



Atlantic Health System

Wytyczne administracyjne

Temat: Pomoc finansowa dla pacjentów o niskich dochodach, nieubezpieczonych i niedostatecznie ubezpieczonych

Data wejścia w życie: 01.01.2020 **Zastępuje wytyczne datowane:** 01.01.2019 r.

01.01.2018
01.01.2017 r.
01.01.2016
06.03.2015 r.

Podstawowe zakresy odpowiedzialności: Dyrektor działu usług finansowych dla pacjentów

I. **Cel:**

Zapewnić wszystkim pacjentom, niezależnie od ich możliwości płatniczych, podstawowe usługi pogotowia i inną niezbędną opiekę medyczną w szpitalach Atlantic Health System, Inc. („Atlantic Health System”). Niniejsze wytyczne obowiązują we wszystkich szpitalach Atlantic Health System, w tym, Morristown Medical Center, Overlook Medical Center, Chilton Medical Center, Newton Medical Center, Hackettstown Medical Center i Atlantic Rehabilitation Institute oraz we wszystkich placówkach Atlantic Health System traktowanych jako terenowe oddziały szpitalne (provider-based facilities) w rozumieniu przepisu art. 42 Kodeksu Przepisów Federalnych 413.65.

II. **Wytyczne:**

We wszystkich placówkach szpitalnych Atlantic Health System obowiązuje zasada udzielania wszystkim pacjentom, niezależnie od ich możliwości płatniczych, podstawowych usług pogotowia i innej niezbędnej opieki medycznej. Pomoc finansowa dla pacjentów o niskich dochodach, nieubezpieczonych i niedostatecznie ubezpieczonych, którzy nie są w stanie zapłacić w całości lub w części rachunków szpitalnych, jest dostępna poprzez rozmaite programy opisane poniżej w rozdziale IV. Niniejsze wytyczne obowiązują we wszystkich szpitalach Atlantic Health System wymienionych powyżej i w placówkach Atlantic Health System traktowanych jako terenowe oddziały szpitalne w rozumieniu przepisu art. 42 C.F.R. 413.65.

Pomocy finansowej i ulg w opłatach udziela się tylko za usługi pogotowia i niezbędną opiekę medyczną. Niektóre opłaty, m.in. honoraria lekarzy, anestezjologów, radiologów oraz za leki na receptę przyjmowane poza szpitalem, są niezależne od opłat naliczanych przez szpital i

mogą nie być objęte pomocą finansową, jakiej udziela Atlantic Health System. W Załączniku A do niniejszych Wytycznych w sprawie pomocy finansowej znajduje się spis wszystkich objętych nimi placówek, oprócz samych szpitali, które udzielają usług pogotowia i innych rodzajów niezbędnej pomocy medycznej w obrębie szpitali. Spis usługodawcy 2 będzie weryfikowany i aktualizowany co trzy miesiące, jeżeli zajdzie taka konieczność.

III. Ogólne:

- A. Atlantic Health System świadczy usługi służby zdrowia w trybie ambulatoryjnym i w trybie hospitalizacji wszystkim mieszkańcom stanu New Jersey wymagającym pomocy pogotowia lub innych niezbędnych usług medycznych, niezależnie od ich możliwości zapłaty za te usługi i bez względu na to, czy i w jakiej mierze może im przysługiwać pomoc finansowa zgodnie z niniejszymi Wytycznymi.
- B. Atlantic Health System nie podejmuje żadnych kroków mogących odwieść pacjentów od ubiegania się o pomoc w trybie pogotowia, np. nie wymaga opłaty z góry za zabiegi lub nie pozwala na egzekucję długów na terenie oddziału pogotowia ani w innych miejscach, gdzie mogłoby to kolidować z udzielaniem pomocy wszystkim potrzebującym bez wyjątku.
- C. Wytyczne dotyczące pomocy finansowej Atlantic Health System, formularz wniosku i zrozumiałe streszczenie są dostępne online pod adresem:
<http://www.atlantichealth.org/financialassistance>
- D. Wytyczne dotyczące pomocy finansowej Atlantic Health System, formularz wniosku i zrozumiałe streszczenie są dostępne po angielsku oraz w językach grup ludności posługujących się angielskim w ograniczonym zakresie, liczących co najmniej 1000 osób lub stanowiących 5% mieszkańców obszarów obsługiwanych przez poszczególne szpitale. Tłumaczenia niniejszych wytycznych, formularzy wniosków o pomoc finansową i zrozumiałych streszczeń są dostępne w językach określonych w Załączniku B. Dołożymy wszelkich starań, aby zapewnić, że Wytyczne, formularze wniosków o pomoc finansową i streszczenia są w sposób zrozumiały przekazywane pacjentom, których języki ojczyste nie zostały uwzględnione wśród dostępnych przekładów.
- E. Druki Wytycznych, formularzy wniosków o pomoc finansową i streszczeń są na życzenie wysyłane bezpłatnie pocztą, są również dostępne w różnych pomieszczeniach szpitalnych, w tym w oddziałach przyjęć, pogotowia i poradnictwa finansowego wskazanych poniżej. Wnioski o pomoc finansową można składać osobiście, pocztą, faksem lub e-mailem.

