

POLITYKA POMOCY FINANSOWEJ

CEL

Celem niniejszej Polityki („**Polityka**” lub „**FAP**”) jest przedstawienie Programu Pomocy Finansowej („**Program**” Szpitala Stamford („**Szpital**”). Program ten został zaaprobowany w celu zapewnienia, że wszystkie podania o pomoc finansową zostały uwzględnione i rozpatrzone konsekwentnie i sprawiedliwie, zgodnie z misją Szpitala polegającą na zapewnieniu szerokiego zakresu usług zdrowotnych wysokiej jakości ukierunkowanych na potrzeby naszej społeczności.

POWIADOMIENIE O POLITYCE I WNIOSKU ORAZ ICH ROZPOWSZECHNIENIE

Spółeczność zostanie powiadomiona o niniejszej Polityce i uzyska do niej dostęp w następujący sposób:

1. *Doręczanie Streszczenia podczas rejestracji na Oddziale Ratunkowym.* Podczas rejestracji na Oddziale Ratunkowym wszystkim pacjentom oferuje się kopię streszczenia Polityki w języku potocznym („**Summary**”), które jest również udostępniane na żądanie. Streszczenie zawiera informacje o tym, w jaki sposób pacjenci mogą otrzymać pełną wersję Polityki, formularz Wniosku FAP („**Wniosek**”) oraz dodatkowe informacje o Programie. Streszczenie powinno być również umieszczone na ogólnodostępnych ekranach w różnych miejscach na terenie Szpitala, w tym, przynajmniej w Izbie Przyjęć, Oddziałach Ratunkowych oraz w poczekalniach.
2. *Rozpowszechnianie dla społeczności* Szpital poinformuje społeczność o Polityce i Programie w sposób umożliwiający dotarcie do osób, którym najprawdopodobniej potrzebna będzie pomoc Finansowa ze strony Szpitala (np. poprzez dystrybucję egzemplarzy Streszczenia w klinikach stowarzyszonych ze Szpitalem). Jak wspomniano powyżej, Szpital udostępni Politykę, Wniosek oraz Streszczenie w swojej witrynie Internetowej. Dokumenty te są również bezpłatnie dostarczane na żądanie drogą pocztową.
3. *Powiadomienie na zestawieniach rozliczeniowych* Szpital dołącza do zestawień rozliczeniowych ulotki, w których na widocznym miejscu znajduje się informacja o możliwości uzyskania pomocy finansowej w ramach Programu. Tego rodzaju powiadomienia zawierają numer telefonu do Działu Obsługi Interesów Pacjenta Szpitala (który dostarczy informacji na temat Programu oraz procedury składania wniosków o FAP), oraz bezpośredni adres witryny internetowej (czyli URL), w której można uzyskać kopię Polityki, Wniosku oraz Streszczenia.

ZAKRES I ZASTOSOWANIE

1. *Kto kwalifikuje się do otrzymania pomocy finansowej? ("Osoby Uprawnione")?*

W celu zakwalifikowania się do wzięcia udziału w Programie, dana osoba musi spełniać oba następujące kryteria:

- A. Osoba ta musi być nieubezpieczona lub niewystarczająco ubezpieczona i niekwalifikująca się do korzystania z federalnego lub stanowego programu lub kwalifikowanego planu zdrowotnego dostępnego poprzez Ustawę o przystępnej Opiece Zdrowotnej (Affordable Care Act) („**Kryteria ubezpieczeniowe**”)¹; oraz
- B. Dana osoba musi mieć roczny dochód brutto gospodarstwa domowego, nieprzekraczający 400% aktualnych wytycznych Departamentu Zdrowia i Usług Społecznych Stanów Zjednoczonych dotyczących federalnego poziomu ubóstwa („**FPG**”) dla wielkości jego/jej rodziny („**Kryteria dochodowe**”).

Osoby spełniające Kryteria ubezpieczeniowe oraz Kryteria dochodowe nazywane są w niniejszym dokumencie „Osobami Uprawnionymi”.

2. *Na jakiego rodzaju usługi Osoby Uprawnione mogą otrzymać Pomoc Finansową w ramach Programu?*

- A. **Kwalifikujące się usługi.** Pomoc finansowa jest dostępna w celu zredukowania obciążenia finansowego Uprawnionych Osób, będącego wynikiem usług w nagłych przypadkach i usług medycznie uzasadnionych („**Kwalifikujące się usługi**”). Zabiegi kosmetyczne, leczenie eksperymentalne oraz usługi dla wygody pacjenta nie są uważane za nagłe i medycznie uzasadnione w ramach Programu i z tego względu nie stanowią Kwalifikujących się usług. Szpital zapewni, bez dyskryminacji, opiekę w nagłych przypadkach, bez względu na to czy dane osoby są Osobami Uprawnionymi czy też nie. Szpital nie będzie podejmował działań, które zniechęcają osoby do ubiegania się o pomoc medyczną w nagłych wypadkach.

