Atlantic Health System

**Polityka administracyjna**

**Przedmiot:** Pomoc finansowa dla pacjentów o niskich dochodach, pacjentów nieubezpieczonych oraz niedoubezpieczonych

**Data wejścia w życie:** 02/08/2024

**Odpowiedzialność podstawowa: Dyrektor ds. obsługi finansowej pacjentów**

I. **Cel:**

Zapewnienie wszystkim pacjentom dostępu do niezbędnych usług w nagłych wypadkach oraz innych usług medycznych świadczonych przez placówki szpitalne Atlantic Health System, Inc. ("Atlantic Health System"), niezależnie od ich możliwości finansowych. Niniejsza polityka obowiązuje we wszystkich szpitalach należących do Atlantic Health System, w tym w Morristown Medical Center, Overlook Medical Center, Chilton Medical Center, Newton Medical Center, Hackettstown Medical Center oraz w każdej placówce medycznej Atlantic Health System, która została określona jako placówka o charakterze świadczeniodawcy, zgodnie z 42 C.F.R. 413.65.

II. **Polityka:**

Polityka Atlantic Health System polega na zapewnieniu pacjentom dostępu do niezbędnych usług medycznych w nagłych wypadkach oraz innych usług medycznych świadczonych przez placówki szpitalne, niezależnie od możliwości finansowych pacjenta. Pacjentom o niskich dochodach, nieubezpieczonym i niedoubezpieczonym, którzy nie byliby w stanie opłacić całości lub części rachunku za pobyt w szpitalu, różne programy opisane w części IV poniżej oferują pomoc finansową Niniejsze zasady dotyczą każdej placówki szpitalnej Atlantic Health System, jak wspomniano powyżej, oraz każdej placówki Atlantic Health System, która została uznana za placówkę o statusie świadczeniodawcy, zgodnie z przepisami federalnymi określającymi status świadczeniodawcy, ujętymi w 42 C.F.R. 413.65.

Pomoc finansowa i upustysą dostępne tylko w przypadku sytuacji wymagających pilnej pomocy medycznej lub innych medycznie niezbędnych usług medycznych. Niektóre usługi, w tym między innymi opłaty za wizytę u lekarza, opłaty za świadczenia anestezjologa, opisy badań obrazowych i recepty wypisywane w trybie ambulatoryjnym, są traktowane odrębnie w stosunku do opłat za świadczenia szpitalne i mogą nie kwalifikować się do pomocy finansowej oferowanej przez Atlantic Health System. Lista wszystkich świadczeniodawców, innych niż sam szpital, świadczących opiekę w przypadkach wymagających pilnej pomocy medycznej lub inną opiekę medyczną w szpitalu, z podziałem na placówki, z wyszczególnieniem świadczeniodawców objętych niniejszą Polityką pomocy finansowej („FAP") oraz tych, którzy nie są nią objęci, znajduje się w Załączniku A do FAP. Listy dostawców 2 będą co kwartał poddawane przeglądowi, a w razie potrzeby aktualizowane.

**III. Postanowienia ogólne:**

A. Atlantic Health System będzie świadczyć usługi zdrowotne, stacjonarne i ambulatoryjne wszystkim mieszkańcom stanu New Jersey, wymagającym opieki w nagłych wypadkach lub niezbędnej z medycznego punktu widzenia, bez względu na zdolność pacjenta do opłacenia takich usług oraz bez względu na to, czy i w jakim zakresie tacy pacjenci mogą kwalifikować się do pomocy finansowej na podstawie niniejszej FAP.

B. Atlantic Health System nie będzie podejmował żadnych działań zniechęcających do poszukiwania pomocy medycznej w nagłych wypadkach, np. wymagając od pacjentów oddziału ratunkowego uiszczenia opłaty przed otrzymaniem leczenia lub zezwalając na działania windykacyjne na oddziale ratunkowym bądź w innych miejscach, gdzie takie działania mogłyby zakłócić świadczenie pomocy w przypadkach wymagających nagłej pomocy medycznej na zasadach niedyskryminujących nikogo.

C. FAP Atlantic Health System, wniosek o pomoc finansową oraz Podsumowanie napisane prostym językiem („PLS") są dostępne online na następującej stronie internetowej http://www.atlantichealth.org/financialassistance

D. FAP Atlantic Health System, wniosek o pomoc finansową oraz PLS są dostępne w języku angielskim oraz w głównych językach poszczególnych populacji z ograniczoną znajomością języka angielskiego, które odpowiadają mniejszej z dwóch wartości: 1000 osób lub 5% społeczności obsługiwanej przez główny obszar usług każdego szpitala. Tłumaczenia FAP, wniosku o pomoc finansową oraz PLS są dostępne w językach określonych w załączniku B do niniejszej FAP. Podjęte zostaną wszelkie działania mające na celu zapewnienie, że FAP, wniosek o pomoc finansową oraz PLS będą zrozumiałe dla tych pacjentów, których języki podstawowe nie są uwzględnione w dostępnych tłumaczeniach.

