

## **POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA**

### **OBJETIVO**

Esta Política (la “**Política**” o “**PAF**”) tiene por objetivo describir el Programa de Asistencia Financiera (el “**Programa**”) de The Stamford Hospital (el “**Hospital**”). El Programa se ha adoptado con el fin de garantizar que todas las solicitudes de asistencia financiera sean evaluadas y tramitadas de manera coherente y justa observando la misión del Hospital, es decir, prestar una amplia gama de servicios de alta calidad para la salud y el bienestar orientados a las necesidades de la comunidad.

### **NOTIFICACIÓN Y DIVULGACIÓN DE LA POLÍTICA Y SU APLICACIÓN**

Se notificará a la comunidad sobre esta Política y se le dará acceso a ella de la forma indicada a continuación:

1. *Resumen brindado al registrarse en la sala de emergencias.* Al registrarse en la sala de emergencias se brindará a todos los pacientes una copia del Resumen sobre Asistencia Financiera en Lenguaje Claro de la Política (el “**Resumen**”), que también será puesto a disposición de quienes lo soliciten. El Resumen brinda información sobre cómo los pacientes pueden acceder a la Política completa, el formulario de PAF (la “**Solicitud**”) e información adicional sobre el Programa. El Resumen también será exhibido en varios sitios dentro del Hospital, incluidos, como mínimo, los Departamentos de Emergencia y Admisiones y las salas de espera.
2. *Divulgación a la comunidad.* El Hospital notificará a la comunidad sobre la Política y el Programa de forma tal que alcance a aquellos con mayores probabilidades de precisar asistencia financiera del Hospital (por ejemplo, mediante la distribución de copias del Resumen entre las clínicas afiliadas a la institución). Como se indica más arriba, el Hospital facilitará el acceso a la Política, la Solicitud y el Resumen a través de su página web. Dicha documentación también se enviará sin cargo por correo a todos aquellos que la soliciten.
3. *Notificaciones en los estados de cuenta.* El Hospital incluirá leyendas en los estados de cuenta, que también tendrán una leyenda visible en la que se informe a los receptores sobre la disponibilidad de asistencia financiera con arreglo al Programa. Dicha leyenda incluye el número de teléfono del Departamento de Servicios Comerciales del Paciente del Hospital (que brindará información sobre el Programa y la tramitación de la solicitud de PAF) y la dirección directa de la página web (o URL) donde pueden obtenerse copias de la Política, la Solicitud y el Resumen.

### **ALCANCE Y ÁMBITO DE APLICACIÓN**

1. *¿Quiénes cumplen los requisitos para acceder a la asistencia financiera (“**Personas Admisibles**”)?*

Para poder acceder al Programa, el interesado debe reunir las siguientes condiciones:

- A. No contar con seguro de salud, o contar con una cobertura insuficiente, y no reunir los requisitos necesarios para ser beneficiario de un programa federal o estadual, ni un plan de salud calificado mediante la Ley de Atención Médica Accesible [*Affordable Care Act*] (“**Condición de Seguros**”)<sup>1</sup>.
- B. Percibir ingresos familiares anuales brutos que no superen en un 400% las Guías Federales de Pobreza (“**GFP**”) vigentes publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. correspondientes a la cantidad de integrantes de su grupo familiar (“**Condición de Ingresos**”).

En lo sucesivo, nos referimos a aquellos que reúnan la Condición de Seguros y la Condición de Ingresos como “Personas Admisibles”.

## 2. *¿Cuáles son los servicios por los que las Personas Admisibles pueden recibir asistencia financiera con arreglo al Programa?*

- A. **Servicios admisibles.** La asistencia financiera se brinda con el objeto de ayudar a reducir la carga financiera que pesa sobre las Personas Admisibles respecto de los servicios de emergencia y necesarios por razones médicas (“**Servicios Admisibles**”). Los servicios cosméticos, experimentales o complementarios no se consideran de emergencia ni necesarios por razones médicas con arreglo al Programa y, por tanto, quedan excluidos de los Servicios Admisibles. El Hospital proporcionará, sin discriminación, atención para afecciones médicas de emergencia, con independencia de si se trata de Personas Admisibles o no. El Hospital no tomará medidas que desalienten a las personas a solicitar atención médica de emergencia.

