



# Atlantic Health System

---

## Административная политика

**Тема:** финансовая помощь для малоимущих, незастрахованных и недостаточно застрахованных пациентов

**Дата вступления в силу:** 01.01.2020

**Заменяет документы, датированные:** 01.01.2019

01/01/2018

01/01/2017

01/01/2016

03/06/2015

**Главное ответственное лицо:** директор отдела финансовых услуг для пациентов

---

### I. Цель

Обеспечить каждому пациенту, независимо от его платежеспособности, получение неотложной медицинской помощи и других необходимых по медицинским показаниям услуг, оказываемых в больничных учреждениях Atlantic Health System, Inc. (Atlantic Health System). Данная политика применяется ко всем больничным учреждениям, входящим в систему Atlantic Health System, в том числе к медицинским центрам Morristown Medical Center, Overlook Medical Center, Chilton Medical Center, Newton Medical Center, Hackettstown Medical Center, институту реабилитации Atlantic Rehabilitation Institute, а также другим медицинским учреждениям Atlantic Health System, которые в соответствии с постановлением 42 C.F.R. 413.65 были официально признаны в качестве поставщиков со статусом «provider-based».

### II. Политика:

Суть политики Atlantic Health System заключается в том, чтобы обеспечить всем пациентам, независимо от их платежеспособности, возможность получения неотложной медицинской помощи и других необходимых по медицинским показаниям услуг, оказываемых в больничных учреждениях Atlantic Health System. Финансовая помощь предоставляется посредством различных программ, описанных в Разделе IV ниже, пациентам с низким уровнем дохода, а также незастрахованным и недостаточно застрахованным пациентам, которые без такой финансовой помощи не в состоянии полностью или частично оплатить свой больничный счет. Данная политика применяется ко всем больничным учреждениям, входящим в систему Atlantic Health System, как указано выше, а также к другим медицинским учреждениям Atlantic Health System, которые в соответствии с постановлением 42 C.F.R. 413.65 были официально признаны в качестве поставщиков со статусом «provider-based».

Финансовая помощь и скидки предоставляются только в связи с оказанием неотложной медицинской помощи или других видов услуг, необходимых по медицинским показаниям. Счета за некоторые услуги, включая, среди прочего, счета за услуги терапевта, анестезиолога, интерпретацию результатов рентгенологических исследований и амбулаторные назначения, могут выставляться отдельно от счетов больницы и могут не входить в программу финансовой помощи Atlantic Health System. Полный список поставщиков (за исключением самого больничного учреждения), предоставляющих услуги неотложной медицинской помощи или другие виды необходимых по медицинским показаниям услуг в таком больничном учреждении, составленный по названиям учреждений с конкретным указанием, на кого из поставщиков распространяются требования настоящей Политики финансовой помощи («ПФП»), а на кого нет, можно найти в Приложении А к данной ПФП. Список поставщиков 2 пересматривается ежеквартально с внесением всех необходимых изменений.

### **III. Общие положения:**

- A. Atlantic Health System оказывает стационарные и амбулаторные медицинские услуги всем жителям штата Нью-Джерси, нуждающимся в услугах неотложной медицинской помощи или других видах необходимых по медицинским показаниям услуг, независимо от платежеспособности пациентов и от того, могут ли эти пациенты рассчитывать на получение финансовой помощи в соответствии с положениями данной ПФП и в каком объеме.
- B. Atlantic Health System не занимается деятельностью, препятствующей получению неотложной медицинской помощи, например, требуя от пациентов, обратившихся в отделение неотложной помощи, предварительной оплаты до получения ими лечения либо допуская деятельность по взысканию задолженности в отделении неотложной помощи или в других отделениях, где такие действия могут помешать оказанию неотложной медицинской помощи на недискриминационной основе.
- C. Текст ПФП, действующей в Atlantic Health System, форма заявления на получение финансовой помощи и изложенное доступным языком резюме документа («ИДЯР») представлены на следующем веб-сайте:  
<http://www.atlantichealth.org/financialassistance>
- D. Текст ПФП, действующей в Atlantic Health System, форма заявления на получение финансовой помощи и ИДЯР предлагаются на английском языке и на языке населения с ограниченным знанием английского языка, численность которого составляет 1000 человек или 5 % от общей численности населения (в зависимости от того, что меньше), проживающего на территории основной зоны обслуживания каждой больницы. Переводы текста ПФП, формы заявления на получение финансовой помощи и ИДЯР предлагаются на языках, указанных в Приложении Б к данной ПФП. Будут приложены все усилия для того, чтобы информация о содержании ПФП, заявлении на получение финансовой помощи и ИДЯР была ясно доведена до пациентов, чей родной язык не входит в число языков, на которые переведены данные документы.
- E. Бумажные копии ПФП, заявления на получение финансовой помощи и ИДЯР можно получить бесплатно по почте по запросу. Кроме того, копии можно получить в различных местах на территории больничных учреждений, в том числе в приемных отделениях, в отделениях неотложной помощи и в финансовых консультационных отделах, перечисленных ниже. Заявления на