E. Drukowane egzemplarze FAP, wniosku o pomoc finansową i PLS są udostępniane na życzenie, bezpłatnie, drogą pocztową, a także w różnych miejscach na terenie szpitala, w tym w izbach przyjęć, szpitalnych oddziałach ratunkowych i biurach doradztwa finansowego wymienionych poniżej. Wnioski o udzielenie pomocy finansowej można składać osobiście, pocztą, faksem lub pocztą elektroniczną.

   Biura Doradztwa Finansowego:

   Morristown Medical Center: 100 Madison Avenue, Morristown, New Jersey 07960, Financial Counseling Office, tel. 973-971-4967

   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. 973-831-5435

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

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

F. Jeśli pacjenci potrzebują pomocy w uzyskaniu papierowych kopii FAP, wniosku o pomoc finansową lub PLS, albo jeśli potrzebują innego rodzaju wsparcia, mogą

kontaktować się z działem obsługi klienta, dzwoniąc pod numer 1-800-619-4024, lub odwiedzić biura doradztwa finansowego wymienione powyżej.

G. W publicznych szpitalach, w tym w izbach przyjęć, szpitalnych oddziałach ratunkowych i w biurach doradztwa finansowego, zostaną umieszczone w widocznych miejscach znaki lub wywieszki informujące pacjentów o możliwości skorzystania z pomocy finansowej.

H. PLS będzie oferowany każdemu pacjentowi jako element procesu hospitalizacji.

I. Atlantic Health System oferuje pomoc finansową kwalifikującym się pacjentom, którzy są niezdolni do tego, aby w całości lub w części pokryć koszt świadczeń medycznych realizowanych na ich rzecz w przypadku konieczności udzielenia pilnej pomocy medycznej i świadczenia innych niezbędnych z medycznego punktu widzenia usług medycznych. Aby zrealizować ten charytatywny cel, Atlantic Health System będzie rozpowszechniać niniejszy FAP, wniosek o pomoc finansową oraz PLS w środowiskach, którym służy, poprzez współpracę z lokalnymi organizacjami pomocy społecznej oraz organizacjami typu non-profit.

J. Pacjenci lub ich przedstawiciele mają prawo ubiegać się o pomoc finansową. Pracownicy Atlantic Health System, lekarze kierujący lub inne osoby mogą kierować pacjentów lub ich przedstawicieli do doradców finansowych. Doradcy finansowi objaśnią wymagania dotyczące dostępnych programów pomocy finansowej i ustalą, czy dany pacjent kwalifikuje się do skorzystania z jednego z dostępnych programów pomocy finansowej. Pacjenci ubiegający się o pomoc finansową będą musieli wypełnić formularz wniosku o pomoc finansową Atlantic Health System (w tym strony z zaświadczeniami) oraz przedstawić dokumentację uzupełniającą wskazaną w składanym wniosku, aby móc ubiegać się o pomoc finansową. W razie potrzeby będą wykorzystywane materiały tłumaczone oraz tłumacze ustni, co umożliwi zrozumiałą komunikację z osobami wykazującymi się ograniczoną znajomością języka angielskiego.

K. Pacjent nieubezpieczony może w okresie 365 dni od daty pierwszego rozliczenia po wypisie złożyć wypełniony wniosek o pomoc finansową. Pacjent ubezpieczony lub niedoubezpieczony może w okresie 365 dni od daty pierwszego rozliczenia po wypisie, odzwierciedlającego przetwarzanie danych przez ubezpieczyciela, złożyć wypełniony wniosek o pomoc finansową.

## IV. **Programy pomocy finansowej:**

Pacjenci Atlantic Health System mogą kwalifikować się do bezpłatnej lub zniżkowej opieki medycznej w ramach różnych programów opisanych poniżej. W każdym przypadku uznaje się, że Atlantic Health System zapewnił pomoc finansową w kwocie równej kwotom brutto za zrealizowane świadczenia, po potrąceniu kwot zapłaconych przez pacjenta lub ubezpieczyciela pacjenta (jeśli dotyczy) oraz wszelkich zwrotów lub płatności państwowych za te świadczenia. Atlantic Health System będzie wykazywać takie kwoty netto (z zastrzeżeniem zastosowania współczynnika kosztów do opłat, w przypadkach, gdy pomoc finansowa jest odpowiednio wykazywana w oparciu o koszty, a nie opłaty) w charakterze pomocy finansowej udzielonej przez organizację.