Biura poradnictwa finansowego:

Morristown Medical Center: 100 Madison Avenue, Morristown, New Jersey 07960, Financial Counseling Office, tel. 973-971-8964

Overlook Medical Center: 99 Beauvoir Avenue, Summit, New Jersey 07901, Financial Counseling Office, tel. 908-522-4689

Chilton Medical Center: 97 West Parkway, Pompton Plains, New Jersey 07444, Financial Counseling Office, tel. 973-831-5113

Newton Medical Center: 175 High Street, Newton, New Jersey 07860, Financial Counseling Office, tel. 973-579-8407

Centrum medyczne Hackettstown Medical Center: 651 Willow Grove Street,
Hackettstown, New Jersey 07840, Financial Counseling Office, tel. 908-850-6902

Instytut rehabilitacji Atlantic Rehabilitation Institute: 100 Madison Avenue,
Morristown, New Jersey 07960, Financial Counseling Office, tel. 973-971-8964

- F. Pacjenci, którzy potrzebują pomocy w uzyskaniu druków Wytycznych, formularzy wniosków o pomoc finansową lub zrozumiałych streszczeń bądź pomocy w innej sprawie, mogą się zwracać do działu obsługi pacjentów (Customer Service Department), tel. 1-800-619-4024, lub do jednego z biur poradnictwa finansowego wyliczonych powyżej.
- G. W publicznych pomieszczeniach szpitalnych, w tym w działach przyjęć, pogotowia i w biurach poradnictwa finansowego, umieszczone będą w widocznych miejscach znaki lub napisy informujące pacjentów o dostępności pomocy finansowej.
- H. Zrozumiałe streszczenia będą oferowane wszystkim pacjentom podczas przyjmowania do szpitala.
- I. Atlantic Health System zobowiązuje się oferować pomoc finansową uprawnionym pacjentom, których nie stać na zapłacenie w całości lub w części za usługi pogotowia i inne niezbędne usługi medyczne. Aby osiągnąć ten dobroczynny cel, Atlantic Health System będzie szeroko propagować niniejsze Wytyczne, formularze wniosków o pomoc finansową i zrozumiałe streszczenia wśród ludności poprzez współpracę z miejscowymi służbami socjalnymi i organizacjami pożytku publicznego.
- J. O pomoc finansową mogą się ubiegać pacjenci lub ich przedstawiciele. Jedni i drudzy zostaną skierowani przez pracowników Atlantic Health System, lekarzy wydających skierowania i inne osoby do doradców finansowych. Doradcy finansowi wyjaśnią wymagania poszczególnych programów pomocy i ustalą, czy pacjentowi przysługuje pomoc w ramach któregoś z nich. Pacjenci ubiegający się o pomoc finansową będą musieli wypełnić formularz wniosku Atlantic Health System (w tym zaświadczenia) i złożyć wskazaną w nim dokumentację, aby wniosek został rozpatrzony. Aby zapewnić skuteczną komunikację z osobami władającymi angielskim w ograniczonym zakresie, w razie potrzeby wykorzystane zostaną materiały w wersji przetłumaczonej oraz pomoc tłumaczy ustnych.
- K. Nieubezpieczony pacjent ma 365 dni od daty wystawienia pierwszego rachunku po wypisaniu ze szpitala na złożenie wypełnionego wniosku o pomoc finansową. Nieubezpieczony lub niedostatecznie ubezpieczony pacjent ma 365 dni od daty wystawienia pierwszego rachunku po wypisaniu ze szpitala, odzwierciedlającego udział ubezpieczyciela, na złożenie wypełnionego wniosku o pomoc finansową.