**Proveedores Admisibles** El Programa brinda asistencia financiera para el suministro de Servicios Admisibles a Personas Admisibles por parte del Hospital y determinados proveedores de dichos servicios en la institución. La lista de proveedores incluidos y excluidos en esta Política se encuentra en el sitio web del Hospital (<http://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/>) (“**View Providers**”). Estos listados estarán sujetos a revisión periódica.

<sup>1</sup> Para mayor claridad, aquellos que reúnan las condiciones para cualquier tipo de seguro, pero que no envíen o no deseen enviar la solicitud correspondiente no son Personas Admisibles en virtud de esta Política. Sin embargo, de forma congruente con la Ley Pública de Connecticut 03-266 [*Connecticut Public Act 03-266*], todo Paciente No Asegurado (conforme lo define dicha ley), personas que no sean Personas Admisibles pero que perciban ingresos (con independencia de activos disponibles) por debajo del 250% de las GFP, no pagarán más que el costo del Hospital por brindar servicios al paciente.

## PROCESO DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD

Salvo por lo previsto en la parte final de esta Política, la decisión a favor de que un interesado reciba asistencia financiera, y el monto de dicha asistencia, solo podrá efectuarse contra la presentación de una Solicitud completa a tal efecto acompañada de la documentación necesaria.

1. *¿Cómo pedir una solicitud?* Puede solicitarse asistencia financiera en cualquier momento. Eso quiere decir que una persona puede solicitar asistencia antes o después de recibir los servicios o mientras los está recibiendo, incluso después de que una agencia de cobro haya iniciado alguna acción en su contra. Las solicitudes iniciales de asistencia financiera pueden efectuarse por escrito o por teléfono. Cuando un interesado presente una solicitud de asistencia financiera, se lo informará sobre esta Política y se le enviará una copia de la Solicitud y el Resumen. Para aquellos casos en los que el interesado no hable inglés o apenas se comunique en dicho idioma, la documentación mencionada se encuentra disponible en los idiomas de cada una de las poblaciones con competencias limitadas de inglés que sean significativas dentro de la comunidad que atiende el Hospital.
2. *Contenido de la solicitud.* En la Solicitud debe detallarse la siguiente información:

### **A. Datos necesarios para identificar al solicitante:**

Fecha de la solicitud  
Nombre  
Domicilio  
Número de teléfono  
Solicitante (progenitor o tutor, si el paciente fuera menor)  
Fecha de nacimiento  
Número de seguridad social\*

\*Si se conoce

### **B. Datos necesarios para verificar que el solicitante sea una Persona Admisible:**

Recibos de sueldo correspondientes al último periodo mensual  
Constancia de indemnización por desempleo  
Constancia de percepción de beneficios federales o estatales  
Cuenta bancaria o estados de inversión  
Autocertificación con certificación notarial como constancia de los ingresos percibidos

3. *¿Cómo llenar la Solicitud?* La Solicitud debe ser completada por la Persona Admisible o su tutor legal. Si tiene alguna pregunta con respecto al llenado de la Solicitud o precisa ayuda para hacerlo, por favor comuníquese con el Departamento de Servicios Comerciales del Paciente del Hospital a los números de teléfono y domicilios consignados más abajo.

