

Polityka pomocy finansowej

1. POLITYKA:

- Podstawowym celem NorthShore – Edward-Elmhurst Health (NS-EEH) jest zapewnianie wysokiej jakości opieki zdrowotnej oraz świadczeń zdrowotnych, które w sposób skuteczny i wydajny spełniają potrzeby zarówno pacjentów indywidualnych, jak i całych rodzin wchodzących w skład społeczności, którym służy NS-EEH. Do celów niniejszej polityki określenie NS-EEH oznacza szpitale prowadzące działalność o celu niezarobkowym: Evanston Hospital, Glenbrook Hospital, Highland Park Hospital oraz Skokie Hospital (zwane łącznie dalej „NorthShore”), Swedish Hospital, Northwest Community Hospital (NCH), Edward Hospital, Elmhurst Hospital i Linden Oaks Hospital (zwane łącznie dalej „EEH”). Różnice w politykach odnoszące się do konkretnych szpitali, jeżeli w ogóle wystąpią, zostaną przedstawione oddzielnie.
- Zgodnie z kluczowymi dla organizacji NS-EEH wartościami, jakimi są współczucie oraz najlepsze praktyki w zakresie opieki zdrowotnej, polityką NS-EEH jest zapewnianie pacjentom w potrzebie odpowiedniej pomocy finansowej. Co więcej, celem tej Polityki pomocy finansowej (Financial Assistance Policy, FAP) jest zapewnienie ram udzielania przez NS-EEH takiej pomocy pacjentom wymagającym opieki zdrowotnej w nagłych wypadkach lub niezbędnej z medycznego punktu widzenia, będącym członkami społeczności, którym służymy.
- Ta polityka określa konkretne kryteria oraz proces składania wniosków, które umożliwiają przyznawanie przez NS-EEH pomocy finansowej osobom, których trudna sytuacja finansowa uniemożliwia pokrycie pełnych kosztów usług medycznych. Należy pamiętać, że niektóre osoby jednoznacznie kwalifikują się do korzystania z usług medycznych bezpłatnie (patrz Część 4.E).
- Niniejsza polityka odnosi się do wszelkiej opieki medycznej w nagłych wypadkach lub niezbędnej z medycznego punktu widzenia świadczonej przez szpital NS-EEH. Polityka ta nie jest wiążąca dla dostawców usług medycznych spoza szpitala. W **załączniku 1** do Polityki FAP można znaleźć informacje na temat dostawców usług medycznych w nagłych wypadkach lub innych usług uzasadnionych z medycznego punktu widzenia na terenie szpitala, których koszty są pokrywane w ramach tej polityki, oraz listę dostawców usług medycznych, których koszty nie są pokrywane w ramach tej polityki. Należy pamiętać, że koszty usług świadczonych przez dostawców są pokrywane wyłącznie w przypadku, gdy pacjent kwalifikuje się do otrzymania pomocy finansowej zgodnie z zasadami tej polityki. **Załącznik 1** można pobrać z Internetu lub otrzymać bezpłatnie na życzenie w formie papierowej w lokalizacjach wymienionych w Części 4.I niniejszej polityki.
- NS-EEH może wykluczyć z tej polityki usługi, których koszty są pokrywane w ramach programu ubezpieczeniowego w placówce innego dostawcy usług medycznych oraz nie są pokrywane w placówkach szpitalnych NS-EEH, po uprzednim dostarczeniu pacjentowi informacji na temat ograniczeń dotyczących zakresu programu ubezpieczeniowego i pod warunkiem zachowania zgodności z zasadami określonymi w federalnej ustawie o ratownictwie medycznym i opiece medycznej podczas porodu (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA).
- Ta polityka opisuje kryteria, na podstawie których NS-EEH oblicza kwotę zniżki w ramach pomocy finansowej, jeżeli jej przyznanie jest możliwe, środki podejmowane przez NS-EEH w celu szerokiego nagłośnienia polityki FAP w ramach społeczności, którym służy NS-EEH, proces określania przez NS-EEH uprawnień do pomocy finansowej oraz proces składania wniosku o pomoc finansową. Działania, które NS-EEH może podejmować w przypadku braku płatności, opisano w osobnej **Polityce dotyczącej rozliczeń i odzyskiwania należności**. Treść tej polityki można pobrać z Internetu lub otrzymać bezpłatnie na życzenie w formie papierowej w lokalizacjach wymienionych w Części 4.I niniejszej polityki.
- Aby zakwalifikować się do uzyskania pomocy finansowej, konieczne jest wypełnienie i złożenie wniosku o pomoc finansową (w przypadku pacjentów, którzy nie kwalifikują się jednoznacznie) wraz ze wszelką wymaganą dokumentacją uzupełniającą. Wnioski o pomoc finansową należy składać przed upływem 240 dni od daty przesłania pierwszego zestawienia rachunku za usługi medyczne, w odniesieniu do których pacjent wnioskuje o pomoc finansową. Od tej zasady mogą obowiązywać wyjątki opisane w dalszej części tej polityki. Żadne postanowienie niniejszej polityki nie ma pierwszeństwa nad obowiązującymi aktualnie i w przyszłości przepisami prawa federalnego, stanowego lub lokalnego.

- Ostateczną decyzję w kwestii tego, czy szpital NS-EEH dołożył należytych starań w celu określenia kwalifikowalności pacjenta do pomocy w ramach FAP, podejmuje biuro NS-EEH Single Business Office, centrum finansowe Swedish Hospital Financial Services Center oraz jednostka doradztwa finansowego NCH Financial Counseling. Celem tej polityki jest zapewnianie korzyści społeczności NS-EEH zgodnie z wyznaczanymi przez NS-EEH wartościami, jakimi są współczucie oraz najlepsze praktyki w zakresie opieki zdrowotnej. Fakt istnienia niniejszej Polityki FAP nie oznacza kierowania do żadnych konkretnych pacjentów oferty pomocy finansowej ani nie wiąże się z tworzeniem żadnych umownych praw lub obowiązków. Treść niniejszej Polityki FAP może być aktualizowana przez NS-EEH według własnego uznania.
- Wszelkie zawarte w tym dokumencie zasady i procedury zachowują zgodność z przepisami stanu Illinois oraz częścią 501(r) amerykańskiego Kodeksu podatkowego oraz powiązanymi wytycznymi.

2. ZAKRES:

Niniejsza polityka odnosi się do wszelkiej opieki medycznej w nagłych wypadkach lub niezbędnej z medycznego punktu widzenia świadczonej przez szpital NS-EEH. Polityka ta nie jest wiążąca dla dostawców usług medycznych spoza szpitala. W **załączniku 1** do Polityki FAP można znaleźć informacje na temat dostawców usług medycznych w nagłych wypadkach lub innych usług uzasadnionych z medycznego punktu widzenia na terenie szpitala, których koszty są pokrywane w ramach tej polityki, oraz listę dostawców usług medycznych, których koszty nie są pokrywane w ramach tej polityki. Należy pamiętać, że koszty usług świadczonych przez dostawców są pokrywane wyłącznie w przypadku, gdy pacjent kwalifikuje się do otrzymania pomocy finansowej zgodnie z zasadami tej polityki. **Załącznik 1** można pobrać z Internetu lub otrzymać bezpłatnie na życzenie w formie papierowej w lokalizacjach wymienionych w Części 4.I niniejszej polityki.

3. DEFINICJE:

Dochód rodziny – suma otrzymywanych przez rodzinę rocznych zarobków i świadczeń gotówkowych pochodzących ze wszystkich źródeł, przed opodatkowaniem, pomniejszona o płatności w ramach świadczeń alimentacyjnych, podlegających zgłoszeniu do amerykańskiego Urzędu Skarbowego (United States Internal Revenue Service). Dochód rodziny obejmuje między innymi zarobki, świadczenia z tytułu bezrobocia, odszkodowania pracownicze, świadczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego, zapomogi uzupełniające (Supplemental Security Income, SSI), pomoc publiczną, świadczenia dla weteranów, świadczenia dla pozostających przy życiu członków rodziny, dochody z tytułu renty lub emerytury, odsetki, dywidendy, świadczenia alimentacyjne na rzecz osób dorosłych, świadczenia alimentacyjne na rzecz dzieci oraz dochód z innych źródeł.

Federalny próg ubóstwa (Federal Poverty Level, FPL) – poziom dochodu, który określa, że dana osoba znajduje się na progu ubóstwa. Poziom dochodów brany pod uwagę do obliczenia tej wartości różni się w zależności od wielkości rodziny. Wartość progu ubóstwa jest co roku aktualizowana przez Wydział Zdrowia i Usług Społecznych Stanów Zjednoczonych (United States Department of Health and Human Services) i publikowana w Rejestrze Federalnym (Federal Register). Do celów tej polityki próg ubóstwa wymieniony w niniejszych opublikowanych wytycznych odpowiada dochodowi brutto. Wartość FPL wykorzystywana do celów realizacji zasad niniejszej polityki będzie aktualizowana co roku. Wartości procentowe FPL można znaleźć w **załączniku 3** do niniejszej polityki FAP.

Jednoznaczna kwalifikowalność – określenie uprawnienia do otrzymywania pomocy finansowej przez nieubezpieczonego pacjenta na podstawie określonych kryteriów, które są uznawane za wystarczające do określenia jego uzasadnionej potrzeby pomocy finansowej bez konieczności wypełniania przez niego wniosku.