Kwalifikujący się Usługodawcy Program zapewnia pomoc finansową w zakresie świadczenia Kwalifikujących się usług na rzecz Uprawnionych Osób przez Szpital oraz niektórych innych usługodawców Kwalifikujących się usług w Szpitalu. Wykaz tych usługodawców oraz tych, którzy nie są objęci niniejszą Polityką znajduje się w witrynie internetowej Szpitala <http://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap> („**Patrz: Usługodawcy**”) Wykaz ten będzie okresowo weryfikowany i poprawiany.

¹ Dla wyjaśnienia, osoby, które kwalifikują się do jakiejkolwiek formy ubezpieczenia, ale nie złożyły lub nie chcą złożyć wniosku, nie są Osobami Uprawnionymi w ramach niniejszej Polityki, pod warunkiem jednak, że zgodnie z Ustawą Publiczną Connecticut 03-266, wszystkie osoby nieubezpieczone (zgodnie z definicją Ustawy), które nie są Osobami Uprawnionymi, ale których dochody (bez uwzględnienia dostępnych aktywów) są niższe niż 250% federalnego poziomu ubóstwa (FPG), nie zostaną obciążone opłatą wyższą niż koszty Szpitala za świadczenie usług na rzecz pacjenta.

PROCES WNIOSKOWANIA

Z wyjątkiem sytuacji opisanych na końcu niniejszej Polityki, ustalenie uprawnienia do uzyskania pomocy finansowej oraz kwota tej pomocy nastąpi po złożeniu wypełnionego Wniosku o pomoc finansową wraz z wymaganą dokumentacją.

1. *Składanie Wniosku* Wniosek o udzielenie pomocy finansowej można złożyć w każdej chwili. Oznacza to, że osoba indywidualna może zwrócić się o pomoc finansową przed, podczas oraz po uzyskaniu usług, a nawet po wszczęciu postępowania przeciw tej osobie przez firmę windykacyjną. Wstępne prośby o pomoc finansową można składać na piśmie lub telefonicznie. Gdy osoba indywidualna zwróci się o pomoc finansową, należy ją poinformować o niniejszej Polityce i przesłać jej egzemplarz Wniosku oraz Streszczenia. Jeśli dana osoba posługuje się językiem angielskim w ograniczonym zakresie lub nie zna go wcale, dokumenty te zostaną dostarczone w każdym języku, którym posługuje się każda znacząco liczna grupa ludności o ograniczonej znajomości języka angielskiego w społeczności obsługiwanej przez szpital.
2. *Treść Wniosku* Wniosek wymaga podania następujących informacji:

A. **W celu identyfikacji wnioskodawcy:**

Data zgłoszenia wniosku
Imię i nazwisko
Adres
Numer telefonu
Osoba zgłaszająca (rodzic lub opiekun, jeśli pacjent jest małoletni)
Data urodzenia
Numer ubezpieczenia społecznego*

*jeśli jest

B. **W celu zweryfikowania, że wnioskodawca jest Uprawnioną Osobą:**

Najbardziej aktualne odcinki wypłaty za okres jednego miesiąca
Dowód otrzymywania zasiłku dla bezrobotnych
Dowód otrzymywania jakichkolwiek świadczeń federalnych lub stanowych
Wyciągi z kont bankowych lub inwestycji
Własne, potwierdzone notarialnie oświadczenie, jako dowód zarobków

3. *Wypełnianie Wniosku* Wniosek może być wypełniony przez daną Osobę Uprawnioną lub jej opiekuna prawnego. W razie jakichkolwiek pytań dotyczących wypełnienia Wniosku lub w razie potrzeby uzyskania pomocy w jego wypełnieniu, prosimy o kontakt z Działem Obsługi Interesów Pacjenta Szpitala pod numerem telefonu i adresem podanym poniżej.
4. *Składanie Wniosku* Wniosek należy złożyć do pracownika ds. pomocy finansowej w Dziale Obsługi Interesów Pacjenta pod numerem telefonu i adresem podanymi poniżej.

