

POLITYKA I PROCEDURY

TYTUŁ: POLITYKA POMOCY FINANSOWEJ		RODZAJ DOKUMENTU: PODRĘCZNIK PROCEDUR
PODMIOT: CSC & HSC	ODWOŁANIE: IRC Sec 501(r)	DZIAŁ: USŁUGI FINANSOWE DLA PACJENTÓW
UTWORZONE PRZEZ: KIEROWNIK DS. PACJENTÓW, MENEDŻER DS. PACJENTÓW I REFUNDACJI	ODPOWIEDZIALNI: STARSZY VICEPREZES DS. FINANSÓW, DYREKTOR FINANSOWY I SKARBNIK	ZATWIERDZONE PRZEZ: KOMITET FINANSOWY; W IMIENIU ZARZĄDU
AKTUALIZACJA: CO ROKU	DATA WEJŚCIA W ŻYCIE: 18.01.2017 R.	POPRIEDNI TYTUŁ: POLITYKA CHARITY CARE
OSTATNIA AKTUALIZACJA BEZ ZMIAN: 17.08.2010 R.		
DATA POPRIEDNIEJ WERSJI: 20.01.2016 R.		
PODRĘCZNIK PROCEDUR: PODRĘCZNIK ADMINISTRACYJNY		

POLITYKA: Posiadać formalny Program Pomocy Finansowej, do którego pacjenci mogliby składać wnioski o obniżenie płatności za świadczenia zdrowotne w oparciu o poziom dochodu i wielkość rodziny. Program będzie obejmował formalny proces składania wniosku, do sprawdzenia i zatwierdzenia przez administrację Szpitala po wyczerpaniu wszystkich innych zasobów. Program będzie obejmował usługi świadczone przez wszystkich pracowników służby zdrowia zatrudnionych w Szpitalu. Członkowie personelu medycznego niezatrudnieni przez Szpital nie są objęci tym programem.

CEL: Umożliwić obniżenie płatności za świadczenia zdrowotne pacjentom nieposiadającym ubezpieczenia/posiadającym niewystarczające ubezpieczenie, spełniającym kryteria kwalifikowania się do programu, ustalone przez niniejszą politykę Szpitala. Do kryteriów kwalifikowania się do programu zastosowanie mieć będą coroczne aktualizacje Wytycznych w sprawie ubóstwa Departamentu Zdrowia i Pomocy Społecznej, publikowanych w Rejestrze federalnym.

PROCEDURA:

1. Pacjenci w Szpitalu intensywnej opieki medycznej (HFSC) mogą poprosić o wniosek i otrzymać go z wielu źródeł, w tym od doradców pacjentów, personelu administracyjnego, kierowników programu, koordynatorów opieki i pracowników opieki społecznej, jak również za pośrednictwem strony internetowej HFSC.
2. Wnioski należy składać do działu fiskalnego ds. pacjentów. Po złożeniu wypełnionego wniosku i uzyskaniu niezbędnej pomocy w dziale fiskalnym ds. pacjentów personel sprawdzi podane informacje i skontaktuje się z wnioskodawcą, jeśli będą potrzebne dalsze dane.
3. Szpital intensywnej opieki medycznej wymaga podania zaświadczenia o dochodach w formie:
 - Oryginałów lub kopii odcinków wypłaty z ostatnich 3 miesięcy.

- Oświadczenia pracodawcy na papierze firmowym, podpisanego wraz z nazwą stanowiska oraz podaniem dochodu brutto wnioskodawcy;
- Poufnego raportu w sprawie świadczeń od Urzędu ds. ubezpieczeń społecznych;
- Zaświadczenia z urzędu miasta lub stanu;
- Komputerowego wydruku świadczeń z Urzędu pracy [Urzędu ds. bezrobotnych];
- Wyciągów bankowych ukazujących miesięczne spłaty odsetek;
- Podpisanych i poświadczonych przez notariusza zaświadczeń o otrzymywanym wsparciu od osoby mieszkającej w tym samym gospodarstwie domowym;
- Podpisanych i poświadczonych przez notariusza zaświadczeń od nieobecnych członków rodziny dokładających się do jej utrzymania;
- Kopii przyznania pomocy finansowej studentowi uczelni wyższej;
- formularza W-2 lub formularzy podatku dochodowego;
- W przypadku osób samozatrudnionych pod uwagę bierze się zwrot podatku dochodowego z lat ubiegłych.
- Decyzji odmownej ze strony programu publicznego lub ubezpieczenia.

4. Przy określaniu kwalifikowania się do programu, uwzględnia się posiadane aktywa. Szpital intensywnej opieki medycznej wymaga kopii poniższych dokumentów w celu weryfikacji posiadanych aktywów:

- Wyciągi bankowe;
- Akcje, obligacje, amerykańskie obligacje oszczędnościowe;
- Akty własności nieruchomości;
- Akty własności pojazdów silnikowych; i
- Dowody toczących się postępowań sądowych, ubezpieczenie pracowników od wypadków przy pracy lub roszczenia bez ustalenia winy.