получение финансовой помощи можно подать лично либо переслать по почте, по факсу или по электронной почте.

Финансовые консультационные отделы (Financial Counseling Offices):

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

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

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

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

Hackettstown Medical Center: 651 Willow Grove Street, Hackettstown, New Jersey 07840, Financial Counseling Office, телефон: 908-850-6902

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

- F. Если пациентам нужна помощь в получении бумажных экземпляров ПФП, заявления на получение финансовой помощи или ИДЯР, а также по любым другим вопросам, они могут обратиться в Отдел по обслуживанию клиентов по телефону 1-800-619-4024, а также прийти лично или связаться с Финансовыми консультационными отделами, список которых приведен выше.
- G. Указатели и объявления, оповещающие пациентов о возможности получения финансовой помощи, размещаются в публичных местах на территории больницы, в том числе в приемных отделениях, в отделениях неотложной помощи и в финансовых консультационных отделах, таким образом, чтобы их было хорошо видно.
- H. Копия ИДЯР предоставляется всем пациентам и входит в пакет документации, которую они получают при обращении в больницу.
- I. Одним из обязательств Atlantic Health System является предоставление финансовой помощи пациентам, которые отвечают требованиям на получение такой помощи и которые не в состоянии полностью или частично оплатить счета за оказанную им неотложную медицинскую помощь или другие услуги, необходимые по медицинским показаниям. Чтобы достичь этой благотворительной цели, Atlantic Health System оповещает широкую общественность о существовании данной ПФП, заявления на получение финансовой помощи и ИДЯР посредством сотрудничества с местными организациями социального обслуживания и некоммерческими организациями.
- J. Обращаться за получением финансовой помощи могут как сами пациенты, так и их представители. Пациенты или их представители могут быть направлены к финансовым консультантам сотрудниками Atlantic Health System, врачами или другими специалистами. Финансовые консультанты разъяснят требования, обозначенные имеющимися программами финансовой помощи, и определят,

обладает ли пациент правом на получение льгот в рамках действующей программы финансовой помощи. Пациенты, обращающиеся за финансовой помощью, должны будут заполнить заявление Atlantic Health System на получение финансовой помощи (в том числе страницы письменного свидетельства) и предоставить всю подтверждающую документацию, которая указана на бланке заявления. Только при удовлетворении этих условий заявление на получение финансовой помощи будет принято на рассмотрение. В целях налаживания конструктивного диалога с лицами, которые имеют ограниченное знание английского языка, по мере необходимости будут использоваться переведенные материалы и услуги устных переводчиков.

- К. Незастрахованный пациент должен подать полностью оформленное заявление на получение финансовой помощи в течение 365 дней с момента выставления ему первого платежного требования после выписки из больницы. На предоставление полностью оформленного заявления на получение финансовой помощи застрахованному или недостаточно застрахованному пациенту отводится срок до 365 дней с момента выставления ему первого платежного требования, отражающего сведения об обработке страховщиком, после выписки из больницы.