Nadzwyczajne działania ukierunkowane na odzyskiwanie należności (Extraordinary Collection Actions, ECA) – są to działania na rzecz odzyskiwania należności prowadzone zgodnie z procesem prawnym lub sądowym, które mogą również obejmować inne działania, takie jak sprzedaż wierzytelności innej stronie lub zgłoszenie niekorzystnych informacji agencjom lub biurom kredytowym. Placówki NS-EEH nie angażują się w nadzwyczajne działania ukierunkowane na odzyskiwanie należności ani nie zezwalają na takie działania firmom prowadzącym odzyskiwanie należności na ich rzecz. Więcej informacji na temat polityki dotyczącej odzyskiwania należności NS-EEH można znaleźć w treści osobnej **Polityki dotyczącej rozliczeń i odzyskiwania należności** NS-EEH. Egzemplarze tej polityki można pobrać z Internetu lub otrzymać bezpłatnie na życzenie w formie papierowej w lokalizacjach wymienionych w Części 4.I niniejszej polityki.

Ogólnie rozliczane kwoty (Amounts Generally Billed, AGB) – pacjenci, którzy kwalifikują się do otrzymania pomocy finansowej, nie będą ponosili za opiekę medyczną w nagłych przypadkach ani za opiekę uzasadnioną z medycznego punktu widzenia opłat większych niż ogólnie rozliczane kwoty (AGB) obowiązujące w przypadku pacjentów, którzy mają ubezpieczenie.

- 1) Procent AGB dla szpitala NS-EEH jest obliczany z wykorzystaniem metody „wstecznej”, która polega na tym, że sumuje się łączną kwotę opłat za usługi Medicare z kwotą roszczeń uwzględnionych przez prywatnego ubezpieczyciela zdrowotnego, a uzyskany wynik dzieli się przez łączną kwotę brutto opłat za te roszczenia z okresu 12 miesięcy. Zniżki zapewniane pacjentom, którzy kwalifikują się do pomocy finansowej, będą poddawane przeglądowi w odniesieniu do

limitów procentowych AGB w celu zagwarantowania, by pacjenci nie byli obciążani opłatami wyższymi od wartości AGB.

- 2) Wartości procentowe AGB można znaleźć w **załączniku 2** do niniejszej polityki FAP.
- 3) Skorygowana wartość procentowa AGB będzie naliczana co roku i zatwierdzana najpóźniej do 120. dnia od początku roku.

Pacjent nieubezpieczony – pacjent, który nie posiada całościowego lub częściowego ubezpieczenia zdrowotnego zgodnie z zasadami dotyczącymi ubezpieczenia zdrowotnego i nie jest beneficjentem prywatnej lub państwowej polisy ubezpieczeniowej ani członkiem jakiegokolwiek innego programu zapewniającego ubezpieczenie zdrowotne (w tym, bez ograniczeń, ubezpieczenia prywatnego, Medicare, Medicaid lub ubezpieczenia dla ofiar przemocy Crime Victims Assistance) oraz którego obrażenia (dolegliwości) nie podlegają odszkodowaniu w ramach świadczeń pracowniczych, ubezpieczenia samochodowego lub odpowiedzialności w ramach ubezpieczenia dowolnej strony trzeciej, zgodnie z ustaleniami NS-EEH dokonanymi na podstawie dokumentów i informacji dostarczonych przez pacjenta lub uzyskanych z innych źródeł dotyczących pokrywania kosztów usług opieki medycznej świadczonych przez NS-EEH.

Pomoc finansowa – oznacza pomoc oferowaną przez NS-EEH pacjentom spełniającym określone finansowe i pozafinansowe kryteria kwalifikowalności zgodnie z definicją zawartą w treści Polityki pomocy finansowej FAP NS-EEH w celu zapewnienia im wsparcia w uzyskaniu środków finansowych koniecznych do pokrycia kosztów opieki medycznej niezbędnej ze względów medycznych lub w nagłych przypadkach świadczonej w placówkach NS-EEH. Kwalifikujący się pacjenci mogą być pacjentami nieposiadającymi ubezpieczenia zdrowotnego, pacjentami o niskich dochodach oraz pacjentami posiadającymi ubezpieczenie, w ramach którego możliwe jest pokrycie części kosztów opieki medycznej, ale jednocześnie niebędącymi w stanie pokryć części lub całości kosztów swoich rachunków za opiekę medyczną.

Rodzina – pacjent, jego małżonek/małżonka lub partner(ka) cywilny(-a), rodzice lub opiekunowie (w przypadku gdy pacjent jest osobą niepełnoletnią) oraz wszelkie osoby zależne od pacjenta wymienione w deklaracji podatkowej pacjenta lub jego rodziców oraz zamieszkujące w gospodarstwie domowym pacjenta, jego rodziców lub opiekunów.

Streszczenie napisane prostym językiem – streszczenie Polityki FAP NS-EEH napisane prostym językiem obejmuje: 1) krótki opis wymagań kwalifikacyjnych oraz oferowanej pomocy; 2) listy stron internetowych, z których można pobrać wniosek, oraz fizycznych lokalizacji, w których można uzyskać formularze wniosku; 3) instrukcje, jak uzyskać bezpłatny papierowy egzemplarz Polityki FAP; 4) dane kontaktowe osób, które zapewniają pomoc w procesie składania wniosku; 5) dostępność innych wersji językowych polityki FAP oraz powiązanych z nią dokumentów; oraz 6) oświadczenie potwierdzające, że pacjenci, którzy zostaną zakwalifikowani do pomocy finansowej, nie będą płacić za usługi medyczne w sytuacjach nagłych oraz usługi uzasadnione ze względów medycznych kwot więcej, niż wynosi wartość AGB.

Termin składania wniosków – w terminie składania wniosków NS-EEH przyjmuje i rozpatruje wnioski o pomoc finansową. Termin składania wniosków rozpoczyna się w dniu skorzystania przez pacjenta z usługi medycznej, a kończy się po upływie 240 dni od daty wystawienia pierwszego zestawienia rachunków za opiekę medyczną.

Usługi opcjonalne – usługi leczenia schorzeń, które nie wymagają natychmiastowej uwagi. Usługi opcjonalne obejmują procedury, które są korzystne dla pacjenta, ale nie są pilne, i obejmują usługi, które są niezbędne ze względów medycznych, oraz usługi, które nie są niezbędne ze względów medycznych, takie jak zabiegi kosmetyczne lub dentystryczne wykonywane wyłącznie w celu poprawy wyglądu, lub inne opcjonalne procedury medyczne, których koszty nie są z reguły pokrywane w ramach planów ubezpieczenia zdrowotnego. Usługi opcjonalne, które nie są niezbędne ze względów medycznych, nie będą podlegały pomocy finansowej.

Usługi pilne – usługi świadczone (z reguły w ciągu 48 godzin) w przypadku wystąpienia nagłych stanów chorobowych lub obrażeń ciała, które nie stanowią zagrożenia życia, ale wymagają udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej i w przypadku których dłuższe zwlekanie z rozpoczęciem leczenia może zagrozić zdrowiu lub dobremu samopoczuciu pacjenta.

Usługi uzasadnione ze względów medycznych – usługi lub materiały, które są wymagane w celu postawienia diagnozy, zapewnienia bezpośredniej opieki medycznej, leczenia schorzenia oraz realizacji obowiązujących lokalnie standardów dobrych praktyk medycznych, są objęte programami Medicare i Medicaid oraz uznane za uzasadnione ze względów medycznych, i które nie są przeprowadzane głównie z myślą o wygodzie pacjenta lub lekarza. Usługi uzasadnione ze względów medycznych nie obejmują zabiegów kosmetycznych lub usług niemedycznych, takich jak usługi edukacyjne lub zawodowe.

Usługi w nagłych przypadkach – usługi świadczone pacjentom w celu leczenia schorzeń, które charakteryzują się ostrymi objawami o dużym nasileniu (w tym silnym bólem, zaburzeniami psychiatrycznymi i/lub objawami nadużycia substancji psychoaktywnych) i w przypadku nieudzielenia natychmiastowej pomocy medycznej mogą doprowadzić do poważnego

zagrożenia życia pacjenta (lub w przypadku kobiet w ciąży: zdrowia kobiety oraz jej nienarodzonego dziecka) bądź spowodować poważne upośledzenia funkcji organizmu lub poważne dysfunkcje dowolnych organów lub ich części.

Uzasadnione starania – NS-EEH podejmie uzasadnione starania w celu powiadomienia pacjenta o Polityce FAP NS-EEH poprzez zaferowanie mu podsumowania Polityki FAP napisanego zrozumiałym językiem. Ponadto NS-EEH podejmie następujące kroki w celu przekazania pacjentom informacji na temat Polityki FAP NS-EEH.

