лицом (имеет право на получение финансовой помощи), в таком случае Больница определит размер помощи, которая будет предоставлена.

А. Скользящая шкала, которая определяет соответствующие индивидуальные обязательства. Сначала, до предоставления финансовой помощи, Больница должна определить сумму, за которую будет отвечать Соответствующее лицо. Это сумма называется "**Соответствующее индивидуальное обязательство**" и она определяется следующим образом:

- i. Для незастрахованных Соответствующих Лиц - Соответствующее индивидуальное обязательство это общая сумма на выставленном счете.
- ii. Для недостаточно застрахованных Соответствующих лиц - Соответствующее индивидуальное обязательство это сумма какого-либо незастрахованного минимума, доплаты и обязательств по совместному страхованию такого Соответствующего лица.

Б. Определение скидки, применяемой к Соответствующему индивидуальному обязательству. Скидка, которая будет предоставляться для Соответствующих индивидуальных обязательств, устанавливается согласно нижеуказанной скользящей шкалы; обозначенные скидки будут применяться к Соответствующим индивидуальным обязательствам в зависимости от уровня доходов:

250 и менее от уровня FPG	скидка 100%
от 251% до 300% от уровня FPG	скидка 90%
от 301% до 350% от уровня FPG	скидка 80%
от 351% до 399% от уровня FPG	скидка 70%
400 % от уровня FPG	скидка 60%

В. Ограничение на сумму счета - никакому Соответствующему лицу не будет выставляться счет, который превышает Типичные расценки ("AGB"). Независимо от уровня скидки, который указан выше, Соответствующим лицам ни при каких обстоятельствах не будет выставляться счет, превышающий типичные расценки ("AGB") за Соответствующие услуги. Больница подсчитывает сумму AGB ежегодно, используя "ретроспективный метод", который основан на данных коммерческих медицинских страховок и расценок "Медикеар". Чистая сумма, которая будет выставлена Соответствующему лицу, будет определяться путем: (i) вычисления общего счета за предоставленные пациенту услуги и (ii) применения соответствующей скидки (как указано выше). Документ с текущими подсчетами сумм AGB находится на веб-сайте Больницы <https://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/>. Его также можно получить бесплатно по почте. Вы также можете попросить, чтобы вам предоставили копию текущих подсчетов сумм AGB, отправив такую просьбу по электронной почте в наш Отдел обслуживания клиентов по адресу: CustomerServiceR@stamhealth.org; или позвонив по телефону в Отдел обслуживания клиентов: (203) 276-7572; или направив такую просьбу по факсу: (203) 276-7093; или вручив ее лично по адресу: Patient Business Services, 1351 Washington Blvd, 7th Floor, Stamford CT, 06902. Подсчеты сумм AGB имеются в наличии на каждом языке, на котором говорит каждая значительная группа населения, которая имеет ограниченные знания английского языка и которая обслуживается Больницей.

3. *Сообщение о принятии решения/апелляция отказа.* Больница примет решение, касающееся вашего права на получение возможной финансовой помощи (включая уровень помощи) в течение 30 дней после получения заполненного Заявления. Все письменные уведомления или сообщения, направляемые Больницей в рамках настоящих Правил, могут отправляться по электронной почте или другим формам электронной связи, если заявитель указал, что он или она предпочитает получать уведомления и сообщения в электронном виде.

А. Уведомление об одобрении. После изучения заполненного Заявления и принятия решения о предоставлении финансовой помощи Больница пошлет вам (или предоставит Соответствующему лицу или его законному опекуну) письмо с одобрением финансовой помощи, а также идентификационную карточку FAR, где будет указана следующая информация:

Дата принятия решения

Фамилия пациента

Номер медицинской карты пациента

Дата вступления в силу

Определение о соответствии критериям (утверждено/отказано), принятое уполномоченным должностным лицом

Утвержденный размер скидки

Б. Уведомление об отказе. После изучения заполненного Заявления и принятия решения о том, что в предоставлении финансовой помощи будет отказано, Больница пошлет (или предоставит заявителю, или его законному опекуну) Письмо с отказом предоставить финансовую помощь, где будут указаны причины отказа.

Больница хранит копии уведомлений (с отказом или с одобрением просьбы о помощи) вместе с заполненными Заявлениями.

4. Процедура апелляции. Пациенты имеют право подавать апелляцию на отказ в предоставлении финансовой помощи, а также подавать апелляцию на предложенный уровень финансовой помощи. Пациенты могут подавать апелляции по телефону, по электронной почте или послав письмо к назначенному им специалисту по вопросам финансовой помощи, или могут организовать личную встречу с Бизнес-отделом по обслуживанию пациентов. Если пациент подал апелляцию, в таком случае Бизнес-отдел по обслуживанию пациентов повторно рассмотрит документацию пациента, включая любые предоставленные новые материалы, и снова задокументирует свое одобрение или отказ и уведомит об этом пациента в течение тридцати (30) дней после подачи апелляции.

ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ОДОБРЕНИЯ

1. *Длительность финансовой помощи.* Соответствующие лица будут сохранять свой статус соответствия квалификационным требованиям (без необходимости выполнять какие-либо дальнейшие действия) на установленном для них уровне помощи в течение одного (1) года после наступления более поздней из двух дат: дата принятия начального решения или дата принятия решения после завершения апелляции (если подавалась апелляция).

Несмотря на наличие вышеизложенных положений:

A. Изменение обстоятельств в негативную сторону. В случае изменения обстоятельств, в результате которых Соответствующее лицо начнет считать, ему необходимо получать дополнительную финансовую помощь, Соответствующее лицо будет иметь право вновь обратиться за получением финансовой помощи в течение одного (1) года и будет иметь право получать дополнительную финансовую помощь согласно настоящим Правилам (если оно будет удовлетворять соответствующие требования).

B. Изменение обстоятельств в позитивную сторону. Если Соответствующее лицо получает финансовую помощь и у него впоследствии возникнут существенные изменения обстоятельств (например - изменение статуса с "незастрахованное лицо" на "застрахованное лицо"), в таком случае Соответствующее лицо обязано уведомить Бизнес-отдел по обслуживанию пациентов по телефону, который указан ниже, для того, чтобы такое изменение было учтено в будущем. Такие положительные изменения обстоятельств не будут использоваться для сокращения любой финансовой помощи, которая уже была выделена. Объяснение: Соответствующие лица не обязаны сообщать о незначительных изменениях обстоятельств, но обязаны сообщать о таких изменениях, которые несомненно повлияли бы на решение о предоставлении им финансовой помощи, если бы оно принималось впоследствии.

2. *Предоставление ложной информации или информации вводящей в заблуждение.* Если Больница узнает о том, что заявитель запрашивающий выделение ему финансовой помощи предоставил существенную ложную информацию (или информацию вводящую в заблуждение) при подаче Заявления, в таком случае такая информация может быть принята во внимание Больницей при пересмотре Заявления или при продолжении предоставления финансовой помощи.

3. *Планы оплаты.* Для оплаты Соответствующих индивидуальных обязательств разрешается использовать планы выплат. Такие планы должны быть ограничены и должны иметь максимальную продолжительность до 1 года, при условии, что в конкретных случаях могут быть предоставлены исключения. По планам выплат не должны начисляться какие-либо проценты.
4. *Благотворительные программы третьих лиц.* Если Соответствующее лицо было направлено в Больницу через признанное третье лицо, имеющее благотворительную программу поддержки, условия которой отличаются от вышеизложенных условий, в таком случае Больница может согласиться на участие в такой программе, и при этом настоящие Правила будут считаться откорректированными по мере необходимости.

КОЛЛЕКТОРСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Все мероприятия Больницы по взысканию средств описаны и объяснены в Правилах выставления счетов и взыскания средств. Правила выставления счетов и взыскания средств также можно получить на веб-сайте Больницы <https://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/>. Их также можно получить бесплатно по почте. Если лицо плохо говорит (или не говорит) по-английски, эти документы будут предоставлены вам на каждом таком языке, на котором говорит каждая существенная группа населения в сообществе, которая имеет ограниченное знание английского языка и обслуживается больницей.

ОТЧЕТНОСТЬ И СОБЛЮДЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ

Больница будет представлять правительству штата Коннектикут необходимые отчеты, касающиеся указанной Программы.

Уполномоченный работник Больницы будет проводить периодические проверки решений, принятых в рамках Программы, чтобы обеспечить их соответствие этим Правилам и Правилам выставления счетов и взыскания средств.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Для получения дополнительной информации о Программе финансовой помощи, или чтобы получить Заявление на предоставление финансовой помощи, обращайтесь в Бизнес-отдел по обслуживанию пациентов (адрес и номер телефона указаны ниже), чтобы связаться со специалистом по вопросам финансовой помощи. По запросу можно получить перевод на каждый иностранный язык, на котором говорит каждая значительная группа населения с ограниченными знаниями английского языка, которая обслуживается больницей.

БИЗНЕС-ОТДЕЛ ПО ОБСЛУЖИВАНИЮ ПАЦИЕНТОВ

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

Телефон: (203) 276-7572

Факс: (203) 276-7093

Адрес электронной почты: 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