#### **IV. Программы финансовой помощи:**

Пациенты Atlantic Health System могут претендовать на получение бесплатного медицинского обслуживания или на получение скидки в рамках различных программ, которые описаны ниже. В каждом случае будет считаться, что Atlantic Health System окажет финансовую помощь в объеме, равном общей стоимости предоставленных услуг за вычетом сумм-нетто, уплаченных пациентом или страхователем пациента (если таковой имеется), а также любых государственного возмещения или оплаты таких услуг. В отчетах Atlantic Health System такие суммы-нетто будут заявлены (с учетом соотношения «стоимость — сумма выставленного счета» в тех случаях, когда финансовая помощь указывается исходя из фактической стоимости, а не суммы выставленных счетов) как финансовая помощь, предоставленная организацией.

## **А. Программы штата Нью-Джерси:**

### **1. Программа Charity Care:**

Данная программа покрывает только больничные счета, которые связаны с интенсивной терапией, являющейся необходимой по медицинским показаниям, и которые были бы оплачены в рамках программы Medicaid штата, если бы пациент имел право на получение льгот Medicaid. Финансовый консультационный отдел решит, может ли заявитель участвовать в программе, не позднее чем за 10 (десять) рабочих дней со дня получения заполненного первоначального заявления. Если заявление заполнено не полностью (например, подтверждение доходов/активов не предоставлено совсем или предоставлено не в полном объеме), то заявителю будет направлен письменный отказ, в котором будет подробно разъяснено, какая дополнительная документация нужна для получения одобрения. На предоставление требуемой документации для подачи повторного заявления на программу Charity Care незастрахованному заявителю отводится срок до 365 дней с даты выставления ему первого платежного требования после выписки из больницы. На предоставление требуемой документации для подачи повторного заявления на программу Charity Care застрахованному или недостаточно застрахованному заявителю отводится срок до 365 дней с даты выставления ему первого платежного требования, отражающего сведения об обработке страховщиком, после выписки из больницы. Пациент, удовлетворяющий требованиям для включения в программу Charity Care, получит бесплатную помощь или скидку с общей стоимости предоставленных услуг в соответствии с правилами, изложенными в **Приложении В**.

Заявители, которые не отвечают требованиям программы, в будущем могут подать заявление повторно, если они вновь обратятся за получением услуг и их финансовое положение на тот момент изменится.

Charity Care — программа, организованная штатом Нью-Джерси для жителей, которые:

- a. не имеют медицинской страховки или имеют медицинскую страховку, которая оплачивает только часть счета;
- b. не отвечают критериям частных или государственных страховых программ (например, программ социального обеспечения (пенсионеры или лица на инвалидности); программ дополнительного социального дохода (SSI) в сочетании с программой Medicaid; или Medicaid);
- c. отвечают установленным в штате требованиям в отношении доходов и активов.

Дополнительные критерии, которым необходимо соответствовать, чтобы получить право на участие в программе Charity Care:

- a. Участниками программы Charity Care со 100 % покрытием суммы счета могут стать пациенты, совокупный доход семьи которых меньше или равен 200 % от суммы, указанной как федеральный

уровень бедности, а участниками с частичным покрытием суммы счета - пациенты, совокупный доход семьи которых больше 200 %, но меньше или равен 300 % от суммы, указанной как федеральный уровень бедности в соответствии с правилами, изложенными в **Приложении В**.

- b. Ограничение по активам на включение в программу Charity Care установлено на одного отдельного участника в сумме 7500 \$ и на семью 15 000 \$. Для целей данного Раздела члены семьи, чьи активы должны учитываться, определяются в Административном кодексе штата Нью-Джерси (N.J.A.C.) 10:52-11.8(a), как указано далее. Размер семьи для взрослого заявителя включает самого заявителя, супругу(-а), несовершеннолетних детей, которых содержит заявитель, и взрослых, за которых заявитель несет юридическую ответственность. Размер семьи для несовершеннолетнего заявителя включает обоих родителей, супругу(-а) одного из родителей, несовершеннолетних братьев и сестер, а также любых других взрослых людей в семье, за которых родитель(-и) заявителя несет (несут) юридическую ответственность. Если заявитель укажет, что был(-а) покинут супругой(-ом) или кем-либо из родителей, то в данном случае супруг(-а) или родитель не будут рассматриваться в качестве члена семьи. Беременная женщина считается как два члена семьи.