## A. Programy stanowe w stanie New Jersey:

### 1. Charity Care (Opieka charytatywna):

Program Charity Care pokrywa tylko koszty ostrych dyżurów szpitalnych za świadczenia niezbędne z medycznego punktu widzenia, które zostałyby pokryte w ramach stanowego programu Medicaid, gdyby pacjent kwalifikował się do programu Medicaid. Biuro doradztwa finansowego ustali, czy wnioskodawca jest uprawniony do uzyskania pomocy nie później niż w ciągu dziesięciu (10) dni roboczych od dnia otrzymania wypełnionego wniosku wstępnego. Jeżeli wniosek jest niekompletny (np. nie dostarczono zaświadczeń o dochodach i stanie majątkowym lub jeżeli dostarczono nieodpowiednie takie zaświadczenia), zostanie wydana pisemna odmowa z podaniem szczegółowych informacji na temat dodatkowej dokumentacji potrzebnej do uzyskania zgody. Osoba nieubezpieczona może w okresie 365 dni od daty pierwszego rozliczenia po wypisie ponownie złożyć wniosek o pomoc z tytułu programu pomocy charytatywnej, dołączając wymaganą dokumentację. Osoba ubezpieczona lub niedoubezpieczona może w okresie 365 dni od daty pierwszego zestawienia rozliczeń po wypisie, odzwierciedlającego przetwarzanie danych przez ubezpieczyciela, ponownie ubiegać się o pomoc charytatywną, przedstawiając wymaganą dokumentację. Pacjent uprawniony do korzystania z programu Charity Care otrzyma bezpłatną opiekę lub zniżkę od opłat brutto, zgodnie z wytycznymi zawartymi w **Załączniku C**.

Wnioskodawcy niezakwalifikowani mają prawo do ponownego złożenia wniosku w przyszłości, gdy zgłoszą się po usługi, a ich sytuacja finansowa ulegnie zmianie.

Charity Care jest programem stanowym dostępnym dla mieszkańców stanu New Jersey, którzy:

a. nie posiadają ubezpieczenia zdrowotnego lub posiadają ubezpieczenie pokrywające tylko część rachunku

b. nie kwalifikują się do żadnej prywatnej lub państwowej opieki zdrowotnej (takiej jak ubezpieczenie społeczne (emerytalne i rentowe), uzupełniający zasiłek socjalny (SSI) z Medicaid lub Medicaid), oraz

c. spełniają kryteria dochodowe i majątkowe ustalone przez władze stanowe.

Dodatkowe kryteria wymagane do objęcia programem Charity Care:

a. Pacjenci zostaną zakwalifikowani do programu Charity Care, który pokrywa (i) 100% opłat w przypadku pacjentów, których dochód brutto w rodzinie jest mniejszy lub równy 200% federalnego poziomu ubóstwa; oraz (ii) część opłat dla pacjentów, których dochód brutto w rodzinie przekracza 200%, ale jest mniejszy lub równy 300% federalnego poziomu ubóstwa, zgodnie z wytycznymi zawartymi w **Załączniku C**.

b. Limity kwalifikowalności do programu Charity Care wynoszą odpowiednio: indywidualny limit aktywów — 7500 USD oraz rodzinny limit aktywów — 15 000 USD. Dla celów niniejszego punktu członkowie rodziny, których stan posiadania musi być uwzględniany, są określeni w przepisach N.J.A.C. 10:52-11.8(a) jak poniżej. Rodzina dorosłego wnioskodawcy obejmuje wnioskodawcę, współmałżonka, wszystkie nieletnie dzieci utrzymywane przez wnioskodawcę, a ponadto osoby

dorosłe, za które wnioskodawca prawnie odpowiada. Do rodziny nieletniego wnioskodawcy zalicza się oboje rodziców, małżonka rodzica, nieletnie rodzeństwo oraz wszystkie osoby dorosłe, za które rodzice wnioskodawcy prawnie odpowiadają. Jeśli wnioskodawca jest w stanie udokumentować fakt porzucenia przez współmałżonka lub rodzica, ten współmałżonek lub rodzic nie jest uwzględniany jako członek rodziny. Kobietę w ciąży uznaje się jako dwóch członków rodziny.