- 1) Niekompletne wnioski – jeżeli pacjent i/lub jego członek rodziny złoży niekompletny wniosek o pomoc finansową, NS-EEH wyda pisemne powiadomienie zawierające informacje na temat koniecznych do uzupełnienia informacji lub wymaganych dokumentów dodatkowych.
- 2) Wypełnione wnioski – jeżeli pacjent i/lub jego członek rodziny dostarczy wypełniony wniosek o pomoc finansową, NS-EEH bez zbędnej zwłoki zdecyduje o tym, czy pacjent kwalifikuje się do otrzymania pomocy finansowej, i powiadomi go o swojej decyzji na piśmie (w tym, w stosownych przypadkach, o rodzaju pomocy, do której otrzymania pacjent się kwalifikuje). Powiadomienie będzie zawierało również informację na temat wartości procentowej pomocy finansowej (w przypadku przyjętych wniosków) lub powody odrzucenia wniosku oraz, w stosownych przypadkach, oczekiwanej od pacjenta i/lub jego członka rodziny wysokości opłaty. Pacjent i/lub jego członek rodziny będzie otrzymywał od NS-EEH rozliczenia w czasie trwania procesu oceny wypełnionego wniosku.
- 3) Rozliczenia dla pacjenta – NS-EEH prześle do pacjenta serię rozliczeń zawierających informacje na temat konta pacjenta oraz kwot należnych za usługi. Rozliczenia dla pacjenta będą zawierać informację o tym, że jest on odpowiedzialny za poinformowanie NS-EEH o swoich wszelkich dostępnych polisach ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomienie o Polityce FAP NS-EEH, numer telefonu, pod którym można zgłosić potrzebę uzyskania pomocy finansowej, oraz adres strony internetowej, z której można pobrać dokumenty dotyczące pomocy finansowej.
- 4) Strona internetowa NS-EEH – w widocznym miejscu na stronie internetowej NS-EEH zostanie opublikowane powiadomienie o możliwości skorzystania z pomocy finansowej z objaśnieniem procesu wnioskowania o nią. NS-EEH opublikuje treść Polityki FAP razem z listą dostawców usług opieki medycznej, którzy są objęci finansowaniem w ramach pomocy finansowej FAP, podsumowanie polityki napisanym zrozumiałym językiem, formularzem wniosku o pomoc finansową oraz treścią Polityki dotyczącej rozliczeń i odzyskiwania należności. Powyższe materiały zostaną również udostępnione w formie papierowej w lokalizacjach wymienionych w Części 4.I tej Polityki.

Wniosek – oznacza wniosek o przyznanie pomocy finansowej, który wypełnia pacjent.

4. PROCEDURA:

- A. *Komunikacja*: Aby nasi pacjenci, ich rodziny oraz członkowie szerszej społeczności zdawali sobie sprawę z tego, że w razie potrzeby mogą skorzystać z pomocy finansowej, NS-EEH podejmie szereg kroków mających na celu powiadomienie pacjentów i osoby odwiedzające ich w szpitalu o dostępności pomocy finansowej oraz dokona szerokiego nagłośnienia niniejszej polityki wśród członków szerszej społeczności, którą obsługują nasze szpitale. Kroki te obejmą:
 - i. *Doradztwo finansowe*: Pacjenci szpitali NS-EEH, którzy przewidują, że będą mieli trudności z pokryciem swojej części kosztów opieki szpitalnej, są zachęceni do konsultacji ze szpitalnymi doradcami finansowymi. Nasi doradcy dołożą wszelkich starań, aby pomóc pacjentom, którzy nie posiadają ubezpieczenia wcale lub nie posiadają ubezpieczenia o wystarczającym zakresie bądź mierzą się z innego rodzaju wyzwaniami finansowymi utrudniającymi pokrycie kosztów usług świadczonej przez nas opieki medycznej. Doradcy przeprowadzą ocenę kwalifikowalności pacjentów pod kątem szeregu finansowanych ze środków rządowych programów, pomogą uzyskać odszkodowanie pracownicze lub dochodzić roszczeń z tytułu szkody na osobie, ustalić plan spłaty zobowiązań z wydłużonym terminem lub złożyć wniosek o pomoc finansową.
 - ii. *Podsumowanie napisane zrozumiałym językiem*: Papierowy egzemplarz podsumowania polityki FAP NS-EEH napisanego zrozumiałym językiem będzie oferowany wszystkim pacjentom. NS-EEH będzie również udostępniać bezpłatne kopie dokumentów dotyczących wnioskowania o pomoc finansową do pobrania przez Internet lub w formie papierowej w lokalizacjach wymienionych w Części 4.I niniejszej polityki.
 - iii. *Dostępność dokumentów w innych wersjach językowych*: NS-EEH będzie oferować podsumowanie polityki FAP napisane zrozumiałym językiem, wniosek o pomoc finansową oraz politykę dotyczącą rozliczeń i odzyskiwania należności w języku angielskim oraz w innych językach używanych przez 1000 osób korzystających z usług szpitali NS-EEH lub 5% populacji (którakolwiek z tych grup jest mniejsza). NS-EEH będzie udostępniać bezpłatne kopie tych dokumentów do pobrania przez Internet lub w formie papierowej w lokalizacjach wymienionych w Części 4.I niniejszej polityki.

- iv. *Specjalne plakaty informacyjne dotyczące pomocy finansowej*: Specjalne plakaty dotyczące pomocy finansowej będą umieszczane w dobrze widocznych miejscach, w tym między innymi, na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w rejestracji pacjentów NS-EEH. Plakaty będą informować o możliwości skorzystania z pomocy finansowej oraz zawierać numer telefonu do doradcy finansowego, u którego można uzyskać więcej informacji na ten temat.
 - v. *Broszury informacyjne*: Broszury informacyjne będą dostępne w pobliżu wejść do szpitali NS-EEH, w rejestracji, na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w obszarze kas i będą one zawierać wytyczne dotyczące procedury wnioskowania o pomoc finansową w ramach programów Medicare, Medicaid, All Kids, Family Care itp., a także o pomoc finansową NS-EEH. Broszury będą zawierać dane kontaktowe oraz numery telefonu osób pomagających w procesie oceny kwalifikowalności oraz wnioskowania o przyznanie pomocy finansowej.
 - vi. *Strona internetowa*: W dobrze widocznym miejscu na stronie internetowej NS-EEH zostanie opublikowane powiadomienie o możliwości skorzystania z pomocy finansowej z objaśnieniem procesu wnioskowania o nią. NS-EEH opublikuje treść Polityki FAP razem z listą dostawców usług opieki medycznej, którzy są objęci finansowaniem w ramach pomocy finansowej FAP, podsumowanie polityki napisanym zrozumiałym językiem, formularzem wniosku o pomoc finansową oraz treścią Polityki dotyczącej rozliczeń i odzyskiwania należności. NS-EEH będzie również udostępniać bezpłatne kopie tych dokumentów do pobrania przez Internet lub w formie papierowej w lokalizacjach wymienionych w Części 4.I niniejszej polityki.
 - vii. *Rachunki i zestawienia dla pacjenta*: Rozliczenia dla pacjenta będą zawierać informację o tym, że jest on odpowiedzialny za poinformowanie NS-EEH o swoich wszelkich dostępnych polisach ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomienie o Polityce FAP NS-EEH, numer telefonu, pod którym można zgłosić potrzebę uzyskania pomocy finansowej, oraz adres strony internetowej, z której można pobrać dokumenty dotyczące pomocy finansowej.
- B. *Określenie kwalifikowalności*: Określenie kwalifikowalności do otrzymania pomocy jest dokonywane na podstawie procedur, które obejmują indywidualną ocenę potrzeb finansowych pacjenta. Procedury te zostały opisane poniżej:
- i. Jednoznaczna kwalifikowalność jest ustalana na podstawie kryteriów opisanych w Części 4.E. poniżej. Jeżeli pacjent jednoznacznie kwalifikuje się do uzyskania pomocy finansowej, nie wymaga się od niego składania wniosku o pomoc finansową. Od pacjenta lub poręczyciela oczekuje się współpracy podczas procesu procedury sprawdzającej oraz dostarczania danych osobowych i finansowych oraz dokumentacji wymaganej do określenia jednoznacznej kwalifikowalności;
 - ii. Proces wnioskowania o pomoc finansową, w toku którego od pacjenta lub poręczyciela oczekuje się współpracy oraz dostarczania danych osobowych i finansowych, a także dokumentacji wymaganej do określenia potrzeby finansowej;
 - iii. Uzasadnione starania ze strony NS-EEH w celu ustalenia odpowiednich alternatywnych źródeł finansowania oraz ubezpieczenia zdrowotnego zapewnianego przez publiczne i prywatne programy płatności, a także pomoc pacjentom w składaniu wniosków o udział w takich programach. O objęcie ubezpieczeniem można się ubiegać, korzystając z następujących źródeł:
 - a) dostępne strony internetowe oraz dane kontaktowe dotyczące odszkodowań pracowniczych lub dochodzenia roszczeń z tytułu szkody na osobie
 - b) dostępne dane kontaktowe dla pacjentów objętych nadzorem policji
 - c) strona internetowa Get Covered Illinois dla pacjentów, którzy rejestrują się w celu wymiany ubezpieczenia zdrowotnego w trakcie otwartych zapisów
 - d) narzędzie eCareNext (wchodzące w skład Passport OneSource) umożliwiające wyszukiwanie kryteriów kwalifikacyjnych do planów ubezpieczenia zdrowotnego, możliwości objęcia pomocą publiczną, usług społecznych świadczonych przez Wydział Usług dla Ludności (Department of Human Services, DHS), programu dla kobiet Illinois Healthy Women, usług dla osób cierpiących na przewlekłe choroby nerek oraz pomoc tymczasową dla rodzin w potrzebie (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)
 - e) stanowa baza danych PACIS i/lub IES umożliwiająca wyszukiwanie możliwości objęcia pomocą publiczną
 - f) narzędzie wyszukiwania dodatkowej pomocy żywnościowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) za pośrednictwem strony internetowej karty Illinois Link EBT
 - g) narzędzie określania kwalifikowalności Experian lub PARO umożliwiające wyszukiwanie opcji pomocy publicznej
 - h) inne odpowiednie źródła stron trzecich