IV. **Programy pomocy finansowej:**

Pacjentom Atlantic Health System może przysługiwać opieka bezpłatna lub po obniżonej cenie w ramach rozmaitych programów opisanych poniżej. W każdym przypadku zostanie uznane, że Atlantic Health System udzielił pomocy w kwocie równej opłatom brutto za udzielone usługi, obniżonej o kwoty zapłacone przez pacjenta lub (ewentualnie) jego ubezpieczyciela lub zrefundowane przez urząd państwowy. Atlantic Health System zgłosi takie kwoty netto jako udzieloną przez siebie pomoc finansową (po uwzględnieniu proporcji kosztów do naliczonych

opłat, w przypadkach gdy pomoc finansowa została z uzasadnieniem zgłoszona na podstawie kosztów, a nie opłat).

A. Programy stanu New Jersey:

1. Charity Care:

Ten program obejmuje tylko rachunki szpitalne za medycznie niezbędne usługi w nagłych wypadkach, które zostałyby opłacone przez stanowy program Medicaid, gdyby ten program przysługiwał pacjentowi. Biuro poradnictwa finansowego ustali, czy wnioskodawca jest uprawniony do otrzymania pomocy, w ciągu najwyżej 10 (dziesięciu) dni roboczych od daty wpłynięcia wypełnionego wstępnego wniosku. Jeżeli wniosek jest niekompletny (np. brakuje zaświadczeń o zarobkach lub stanie majątkowym lub są one niewystarczające), zostanie wydana odmowa na piśmie, zawierająca szczegóły dotyczące dodatkowych dokumentów wymaganych do uzyskania zgody. Nieubezpieczony wnioskodawca ma 365 dni od daty wystawienia pierwszego rachunku po wypisaniu ze szpitala na ponowne złożenie należycie udokumentowanego wniosku o pomoc finansową Charity Care. Nieubezpieczony lub niedostatecznie ubezpieczony wnioskodawca ma 365 dni od daty wystawienia pierwszego rachunku po wypisaniu ze szpitala, odzwierciedlającego udział ubezpieczyciela, na ponowne złożenie należycie udokumentowanego wniosku o pomoc finansową Charity Care. Pacjent, któremu przysługuje Charity Care, otrzyma bezpłatną opiekę lub zniżkę od rachunku brutto zgodnie ze wskazaniami przedstawionymi w **Załączniku C.**

Wnioskodawca niemający uprawnień może złożyć wniosek ponownie, gdy zgłosi się po usługę, a jego sytuacja finansowa ulegnie zmianie.

Charity Care jest programem stanowym przeznaczonym dla mieszkańców, którzy spełniają następujące warunki:

- a. nie mają ubezpieczenia lub ich ubezpieczenie wystarcza na pokrycie tylko części rachunku,
- b. nie przysługuje im ubezpieczenie prywatne ani państwowe, takie jak świadczenia z ubezpieczenia społecznego (emerytura i renta); zasiłek uzupełniający z ubezpieczenia społecznego (*SSI*) łącznie z Medicaid lub samo Medicaid, oraz
- c. spełniają kryteria dochodów i majątku określone przez władze stanowe.

Dodatkowe kryteria przysługiwania pomocy Charity Care:

- a. Charity Care zakwalifikuje pacjentów do pokrycia (i) 100% ich należności, jeżeli dochody brutto rodziny wynoszą mniej niż lub są równe 200% federalnej granicy ubóstwa, oraz (ii) pokryje część opłat pacjentów o dochodach rodziny wynoszących od 200% do 300% lub równej 300% federalnej granicy ubóstwa, zgodnie z zasadami określonymi w **Załączniku C.**
- b. Granice przysługiwania Charity Care to 7500 USD majątku osobistego i 15 000 USD majątku rodziny. Na potrzeby niniejszego rozdziału uwzględnia się majątek członków rodziny zgodnie z definicją w Kodeksie administracyjnym stanu New Jersey N.J.A.C. 10:52-11.8(a) w następujący sposób. Do członków rodziny pełnoletniego wnioskodawcy zalicza się jego samego, współmałżonka i nieletnich na utrzymaniu oraz osoby pełnoletnie,

za które wnioskodawca ponosi odpowiedzialność prawną. Do członków rodziny niepełnoletniego wnioskodawcy zalicza się jego samego, oboje rodziców, nieletnich braci i siostry oraz te osoby pełnoletnie w rodzinie, za które jego rodzice ponoszą odpowiedzialność prawną. Jeżeli wnioskodawca udowodni, że został porzucony przez małżonka lub rodzica, ten małżonek lub rodzic nie będzie zaliczony do rodziny. Kobiętę w ciąży liczy się jako dwoje członków rodziny.