Dokumentacja wymagana zgodnie z częścią Charity Care (Opieka charytatywna) Podręcznika usług szpitalnych, N.J.A.C. 10:52 i następne, obejmuje:

a. właściwe dokumenty pozwalające na identyfikację tożsamości pacjenta i jego rodziny. Mogą to być dowolne z następujących dokumentów: prawo jazdy, karta ubezpieczenia społecznego, karta rejestracyjna cudzoziemca, akt urodzenia, odcinek wypłaty, paszport, wiza itp.;

b. dowód zamieszkania w stanie New Jersey w dniu realizacji usługi (uwaga: w pewnych okolicznościach opieka w sytuacjach wymagających pilnej pomocy medycznej stanowi wyjątek od wymogu zamieszkania). Może to być dowolny z następujących dokumentów: prawo jazdy, karta rejestracyjna wyborcy, karta członkowska związku zawodowego, karta identyfikacyjna ubezpieczenia lub planu opieki społecznej, legitymacja studencka, rachunek za media, zeznanie podatkowe dotyczące federalnego podatku dochodowego, zeznanie podatkowe dotyczące stanowego podatku dochodowego lub zaświadczenie o zasiłku dla bezrobotnych;

c. dokument potwierdzający dochód brutto. Powinien on zawierać szczegółowe informacje wymagane przez szpital w celu ustalenia wysokości dochodu brutto pacjenta (jeden z poniższych elementów):

   i. rzeczywisty dochód brutto za 12 miesięcy poprzedzających realizację usług;
   ii. rzeczywisty dochód brutto za 3 miesiące poprzedzające realizację usług
   iii. rzeczywisty dochód brutto za miesiąc bezpośrednio poprzedzający realizację usług;

d. dokument potwierdzający stan majątkowy na dzień wykonania usługi. Są to pozycje, które można łatwo zamienić na gotówkę, takie jak akcje, obligacje, IRA, CD, rachunki czekowe i oszczędnościowe lub udziały w nieruchomościach niebędących głównym miejscem zamieszkania.

2. **Eligibility for Discounted Care Under N.J.S.A 26:2H-12.52 (Uprawnienia do zniżki na opiekę zdrowotną zgodnie z NJSA 26:2H-12.52**):

Pacjenci nieubezpieczeni, będący mieszkańcami stanu New Jersey, których dochód brutto w rodzinie nie przekracza 500% federalnego poziomu ubóstwa, są uprawnieni do zniżki na opiekę zdrowotną zgodnie z częścią IV.C. FAP. Wymagania w zakresie dokumentacji, dotyczące opieki charytatywnej, określone w sekcji A.1. powyżej, odnoszą się do określania uprawnień w ramach niniejszej części, z wyjątkiem tego, że progi aktywów indywidualnych i rodzinnych nie mają zastosowania do uprawnień do opieki ze zniżką w oparciu o niniejszą część.

3. **Catastrophic Illness in Children Relief Fund Program (Program Funduszu Pomocy Dzieciom z Chorobami Ciężkimi):**

Program Catastrophic Illness in Children Relief Fund stanu New Jersey zapewnia wsparcie finansowe dla rodzin dzieci dotkniętych ciężkimi chorobami. Informacje o kwalifikowalności, kwalifikujących się wydatkach i ubieganiu się o pomoc można znaleźć na stronie http://www.state.nj.us/humanservices/cicrf/home/.

4. **Victims of Crime Compensation Office (Biuro Odszkodowań dla Ofiar Przestępstw) stanu New Jersey:**

   Stan New Jersey utworzył biuro Victims of Crime Compensation Office, aby zrekompensować ofiarom przestępstw straty i wydatki, w tym niektóre koszty leczenia będące skutkiem czynów przestępczych. Informacje o kwalifikowalności, kwalifikujących się wydatkach i ubieganiu się o pomoc można znaleźć na stronie http://www.nj.gov/oag/njvictims/application.html.

B. **Płatność własna:**

**1. Mieszkańcy stanu New Jersey**

Pacjenci nieubezpieczeni, którzy nie kwalifikują się do programu Charity Care ani innych programów pomocy finansowej finansowanych ze środków federalnych ani stanowych, zostaną obciążeni następującymi kosztami:

i. Pacjenci hospitalizowani: Pacjenci otrzymujący niezbędne z medycznego punktu widzenia leczenie szpitalne zostaną obciążeni odpowiednią stawką Medicare DRG plus 15% za zrealizowane świadczenia.

ii. Pacjenci ambulatoryjni: Pacjenci korzystający z usług ambulatoryjnych w Atlantic Health System zostaną obciążeni 115% odpowiedniej stawki Medicare.