- iv. Wykorzystanie zewnętrznych, dostępnych publicznie źródeł danych, które dostarczają informacji na temat możliwości pacjenta lub poręczyciela w zakresie dokonania płatności (w tym ocena kredytowa) (patrz Część 4.G.);
 - v. Ocena pozostałych do spłaty przez pacjenta należności za dotychczas wykonane przez NS-EEH usługi oraz historia płatności lub nieściągalnych długów pacjenta;
 - vi. Wysokość pomocy finansowej zapewnianej przez NS-EEH jest ustalana na podstawie dochodu, wielkości rodziny oraz federalnego progu ubóstwa. O pomoc finansową mogą wnioskować zarówno nieubezpieczeni, jak i ubezpieczeni pacjenci; oraz
 - vii. Kwalifikowalność pacjenta do otrzymania pomocy finansowej jest ustalana na podstawie poniższych tabeli i może się różnić w zależności od sytuacji finansowej pacjenta, wyjątkowych okoliczności finansowych oraz dostępności świadczeń zdrowotnych stron trzecich. Wytyczne dotyczące kwalifikowalności będą poddawane corocznemu przeglądowi. Rodziny o dochodzie przekraczającym wartości podane w poniższych wytycznych mogą zostać poddane kontroli pod kątem rozważenia planu płatności.
- C. *Kwalifikowalność nieubezpieczonych pacjentów do pomocy finansowej*: Poniższa tabela, opracowana na podstawie wartości federalnego progu ubóstwa (FPL), służy do ustalania wysokości zniżek oferowanych nieubezpieczonym pacjentom kwalifikującym się do pomocy finansowej. Zniżki zapewniane pacjentom, którzy kwalifikują się do pomocy finansowej, będą poddawane przeglądowi w odniesieniu do limitów procentowych AGB w celu zagwarantowania, by pacjenci nie byli obciążani opłatami wyższymi od wartości AGB.

Próg FPL	0–200% FPL	201–600% FPL
Oczekiwana płatność pacjenta	Płatność w wys. 0 USD/odpis 100% kwoty	Wartość procentowa AGB (patrz załącznik 2)
Roczna maksymalna oczekiwana płatność pacjenta	płatność w wys. 0 USD/odpis 100% kwoty	20% rocznego dochodu rodziny

- i. Wartości FPL można znaleźć w **załączniku 3 FAP**, a wartości procentowe AGB dla każdego szpitala – w **załączniku 2**.
- ii. Oczekiwana wysokość opłat za usługi szpitalnej opieki medycznej w placówkach NS-EEH jest określana poprzez obniżenie opłat za usługi uzasadnione ze względów medycznych figurujących na rachunku nieubezpieczonego pacjenta do kwot, pobieranych ogólnie od pacjentów, w przypadku których dochód rodziny wynosi mniej się w zakresie od dwukrotności do sześciokrotności wartości FPL. Skorygowana wartość procentowa będzie naliczana co roku i zatwierdzana najpóźniej do 120. dnia od początku roku. Wartości procentowe zniżek oferowanych przez placówki szpitalne NorthShore zgodnie z progiem FPL można znaleźć w **załączniku 4**. Wartości procentowe zniżek oferowanych przez Swedish Hospital zgodnie z progiem FPL można znaleźć w **załączniku 5**. Wartości procentowe zniżek oferowanych przez NCH zgodnie z progiem FPL można znaleźć w **załączniku 6**. Wartości procentowe zniżek oferowanych przez EEH zgodnie z progiem FPL można znaleźć w **załączniku 7**.
- iii. Zgodnie z treścią ustawy dotyczącej zniżek dla nieubezpieczonych pacjentów w szpitalach na terenie stanu Illinois (Hospital Uninsured Patient Discount Act) (210 ILCS 89/1) obowiązującej od 1 stycznia 2022 r. kwalifikowalność do pomocy finansowej jest ograniczona do pacjentów, którzy mają miejsce zamieszkania na terenie stanu Illinois i dokonują opłat za usługi uzasadnione ze względów medycznych w kwocie przekraczającej 150 USD. Ponadto zgodnie z treścią tej ustawy organizacja NS-EEH porównała zniżki za 135% opłat za usługi świadczone w szpitalach ze stosunkiem pomiędzy opłatami a ogólnie naliczanymi kwotami płatności i wprowadziła jeszcze korzystniejszą zniżkę dla pacjentów.
- iv. NS-EEH będzie oferować nieubezpieczonym pacjentom, którzy otrzymywali podstawowe świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej w ramach pomocy społecznej zapewniane przez uprawnione federalnie placówki opieki zdrowotnej (Federally Qualified Health Center, FQHC)/ośrodki zdrowia środowiskowego lub bezpłatne

- i utrzymujące się z funduszy charytatywnych kliniki, będą kierowani przez nie do szpitali NS-EEH, gdzie będą mogli starać się o dostęp do usług szpitalnej opieki medycznej w przypadkach nienagłych, z możliwością sprawdzenia ich kwalifikowalności do objęcia pomocą we wnioskowaniu o udział w publicznych programach ubezpieczenia zdrowotnego, o ile zaistnieją uzasadnione przesłanki ku temu, by uważać, że nieubezpieczony pacjent może się kwalifikować do takiego programu. Nieubezpieczony pacjent otrzymujący świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej w placówce FQHC/ośrodku zdrowia środowiskowego lub bezpłatnej i utrzymującej się z funduszy charytatywnych klinice, jest kierowany przez taką placówkę, ośrodek lub klinikę do szpitala, a gdy nie ma uzasadnionych podstaw do tego, by uważać, że taki nieubezpieczony pacjent może kwalifikować się do programu ubezpieczenia zdrowotnego, w przypadku zaplanowania szpitalnych usług opieki medycznej otrzyma on szansę na wnioskowanie o objęcie szpitalną pomocą finansową.
- D. *Kwalifikowalność ubezpieczonych pacjentów do pomocy finansowej*: Poniższa tabela, opracowana na podstawie wartości federalnego progu ubóstwa (FPL), służy do ustalania wysokości zniżek oferowanych ubezpieczonym pacjentom kwalifikującym się do pomocy finansowej. Pacjenci mogą poprosić o możliwość sfinansowania w ramach pomocy finansowej ich zaległego salda (np. opłacanego samodzielnie) po pokryciu w ramach ubezpieczenia zdrowotnego kosztów usług uzasadnionych ze względów medycznych. Pomoc finansowa dla pacjentów ubezpieczonych jest ograniczona do pacjentów, których saldo niezapłaconych rachunków za usługi wynosi 150 USD lub więcej. Zniżki zapewniane pacjentom, którzy kwalifikują się do pomocy finansowej, będą poddawane przeglądowi w odniesieniu do limitów procentowych AGB w celu zagwarantowania, by pacjenci nie byli obciążani opłatami wyższymi od wartości AGB. Wartości procentowe zniżek oferowanych przez placówki szpitalne NorthShore zgodnie z progiem FPL można znaleźć w **załączniku 4**. Wartości procentowe zniżek oferowanych przez Swedish Hospital zgodnie z progiem FPL można znaleźć w **załączniku 5**. Wartości procentowe zniżek oferowanych przez NCH zgodnie z progiem FPL można znaleźć w **załączniku 6**. Wartości procentowe zniżek oferowanych przez EEH zgodnie z progiem FPL można znaleźć w **załączniku 7**. Rodziny o dochodzie przekraczającym wartości podane w poniższych wytycznych mogą zostać poddane kontroli pod kątem rozważenia planu płatności.

Próg FPL	0–200% FPL	201–400% FPL
Oczekiwana płatność pacjenta	płatność w wys. 0 USD/odpis 100% kwoty	Wartość procentowa AGB pomnożona przez pozostałe saldo opłacane samodzielnie

Wartości FPL można znaleźć w **załączniku 3** FAP, a wartości procentowe AGB dla każdego szpitala – w **załączniku 2**.

- E. *Jednoznaczna kwalifikowalność*: Pacjenci nieubezpieczeni mogą zostać uznani za kwalifikujących się do pomocy finansowej w przypadku spełnienia jednego z kryteriów wymienionych poniżej. W przypadku spełnienia co najmniej jednego z tych kryteriów od takich pacjentów nie będzie wymagane żadne inne potwierdzenie dochodu. Poniższa lista przedstawia okoliczności, w których dochód rodziny pacjenta wynosi mniej niż podwójna wartość FPL, dzięki czemu pacjent kwalifikuje się do objęcia 100% redukcją opłat za usługi uzasadnione ze względów medycznych. Proces ustalania jednoznacznej kwalifikowalności pacjentów nieubezpieczonych powinien zostać przeprowadzony niezwłocznie po wykonaniu u takiego pacjenta usług uzasadnionych ze względów medycznych i przed wydaniem jakiegokolwiek rachunku za te usługi. W przypadku powiadomienia o możliwości spełnienia kryterium jednoznacznej kwalifikowalności w trakcie procesu ustalania jednoznacznej kwalifikowalności NS-EEH będzie przechowywać wszelkie zestawienia opłat takiego pacjenta. Ponadto NS-EEH może współpracować z zewnętrznymi agencjami charytatywnymi i non-profit w celu uzyskania wstępnego zatwierdzenia kandydatów ubiegających się o jednoznaczną kwalifikowalność w wyjątkowych okolicznościach. Takimi agencjami mogą być na przykład uprawnione federalnie kliniki opieki zdrowotnej lub religijne organizacje prowadzące działalność o celu niezarobkowym.
- i. Kryteria jednoznacznej kwalifikowalności można spełnić, biorąc udział w jednym z poniższych programów:
- Program dożywiania kobiet, niemowląt i dzieci (Women, Infants and Children Nutrition Program, WIC)
 - Program dodatkowej pomocy żywnościowej (SNAP)
 - Program darmowych obiadów i śniadań stanu Illinois (Illinois Free Lunch and Breakfast Program)
 - Program pokrywania kosztów energii i ogrzewania dla osób o niskich dochodach (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP)
 - Program pomocy tymczasowej dla potrzebujących rodzin (TANF)
 - Program wsparcia w wynajmie Urzędu Mieszkalnictwa stanu Illinois (Illinois Housing Development Authority's Rental Housing Support Program)
 - Zorganizowane programy pomocy społecznej lub programy opieki zdrowotnej organizacji charytatywnych zapewniające opiekę medyczną, które oceniają i dokumentują niskie dochody rodzin jako kryterium uprawniające do objęcia pomocą finansową