5. *Spotkanie z pracownikiem ds. pomocy finansowej* W trakcie wypełniania lub po wypełnieniu i złożeniu Wniosku, wnioskodawca musi umówić się na telefoniczną lub osobistą wizytę kontrolną w Dziale Obsługi Interesów Pacjenta pod numerem telefonu podanym poniżej w celu ustalenia wizyty kontrolnej. Podczas wizyty kontrolnej każdemu wnioskodawcy przydzielony zostanie pracownik ds. pomocy finansowej, który będzie odpowiedzialny za rozpatrzenie Wniosku.
6. *Jeśli Wniosek jest niekompletny* Jeżeli Szpital otrzyma niekompletny Wniosek, w ciągu trzydziestu (30) dni od daty jego otrzymania, powiadomi o tym fakcie wnioskodawcę na piśmie tradycyjną drogą pocztową na adres, który Szpital posiada w aktach wnioskodawcy. Zawiadomienie wyszczególni niezbędne brakujące informacje. Wnioskodawca będzie miał przynajmniej trzydzieści (30) dodatkowych dni na dostarczenie brakujących informacji, lub może skontaktować się telefonicznie z Działem Obsługi Interesów Pacjenta by przedyskutować brakujące informacje z przydzielonym pracownikiem ds. Pomocy Finansowej.

USTALENIE UPRAWNIENIA DO POMOCY FINANSOWEJ ORAZ JEJ KWOTY

Podczas rozpatrywania Wniosku Szpital będzie postępować zgodnie z procedurą podaną poniżej. Decyzje podejmowane będą w każdym przypadku indywidualnie, lecz zgodnie z następującymi zasadami:

1. *Uprawnienie* Szpital ustali czy dana osoba spełnia Kryteria Ubezpieczeniowe oraz Kryteria dochodowe opisane powyżej, a zatem czy jest Osobą Uprawnioną, w oparciu o treść Wniosku.
2. *Kwota Pomocy Finansowej* Przyjmując, że dana osoba zakwalifikuje się jako Osoba Uprawniona (kwalifikująca się do otrzymania pomocy finansowej), Szpital określi następnie kwotę udzielanej pomocy.

A. **Ruchoma skala w celu określenia kwalifikującego się indywidualnego zobowiązania.** Po pierwsze, Szpital określi kwotę, za którą Osoba Uprawniona będzie odpowiedzialna przed zastosowaniem pomocy finansowej. Jest to określane jako „**Zobowiązanie Uprawnionej Osoby**” w następujący sposób:

- i. W przypadku nieubezpieczonych Uprawnionych Osób, Zobowiązanie Uprawnionej Osoby jest równe roszczeniom na koncie brutto.
- ii. W przypadku niewystarczająco ubezpieczonych Uprawnionych Osób, Zobowiązanie Uprawnionej Osoby stanowi sumę wszelkich wkładów własnych, współpłaty i współubezpieczeń Uprawnionej Osoby.

B. **Ustalenie Zniżki od Zobowiązania Uprawnionej Osoby.** Zniżki stosowane wobec Zobowiązań Uprawnionych Osób będą ustalone według poniższej skali ruchomej; wskazane zniżki będą stosowane do Zobowiązań Uprawnionych Osób, w zależności od poziomu dochodów:

250% federalnego poziomu ubóstwa (FPG) i poniżej	zniżka 100%
251% - 300% federalnego poziomu ubóstwa (FPG)	zniżka 90%
301% - 350% federalnego poziomu ubóstwa (FPG)	zniżka 80%
351% - 399% federalnego poziomu ubóstwa (FPG)	zniżka 70%
400% federalnego poziomu ubóstwa (FPG)	zniżka 60%

C. **Ograniczenie wysokości naliczanych kwot - Żadna Uprawniona Osoba nie może być obciążona kwotą wyższą niż Kwoty Ogólnie Naliczane („AGB”).** Bez względu na poziom zniżki określony powyżej, w żadnym wypadku Uprawniona Osoba nie zostanie obciążona kwotą wyższą niż Kwoty Ogólnie Naliczane („AGB”) za Kwalifikujące się Usługi. Szpital oblicza swój wskaźnik AGB w ujęciu rocznym, stosując metodę „Look Back” na podstawie stawek komercyjnego ubezpieczenia zdrowotnego i Medicare. Kwota netto, którą należy rozliczyć z Uprawnioną Osobą, zostanie określona poprzez (i) obliczenie opłat brutto za usługi wyświadczone na rzecz pacjenta oraz (ii) zastosowanie odpowiedniej zniżki, jak wspomniano powyżej. Dokument zawierający aktualne obliczenia AGB jest dostępny w witrynie internetowej Szpitala <https://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap> oraz bezpłatnie drogą pocztową. Można również poprosić o przesłanie kopii aktualnych obliczeń AGB wysyłając email do naszego Działu Obsługi Klienta na adres CustomerServiceR@stamhealth.org, telefonując do działu Obsługi Klienta pod numer (203) 276-7572, wysyłając faks pod numer (203) 276-7093 lub osobiście w: Patient Business Services, 1351 Washington Blvd, 7th Floor, Stamford CT, 06902. Obliczenia AGB dostępne są w każdym języku, którym posługuje się każda znacząco liczna grupa ludności o ograniczonej znajomości języka angielskiego w społeczności obsługiwanej przez Szpital.