2. **Pacjenci spoza stanu oraz obcokrajowcy**

a. Pacjenci hospitalizowani: Pacjenci otrzymujący niezbędne z medycznego punktu widzenia leczenie szpitalne zostaną obciążeni odpowiednią stawką Medicare DRG plus 25% za zrealizowane świadczenia.

b. Pacjenci ambulatoryjni: Pacjenci korzystający z usług ambulatoryjnych w Atlantic Health System zostaną obciążeni 115% odpowiedniej stawki Medicare.

C. **Kwoty naliczane ogólnie**

Pacjenci nieubezpieczeni, mieszkańcy stanu New Jersey o dochodzie brutto w rodzinie poniżej 500% federalnego poziomu ubóstwa, którzy nie kwalifikują się do programów pomocy finansowej finansowanych ze środków federalnych lub stanowych (z wyjątkiem Charity Care), otrzymają zniżkę na swoje konto, zgodnie z punktem IV. Po złożeniu wniosku o pomoc finansową i ustaleniu, że pacjent kwalifikuje się do pomocy finansowej na mocy niniejszego punktu, zostanie on obciążony opłatą w wysokości odpowiadającej niższej z dwóch: AGB lub odpowiedniej stawki Medicare plus 15%.

Atlantic Health System podjął decyzję o stosowaniu metody przeglądowej (Look-Back) w odniesieniu do poszczególnych placówek szpitalnych. Udziały procentowe AGB (z podziałem na szpitale) wynoszą:

Morristown Medical Center: 26.7%
Overlook Medical Center: 26.0%
Chilton Medical Center: 20.6%
Newton Medical Center: 14.4%
Hackettstown Medical Center 20.3%

Zgodnie z sekcją 501(r) Internal Revenue Code, każdy szpital wykorzystał metodę retrospektywną do obliczenia swojego procentowego udziału AGB. Procenty AGB obliczono na podstawie wszystkich roszczeń zatwierdzonych w ciągu 12 miesięcy, podzielonych przez opłaty brutto powiązane z tymi roszczeniami. Dla wszystkich szpitali wybrano następujący zestaw płatników: Medicare fee-for-service + wszyscy prywatni ubezpieczyciele zdrowotni.

Procenty AGB będą aktualizowane każdego roku w okresie stu dwudziestu (120) dni od zakończenia roku kalendarzowego. Jeśli z obliczonego procentu AGB wynika kwota **mniejsza niż** należna pacjentowi, będzie on odpowiadał jedynie za kwotę obliczoną zgodnie z AGB.

Jeśli z obliczonego procentu AGB wynika kwota **większa niż** należna pacjentowi, pacjent będzie odpowiadał za kwotę obliczoną zgodnie z opisanymi wyżej programami pomocy finansowej.

## V. Zasady rozliczania i pobierania należności

W tej części wskazano zasady i procedury wystawiania rachunków i egzekwowania należności obowiązujące w Atlantic Health System, a ponadto wyjaśniono działania, jakie można podjąć w przypadku nieuregulowania należności za opiekę medyczną, w tym rachunku za saldo pozostałe po zastosowaniu zniżek w ramach pomocy finansowej. Firmy windykacyjne i prawnicy działający w imieniu Atlantic Health System otrzymają kopię niniejszego FAP.

Każda faktura będzie zawierać widoczne informacje dotyczące dostępności pomocy finansowej oraz numer telefonu do biura porad finansowych w danym szpitalu, gdzie pacjent może uzyskać informacje na temat FAP, a także pomoc w złożeniu wniosku o pomoc finansową. W rozliczeniu podany będzie również adres strony internetowej, skąd można pobrać FAP, formularze wniosku o pomoc finansową i PLS.

A. Okres powiadamiania: Atlantic Health System obciąży pacjentów za wszelkie zaległe kwoty niezwłocznie po potwierdzeniu salda. W przypadku pacjentów nieubezpieczonych pierwsze zestawienie rozliczeń po wypisie będzie początkiem 120-dniowego okresu powiadomienia, w którym nie można wszcząć wobec pacjenta żadnych nadzwyczajnych działań windykacyjnych („ECA”) (określonych poniżej). W przypadku pacjentów ubezpieczonych lub niedoubezpieczonych pierwsze po wypisie zestawienie rozliczeń odzwierciedlające przetwarzanie danych przez ubezpieczyciela będzie wyznaczało początek 120-dniowego okresu powiadomienia, w którym nie można wszcząć procedury ECA wobec pacjenta („120-dniowy okres powiadomienia”).