Zgodnie z przepisami dotyczącymi Charity Care podręcznika usług szpitalnych (*Hospital Services Manual*), N.J.A.C. 10:52 i nast., wymagane są następujące dokumenty:

- a. Stosowne dowody tożsamości pacjenta i członków jego rodziny. Mogą to być dowolne spośród następujących dokumentów: prawo jazdy, karta ubezpieczenia społecznego, karta rejestracji obcokrajowca, świadectwo/akt urodzenia, odcinek wypłaty wynagrodzenia, paszport, wiza itp.
- b. Dowód zamieszkania w stanie New Jersey w dniu uzyskania usługi (uwaga: w pewnych okolicznościach interwencja pogotowia ratunkowego stanowi wyjątek od wymogu stałego zamieszkania). Mogą to być dowolne spośród następujących dokumentów: prawo jazdy, karta rejestracji wyborcy, legitymacja związku zawodowego, legitymacja szkolna lub studencka, rachunek za dostawy komunalne, federalna deklaracja podatkowa, stanowa deklaracja podatkowa, dowód wypłaty zasiłku dla bezrobotnych.
- c. Zaświadczenie o dochodach brutto. Powinno zawierać szczegółowe informacje wymagane przez szpital w celu określenia dochodów brutto pacjenta (jedną z następujących):
 - i. Rzeczywiste dochody brutto w ciągu 12 miesięcy poprzedzających usługę.
 - ii. Rzeczywiste dochody brutto w ciągu 3 miesięcy poprzedzających usługę.
 - iii. Rzeczywiste dochody brutto w ciągu miesiąca poprzedzającego usługę.
- d. Zaświadczenie o stanie majątkowym w dniu uzyskania usługi. Odnosi się tylko do aktywów łatwo zamiennych na gotówkę, takich jak akcje, obligacje, konta IRA, CD, czekowe i oszczędnościowe, udziały własnościowe w nieruchomościach niebędących głównym miejscem zamieszkania.

2. **Uprawnienia do ulg w opłatach za opiekę medyczną na mocy przepisu N.J.S.A. 26:2H-12.52:**

Nieubezpieczeni pacjenci będący stałymi mieszkańcami New Jersey, których dochód roczny na rodzinę wynosi poniżej 500% federalnej granicy ubóstwa, są uprawnieni do ulg w opłatach za opiekę medyczną na podstawie przepisów rozdziału IV.C Wytucznych. Wymogi dokumentacji wniosków o Charity Care określone powyżej w rozdziale A.1 odnoszą się do ustalania uprawnień w ramach niniejszego rozdziału, z tą różnicą, że progi majątkowe dla osób indywidualnych i

rodziny nie dotyczą uprawnień do zniżek w opłatach za leczenie w ramach niniejszego rozdziału.

3. Program Funduszu pomocy dzieciom śmiertelnie chorym:

Fundusz pomocy dzieciom śmiertelnie chorym w stanie New Jersey (State of New Jersey's Catastrophic Illness in Children Relief Fund Program) udziela pomocy finansowej rodzinom tych dzieci. Informacje na temat uprawnień, wydatków objętych programem i składania wniosków można znaleźć na stronie <http://www.state.nj.us/humanservices/cicrf/home/>.

4. Biuro rekompensat dla ofiar przestępstw w stanie New Jersey:

Stan New Jersey ustanowił Biuro rekompensat dla ofiar przestępstw, które zwraca ofiarom straty i wydatki, w tym określone wydatki medyczne, poniesione z powodu określonych czynów przestępczych. Informacje na temat uprawnień, wydatków objętych programem i składania wniosków można znaleźć na stronie <http://www.nj.gov/oag/njvictims/application.html>.

B. Wydatki własne:

1. Mieszkańcy New Jersey

Nieubezpieczeni pacjenci, którzy nie są uprawnieni do korzystania z Charity Care lub jakichkolwiek innych federalnych lub stanowych programów pomocy finansowej, będą obciążani, jak następuje:

- i. W trybie hospitalizacji: Pacjenci uzyskujący niezbędną opiekę medyczną w trybie hospitalizacji będą obciążani za usługi wg stawki Medicare naliczanej przez DRG (Diagnosis-Related Group) plus 15%.
- ii. W trybie ambulatoryjnym: Pacjenci otrzymujący opiekę medyczną w trybie ambulatoryjnym w Morristown Medical Center oraz Overlook Medical Center będą obciążeni ulgą 40% kosztów hospitalizacji. Pacjenci Newton Medical Center otrzymają zniżkę w wysokości 88%, pacjenci otrzymujący leczenie ambulatoryjne w Chilton Medical Center otrzymają 82,4% zniżki, a pacjenci Hackettstown Medical Center otrzymają 89% zniżki.