3. *Zawiadomienie o ustaleniu/odwołanie od decyzji odmownej* Ustalenie przez Szpital uprawnienia do uzyskania pomocy finansowej oraz jej poziomu nastąpi w ciągu 30 dni od otrzymania całkowicie wypełnionego Wniosku. Wszelkie pisemne powiadomienia oraz informacje przekazywane przez szpital na mocy niniejszych zasad mogą być przesyłane pocztą elektroniczną lub za pomocą innej elektronicznej wymiany informacji, jeśli dana osoba zaznaczy, że woli otrzymywać powiadomienia i informacje drogą elektroniczną.

A. **Zawiadomienie o przyznaniu** Po rozpatrzeniu wypełnionego Wniosku i podjęciu decyzji o przyznaniu pomocy finansowej, Szpital wyśle lub przekaze Osobie Uprawnionej lub jej opiekunowi prawnemu List o Przyznaniu Pomocy Finansowej wraz z kartą identyfikacyjną FAP, zawierającą następujące informacje:

Data wydania decyzji

Imię i nazwisko pacjenta

Numer karty pacjenta

Data wejścia w życie

Ustalenie uprawnienia (przyznano/odmówiono) przez odpowiednią upoważnioną osobę

Przyznana kwota zniżki

B. **Zawiadomienie o odmowie**. Po rozpatrzeniu wypełnionego Wniosku i podjęciu decyzji o odmowie przyznania pomocy finansowej, Szpital wyśle lub przekaże Osobie Uprawnionej lub jej opiekunowi prawnemu List Odmawiający Przyznania Pomocy Finansowej określający przyczynę odmowy.

Szpital złoży do akt kopie zawiadomień (odmownych lub zatwierdzających) wraz z wypełnionym Wnioskiem.

4. ***Proces apelacji***. Pacjenci mogą złożyć odwołanie od odmowy udzielenia pomocy finansowej oraz co do poziomu oferowanej pomocy. Pacjenci mogą złożyć odwołanie dzwoniąc, wysyłając e-mail, lub pisząc do przydzielonego im pracownika ds. pomocy finansowej, lub umawiając się na osobiste spotkanie w Dziale Obsługi Interesów Pacjenta. Jeśli pacjent złoży odwołanie, pracownicy Działu Obsługi Interesów Pacjenta dokonają ponownego przeglądu dokumentacji pacjenta, włącznie z nowo przedstawionymi materiałami i ponownie udokumentują zatwierdzenie lub odrzucenie i powiadomią pacjenta zgodnie z tym paragrafem w ciągu trzydziestu (30) dni od złożenia odwołania.

PO WYDANIU OSTATECZNEGO ZATWIERDZENIA

1. ***Czas trwania Pomocy Finansowej*** Osoby Uprawnione pozostają uprawnione do pomocy na określonym poziomie (bez konieczności podejmowania dalszych działań) przez okres jednego (1) roku od późniejszej z następujących dat: daty wstępnego ustalenia lub daty ustalenia po zakończeniu postępowania odwoławczego, jeżeli odwołanie zostało złożone.

Niezależnie od powyższego:

A. **Negatywne zmiany okoliczności**. W przypadku zmiany okoliczności, w związku z którą Osoba Uprawniona uważa, że potrzebna jest jej dodatkowa pomoc finansowa, Osoba Uprawniona może ponownie wystąpić o pomoc finansową w okresie jednego (1) roku i może otrzymać dodatkową pomoc finansową w ramach Polityki, jeżeli ma to zastosowanie.

B. **Pozytywna zmiana okoliczności**. Oczekuje się, że jeśli u Osoby Uprawnionej otrzymującej pomoc finansową nastąpi istotna zmiana okoliczności (jak np. zmiana statusu z nieubezpieczonego na ubezpieczonego), Osoba Uprawniona powiadomi Dział Obsługi Interesów Pacjenta pod numerem telefonu podanym poniżej, aby można było to uwzględnić w przyszłości. Tego rodzaju pozytywne zmiany okoliczności nie wpłyną na zmniejszenie jakiegokolwiek uprzednio przyznanej pomocy finansowej. Dla wyjaśnienia, Osoby Uprawnione nie muszą zgłaszać drobnych zmian okoliczności, ale raczej muszą zgłaszać tylko te zmiany, które w sposób oczywisty wpłynęłyby na określenie pomocy finansowej w przyszłości.