4. *Presentación de la Solicitud.* La Solicitud debe ser enviada al Asesor de Asistencia Financiera del Departamento de Servicios Comerciales del Paciente a los números de teléfono y domicilios consignados más abajo.
5. *Cita con el Asesor de Asistencia Financiera.* Ya sea cuando complete la Solicitud, o una vez que la haya completado y presentado, el solicitante debe concertar una cita de evaluación telefónica o personal con el Departamento de Servicios Comerciales del Paciente al número de teléfono que se consigna más abajo para concertación de citas. Al momento de la evaluación, se asignará para cada solicitante un Asesor de Asistencia Financiera, quien tendrá a su cargo ella tramitación de la Solicitud.
6. *Solicitudes incompletas.* Si el Hospital recibe una Solicitud incompleta, deberá notificar al solicitante por escrito, dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción, mediante correo postal, al domicilio del solicitante que conste en los registros del Hospital. La notificación detallará la información faltante. El solicitante contará con treinta (30) días adicionales para presentar dicha información faltante o bien llamar a Servicios Comerciales del Paciente para analizar junto con el Asesor de Asistencia Financiera toda la información incompleta que deba facilitar.

## **CÓMO SE DECIDE SI UNA PERSONA ES ADMISIBLE PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA Y EL MONTO DE DICHA ASISTENCIA.**

El Hospital seguirá los procedimientos que se enumeran a continuación al revisar una Solicitud. Las decisiones se harán según cada caso en particular y serán tramitadas de la siguiente manera:

1. *Admisibilidad.* El Hospital decidirá si el interesado reúne la Condición de Seguros y la Condición de Ingresos, conforme se describe anteriormente, y es, por ende, una Persona Admisibile, según el contenido de la Solicitud.
2. *Monto de la asistencia financiera.* Suponiendo que se decida que el solicitante es una Persona Admisibile (es decir, que reúne los requisitos para percibir asistencia financiera), el Hospital pasará a decidir el monto de dicha asistencia.
  - A. **Escala variable para determinar la obligación de la Persona Admisibile.** En primer lugar, el Hospital deberá determinar el monto por el que cada Persona Admisibile sería responsable antes de aplicar la asistencia financiera. Ello se denomina “Obligación de la Persona Admisibile” y se aplica de la siguiente manera:
    - i. En el caso de Personas Admisibles sin cobertura, los cargos de cuenta brutos constituyen la Obligación de la Persona Admisibile.
    - ii. En el caso de Personas Admisibles con cobertura insuficiente, la suma de las obligaciones de deducible, copago y coseguro de la Persona Admisibile constituye la Obligación de la Persona Admisibile.

B. **Determinación del descuento aplicable a la Obligación de la Persona Admisible.** El descuento que se aplicará a la Obligación de la Persona Admisible se determinará de acuerdo con la siguiente escala variable; los descuentos indicados se aplicarán a la Obligación de la Persona Admisible, según su nivel de ingresos:

GPF de 250% e inferior	Descuento del 100%
GPF de 251%-300%	Descuento del 90%
GPF de 301%-350%	Descuento del 80%
GPF de 351%-399%	Descuento del 70%
GPF de 400%	Descuento del 60%

C. **Limitaciones a los montos por cobrar - Las personas no admisibles no pagarán más que los montos generalmente facturados (“MGF”).** Más allá del nivel de descuento determinado más arriba, en ningún caso se le cobrará a una Persona Admisible más que los montos generalmente facturados (“MGF”) por los Servicios Admisibles. El Hospital calcula sus MGF con una periodicidad anual empleando el método retroactivo sobre la base de las tarifas del seguro de salud comercial y Medicare. El monto neto por facturar a una Persona Admisible se determinará (i) calculando los cargos brutos por los servicios prestados al paciente y (ii) aplicando el descuento correspondiente, según se indica más arriba. Los cálculos de los MGF vigentes se facilitan a través del sitio web del Hospital <https://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/> y se pueden enviar por correo sin cargo a todo aquel que la solicite. También puede solicitar una copia de los cálculos de los MGF vigentes por correo electrónico dirigido a nuestro Departamento de Servicio de Atención al Cliente en [CustomerServiceR@stamhealth.org](mailto:CustomerServiceR@stamhealth.org), o llamando a Servicio de Atención al Cliente al número (203) 276-7572, enviando un fax al (203) 276-7093 o personalmente en: Servicios Comerciales del Paciente, 1351 Washington Blvd, piso 7, Stamford CT, 06902. El cálculo de los MGF se encuentra disponible en los idiomas de cada una de las poblaciones con competencias limitadas de inglés que sean significativas dentro de la comunidad que atiende el Hospital.