2. Pacjenci z innego stanu i zagraniczni

- a. W trybie hospitalizacji: Pacjenci uzyskujący niezbędną opiekę medyczną w trybie hospitalizacji będą obciążani za usługi wg stawki Medicare naliczanej przez DRG (Diagnosis-Related Group) plus 25%.
- b. W trybie ambulatoryjnym: Pacjenci otrzymujący opiekę medyczną w trybie ambulatoryjnym w Morristown Medical Center oraz Overlook Medical Center będą obciążeni ulgą 40% kosztów hospitalizacji. Pacjenci Newton Medical Center otrzymają zniżkę w wysokości 88%, pacjenci otrzymujący leczenie ambulatoryjne w Chilton Medical Center otrzymają 82,4% zniżki, a pacjenci Hackettstown Medical Center otrzymają 89% zniżki.

C. Zwykle opłaty

Nieubezpieczeni pacjenci będący stałymi mieszkańcami New Jersey, których dochód roczny na rodzinę wynosi poniżej 500% federalnej granicy ubóstwa i którzy nie są uprawnieni do korzystania z federalnych ani stanowych programów pomocy finansowej (z wyjątkiem Charity Care), będą otrzymywać ulgę zgodnie z rozdziałem IV. W momencie złożenia wniosku o pomoc finansową i po wyjaśnieniu, iż pacjent kwalifikuje się do pomocy finansowej na mocy niniejszego rozdziału, zostanie obciążony za uzyskane usługi niższą z opłat zwykłych lub opłatą wg stawki Medicare plus 15%.

Atlantic Health System podjął decyzję o stosowaniu metody retrospektywnej dla każdej z placówek szpitalnych. Procenty zwykłych opłat (wg placówek szpitalnych) są następujące:

Morristown Medical Center: 25.6%
Overlook Medical Center: 26.4%
Chilton Medical Center: 19.2%
Newton Medical Center: 14.4%
Hackettstown Medical Center 14.4%
Atlantic Rehabilitation Institute: 27.6%

Zgodnie z sekcją 501(r) Internal Revenue Code każda z placówek szpitalnych oblicza procent zwykłych opłat za pomocą metody retrospektywnej. Procenty zwykłych opłat zostały obliczone przez podzielenie dopuszczalnych roszczeń z okresu 12 miesięcy przez sumę opłat brutto powiązanych z tymi roszczeniami. Następujący model płatniczy został wybrany dla wszystkich placówek szpitalnych: opłata Medicare za usługę + świadczenia wszystkich prywatnych ubezpieczycieli zdrowotnych.

Procenty opłat zwykłych będą aktualizowane raz do roku w ciągu stu dwudziestu (120) dni od zakończenia roku kalendarzowego. Jeżeli okaże się, że wyliczony procent zwykłej opłaty jest **niższy niż** kwota należna od pacjenta, pacjent zapłaci tylko kwotę obliczoną.

Jeżeli okaże się, że wyliczony procent zwykłej opłaty **jest wyższy** niż kwota należna od pacjenta, pacjent zapłaci kwotę obliczoną w ramach opisanych wyżej programów pomocy finansowej.

V. Zasady wystawiania rachunków i egzekwowania zapłaty

W tym rozdziale zostały określone zasady i procedury wystawiania i egzekwowania rachunków przez Atlantic Health System oraz wyjaśnione działania podejmowane w sytuacji, gdy rachunek za opiekę medyczną, w tym za należność pozostałą po odliczeniu rabatów z tytułu pomocy finansowej, nie został zapłacony. Agencje windykacyjne i adwokaci reprezentujący Atlantic Health System otrzymają egzemplarze niniejszych Wytycznych.

Na każdym rachunku zostanie umieszczone widoczne powiadomienie o dostępności pomocy finansowej wraz z numerem telefonu konkretnego szpitalnego biura poradnictwa finansowego, w którym pacjent otrzyma informacje na temat Wytycznych i pomoc przy ubieganiu się o pomoc finansową. Na rachunku będzie również podany adres internetowy witryny, gdzie można znaleźć Wytyczne, formularz wniosku o pomoc finansową oraz zrozumiałe streszczenie.