- h) Kwalifikowalność do objęcia polisą Medicaid, ale brak uprawnienia w dniu otrzymania usługi lub korzystanie z usług nieobjętych ubezpieczeniem
- ii. Kryteria jednoznacznej kwalifikowalności mogą być również spełnione w poniższych okolicznościach:
- a) Otrzymywanie pomocy w płatności za usługi medyczne w formie dofinansowania
 - b) Bezdomność
 - c) Dziedziczenie po osobie zmarłej bez majątku
 - d) Niesprawność umysłowa pacjenta i brak osoby występującej w jego imieniu
 - e) Niedawna upadłość konsumencka
 - f) Odbywanie kary pozbawienia wolności w zakładzie karnym
 - g) Przynależność do zakonu i złożenie ślubu ubóstwa
 - h) Posiadanie dokumentu wydanego przez niezależną agencję sprawozdawczą strony trzeciej potwierdzającego, że dochody rodziny pacjenta utrzymują się na poziomie poniżej dwukrotności proggu FPL
- iii. Jednoznaczną kwalifikowalność można potwierdzić między innymi w następujący sposób:
- a) Elektroniczne potwierdzenie rejestracji w programie lub spełnienie innych kryteriów jednoznacznej kwalifikowalności.
 - b) W przypadku gdy nie jest możliwe uzyskanie niezależnego elektronicznego potwierdzenia, pacjent zostanie poproszony o dostarczenie potwierdzenia rejestracji lub potwierdzenia spełnienia innych kryteriów. Jako wystarczające potwierdzenie traktowany będzie dowolny z następujących dokumentów:
 - 1. Voucher WIC
 - 2. Karta SNAP, wydruk ekranu przedstawiającego potwierdzenie rejestracji lub kopia pisma potwierdzającego objęcie programem SNAP
 - 3. Wydane przez szkołę pismo lub opatrzone podpisem powiadomienie o zwolnieniu z opłat oraz korzystaniu z posiłków bezpłatnych lub w niższej cenie
 - 4. Pismo potwierdzające przyznanie uprawnienia do programu LIHEAP lub rejestrację w nim
 - 5. Pismo potwierdzające przyznanie uprawnienia do programu TANF wydane przez Czerwony Krzyż, DHS lub HFS
 - 6. Rachunek potwierdzający płatność czynszu w ramach programu mieszkaniowego subsydiowanego ze środków stanowych lub federalnych
 - 7. Pismo od wynajmującego potwierdzające dostosowanie kwoty czynszu lub karta lub pismo HUD
 - 8. Karta lub oświadczenie potwierdzające posiadanie aktualnego uprawnienia do udziału w programie stanu Illinois
 - 9. Oświadczenie od agencji przyznającej dofinansowanie lub pismo informujące o przyznaniu dofinansowania
 - 10. Osobiste poświadczenie lub pismo wydane przez kościół lub schronisko, potwierdzające status osoby bezdomnej
 - 11. Pismo od adwokata, domu grupowego, schroniska, klasztoru lub kościoła
 - 12. Zawiadomienie o umorzeniu długu, w którym placówka szpitalna NS-EEH jest wymieniona jako wierzyciel wymieniony we wniosku o ogłoszenie upadłości
- F. *Termin kwalifikowalności:* Określenie uprawnienia do pomocy finansowej będzie działać retrospektywnie w odniesieniu do wszystkich sald opłacanych samodzielnie, datowanych na okres wnioskowania o pomoc finansową, oraz prospektywnie dla okresu co najmniej sześciu miesięcy bez podejmowania dalszych działań przez pacjenta. Pacjent przekaze NS-EEH informacje na temat jakichkolwiek istotnych zmian jego sytuacji finansowej, które wystąpią w ciągu tego sześciomiesięcznego okresu i które mogą mieć wpływ na określenie uprawnienia do pomocy finansowej w terminie trzydziestu (30) dni od zaistnienia zmiany. Nieujawnienie przez pacjenta istotnego wzrostu dochodu rodziny pacjenta może unieważnić wszelkie postanowienia związane z przyznaniem przez NS-EEH pomocy finansowej po zaistnieniu zmiany w postaci istotnego wzrostu dochodu rodziny. Określenie jednoznacznej kwalifikowalności nieubezpieczonych pacjentów może obowiązywać retrospektywnie dla wszystkich otwartych sald opłacanych samodzielnie.
- G. *Ostateczne czynności sprawdzające pod kątem określenia uprawnienia do pomocy finansowej:* W niektórych przypadkach pacjent może wydawać się uprawniony do otrzymywania pomocy finansowej, ale w jego aktach nie ma wniosku albo wymaganej dokumentacji uzupełniającej. W takim przypadku do określenia statusu ubezpieczenia i zatrudnienia takiego pacjenta oraz do oszacowania wysokości jego dochodu w celu ustalenia uprawnienia do pomocy finansowej mogą zostać użyte dane agencji zewnętrznych i/lub należności pacjenta na rzecz NS-EEH/historia działalności charytatywnej/historia nieściągalnych długów lub dane członkostwa w ośrodku zdrowia środowiskowego NS-EEH Community Health Center w Evanston Hospital lub ośrodku zdrowia Erie Family Health Center. NS-EEH zatwierdzi przyznanie pomocy finansowej pacjentom, których status finansowy został zweryfikowany przez stronę

trzecią (np. zdolność kredytowa). W tych sytuacjach do konta pacjenta może zostać dołączone dostosowanie wysokości kwoty pomocy finansowej i nie będzie od niego wymagane składanie wniosku o pomoc finansową. Potwierdzenie statusu finansowego za pośrednictwem strony trzeciej może zostać przeprowadzone za pośrednictwem agencji Experian Payment Navigator lub innych zewnętrznych źródeł.

- H. *Usługi w nagłych przypadkach lub niezbędne ze względów medycznych:* Pomoc finansowa jest ograniczona do usług w nagłych przypadkach i usług niezbędnych ze względów medycznych świadczonych na terenie szpitala. Żaden element tej części nie ma na celu zmiany zakresu obowiązków lub obowiązujących w placówkach NS-EEH praktyk zgodnych z prawem federalnym lub stanowym, wymagających podjęcia leczenia nagłych stanów zagrożenia zdrowia pacjenta bez względu na jego możliwości w zakresie pokrycia kosztów tego leczenia.
- I. *Proces wnioskowania*
- i. *Jak składać wnioski:* Wniosek o pomoc finansową powinien zostać wypełniony i złożony wraz z dokumentacją uzupełniającą. Bezplatne egzemplarze wniosku w formie papierowej są dostępne do pobrania na stronach internetowych NS-EEH pod adresem northshore.org/about-us/billing/financial-assistance, swedishcovenant.org/for-patients-and-visitors/pay-your-bill/financial-assistance, nch.org/billing-insurance/financial-assistance lub eehealth.org/patients-visitors/manage-my-costs-and-billing/billing/financial-assistance. Bezplatne egzemplarze w formie papierowej są również dostępne na szpitalnym oddziale ratunkowym i w rejestracji. Bezplatne egzemplarze w formie papierowej można również uzyskać za pośrednictwem poczty tradycyjnej po uprzednim zgłoszeniu takiej potrzeby pod numerem (847) 570-5000 dla NorthShore, (773) 989-3841 dla Swedish Hospital, (847) 618-4542 dla NCH lub (866) 756-8348 dla EEH.
 - ii. *Gdzie przesyłać wypełnione wnioski:* Wnioskodawcy mogą przysyłać wypełnione wnioski oraz dokumentację uzupełniającą pod adresy placówek NS-EEH wymienione poniżej lub składać je u szpitalnych doradców finansowych. Aby spotkać się ze szpitalnym doradcą finansowym, pacjenci muszą udać się do szpitala, którego dotyczy wniosek, i poprosić o rozmowę z doradcą. W przypadku pytań o proces składania wniosków, wypełnianie wniosków lub sprawdzanie statusu rozpatrywania złożonego wniosku szpitalni doradcy finansowi udzielają porad osobiście na terenie szpitala lub drogą telefoniczną pod numerem telefonu (847) 570-5000 dla NorthShore, (773) 989-3841 dla Swedish Hospital, (847) 618-4542 dla NCH lub (866) 756-8348 dla EEH.