К документам, требуемым в Разделе Charity Care Руководства по больничному обслуживанию (Hospital Services Manual), Административного кодекса штата Нью-Джерси (N.J.A.C.), 10:52 и последующие, относятся:

- a. Действительные удостоверения личности пациента и членов семьи. К ним относятся следующие документы: водительское удостоверение, карточка социального обеспечения, регистрационная карточка иностранца, свидетельство о рождении, квитанция о начислении заработной платы, паспорт, виза и пр.
- b. Документы, подтверждающие факт проживания в штате Нью-Джерси на момент обслуживания (примечание: при определенных обстоятельствах для оказания неотложной помощи проживание в штате не требуется.) К таким документам могут относиться: водительское удостоверение, регистрационная карточка избирателя, карточка члена профсоюза, карточка страхового покрытия или плана обеспечения благосостояния, удостоверение личности студента, счет за коммунальные услуги, федеральная налоговая декларация, налоговая декларация штата, а также документ о получении пособия по безработице.
- c. Подтверждение суммы совокупного дохода. Должно включать сведения, которые требуются больницей для определения совокупного дохода пациента (одно из следующих):
- i. Фактический совокупный доход за 12 месяцев, предшествовавших получению услуг.
  - ii. Фактический совокупный доход за 3 месяца, предшествовавших получению услуг.

- iii. Фактический совокупный доход за месяц, непосредственно предшествовавший получению услуг
- d. Подтверждение активов на дату получения услуг. Это средства, которые легко конвертируются в наличные денежные средства, например, акции, облигации, средства на индивидуальных пенсионных счетах IRA, депозитные сертификаты (CD), суммы вложений на расчетных и сберегательных банковских счетах или капитал, вложенный в недвижимость, за исключением основного места жительства.

**2. Право на получение скидки на медицинское обслуживание в соответствии с N.J.S.A. 26:2H-12.52:**

Незастрахованные пациенты, проживающие в штате Нью-Джерси и имеющие совокупный доход семьи ниже 500 % от суммы, указанной как федеральный уровень бедности, получают право на обслуживание со скидкой в соответствии с Разделом IV.C. ПФП. При вынесении решения о соответствии требованиям на участие по данному Разделу используются требования к документации, применимые к программе Charity Care и изложенные в Разделе A.1. выше; единственным исключением является то, что по данному Разделу для определения права на получение скидки не учитываются ограничения по активам отдельного лица и семьи.

**3. Программа Catastrophic Illness in Children Relief Fund Program**

Программа Фонда содействия детям в случае катастрофического заболевания, действующая в штате Нью-Джерси, предоставляет финансовую помощь семьям, в которых есть дети, страдающие от катастрофического заболевания. Информацию о требованиях для участия, одобренных расходах и правилах подачи заявления на получение помощи можно найти на сайте <http://www.state.nj.us/humanservices/cicrf/home/>.

**4. New Jersey Victims of Crime Compensation Office**

В штате Нью-Джерси было создано Управление по выплатам компенсаций жертвам преступлений, которое занимается выплатой компенсаций за убытки и расходы, в том числе определенные медицинские расходы, понесенные в результате определенных преступных действий. Информацию о требованиях для участия, одобренных расходах и правилах подачи заявления на получение помощи можно найти на сайте <http://www.nj.gov/oag/njvictims/application.html>.

**B. Self - Pay**

**1. Жители Нью-Джерси**

Незастрахованные пациенты, не имеющие права на бесплатную медицинскую помощь по программе Charity Care или любой другой государственной или федеральной программе финансовой помощи, оплачивают следующие услуги:

- i. Стационарное обслуживание: с пациентов, получающих в стационаре необходимые по медицинским показаниям услуги, будет взиматься

сумма, которая определяется критериями DRG (групп сходного диагноза) программы Medicare плюс 15 % за полученное обслуживание.

- ii. Амбулаторное обслуживание: Пациентам, получающим амбулаторные услуги в медицинских центрах Morristown Medical Center и Overlook Medical Center, будет предоставлена скидка в размере 40 % от счета больницы. Пациентам медицинского центра Newton Medical Center будет предоставлена скидка в размере 88%, а пациентам, получающим амбулаторные услуги в медицинских центрах Chilton Medical Center и Hackettstown Medical Center — соответственно 82,4 % и 89 % от счета больницы.