- A. Okres powiadamiania: Atlantic Health System wystawia pacjentom rachunki, gdy tylko należność zostanie potwierdzona. Dla pacjentów nieubezpieczonych pierwszy rachunek wystawiony po wypisaniu ze szpitala wyznaczy początek 120-dniowego okresu powiadamiania, podczas którego nie będzie mogło zostać wszczęte żadne szczególne postępowanie windykacyjne („windykacja”) (zdefiniowane poniżej). Dla pacjentów niedostatecznie ubezpieczonych pierwszy rachunek wystawiony po wypisaniu ze szpitala, odzwierciedlający udział ubezpieczyciela w postępowaniu, wyznaczy początek 120-dniowego okresu powiadamiania, podczas którego nie będzie mogło zostać wszczęte postępowanie windykacyjne przeciw pacjentowi („120-dniowy okres powiadamiania”).
- B. Gdy pacjent zalega z zapłatą, zostanie do niego wysłane pismo z propozycją przedyskutowania rachunku i ustalenia, czy potrzebna jest pomoc finansowa lub nowy plan zapłaty. Atlantic Health System może wyjść naprzeciw potrzebom pacjentów, którzy zwracają się o ustanowienie planowych spłat.
- C. Gdy do końca 120-dniowego okresu powiadamiania zapłata nie zostanie uiszczona i pacjent nie złoży wniosku o pomoc finansową ani nie zwróci się do szpitalnego biura poradnictwa finansowego ani do biura obsługi klientów w sprawie alternatywnego planu spłaty, konto pacjenta zostanie przekazane do agencji windykacyjnej. Atlantic Health System poinformuje pacjenta na piśmie, że jego konto zostanie przekazane do agencji windykacyjnej, jeżeli zapłata nie wpłynie w ciągu 10 dni („ostateczne wezwanie do zapłaty”). W ostatecznym wezwaniu do zapłaty pacjent zostanie powiadomiony o dostępności pomocy finansowej i otrzyma numer telefonu konkretnego szpitalnego biura poradnictwa finansowego, w którym uzyska informacje na temat Wytycznych i pomocy przy ubieganiu się o pomoc finansową. Na rachunku będzie również podany adres internetowy witryny, gdzie można znaleźć Wytyczne, formularz wniosku o pomoc finansową oraz zrozumiałe streszczenie.
- D. Po 120-dniowym okresie powiadamiania Atlantic Health System może upoważnić agencje windykacyjne i adwokatów działających w imieniu Atlantic Health System („osoby trzecie”) do wszczęcia postępowania windykacyjnego w sprawie zaległych należności. Gdy konto zostanie przekazane osobie trzeciej, osoba ta potwierdzi podjęcie uzasadnionych kroków w celu stwierdzenia, czy pacjentowi przysługuje pomoc finansowa w ramach Wytycznych, i zawiadomi, że przed podjęciem windykacji wykonane zostały następujące czynności:
1. Pacjent otrzymał pisemne zawiadomienie („termin 30-dniowy”), w którym: (a) wskazano, że dla uprawnionych pacjentów dostępna jest pomoc finansowa, (b) opisano metody windykacji, które zostaną użyte w celu egzekucji zapłaty za leczenie, oraz (c) określono datę, po której może się rozpocząć proces windykacji (z terminem co najmniej 30 dni od daty powiadomienia).
 2. Do pisma z 30-dniowym terminem dołączono egzemplarz zrozumiałego streszczenia Wytycznych.
 3. Atlantic Health System oraz osoba trzecia podjęli możliwe starania, aby ustnie powiadomić pacjenta o treści Wytycznych i o tym, w jaki sposób pacjent może uzyskać wsparcie w procesie składania wniosku o pomoc finansową.
- E. Gdy potwierdzono, że podjęte zostały możliwe starania w celu stwierdzenia, czy pacjentowi przysługuje pomoc finansowa w ramach Wytycznych, strony trzecie mogą podjąć następujące czynności windykacyjne w celu uzyskania zapłaty za opiekę:
1. Działania wymagające postępowania sądowego, w tym m.in.:

- a. ustanowienie zastawu na własności pacjenta, o ile nie jest to zakazane na mocy przepisu prawa podatkowego art. 501(r) I.R.C.;
 - b. zajęcie lub konfiskata konta bankowego pacjenta;
 - c. wszczęcie postępowania cywilnego przeciw pacjentowi;
 - d. zajęcie płacy pacjenta na zabezpieczenie należności.
2. Windykacja nie obejmuje ustanowienia zastawu na przysądzonym, w ramach ugody lub kompromisu, odszkodowaniu za urazy ciała ani roszczeń zgłoszonych w ramach upadłości.
- F. Jeżeli złożony wniosek o pomoc finansową będzie niekompletny, Atlantic Health System dostarczy pacjentowi pisemne powiadomienie z dodatkowymi informacjami lub dokumentację wymaganą w celu stwierdzenia uprawnień do pomocy finansowej w ramach Wytycznych. Atlantic Health System poinformuje osoby trzecie o złożeniu niekompletnego wniosku o pomoc finansową, a strony trzecie zawieszają windykację należności za opiekę zdrowotną na 30 dni.
- G. Jeżeli złożony zostanie kompletny wniosek o pomoc finansową, Atlantic Health System zapewni podjęcie następujących czynności:
1. zawieszenie windykacji przeciw pacjentowi;
 2. bezzwłoczne ustalenie i udokumentowanie uprawnień;
 3. zawiadomienie pacjenta na piśmie przez Atlantic Health System o ustaleniu uprawnień i jego podstawie;
 4. ewentualne doręczenie zaktualizowanego rachunku na kwotę należną od pacjenta uprawnionego do pomocy finansowej w ramach Wytycznych, z wyjaśnieniem tej kwoty i odnośnego procentowego udziału zwykłych opłat;
 5. ewentualny zwrot kwot zapłaconych przez pacjenta uprawnionego do pomocy przewyższających jego należności oraz
 6. podjęcie przez osoby trzecie dostępnych środków w celu odwrócenia już wykonanych działań windykacyjnych, np. unieważnienia przysądzeń czy zniesienia zastawów.
- H. Jeżeli któraś placówka szpitalna dokonała ustalenia uprawnień przez domniemanie, wymagane jest, co następuje:
1. Jeżeli ustalono przez domniemanie, że pacjentowi przysługuje pomoc w mniejszym wymiarze niż najwyższa możliwa na mocy Wytycznych, Atlantic Health System podejmie następujące czynności:
 - a. zawiadomi pacjenta o podstawie domniemania o przysługiwaniu pomocy w ramach Wytycznych i wyjaśni, w jaki sposób starać się o większą pomoc;
 - b. udzieli pacjentowi wystarczającej ilości czasu na staranie się o większą pomoc, zanim zostaną wszczęte kroki windykacyjne, aby odzyskać obliczoną należność z rabatem;
 - c. jeżeli złożony zostanie kompletny wniosek o pomoc finansową, uprawnienia pacjenta w ramach Wytycznych zostaną określone ponownie.

Podstawy prawne:

Internal Revenue Service, 26 CFR Parts 1, 53, and 602, Additional Requirements for Charitable Hospitals; Community Health Needs Assessments for Charitable Hospitals; Requirement of a Section 4959 Excise Tax Return and Time for Filing the Return; Final Rule; N.J.S.A. 26:2H-12.52; N.J.A.C. 10:52

Brian Gagnolati, prezes/dyrektor generalny (CEO)
Atlantic Health System, Inc. Strona 10 z 13

Data

ZAŁĄCZNIK A

SPIS USŁUGODAWCÓW

Wytyczne Atlantic Health System, Inc. („Atlantic Health System”) dotyczące pomocy finansowej mają zastosowanie do usług pogotowia i niezbędnej opieki medycznej świadczonych przez szpital Atlantic Health System i we wszystkich placówkach traktowanych jako terenowe oddziały ambulatoryjne, które są rozliczane przez AHS Hospital Corp., spółkę zależną Atlantic Health System.

Wytyczne dotyczące pomocy finansowej obowiązują również dla usług pogotowia i innej niezbędnej opieki medycznej świadczonych w szpitalu Atlantic Health System przez lekarzy grupy Practice Associates Medical Group, P.A. działającej pod nazwą Atlantic Medical Group („AMG”). Wytyczne nie mają zastosowania do honorariów pobieranych przez lekarzy AMG za usługi świadczone poza szpitalem Atlantic Health System.

W OPIECE NAD PACJENTEM W SZPITALACH ATLANTIC HEALTH SYSTEM I PLACÓWKACH AMBULATORYJNYCH MOGĄ UCZESTNICZYĆ RÓWNIEŻ INNE PODMIOTY. JEŚLI NIE WYMIENIONO ICH W POWYŻSZYM SPISIE, OZNACZA TO, ŻE NIE OBOWIĄZUJĄ ICH WYTYCZNE ATLANTIC HEALTH SYSTEM DOTYCZĄCE POMOCY FINANSOWEJ. OPŁATY POBIERANE PRZEZ TE PODMIOTY SĄ NALICZANE ODDZIELNIE I WYMAGAJĄ OSOBNEGO USTALENIA ZASAD PŁATNOŚCI.