B. W przypadku zaległości pacjenta w regulowaniu należności zostanie do niego wysłane powiadomienie z propozycją omówienia rozliczenia w celu ustalenia, czy potrzebna jest pomoc finansowa lub nowy bądź zmodyfikowany plan płatności. Atlantic Health System może przyjąć pacjentów, którzy poproszą o określenie planów płatności.

C. Jeśli po upływie 120-dniowego okresu powiadomienia nie nastąpi uregulowanie żadnej należności, a pacjent nie złożył wniosku o pomoc finansową lub nie uzgodnił z biurem doradztwa finansowego lub biurem obsługi klienta innego planu płatności, rachunek

pacjenta zostanie przekazany firmie windykacyjnej. Atlantic Health System poinformuje pacjenta na piśmie, że jego rachunek zostanie przekazany firmie windykacyjnej, o ile w ciągu 10 dni nie wpłynie płatność („Ostateczne powiadomienie"). Ostateczne powiadomienie będzie zawierać widoczne informacje dotyczące dostępności pomocy finansowej dla kwalifikujących się pacjentów oraz numer telefonu do biura porad finansowych danego szpitala, gdzie pacjent może uzyskać informacje na temat FAP, a także pomoc w złożeniu wniosku o pomoc finansową. W rozliczeniu podany będzie również adres strony internetowej, skąd można pobrać FAP, formularze wniosku o pomoc finansową i PLS.

D. Atlantic Health System może upoważnić firmy windykacyjne i prawników działających w jej imieniu („strona trzecia") do wszczęcia procedury ECA w odniesieniu do nieuregulowanych należności po upływie 120-dniowego okresu powiadomienia. Po przekazaniu rachunku stronie trzeciej, strona trzecia potwierdzi, że podjęto uzasadnione wysiłki w celu ustalenia kwalifikacji pacjenta do pomocy finansowej w ramach FAP oraz że przed wszczęciem procedury ECA podjęto następujące działania:
    1. pacjent otrzymał pisemne powiadomienie („list 30-dniowy"), które: (a) wskazuje, że pomoc finansowa jest dostępna dla uprawnionych pacjentów; (b) określa procedurę ECA, które strona trzecia zamierza zainicjować w celu uzyskania zapłaty za zrealizowane świadczenia; oraz (c) określa termin, po którym można zainicjować procedurę ECA (termin ten nie może przypadać wcześniej niż 30 dni od daty dostarczenia powiadomienia);
    2. list 30-dniowy zawierał kopię streszczenia FAP napisanego łatwym do zrozumienia językiem; oraz

    3. Atlantic Health System i/lub strona trzecia podjęły uzasadnione starania mające na celu ustne powiadomienia pacjenta o FAP oraz o sposobie, w jaki pacjent może uzyskać pomoc w ramach procesu ubiegania się o pomoc finansową.

E. Po potwierdzeniu podjęcia uzasadnionych starań w celu ustalenia, czy pacjent kwalifikuje się do pomocy finansowej w ramach FAP, strony trzecie mogą wszcząć następujące działania ECA wobec pacjenta w celu wyegzekwowania należności za otrzymaną opiekę:

    1. Działania wymagające postępowania prawnego lub sądowego, w tym m.in:

        a. ustanowienie zastawu na majątku pacjenta, z wyjątkiem przypadków, gdy przepisy IRC Sekcja 501(r) stanowią inaczej;
        b. wszczęcie postępowania cywilnego przeciwko pacjentowi.

    Działania mogą zostać podjęte tylko wtedy, gdy saldo zadłużenia wynosi łącznie 800 USD lub
    więcej.

    2. Procedura ECA nie obejmuje zastawów na przychodach z tytułu orzeczeń, ugód i kompromisów dotyczących szkód na osobie ani roszczeń zgłoszonych w postępowaniu o stwierdzenie upadłości konsumenckiej.

F. W przypadku złożenia niekompletnego wniosku o pomoc finansową Atlantic Health System przekaże pacjentowi pisemne powiadomienie, w którym zawrze dodatkowe informacje lub wyszczególni dokumentację niezbędną do ustalenia kwalifikowalności do FAP. Atlantic Health System poinformuje strony trzecie o złożeniu niekompletnego wniosku o pomoc finansową, a strony trzecie zawieszą na 30 dni wszelkie wszczęte procedury ECA w celu uzyskania płatności za zrealizowane świadczenia.