## 2. Пациенты из других штатов и иностранные пациенты

- a. Стационарное обслуживание: Пациенты, получающие в стационаре необходимые по медицинским показаниям услуги, оплачивают суммы, определяемые согласно критериям DRG (групп сходного диагноза) программы Medicare плюс 25% за полученное обслуживание.
- b. Амбулаторное обслуживание: Пациентам, получающим амбулаторные услуги в медицинских центрах Morristown Medical Center и Overlook Medical Center, будет предоставлена скидка в размере 40 % от счета больницы. Пациентам медицинского центра Newton Medical Center будет предоставлена скидка в размере 88 %, а пациентам, получающим амбулаторные услуги в медицинских центрах Chilton Medical Center и Hackettstown Medical Center — соответственно 82,4 % и 89 % от счета больницы.

## C. Стандартно взимаемые суммы

Незастрахованные пациенты, проживающие в штате Нью-Джерси и имеющие совокупный доход семьи ниже 500 % от суммы, указанной как федеральный уровень бедности, которые не отвечают требованиям федеральной программы финансовой помощи или программы штата (за исключением программы Charity Care), в соответствии с этим Разделом IV получают право на обслуживание со скидкой. После подачи заявки на получение финансовой помощи и определения соответствия пациентов требованиям для получения финансовой помощи в соответствии с условиями, изложенными в данном Разделе, с них будет взиматься либо выставленная для оплаты сумма AGB, либо сумма по соответствующей ставке Medicare плюс 15 % (в зависимости от того, что меньше).

Atlantic Health System применяет методику ретроспективного анализа (Look-Back) в отношении каждого соответствующего больничного учреждения. Процентные ставки AGB (по больничным учреждениям) составляют:

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%

В соответствии с разделом 501(r) Налогового кодекса, для расчета соответствующего процентного коэффициента AGB каждое медицинское учреждение использует ретроспективный метод. Проценты AGB были рассчитаны как сумма всех претензий, разрешенных в течение 12-месячного периода, поделенная на сумму общих расходов, связанных с этими претензиями. Для всех больничных учреждений была выбрана следующая платежная база: платная программа Medicare (fee-for-service) и все частные медицинские страховые компании.

Процентная ставка AGB обновляется ежегодно в течение 120 (ста двадцати) дней после окончания календарного года. Если сумма, рассчитанная с учетом процентных ставок AGB, **будет меньше** суммы, которую должен оплатить пациент, то пациент несет ответственность только за сумму, рассчитанную в соответствии с AGB.

Если сумма, рассчитанная с учетом процентных ставок AGB, будет **больше суммы**, которую должен оплатить пациент, то пациент несет ответственность за сумму, рассчитанную согласно условиям программы финансовой помощи, как описано выше.

## V. Выставление счетов и взыскание задолженности

В этом Разделе излагаются правила и процедуры выставления счетов и взыскания задолженности, используемые Atlantic Health System, и разъясняются действия, которые могут предприниматься в том случае, если не были оплачены счета за медицинскую помощь, в том числе счета на оставшуюся после выплаты финансовой помощи сумму. Службам по взысканию задолженности и адвокатам, действующим от имени Atlantic Health System, будет предоставлена копия данной ПФП.

В каждом платежном требовании на видном месте будет размещена информация о возможности получения финансовой помощи с указанием номера телефона Финансового консультационного отдела конкретного больничного учреждения, где пациент сможет получить информацию о ПФП и помощь при составлении заявления на получение финансовой помощи. В платежном требовании также будет указан адрес Интернет-страницы, где можно будет найти текст ПФП, заявление на получение финансовой помощи и ИДЯР.