*3. Notificación de la decisión/Apelación de la denegatoria.* El Hospital contará con treinta (30) días a partir de la recepción de la Solicitud completa para tomar una decisión sobre la admisibilidad y el nivel de asistencia financiera, de corresponder. Todas las notificaciones o comunicaciones que efectúe el Hospital en virtud de esta Política deben ser cursadas por correo electrónico u otros medios de comunicación electrónica si el interesado ha indicado que prefiere recibir notificaciones y comunicaciones por medios electrónicos.

A. **Notificación de aprobación.** Después de recibir una Solicitud completa y decidir brindar la asistencia financiera solicitada, el Hospital enviará o dará a la Persona Admisible o su tutor legal una carta de aprobación de asistencia financiera, junto con una tarjeta de identificación de PAF en la que se indique la siguiente información:

Fecha de la decisión

Nombre del paciente

Número de historia clínica del paciente

Fecha de entrada en vigencia

Decisión sobre admisibilidad (aprobada/rechazada) por parte de la persona competente

Porcentaje de descuento aprobado

**B. Notificación de la denegatoria.** Después de recibir una Solicitud completa y decidir denegar la asistencia financiera solicitada, el Hospital enviará o dará a la Persona Admisible o su tutor legal una carta de denegatoria de asistencia financiera en la que detallará los motivos de la denegatoria.

El Hospital deberá archivar copias de las notificaciones (aprobación o denegatoria) junto con la Solicitud presentada.

**4. *Apelación.*** Los pacientes pueden apelar la denegación de la asistencia financiera, así como el nivel de asistencia ofrecida. Los pacientes pueden iniciar una apelación llamando, enviando un correo electrónico o dirigiendo un escrito a su Asesor Financiero asignado, o bien concertando una cita presencial en el Departamento de Servicios Comerciales del Paciente. Si el paciente presenta una apelación, el personal del Departamento de Servicios Comerciales del Paciente volverá a revisar la documentación del interesado, incluido todo el material nuevo que se haya presentado, documentará nuevamente su aprobación o su denegatoria, y notificará al interesado de acuerdo con esta sección, dentro de treinta (30) días posteriores a la presentación de la apelación.

## **UNA VEZ EMITIDA LA APROBACIÓN DEFINITIVA**

1. ***Vigencia de la asistencia financiera.*** Las Personas Admisibles permanecerán en el nivel de asistencia determinada (sin necesidad de realizar ninguna acción adicional) durante un (1) año a partir de la fecha que resulte posterior de las siguientes: la fecha de la decisión inicial o la fecha de decisión tras la finalización de la apelación, de corresponder.

Sin perjuicio de lo anterior:

**A. Cambio negativo en las circunstancias.** Si se produjera un cambio en las circunstancias debido al cual la Persona Admisible considera que necesitará asistencia financiera adicional, podrá volver a solicitarla durante el plazo de un (1) año y, de corresponder, se le brindará dicha asistencia adicional en virtud de la Póliza.

**B. Cambio positivo en las circunstancias.** Se prevé que las circunstancias de una Persona Admisible que sea beneficiaria de asistencia financiera experimenten cambios sustanciales (por ejemplo, que

pase a tener cobertura de salud). En ese caso, la Persona Admisible deberá notificar al Departamento de Servicios Comerciales del Paciente al número de teléfono consignado más abajo para que pueda tenerse en cuenta en el futuro. Dichos cambios positivos en las circunstancias no se aplicarán para reducir la asistencia financiera ya otorgada. Para mayor claridad, las Personas Admisibles no precisan informar cambios menores en sus circunstancias, sino solo aquellos que significarían un impacto claro en la decisión de asistencia financiera de forma anticipada.