G. Po otrzymaniu wypełnionego wniosku o pomoc finansową Atlantic Health System przystąpi do poniższych czynności:

1. procedury ECA wszczęte wobec pacjenta zostaną zawieszone;
2. we właściwym czasie nastąpi ustalenie i udokumentowanie kwalifikowalności;
3. Atlantic Health System powiadomi pisemnie pacjenta o podjętej decyzji i jej podstawie;
4. pacjent kwalifikujący się do FAP (jeśli dotyczy) otrzyma uaktualnione rozliczenie z podaniem kwoty należnej, sposobem jej wyliczenia oraz obowiązującej wartości procentowej AGB;
5. wszelkie wpłacone kwoty w wysokości przekraczającej kwotę należną od pacjenta kwalifikującego się do FAP zostaną mu zwrócone (jeśli dotyczy); oraz

6. strony trzecie podejmą wszelkie uzasadnione, dostępne środki w celu cofnięcia kroków podjętych wobec pacjentów w celu egzekucji długu, takie jak unieważnienie wyroku lub zniesienie zajęcia lub zastawu.

H. Jeżeli którykolwiek ze szpitali dokonuje wstępnych ustaleń dotyczących kwalifikowalności danego pacjenta, niezbędne jest spełnienie następujących warunków:

1. Jeśli pacjent zostanie wstępnie uznany za kwalifikującego się do otrzymania mniejszej pomocy niż największa pomoc dostępna w ramach FAP, Atlantic Health System:

   a. poinformuje pacjenta o podstawie domniemanego określenia kwalifikowalności do FAP i przedstawi możliwości ubiegania się o większą pomoc;
   b. da pacjentowi odpowiedni czas na złożenie wniosku o większą pomoc przed wydaniem zgody na wszczęcie procedury ECA w celu uzyskania wyliczonej kwoty zniżki;
   c. w przypadku otrzymania wypełnionego wniosku o pomoc finansową ponownie ustali status kwalifikowalności pacjenta do FAP.

Odniesienia:

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

| Podsumowanie przeglądu/zatwierdzenia: Komisja ds. Nadzoru Polityki AHS (APOC) i Zarząd AHS | |
|---|---|
| Data powstania: 11/8/2004 | Data zatwierdzenia przez APOC: 02/07/2024 |
| Data ostatniej aktualizacji: 03/01/2023 | Data zatwierdzenia przez zarząd AHS: 01/30/2024 |

ZAŁĄCZNIK A

LISTA ŚWIADCZENIODAWCÓW

Polityka pomocy finansowej („FAP”) obowiązująca w Atlantic Health System, Inc. („Atlantic Health System”) odnosi się i ma zastosowanie do przypadków wymagających pilnej pomocy medycznej lub innych świadczeń medycznych niezbędnych z medycznego punktu widzenia, realizowanych w szpitalu Atlantic Health System lub w przychodni współpracującej ze świadczeniodawcą, która jest rozliczana przez AHS Hospital Corp., podmiot zależny Atlantic Health System.

FAP ma również zastosowanie w przypadkach wymagających pilnej pomocy medycznej lub innych świadczeń niezbędnych z medycznego punktu widzenia realizowanych w trybie opieki stacjonarnej świadczonej w szpitalu Atlantic Health System przez lekarzy Practice Associates Medical Group, P.A. d/b/a Atlantic Medical Group („AMG”). FAP nie ma zastosowania do rachunków wystawianych przez lekarzy AMG w charakterze honorariów za opiekę świadczoną poza szpitalem Atlantic Health System.

W OPIECE NAD PACJENTEM W SZPITALACH I PRZYCHODNIACH SYSTEMU ATLANTIC HEALTH SYSTEM MOGĄ UCZESTNICZYĆ INNI ŚWIADCZENIODAWCY. JEŚLI ŚWIADCZENIODAWCY CI NIE ZOSTALI WYMIENIENI POWYŻEJ, OZNACZA TO, ŻE NIE PRZESTRZEGAJĄ ONI ZASAD UJĘTYCH W POLITYCE POMOCY FINANSOWEJ ATLANTIC HEALTH SYSTEM. RACHUNKI OD TYCH ŚWIADCZENIODAWCÓW BĘDĄ WYSTAWIANE ODRĘBNIE I NALEŻY DOKONAĆ ODPOWIEDNICH USTALEŃ DOTYCZĄCYCH PŁATNOŚCI.