- A. Период уведомления: Atlantic Health System выставляет счет пациенту с указанием любой остающейся задолженности сразу же после подтверждения платежного баланса пациента. Для незастрахованных пациентов дата выставления им первого платежного требования после выписки из больницы является началом периода уведомления, который составляет 120 дней и в течение которого по отношению к ним не будет предприниматься никаких чрезвычайных мер по взысканию задолженности («ЧМВЗ») (определение приводится ниже). Для застрахованных или недостаточно застрахованных пациентов дата выставления им первого платежного требования после выписки из больницы, отражающего сведения об обработке страховщиком, является началом периода уведомления, который составляет 120 дней и в течение которого по отношению к ним не будет предприниматься никаких ЧМВЗ («120-дневный период уведомления»).
- B. Если пациент своевременно не выполнит свои финансовые обязательства по оплате, ему будет направлено уведомление, в котором ему будет предложена возможность обсудить платежное требование и определить, нужна ли пациенту какая-либо

финансовая помощь либо новый или пересмотренный план оплаты. Atlantic Health System может пойти навстречу пациентам, которые просят составить для них план по погашению задолженности.

- C. Если по окончании 120-дневного периода уведомления от пациента не было получено никакой оплаты и пациент не обращался за финансовой помощью и не договорился с Финансовым консультационным отделом или Отделом по обслуживанию клиентов больничного учреждения о составлении для него альтернативного плана оплаты, счет этого пациента будет передан в службу по взысканию задолженности. Atlantic Health System в письменной форме сообщит пациенту о том, что его счет будет передан в службу по взысканию задолженности, если в течение 10 дней не будет получено никакой оплаты («Окончательное уведомление»). В Окончательном уведомлении пациенту будет сообщено о возможности получения финансовой помощи для соответствующих требованиям пациентов и указан номер телефона Финансового консультационного отдела конкретного больничного учреждения, где пациент сможет получить информацию о ПФП и помощь при составлении заявления на получение финансовой помощи. В платежном требовании также будет указан адрес Интернет-страницы, где можно будет найти текст ПФП, заявление на получение финансовой помощи и ИДЯР.
- D. Atlantic Health System может уполномочить службы по взысканию задолженности и адвокатов, действующих от имени Atlantic Health System (далее — «Третья сторона»), приступить к использованию ЧМВЗ в отношении просроченных счетов пациентов по окончании 120-дневного периода уведомления. После того, как счет будет передан Третьей стороне, Третья сторона подтвердит, что ею были предприняты все разумные усилия, чтобы определить, обладает ли пациент правом на получение льгот в рамках действующей программы финансовой помощи в соответствии с ПФП, и что до начала использования ЧМВЗ были приняты следующие меры:
1. Пациенту было направлено письменное уведомление («30-дневное письмо»), в котором: (a) сообщается о возможности получения финансовой помощи для соответствующих требованиям пациентов; (b) определены ЧМВЗ, которые будут предприняты Третьей стороной для получения оплаты за полученные услуги; (c) указан конечный срок, после которого могут быть предприняты ЧМВЗ (этот конечный срок будет назначен на дату не ранее чем через 30 дней после даты отправления уведомления).
  2. В 30-дневное письмо была вложена копия изложенного доступным языком резюме ПФП.
  3. Atlantic Health System и/или Третьей стороной были предприняты все разумные усилия, чтобы в устной форме уведомить пациента о ПФП и о том, где пациент может получить помощь при составлении заявления на получение финансовой помощи.
- E. Получив подтверждение о том, что были приложены все разумные усилия, чтобы определить, обладает ли пациент правом на получение льгот в рамках действующей программы финансовой помощи в соответствии с ПФП, для получения с пациента оплаты за полученные услуги Третьей стороной могут быть предприняты следующие ЧМВЗ:
1. Действия, которые требуют юридического или судебного процесса, включающие, среди прочего:

- a. наложение ареста на имущество пациента, за исключением случаев, предусмотренных в Налоговом кодексе IRC Section 501(r);
  - b. безакцептное списание или конфискация денежных средств, находящихся на банковском счете пациента;
  - c. возбуждение гражданского иска против пациента;
  - d. осуществление принудительных вычетов из заработной платы пациента.
2. ЧМВЗ не предусматривают наложение ареста на компенсации, выплачиваемые в результате причинения телесных повреждений, урегулирования споров, компромиссов, а также претензий, предъявленных в результате банкротства.
- F. Если было получено не полностью заполненное заявление на получение финансовой помощи, Atlantic Health System направит пациенту письменное уведомление, в котором будет указано, какие дополнительные сведения или документы необходимы для вынесения решения о том, что пациент соответствует требованиям на получение финансовой помощи по условиям ПФП. Atlantic Health System сообщит Третьим сторонам о том, что было получено не полностью заполненное заявление на получение финансовой помощи, после чего Третьи стороны приостановят свои ЧМВЗ, реализуемые с целью получения оплаты за услуги, на период в 30 дней.
- G. Если было получено полностью заполненное заявление на получение финансовой помощи, Atlantic Health System обеспечит, что будут реализованы следующие действия:
1. будет приостановлено применение ЧМВЗ в отношении этого пациента;
  2. в своевременные сроки будет вынесено решение о соответствии пациента требованиям, о чем будет сделана соответствующая запись;
  3. Atlantic Health System в письменной форме сообщит пациенту о вынесенном решении о его соответствии требованиям с указанием основания для такого решения;
  4. будет предоставлено новое платежное требование с указанием новой суммы, выставленной для оплаты пациенту, который соответствует требованиям на получение финансовой помощи по условиям ПФП (если применимо), с пояснением о том, как была рассчитана эта сумма, и указанием соответствующей процентной ставки AGB;
  5. любые ранее оплаченные суммы, превышающие сумму задолженности, выставленную для оплаты пациенту, который соответствует требованиям на получение финансовой помощи по условиям ПФП, будут возвращены пациенту (если применимо);
  6. Третьи стороны предпримут все надлежащие разумные меры для ликвидации сохраняющихся последствий ЧМВЗ, примененных в отношении этого пациента в целях взыскания задолженности, в частности: отмена судебного решения, снятие взыскания или ареста на имущество.
- H. Если в каком-либо из больничных учреждений будет вынесено предварительное решение о соответствии пациента требованиям, то потребуется следующее:

1. Если согласно вынесенному предварительному решению пациент имеет право на получение помощи в сумме, которая будет меньше максимальной предлагаемой по условиям ПФП, то Atlantic Health System:
  - a. сообщит пациенту о том, на каком основании было вынесено предварительное решение о его соответствии требованиям по условиям ПФП, и разъяснит, как подать заявление на получение помощи в большем размере;
  - b. предоставит пациенту разумный период времени, чтобы подать заявление на получение помощи в большем размере, и лишь после этого даст распоряжение Третьим сторонам на использование ЧМВЗ с целью получения с пациента оплаты долга за вычетом скидки;
  - c. если было получено полностью заполненное заявление на финансовую помощь, вынесет новое решение о соответствии пациента требованиям по условиям ПФП.

Ссылки:

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

---

Брайан Граньолати, Президент и Главный исполнительный директор (Brian Gragnolati,  
President/CEO) Дата  
Atlantic Health System, Inc. Страница 10 из 13

## ПРИЛОЖЕНИЕ А

### СПИСОК ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ

Политика финансовой помощи компании Atlantic Health System, Inc. применяется к неотложной или другой медицинской помощи, предоставляемой в больнице Atlantic Health System или в амбулаторном учреждении поставщика медицинских услуг, которую оплачивает AHS Hospital Corp., дочерняя компания Atlantic Health System.

ПФП также применяется к неотложной или другой медицинской стационарной помощи, предоставляемой в больнице Atlantic Health System специалистами групп медицинского обслуживания Practice Associates Medical Group, P.A. d/b/a Atlantic Medical Group. ПФП не распространяется на профессиональные сборы, взимаемые врачами AMG за обслуживание вне пределов больницы Atlantic Health System.

**ДРУГИЕ ПОСТАВЩИКИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ МОГУТ БЫТЬ ЗАДЕЙСТВОВАНЫ В ВАШЕМ ЛЕЧЕНИИ В БОЛЬНИЦАХ И АМБУЛАТОРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ATLANTIC HEALTH SYSTEM. ЕСЛИ ЭТИ ПОСТАВЩИКИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫ ВЫШЕ, ОНЫ НЕ ОБЯЗАНЫ СЛЕДОВАТЬ ПРАВИЛАМ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ КОМПАНИИ ATLANTIC HEALTH SYSTEM. ВАМ ПРИДЕТСЯ ОТДЕЛЬНО ОПЛАЧИВАТЬ УСЛУГИ ЭТИХ ПОСТАВЩИКОВ И ОГОВОРИТЬ С НИМИ СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ.**