NorthShore University HealthSystem
Patient Financial Services
P.O. Box 1006, Suite 330
Skokie, IL 60076-9877
Faks: (847) 982-6957
lub
Przesyłanie wniosków za pośrednictwem NorthShore Connect

Swedish Hospital
Financial Services Center
5145 N. California Ave.
Chicago, IL 60625
Faks: (773) 878-6838
lub
Przesyłanie wniosków za pośrednictwem NorthShore Connect

Northwest Community Hospital
NCH Financial Counseling
800 W. Central Rd.
Arlington Heights, IL 60005
Faks: 847-618-4549
lub
Przesyłanie wniosków za pośrednictwem NCH MyChart

Edward-Elmhurst Health
Financial Assistance Department
4201 Winfield Rd.
Warrenville, IL 60555
Faks: 331-221-2704
lub
Przesyłanie wniosków w wiadomości na adres financialassistance@eehealth.org

- iv. Prośby o rozważenie objęcia pomocą finansową lub określenie jednoznacznej kwalifikowalności mogą być kierowane przez dowolne z poniższych osób w terminie składania wniosków: a) pacjent lub poręczyciel, b) przedstawiciel pacjenta lub poręczyciela, c) przedstawiciel NS-EEH działający w imieniu pacjenta/wnioskodawcy.
- v. Niezależnie od kwestii przedstawionych w innych częściach niniejszej polityki pacjent jest zobowiązany do ścisłej współpracy i uczestniczenia w procesie wnioskowania o pomoc finansową. Obejmuje to udzielanie informacji na temat dowolnych dostępnych planów ubezpieczeniowych stron trzecich; dostarczanie w sposób terminowy i rzetelny wszelkiej dokumentacji oraz certyfikatów wymaganych do wnioskowania o finansowanie w ramach programów rządowych lub innych (np. Medicare, Medicaid, All Kids, FamilyCare, Affordable Care Act Health Insurance Exchange, zobowiązań stron trzecich, finansowania dla ofiar przestępstw itp.) lub do określania kwalifikowalności pacjenta do uzyskania pomocy finansowej innego rodzaju. Niezastosowanie się do tego wymogu może skutkować nieprzychylnym dla pacjenta wynikiem rozpatrywania jego wniosku o pomoc finansową. Pacjenci są proszeni o udzielanie informacji, dostarczanie certyfikatów oraz dokumentów w terminie trzydziestu (30) dni od otrzymania od NS-EEH prośby o ich przekazanie, chyba że zgłoszą oni NS-EEH zaistnienie wyjątkowych okoliczności, które uniemożliwiły im dotrzymanie tego terminu. Z wyjątkiem przypadków jednoznacznej kwalifikowalności wniosek o pomoc finansową musi zostać opatrzony podpisem pacjenta (lub poręczyciela/przedstawiciela).
- vi. Doradca finansowy może pomagać wnioskodawcy w procesie wnioskowania o pomoc finansową. W przypadku śmierci pacjenta i nieustalenia strony odpowiedzialnej przedstawiciel NS-EEH może skierować prośbę i uzupełnić wniosek na podstawie dostępnych informacji i dokumentów (takich jak formularz wydatków w ramach Medicaid, dokumenty dotyczące nieruchomości itp.).

J. *Dochód rodziny:*

- i. Pacjent jest zobowiązany dostarczyć co najmniej jeden z wymienionych poniżej dokumentów potwierdzających wysokość dochodów swojej rodziny, jeżeli takie dokumenty są dostępne. W przypadku gdy w skład rodziny pacjenta wchodzi więcej niż jedna osoba mająca zatrudnienie, każda z takich osób jest zobowiązana dostarczyć co najmniej jeden z dokumentów wymienionych poniżej:
 - a) Wszyscy wnioskodawcy są zobowiązani dostarczyć potwierdzenie miejsca zamieszkania na terenie stanu Illinois, w formie dowolnego z następujących dokumentów: ważna, wydana przez władze stanowe karta potwierdzająca tożsamość, najnowszy rachunek za media, umowa najmu, dowód rejestracyjny pojazdu, karta rejestracyjna wyborcy, inna korespondencja przesłana do wnioskodawcy przez instytucję rządową lub innego wiarygodnego nadawcę, oświadczenie członka rodziny zamieszkującego z wnioskodawcą pod tym samym adresem i zapewniającego potwierdzenie miejsca zamieszkania lub pismo ze schroniska dla bezdomnych, domu tymczasowego lub innej, podobnej placówki.
 - b) W przypadku osób zatrudnionych:
 - 1. Najnowsze zeznanie podatkowe i/lub formularz W-2, 1099 itp.
 - 2. Dwa najnowsze odcinki wynagrodzenia
 - 3. Dwa najnowsze wyciągi z rachunku rozliczeniowego, oszczędnościowego i kredytowego
 - c) W przypadku osób samozatrudnionych:
 - 1. Najnowsze zeznanie podatkowe i/lub formularz W-2, 1099 itp.
 - 2. Dwa najnowsze wyciągi z rachunku rozliczeniowego, oszczędnościowego i kredytowego
 - d) W przypadku osób bezrobotnych:
 - 1. Najnowsze zeznanie podatkowe i/lub formularz W-2, 1099 itp.
 - 2. Pismo informujące o przyznaniu statusu osoby bezrobotnej wraz z kwotą zasiłku
 - 3. Pismo od ostatniego pracodawcy zawierające informację o dacie rozwiązania umowy o pracę
 - 4. Potwierdzenie otrzymania deklaracji wsparcia
 - e) W przypadku studenta studiów dziennych:
 - 1. Potwierdzenie przyjęcia na studia (w tym pismo od uczelni potwierdzające rozpoczęcie studiów dziennych lub dokumentacja potwierdzająca wysokość czesnego/dokumentacja finansowa)
 - f) W przypadku osób niepełnosprawnych na emeryturze:
 - 1. Najnowsze zeznanie podatkowe i/lub formularz W-2, 1099 itp. (jeśli dotyczy)
 - 2. Pismo od administracji zabezpieczeń społecznych określające przyznanie świadczeń oraz wysokość miesięcznej stawki
 - 3. Dwa najnowsze wyciągi z rachunku rozliczeniowego, oszczędnościowego i kredytowego
 - g) Potwierdzenie innego pozapłacowego źródła dochodu (jeśli dotyczy)
 - 1. Pismo potwierdzające pobieranie świadczeń alimentacyjnych dla małżonka i/lub na dziecko
 - 2. Dochód z najmu nieruchomości
 - 3. Dochód z nieruchomości inwestycyjnej
 - 4. Wszelkie inne źródła dochodów niewymienione powyżej

- ii. Z wyjątkiem przypadków jednoznacznej kwalifikowalności wnioskodawca jest zobowiązany do potwierdzenia wniosku swoim podpisem. NS-EEH może uchylić lub zmodyfikować uprawnienie, jeżeli późniejsze dowody będą wskazywać na to, że wnioskodawca umyślnie udzielił fałszywych informacji.
- K. *Dokumentacja uzupełniająca*: Wnioskodawcy mogą dostarczyć dokumentację uzupełniającą dotyczącą ich wydatków, zaległych płatności lub innych okoliczności, które stanowią potwierdzenie, że znajdują się oni w trudnej sytuacji finansowej uzasadniającej wniosek o pomoc finansową w kwocie równej lub większej niż kwota, do której zostali wcześniej uprawnieni na podstawie treści Polityki FAP. Wnioskodawcy są zobowiązani dostarczyć dokumentację na temat wartości określonych aktywów, w tym rachunków rozliczeniowych, oszczędnościowych oraz nieemerytalnych rachunków inwestycyjnych. NS-EEH może poprosić wnioskodawcę o dostarczenie dokumentacji uzupełniającej, jeżeli jego sytuacja finansowa nie wydaje się wystarczająco jasna na podstawie dostarczonych dokumentów potwierdzających wysokość dochodów.
- L. *Powiadomienie o uzyskaniu uprawnienia*: NS-EEH dołoży najlepszych starań, aby powiadomić wnioskodawców na piśmie o przyznaniu pomocy finansowej w ciągu czterdziestu pięciu (45) dni od otrzymania poprawnie wypełnionego wniosku o pomoc finansową. Powiadomienie będzie zawierało również informację na temat wartości procentowej pomocy finansowej (w przypadku przyjętych wniosków) oraz, w stosownych przypadkach, oczekiwanej od pacjenta i/lub jego członka rodziny wysokości opłaty. Pacjent i/lub jego członek rodziny będzie otrzymywał od NS-EEH rozliczenia w czasie trwania procesu oceny wypełnionego wniosku. W przypadku częściowego lub całkowitego odrzucenia wniosku o pomoc finansową NS-EEH poinformuje wnioskodawcę o powodach swojej decyzji i przekaże mu dane kontaktowe swojego przedstawiciela, któremu będzie on mógł zadać ewentualne pytania.
- M. *Niekompletne wnioski*: Jeżeli pacjent i/lub członek jego rodziny złoży wniosek o pomoc finansową, NS-EEH wyda pisemne powiadomienie zawierające dodatkowe informacje na temat koniecznych do uzupełnienia informacji lub wymaganych dokumentów dodatkowych.
- N. *Informacje fałszywe lub wprowadzające w błąd*: W przypadku ustalenia, że wnioskodawca celowo udzielił fałszywych lub wprowadzających w błąd informacji dotyczących swoich możliwości pokrywania kosztów wydatków na opiekę medyczną, NS-EEH może odmówić wnioskodawcy możliwości złożenia aktualnego wniosku lub dokonania tego w przyszłości. W przypadku udzielenia fałszywych informacji w konsekwencji działania w dobrej wierze NS-EEH podejmie decyzję dotyczącą uprawnienia na podstawie poprawionych informacji. W przypadku gdy już doszło do udzielenia pomocy finansowej na podstawie udzielonych przez wnioskodawcę celowo fałszywych informacji, NS-EEH może unieważnić wcześniejsze przyznanie pomocy finansowej, jednocześnie zachowując wszelkie prawa do dochodzenia od pacjenta odszkodowania tytułem spłaty wszelkich ewentualnych należności. W przypadku gdy udzielenie fałszywych informacji było niezamierzone, NS-EEH powtórzy proces oceny kwalifikowalności na podstawie poprawionych informacji.