Wykaz świadczeniodawców będzie przeglądany co kwartał i w razie potrzeby aktualizowany. Pytania w sprawie FAP lub niniejszego wykazu świadczeniodawcównależy kierować telefonicznie do działu obsługi klienta pod numer 1-800-619-4024. Strona 11 z 12

ZAŁĄCZNIK B

Tłumaczenia FAP, wniosku o pomoc finansową i PLS są dostępne w języku angielskim i w następujących językach:

arabskim
ormiańskim
chińskim
francuskim (kreolskim)
greckim
gujarati
hindi
włoskim
japońskim
koreańskim
polskim
portugalskim
rosyjskim
serbsko-chorwackim
hiszpańskim
tagalog.

## KRYTERIA DOCHODOWE
## KRYTERIA KWALIFIKACJI DO PRZYZNANIA OPIEKI CHARYTATYWNEJ I OGRANICZONEJ OPIEKI CHARYTATYWNEJ
## Data wejścia w życie: 15 marca 2023 r.

Pacjent musi spełniać zarówno kryteria dochodowe, jak i majątkowe.

## KRYTERIA DOCHODOWE

Wartość procentowa opłat wnoszonych przez pacjenta, gdy
Roczny dochód brutto mieści się w następujących zakresach

| | **Pacjent pokrywa 0% opłat** | **Pacjent pokrywa 20% opłat** | **Pacjent pokrywa 40% opłat** | **Pacjent pokrywa 60% opłat** | **Pacjent pokrywa 80% opłat** | **Pacjent pokrywa 100% opłat** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Wielkość rodziny** | **< = 200%** | **> 200 < = 225%** | **> 225 < = 250%** | **> 250 < = 275%** | **> 275 < = 300%** | **>300%** |
| 1 | 29 160 USD lub mniej | od 29 161 USD do 32 805 USD | od 32 806 USD do 36 450 USD | od 36 451 USD do 40 095 USD | od 40 096 USD do 43 740 USD | 43 741 USD lub więcej |
| 2 | 39 440 USD lub mniej | od 39 441 USD do 44 370 USD | od 44 371 USD do 49 300 USD | od 49 301 USD do 54 230 USD | od 54 231 USD do 59 160 USD | 59 161 USD lub więcej |
| 3 | 49 720 USD lub mniej | od 49 721 USD do 55 935 USD | od 55 936 USD do 62 150 USD | od 62 151 USD do 68 365 USD | od 68 366 USD do 74 580 USD | 74 581 USD lub więcej |
| 4 | 60 000 USD lub mniej | od 60 001 USD do 67 500 USD | od 67 501 USD do 75 000 USD | od 75 001 USD do 82 500 USD | od 82 501 USD do 90 000 USD | 90 001 USD lub więcej |
| 5 | 70 280 USD lub mniej | od 70 281 USD do 79 065 USD | od 79 066 USD do 87 850 USD | od 87 851 USD do 96 635 USD | od 96 636 USD do 105 420 USD | 105 421 USD lub więcej |
| 6 | 80 560 USD lub mniej | od 80 561 USD do 90 630 USD | od 90 631 USD do 100 700 USD | od 100 701 USD do 110 770 USD | od 110 771 USD do 120 840 USD | 120 841 USD lub więcej |
| 7 | 90 840 USD lub mniej | od 90 841 USD do 102 195 USD | od 102 196 USD do 113 550 USD | od 113 551 USD do 124 905 USD | od 124 906 USD do 136 260 USD | 136 261 USD lub więcej |
| 8 | 101 120 USD lub mniej | od 101 121 USD do 113 760 SD | od 113 761 USD do 126 400 USD | od 126 401 USD do 139 040 USD | od 139 041 SD do 151 680 USD | 151 681 USD lub więcej |
| W przypadku rodzin liczących ponad 8 członków należy dodać poniższe kwoty do najwyższej kwoty w każdej kolumnie w odniesieniu do każdego dodatkowego członka rodziny. | | | | | | |
| | 10 280 USD | 11 565 USD | 12 850 USD | 14 135 USD | 15 420 USD | |
| *Kobieta w ciąży jest liczona jako 2 członków rodziny. | | | | | | |
| | | | | | | |
| Jeśli pacjenci korzystający z ruchomej skali opłat w wysokości od 20% do 80% odpowiadają za pokrycie kwalifikowane pokrywanych przez siebie kosztów leczenia przekraczających 30% ich rocznego dochodu brutto (tj. rachunki niezapłacone przez inne osoby), wówczas kwota przekraczająca 30% jest uznawana za pomoc szpitalną (opieka charytatywna). | | | | | | |

### KRYTERIA DOTYCZĄCE AKTYWÓW

Indywidualny majątek nie może przekroczyć wartości 7500 USD, a majątek rodziny — 15 000 USD.

15 marca 2023 r.