Список поставщиков пересматривается ежеквартально с внесением всех необходимых изменений. За помощью по вопросам, связанным с ПФП или этим списком поставщиков, обращайтесь в Отдел по обслуживанию клиентов по телефону: 1-800-619-4024. Страница 11 из 12

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Тексты ПФП, заявление на получение финансовой помощи и ИДЯР доступны на английском языке, а также в переводе на следующие языки:

Арабский  
Армянский  
Китайский  
Креольский французский  
Греческий  
Гуджарати  
Хинди  
Итальянский  
Японский  
Корейский  
Польский  
Португальский  
Русский  
Сербско-хорватский  
Испанский  
Тагалог

**КРИТЕРИИ ДОХОДОВ**  
**КРИТЕРИИ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРАВО НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММАХ**  
**CHARITY CARE И REDUCED CHARITY CARE**  
**Вступили в силу: 31 марта 2019 г.**

Пациенты должны соответствовать критериям доходов и активов

**КРИТЕРИИ ДОХОДОВ**

Сумма в процентном выражении, оплачиваемая пациентом, если  
 совокупный годовой доход отвечает следующим диапазонам

	Пациент оплачивает 0% счета	Пациент оплачивает 20% счета	Пациент оплачивает 40% счета	Пациент оплачивает 60% счета	Пациент оплачивает 80% счета	Пациент оплачивает 100% счета
<b>Количество членов семьи</b>	<b>&lt;=200 %</b>	<b>&gt;200&lt;=225 %</b>	<b>&gt;225&lt;=250%</b>	<b>&gt;250&lt;=275%</b>	<b>&gt;275&lt;=300%</b>	<b>&gt;300 %</b>
1	\$24 980 или меньше	\$24 981 до \$28 103	\$28 104 до \$31 225	\$31 226 до \$34 348	\$34 349 до \$37 470	\$37 471 или больше
2	\$33 820 или меньше	\$33 821 до \$38 048	\$38 049 до \$42 275	\$42 276 до \$46 503	\$46 504 до \$50 730	\$50 731 или больше
3	\$42 660 или меньше	\$42 661 до \$47 993	\$47 994 до \$53 325	\$53 326 до \$58 658	\$58 659 до \$63 990	\$63 991 или больше
4	\$51 500 или меньше	\$51 501 до \$57 938	\$57 939 до \$64 375	\$64 376 до \$70 813	\$70 814 до \$77 250	\$77 251 или больше
5	\$60 340 или меньше	\$60 341 до \$67 883	\$67 884 до \$75 425	\$75 426 до 82 968	\$82 869 до \$90 510	\$90 511 или больше
6	\$69 180 или меньше	\$69 181 до \$77 828	\$77 829 до \$86 475	\$86 476 до \$95 123	\$95 124 до \$103 770	\$103 771 или больше
7	\$78 020 или меньше	\$78 021 до \$87 73	\$87 774 до \$97 525	\$97 526 до \$107 278	\$107 279 до \$117 030	\$117 031 или больше
8	\$86 860 или меньше	\$86 861 до \$97 718	\$97 719 до \$108 575	\$108 576 до \$119 433	\$119 434 до \$130 290	\$130 291 или больше
Для семей, в которых больше 8 человек, на каждого дополнительного члена семьи добавьте к наибольшей сумме в каждой колонке указанную ниже сумму.						
	\$8 840	\$9 945	\$11 050	\$12 155	\$13 260	
* Беременная женщина считается как два члена семьи.						
Если пациенты, имеющие оплату по скользящей шкале 20–80 %, несут ответственность за оплату из собственного кармана суммы медицинских расходов, превышающей 30 % их совокупного годового дохода (т.е. счета, которые не оплачиваются другими сторонами), то сумма, которая превысит 30 %, будет считаться субсидией на оплату за услуги больницы (charity care).						

**КРИТЕРИИ АКТИВОВ**

Активы одного отдельного участника не могут превышать \$7 500, а активы семьи не могут превышать \$15 000.