5. ZAŁĄCZNIKI:

- Załącznik 1 – Lista dostawców usług/lekarzy FAP
- Załącznik 2 – Procentowa wartości ogólne rozliczanych kwot (AGB) dla każdej placówki
- Załącznik 3 – Wytyczne dotyczące federalnego progu ubóstwa (FPL)
- Załącznik 4 – Tabele zniżek w ramach pomocy finansowej dla NorthShore
- Załącznik 5 – Tabele zniżek w ramach pomocy finansowej dla Swedish Hospital
- Załącznik 6 – Tabele zniżek w ramach pomocy finansowej dla NCH
- Załącznik 7 – Tabele zniżek w ramach pomocy finansowej dla Edward-Elmhurst Health

6. ROZPOWSZECHNIANIE:

Podręcznik wytycznych administracyjnych

7. ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA POLITYKĘ:

starszy wiceprezes ds. cyklu uzyskiwania dochodów

8. MATERIAŁY REFERENCYJNE:**Wewnętrzne**

Podręcznik wytycznych administracyjnych: Polityka dotycząca rozliczeń i odzyskiwania należności
 Podręcznik wytycznych administracyjnych: Zasady HIPAA (Zarządzanie informacjami)
 Podręcznik wytycznych administracyjnych: Zasady HIPAA
 Podręcznik zgodności EMTALA: Polityka EMTALA ds. przesiewowych badań medycznych

Zewnętrzne

Wydział Zdrowia i Usług Społecznych (Health and Human Services, HHS)
 Wytyczne dotyczące federalnego progu ubóstwa, najbardziej aktualna wersja z ostatniego roku
 Ustawa dotycząca zniżek dla nieubezpieczonych pacjentów szpitalnych (Hospital Uninsured Patient Discount Act, 210 ILCS 89/1)
 Część 501(r) amerykańskiego Kodeksu podatkowego

9. KOREKTA:

Zastrzegamy sobie prawo do jednostronnej korekty, modyfikacji, przeglądu lub zmiany warunków niniejszej polityki uwzględniających ograniczenia wynikające z przepisów prawa, za uprzednim powiadomieniem lub bez niego.

10. ZATWIERDZENIE:

<u>Greg Arnold</u>	<u>starszy wiceprezes ds. cyklu uzyskiwania dochodów</u>	<u>6/1/2023</u>
Podpis	Stanowisko	Data

11. DATY:

Rozpoczęcie: 6/2004 **Przegląd:** 6/2023 **Data wejścia w życie:** 6/2023 **Kolejny przegląd:** 6/2026

Załącznik 1 Lista dostawców usług/lekarzy FAP

Wszyscy dostawcy/lekarze placówek NorthShore, Swedish, NCH i EEH Medical Group są objęci zasadami tej polityki. Lista niezależnych/niezatrudnionych dostawców realizujących usługi w nagłych wypadkach lub inne usługi uzasadnione z medycznego punktu widzenia w każdej placówce szpitalnej, których nie dotyczą zasady niniejszej polityki, została udostępniona w Internecie w osobnym dokumencie na wymienionych poniżej osobnych stronach dla każdego z powyższych szpitali. Bezpłatne papierowe egzemplarze tych list są również dostępne na życzenie na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w rejestracji. Można je również otrzymać pocztą – w tym celu należy zadzwonić pod numer danego szpitala podany poniżej. Listy dostawców będą aktualizowane raz na kwartał.

Szpital	Lokalizacja na stronie internetowej	Numer telefonu
Evanston Hospital Glenbrook Hospital Skokie Hospital Highland Park Hospital	northshore.org/about-us/billing/financial-assistance	(847) 570-5000
Swedish Hospital	swedishcovenant.org/for-patients-and-visitors/pay-your-bill/financial-assistance	(773) 989-3841
Northwest Community Hospital	nch.org/billing-insurance/financial-assistance	(847) 618-4542
Edward Hospital Elmhurst Hospital Linden Oaks Hospital	eehealth.org/patients-visitors/manage-my-costs-and-billing/billing/financial-assistance	(866) 756-8348

Załącznik 2

Procentowe wartości ogólnie rozliczanych kwot (AGB)

Pacjenci, którzy kwalifikują się do otrzymania pomocy finansowej, nie będą ponosili za opiekę medyczną w nagłych przypadkach ani za opiekę uzasadnioną z medycznego punktu widzenia opłat większych niż ogólnie rozliczane kwoty (AGB) obowiązujące w przypadku pacjentów, którzy mają ubezpieczenie. Procent AGB dla danego szpitala jest obliczany z wykorzystaniem metody „wstecznej”, która polega na tym, że sumuje się łączną kwotę opłat za usługi Medicare z kwotą roszczeń uwzględnionych przez prywatnego ubezpieczyciela zdrowotnego, a uzyskany wynik dzieli się przez łączną kwotę brutto opłat za te roszczenia z okresu 12 miesięcy. Zniżki zapewniane pacjentom, którzy kwalifikują się do pomocy finansowej, będą poddawane przeglądowi w odniesieniu do limitów procentowych AGB w celu zagwarantowania, by pacjenci nie byli obciążani opłatami wyższymi od wartości AGB.

Dostawca usług	% AGB	% zniżki
Evanston Hospital and Medical Group	29%	71%
Glenbrook Hospital and Medical Group	29%	71%
Highland Park Hospital and Medical Group	29%	71%
Skokie Hospital and Medical Group	29%	71%
Swedish Hospital and Medical Group	22%	78%
Northwest Community Hospital and Medical Group	28%	72%
Edward Hospital and Medical Group	18%	82%
Elmhurst Hospital and Medical Group	17%	83%
Linden Oaks Hospital and Medical Group	43%	57%

Na potrzeby tej polityki wartości procentowe AGB dla każdej placówki szpitalnej będą naliczane rocznie i zatwierdzone najpóźniej do 120. dnia od początku roku.

Załącznik 3

Wytyczne dotyczące federalnego progu ubóstwa (FPL)

Wytyczne dotyczące federalnego progu ubóstwa wymienione w treści tej polityki są wydawane co roku przez Amerykański Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej (U.S. Department of Health and Human Services) w Rejestrze Federalnym (Federal Register). Progi dochodów zawarte w aktualnych wytycznych dotyczących federalnego progu ubóstwa zostały opublikowane 16 stycznia 2025 r.

Wielkość rodziny	FPL
1	15,650 USD
2	21,150 USD
3	26,650 USD
4	32,150 USD
5	37,650 USD
6	43,150 USD
7	48,650 USD
8	54,150 USD

Aby określić federalny próg ubóstwa w przypadku rodzin liczących więcej niż 8 osób, za każdą kolejną osobę należy dodać 5500 USD do dochodu.

Do celów tej polityki poziomy dochodu określone powyżej są kwotami brutto, mimo że określone postanowienia zezwalają na dostosowywanie kwot dochodów pod kątem nadzwyczajnych wydatków na opiekę medyczną. Użyte w treści tej polityki poziomy federalnego progu ubóstwa będą co roku aktualizowane po ich korekcie i publikacji przez rząd federalny w Rejestrze Federalnym.

Załącznik 4
Tabele zniżek w ramach pomocy finansowej dla NorthShore

TABELA ZNIŻEK DLA PACJENTÓW NIEUBEZPIECZONYCH

Poniżej przedstawiono progi wartości procentowych FPL dla pacjentów nieubezpieczonych. Procent zniżki będzie dotyczył opłat za usługi w nagłych wypadkach oraz usługi uzasadnione ze względów medycznych.

Wielkość rodziny	0–200% FPL	201–600% FPL
	Maksymalny dochód uprawniający do uzyskania 100% zniżki	Maksymalny dochód uprawniający do uzyskania 71% zniżki
1	31,300 USD	93,900 USD
2	42,300 USD	126,900 USD
3	53,300 USD	159,900 USD
4	64,300 USD	192,900 USD
5	75,300 USD	225,900 USD
6	86,300 USD	258,900 USD
7	97,300 USD	291,900 USD
8	108,300 USD	324,900 USD
Maksymalna płatność roczna	Płatność 0 USD/100% zniżki	20% rocznego dochodu rodziny

TABELA ZNIŻEK DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

Poniżej przedstawiono progi wartości procentowych FPL dla pacjentów ubezpieczonych. Procent zniżki będzie dotyczył pokrycia kosztów opłacanego samodzielnie salda za usługi w nagłych wypadkach oraz usługi uzasadnione ze względów medycznych.

Wielkość rodziny	0–200% FPL	201–400% FPL
	Maksymalny dochód uprawniający do uzyskania 100% zniżki	Maksymalny dochód uprawniający do uzyskania 71% zniżki
1	31,300 USD	62,600 USD
2	42,300 USD	84,600 USD
3	53,300 USD	106,600 USD
4	64,300 USD	128,600 USD
5	75,300 USD	150,600 USD
6	86,300 USD	172,600 USD
7	97,300 USD	194,600 USD
8	108,300 USD	216,600 USD

Załącznik 5**Tabele zniżek w ramach pomocy finansowej dla Swedish Hospital****TABELA ZNIŻEK DLA PACJENTÓW NIEUBEZPIECZONYCH**

Poniżej przedstawiono progi wartości procentowych FPL dla pacjentów nieubezpieczonych. Procent zniżki będzie dotyczył opłat za usługi w nagłych wypadkach oraz usługi uzasadnione ze względów medycznych.