2. *Información engañosa.* Si el Hospital toma conocimiento de que un solicitante de asistencia financiera ha suministrado información falsa o engañosa en la tramitación de su Solicitud, tomará en cuenta dicha información al volver a revisarla o al evaluar la prolongación de la admisibilidad.
3. *Planes de pago.* Se permite el uso de planes de pago para cancelar Obligaciones de la Persona Admisible. Dichos planes tendrán una vigencia máxima de 1 año, pero se pueden evaluar excepciones en cada caso en particular. No se cobrarán intereses en virtud de un plan de pago.
4. *Programas caritativos de terceros.* Si una Persona Admisible fue referida al Hospital a través de un programa de divulgación caritativo de un tercero que cuente con reconocimiento y que ofrezca condiciones distintas a las anteriores, el Hospital podrá participar en dicho programa y esta Política se considerará modificada según corresponda.

## **GESTIONES TENDIENTES AL COBRO**

**Todas las gestiones del Hospital tendientes a lograr el cobro se describen y explican en la Política de Facturación y Cobros. Asimismo, la Política de Facturación y Cobros se facilita a través del sitio web del Hospital <https://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap/> y se puede enviar por correo sin cargo a todo aquel que la solicite. Para aquellos casos en los que el solicitante no hable inglés o apenas se comunique en dicho idioma, la documentación mencionada se encuentra disponible en los idiomas de cada una de las poblaciones con competencias limitadas de inglés que sean significativas dentro de la comunidad que atiende el Hospital.**

## **ELEVACIÓN DE INFORMES Y CUMPLIMIENTO**

El Hospital elevará los informes solicitados al Estado de Connecticut en relación con el Programa.

Un empleado autorizado del Hospital se encarga de efectuar revisiones de las decisiones y determinaciones que se hagan en virtud del Programa para garantizar el cumplimiento de esta Política y de la Política de Facturación y Cobros.

## **INFORMACIÓN DE CONTACTO**

Si desea obtener más información sobre el Programa de Asistencia Financiera o pedir una Solicitud de asistencia financiera, comuníquese con el Departamento de Servicios Comerciales del Paciente al domicilio y número de teléfono consignados más abajo para hablar con un Asesor de Asistencia Financiera. Si así se solicitase, se facilitarán traducciones a los idiomas de cada una de las poblaciones con competencias limitadas de inglés que sean significativas dentro de la comunidad que atiende el Hospital.

### **DEPARTAMENTO DE SERVICIOS COMERCIALES DEL PACIENTE**

Departamento de Servicios Comerciales del Paciente del Stamford Hospital  
1351 Washington Boulevard, piso 7  
Stamford, Connecticut 06902

Teléfono: (203) 276-7572

Fax: (203) 276-7093

Correo electrónico: [CustomerServiceR@stamhealth.org](mailto:CustomerServiceR@stamhealth.org)



## **FINANCIAL ASSISTANCE POLICY**

### **PURPOSE**

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

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

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

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

## SCOPE AND APPLICABILITY

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

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

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

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

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

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

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

---

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

## THE APPLICATION PROCESS

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

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

A. **To identify the applicant:**

Date of Request  
Name  
Address  
Telephone number  
Requested by (parent or guardian if patient is a minor)  
Date of birth  
Social Security number\*

\*If available

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

Pay stubs from the most current available one-month period  
Proof of unemployment compensation  
Proof of any Federal or State benefits  
Bank account or investment statements  
Notarized Self-Attestation as proof of income

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

number and address set forth below.

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

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

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

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

Eligible Individual.

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

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

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

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

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

Date of determination

Patient's name

Patient's medical record number

Effective Date

Eligibility Determination (Approve/Denied) by appropriate designee

Amount approved for discount

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

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

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

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

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

Notwithstanding the foregoing:

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

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



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

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

## **COLLECTION ACTIVITIES**

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

## **REPORTING AND COMPLIANCE**

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

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

## **CONTACT INFORMATION**

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

### **PATIENT BUSINESS SERVICES DEPARTMENT**

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

Telephone: (203) 276-7572

Fax: (203) 276-7093

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