2. ***Podanie fałszywych lub wprowadzających w błąd informacji*** Jeśli Szpital stwierdzi, że wnioskodawca starający się o pomoc finansową podał istotnie fałszywe lub wprowadzające w błąd informacje przy złożeniu Wniosku, informacje te mogą być wzięte przez Szpital

pod uwagę podczas rozpatrywania Wniosku lub przy ustalaniu dalszych uprawnień do korzystania z pomocy finansowej.

3. *Plany Splat*. Dozwolone jest korzystanie z planów splat w celu zapłaty Zobowiązań Uprawnionych Osób. W ramach tego planu, spłacanie miesięcznych rat nie powinno trwać dłużej niż 1 rok; dopuszcza się możliwość wyjątków w zależności od indywidualnych przypadków. W ramach planu splat ratalnych nie będą pobierane żadne odsetki.
4. *Programy Charytatywne Stron Trzecich* Jeśli Uprawniona Osoba zostanie skierowany do Szpitala poprzez uznany program pomocy charytatywnej strony trzeciej, który oferuje warunki różniące się od tych przedstawionych powyżej, Szpital może uczestniczyć w tym programie, a do niniejszej Polityk zostaną wprowadzone niezbędne poprawki.

DZIAŁANIA WINDYKACYJNE

Działania windykacyjne Szpitala zostały podane i wyjaśnione w Polityce Rozliczania i Windykacji. Polityka Rozliczania i Windykacji jest dostępna w witrynie internetowej Szpitala <https://stamfordhealth.org/patients-visitors/fap> oraz, bezpłatnie, drogą pocztową. Jeśli dana osoba posługuje się językiem angielskim w ograniczonym zakresie lub nie zna go wcale, dokumenty te zostaną dostarczone w każdym języku, którym posługuje się każda znacząco liczna grupa ludności o ograniczonej znajomości języka angielskiego w społeczności obsługiwanej przez szpital.

SPRAWOZDAWCZOŚĆ I ZGODNOŚĆ

Szpital będzie składał wymagane raporty do stanu Connecticut w odniesieniu do Programu.

Upoważniony pracownik Szpitala przeprowadza okresowe przeglądy ustaleń Programu w celu zapewnienia zgodności z niniejszą Polityką oraz Polityką Rozliczeń i Windykacji.

INFORMACJE KONTAKTOWE

Aby uzyskać dalsze informacje na temat Programu Pomocy Finansowej lub zwrócić się z prośbą o Wniosek o pomoc finansową, proszę skontaktować się z Działem Obsługi Interesów Pacjenta pod adresem i numerem telefonu podanym poniżej w celu przeprowadzenia rozmowy z pracownikiem ds. pomocy finansowej. Tłumaczenie na każdy język obcy, którym posługuje się każda znacząco liczna grupa ludności o ograniczonej znajomości języka angielskiego w społeczności obsługiwanej przez szpital, zostanie zapewnione na życzenie.

PATIENT BUSINESS SERVICES DEPARTMENT

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

Telefon: 203-276-7572

Faks: (203) 276-7093

Adres e-mail: CustomerServiceR@stamhealth.org

FINANCIAL ASSISTANCE POLICY

PURPOSE

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

NOTICE AND DISSEMINATION OF THE POLICY AND APPLICATION

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

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

SCOPE AND APPLICABILITY

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

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

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

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

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

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

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

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

THE APPLICATION PROCESS

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

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

A. **To identify the applicant:**

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

*If available

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

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

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

number and address set forth below.

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

DETERMINING ELIGIBILITY FOR AND AMOUNT OF FINANCIAL ASSISTANCE

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

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

Eligible Individual.

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

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

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

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

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

Date of determination

Patient's name

Patient's medical record number

Effective Date

Eligibility Determination (Approve/Denied) by appropriate designee

Amount approved for discount

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

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

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

ONCE A FINAL APPROVAL HAS BEEN ISSUED

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

Notwithstanding the foregoing:

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

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

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

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

COLLECTION ACTIVITIES

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

REPORTING AND COMPLIANCE

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

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

CONTACT INFORMATION

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

PATIENT BUSINESS SERVICES DEPARTMENT

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

Telephone: (203) 276-7572

Fax: (203) 276-7093

Email address: CustomerServiceR@stamhealth.org