Wielkość rodziny	0–200% FPL	201–600% FPL
	Maksymalny dochód uprawniający do uzyskania 100% zniżki	Maksymalny dochód uprawniający do uzyskania 78% zniżki
1	31,300 USD	93,900 USD
2	42,300 USD	126,900 USD
3	53,300 USD	159,900 USD
4	64,300 USD	192,900 USD
5	75,300 USD	225,900 USD
6	86,300 USD	258,900 USD
7	97,300 USD	291,900 USD
8	108,300 USD	324,900 USD
Maksymalna płatność roczna	Płatność 0 USD/100% zniżki	20% rocznego dochodu rodziny

TABELA ZNIŻEK DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

Poniżej przedstawiono progi wartości procentowych FPL dla pacjentów ubezpieczonych. Procent zniżki będzie dotyczył pokrycia kosztów opłacanego samodzielnie salda za usługi w nagłych wypadkach oraz usługi uzasadnione ze względów medycznych.

Wielkość rodziny	0–200% FPL	201–400% FPL
	Maksymalny dochód uprawniający do uzyskania 100% zniżki	Maksymalny dochód uprawniający do uzyskania 78% zniżki
1	31,300 USD	62,600 USD
2	42,300 USD	84,600 USD
3	53,300 USD	106,600 USD
4	64,300 USD	128,600 USD
5	75,300 USD	150,600 USD
6	86,300 USD	172,600 USD
7	97,300 USD	194,600 USD
8	108,300 USD	216,600 USD

Załącznik 6
Tabele zniżek w ramach pomocy finansowej dla NCH

TABELA ZNIŻEK DLA PACJENTÓW NIEUBEZPIECZONYCH

Poniżej przedstawiono progi wartości procentowych FPL dla pacjentów nieubezpieczonych. Procent zniżki będzie dotyczył opłat za usługi w nagłych wypadkach oraz usługi uzasadnione ze względów medycznych.

Wielkość rodziny	0–200% FPL	201–600% FPL
	Maksymalny dochód uprawniający do uzyskania 100% zniżki	Maksymalny dochód uprawniający do uzyskania 72% zniżki
1	31,300 USD	93,900 USD
2	42,300 USD	126,900 USD
3	53,300 USD	159,900 USD
4	64,300 USD	192,900 USD
5	75,300 USD	225,900 USD
6	86,300 USD	258,900 USD
7	97,300 USD	291,900 USD
8	108,300 USD	324,900 USD
Maksymalna płatność roczna	Płatność 0 USD/100% zniżki	20% rocznego dochodu rodziny

TABELA ZNIŻEK DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

Poniżej przedstawiono progi wartości procentowych FPL dla pacjentów ubezpieczonych. Procent zniżki będzie dotyczył pokrycia kosztów opłacanego samodzielnie salda za usługi w nagłych wypadkach oraz usługi uzasadnione ze względów medycznych.

Wielkość rodziny	0–200% FPL	201–400% FPL
	Maksymalny dochód uprawniający do uzyskania 100% zniżki	Maksymalny dochód uprawniający do uzyskania 72% zniżki
1	31,300 USD	62,600 USD
2	42,300 USD	84,600 USD
3	53,300 USD	106,600 USD
4	64,300 USD	128,600 USD
5	75,300 USD	150,600 USD
6	86,300 USD	172,600 USD
7	97,300 USD	194,600 USD
8	108,300 USD	216,600 USD

Załącznik 7**Tabele zniżek w ramach pomocy finansowej dla Edward Hospital****TABELA ZNIŻEK DLA PACJENTÓW NIEUBEZPIECZONYCH**

Poniżej przedstawiono progi wartości procentowych FPL dla pacjentów nieubezpieczonych. Procent zniżki będzie dotyczył opłat za usługi w nagłych wypadkach oraz usługi uzasadnione ze względów medycznych.

Wielkość rodziny	0–200% FPL	201–600% FPL
	Maksymalny dochód uprawniający do uzyskania 100% zniżki	Maksymalny dochód uprawniający do uzyskania 82% zniżki
1	31,300 USD	93,900 USD
2	42,300 USD	126,900 USD
3	53,300 USD	159,900 USD
4	64,300 USD	192,900 USD
5	75,300 USD	225,900 USD
6	86,300 USD	258,900 USD
7	97,300 USD	291,900 USD
8	108,300 USD	324,900 USD
Maksymalna płatność roczna	Płatność 0 USD/100% zniżki	20% rocznego dochodu rodziny

TABELA ZNIŻEK DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

Poniżej przedstawiono progi wartości procentowych FPL dla pacjentów ubezpieczonych. Procent zniżki będzie dotyczył pokrycia kosztów opłacanego samodzielnie salda za usługi w nagłych wypadkach oraz usługi uzasadnione ze względów medycznych.

Wielkość rodziny	0–200% FPL	201–400% FPL
	Maksymalny dochód uprawniający do uzyskania 100% zniżki	Maksymalny dochód uprawniający do uzyskania 82% zniżki
1	31,300 USD	62,600 USD
2	42,300 USD	84,600 USD
3	53,300 USD	106,600 USD
4	64,300 USD	128,600 USD
5	75,300 USD	150,600 USD
6	86,300 USD	172,600 USD
7	97,300 USD	194,600 USD
8	108,300 USD	216,600 USD

Załącznik 7**Tabele zniżek w ramach pomocy finansowej dla Elmhurst Hospital****TABELA ZNIŻEK DLA PACJENTÓW NIEUBEZPIECZONYCH**

Poniżej przedstawiono progi wartości procentowych FPL dla pacjentów nieubezpieczonych. Procent zniżki będzie dotyczył opłat za usługi w nagłych wypadkach oraz usługi uzasadnione ze względów medycznych.

Wielkość rodziny	0–200% FPL	201–600% FPL
	Maksymalny dochód uprawniający do uzyskania 100% zniżki	Maksymalny dochód uprawniający do uzyskania 83% zniżki
1	31,300 USD	93,900 USD
2	42,300 USD	126,900 USD
3	53,300 USD	159,900 USD
4	64,300 USD	192,900 USD
5	75,300 USD	225,900 USD
6	86,300 USD	258,900 USD
7	97,300 USD	291,900 USD
8	108,300 USD	324,900 USD
Maksymalna płatność roczna	Płatność 0 USD/100% zniżki	20% rocznego dochodu rodziny

TABELA ZNIŻEK DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

Poniżej przedstawiono progi wartości procentowych FPL dla pacjentów ubezpieczonych. Procent zniżki będzie dotyczył pokrycia kosztów opłacanego samodzielnie salda za usługi w nagłych wypadkach oraz usługi uzasadnione ze względów medycznych.

Wielkość rodziny	0–200% FPL	201–400% FPL
	Maksymalny dochód uprawniający do uzyskania 100% zniżki	Maksymalny dochód uprawniający do uzyskania 83% zniżki
1	31,300 USD	62,600 USD
2	42,300 USD	84,600 USD
3	53,300 USD	106,600 USD
4	64,300 USD	128,600 USD
5	75,300 USD	150,600 USD
6	86,300 USD	172,600 USD
7	97,300 USD	194,600 USD
8	108,300 USD	216,600 USD

Załącznik 7**Tabele zniżek w ramach pomocy finansowej Linden Oaks Hospital****TABELA ZNIŻEK DLA PACJENTÓW NIEUBEZPIECZONYCH**

Poniżej przedstawiono progi wartości procentowych FPL dla pacjentów nieubezpieczonych. Procent zniżki będzie dotyczył opłat za usługi w nagłych wypadkach oraz usługi uzasadnione ze względów medycznych.

Wielkość rodziny	0–200% FPL	201–600% FPL
	Maksymalny dochód uprawniający do uzyskania 100% zniżki	Maksymalny dochód uprawniający do uzyskania 57% zniżki
1	31,300 USD	93,900 USD
2	42,300 USD	126,900 USD
3	53,300 USD	159,900 USD
4	64,300 USD	192,900 USD
5	75,300 USD	225,900 USD
6	86,300 USD	258,900 USD
7	97,300 USD	291,900 USD
8	108,300 USD	324,900 USD
Maksymalna płatność roczna	Płatność 0 USD/100% zniżki	20% rocznego dochodu rodziny

TABELA ZNIŻEK DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

Poniżej przedstawiono progi wartości procentowych FPL dla pacjentów ubezpieczonych. Procent zniżki będzie dotyczył pokrycia kosztów opłacanego samodzielnie salda za usługi w nagłych wypadkach oraz usługi uzasadnione ze względów medycznych.

Wielkość rodziny	0–200% FPL	201–400% FPL
	Maksymalny dochód uprawniający do uzyskania 100% zniżki	Maksymalny dochód uprawniający do uzyskania 57% zniżki
1	31,300 USD	62,600 USD
2	42,300 USD	84,600 USD
3	53,300 USD	106,600 USD
4	64,300 USD	128,600 USD
5	75,300 USD	150,600 USD
6	86,300 USD	172,600 USD
7	97,300 USD	194,600 USD
8	108,300 USD	216,600 USD