W miarę potrzeby spis podmiotów będzie aktualizowany co kwartał. Odpowiedzi na pytania związane z Wytycznymi dotyczącymi pomocy finansowej i ze spisem podmiotów udziela dział obsługi pacjentów (Customer Service Department), tel. 1-800-619-4024. Strona 11 z 12

ZAŁĄCZNIK B

Tłumaczenia niniejszych Wytycznych, formularzy wniosków o pomoc finansową i zrozumiałych streszczeń są dostępne po angielsku i w następujących językach:

arabskim
armeńskim
chińskim
francuskim kreolskim
greckim
gudżarati
hindi
włoskim
japoński
koreański
polskim
portugalskim
rosyjskim
serbsko-chorwackim
hiszpańskim
tagalog

KRYTERIA DOCHODU
INFORMACJE O KRYTERIACH UPRAWNIEN DO OBNIŻONYCH OPŁAT W
RAMACH CHARITY CARE

Data wejścia w życie: 31 marca 2019 r.

Pacjent musi spełniać kryteria zarówno dochodów i majątku

KRYTERIA DOCHODU

Procent należności do zapłaty przez pacjenta, gdy
 roczny dochód brutto mieści się w następujących granicach

	Pacjent płaci 0% należności	Pacjent płaci 20% należności	Pacjent płaci 40% należności	Pacjent płaci 60% należności	Pacjent płaci 80% należności	Pacjent płaci 100% należności
Wielkość rodziny	<=200%	>200<=225%	>225<=250%	>250<=275%	>275<=300%	>300%
1	24 980 \$ lub mniej	24 981 \$ do 28 103 \$	28 104 \$ do 31 225 \$	31 226 \$ do 34 348 \$	34 349 \$ do 37 470 \$	37 471 \$ lub więcej
2	33 820 \$ lub mniej	33 821 \$ do 38 048 \$	38 049 \$ do 42 275 \$	42 276 \$ do 46 503 \$	46 504 \$ do 50 730 \$	50 731 \$ lub więcej
3	42 660 \$ lub mniej	42 661 \$ do 47 993 \$	47 994 \$ do 53 325 \$	53 326 \$ do 58 658 \$	58 659 \$ do 63 990 \$	63 991 \$ lub więcej
4	51 500 \$ lub mniej	51 501 \$ do 57 938 \$	57 939 \$ do 64 375 \$	64 376 \$ do 70 813 \$	70 814 \$ do 77 250 \$	77 251 \$ lub więcej
5	60 340 \$ lub mniej	60 341 \$ do 67 883 \$	67 884 \$ do 75 425 \$	75 426 \$ do 82 968 \$	82 969 \$ do 90 510 \$	90 511 \$ lub więcej
6	69 180 \$ lub mniej	69 181 \$ do 77 828 \$	77 829 \$ do 86 475 \$	86 476 \$ do 95 123 \$	95 124 \$ do 103 770 \$	103 771 \$ lub więcej
7	78 020 \$ lub mniej	78 021 \$ do 87 773 \$	87 774 \$ do 97 525 \$	97 526 \$ do 107 278 \$	107 279 \$ do 117 030 \$	117 031 \$ lub więcej
8	86 860 \$ lub mniej	86 861 \$ do 97 718 \$	97 719 \$ do 108 575 \$	108 576 \$ do 119 433 \$	119 434 \$ do 130 290 \$	130 291 \$ lub więcej

Dla rodzin liczących więcej niż 8 członków należy dodać następujące kwoty do najwyższych kwot w każdej kolumnie na każdego dodatkowego członka rodziny.

8 840 \$	9 945 \$	11 050 \$	12 155 \$	13 260 \$
----------	----------	-----------	-----------	-----------

* Kobiety ciężarną traktuje się jako dwoje członków rodziny.

Jeżeli pacjenci płacący według ruchomej skali od 20% do 80% są winni więcej niż 30% dochodu rocznego brutto za opłaty własne z tytułu wydatków na opiekę medyczną (tzn. za rachunki niezapłacone przez inne osoby), to kwoty powyżej 30% zostają uznane za pomoc w opłatach udzieloną przez szpital (charity care).

KRYTERIA MAJĄTKOWE

Majątek indywidualny nie może przekraczać 7500 USD, a majątek rodzinny nie może przekraczać 15 000 USD.