5. Po otrzymaniu wniosku przez HFSC – dział fiskalny ds. pacjentów -

- a. Jeśli wniosek nie został uzupełniony w całości, doradca pacjenta sprawdzający wniosek musi poinformować wnioskodawcę o tym fakcie na piśmie w ciągu dwóch (2) dni roboczych od czasu sprawdzenia wniosku. Wnioskodawcy przysługuje czas piętnastu (15) dni od daty powiadomienia na dostarczenie wymaganych informacji. W przypadku braku odpowiedzi w ciągu wyżej wymienionego okresu, wniosek zostanie odrzucony, jako niepełny.
- b. Jeśli wniosek został uzupełniony, doradca pacjenta wypełni Arkusz roboczy pomocy finansowej, sprawdzi wniosek pod kątem zgodności z wytycznymi kwalifikowania się do programu HFSC i zaleci jego przyjęcie lub odrzucenie w ciągu pięciu (5) dni roboczych od daty otrzymania wniosku lub informacji uzupełniających.

6. Przy podejmowaniu decyzji o przyznaniu pomocy finansowej uwzględnia się następujące czynniki:
- a. Obliczanie dochodu:
 - Obliczenia są oparte na dochodzie z trzech (3) miesięcy poprzedzających złożenie wniosku (np. w przypadku wniosków złożonych w kwietniu należy podać dochód ze stycznia, lutego i marca).
 - Jeśli dostępne są informacje zarówno z okresu 3, jak i 12 miesięcy, należy użyć niższej kwoty z obu podanych.
 - Aby dokonać szacunków danych za 12 miesięcy w przypadku, jeśli podano tylko dane z 3 miesięcy, należy pomnożyć całkowity dochód brutto z 3 miesięcy razy cztery (4).
 - b. Obliczanie kwalifikowania się do programu odbywa się przy wykorzystaniu aktualnych wytycznych w sprawie ubóstwa, wydanych przez Amerykański Departament Zdrowia i Pomocy Społecznej, aktualizowanych okresowo w Rejestrze federalnym.
 - c. Wytyczne w sprawie kwalifikowania się do programu Charity są wyrażone jako procent całkowitych opłat odpisanych od rachunku przez Szpital intensywnej opieki medycznej.

7. Decyzja o przyznaniu pomocy finansowej w zakresie obniżenia płatności będzie obowiązywać przez czas świadczenia usług o charakterze ciągłym. Kolejne decyzje dotyczące pacjenta będą wymagać wypełnienia nowego wniosku, który należy następnie złożyć do sprawdzenia.

8. Opłaty pobierane od osoby, która zakwalifikuje się do pomocy finansowej w ramach Programu pomocy finansowej nie będą przewyższać kwot zwykle pobieranych od osób posiadających ubezpieczenie.

9. Doradcy pacjentów przekażą wypełniony Arkusz roboczy pomocy finansowej kierownikowi lub menedżerowi ds. rozliczeń i refundacji i/lub viceprezesowi ds. finansowych celem ich ostatecznego przyjęcia lub odrzucenia.

- a. Decyzja odmowna zostanie wydana w przypadku, gdy:
 - Rodzina przekroczyła dopuszczalny dochód;
 - Przedstawiono niepełne informacje, a pacjent nie odpowie na prośby o podanie dodatkowych informacji w określonym terminie;
 - Ustalono, że pacjent posiada znaczne aktywa, z których może pokryć należności.

10. Pacjent może złożyć odwołanie od decyzji odmownej lub przyznanej kwoty pomocy finansowej, wypełniając formularz Odwołania od decyzji w sprawie zakwalifikowania się do programu pomocy finansowej.

- a. Formularz odwołania należy złożyć do HSC w ciągu trzydziestu (30) dni od daty wydania pierwotnej decyzji. Pacjent otrzyma powiadomienie o odebraniu odwołania w ciągu dwóch (2) tygodni.

11. Wszelkie decyzje będą wydawane na piśmie, w drukowanych formularzach.

- a. Świadczenia z programu pomocy finansowej są wyminione według numeru konta na szczegółowym formularzu dotyczącym świadczeń, przygotowanym przez doradcę pacjenta. Formularz ten będzie podpisywany przez kierownika lub menedżera ds. rozliczeń i refundacji na koniec każdego miesiąca.
- b. Pracownik działu należności wprowadzi świadczenie z programu pomocy finansowej na konto pacjenta w ciągu dwóch (2) dni od daty jego otrzymania, stosując odpowiedni kod transakcji do celów raportowania.

12. Przyjęte lub odrzucone wnioski wraz z dokumentacją będą składane według roku rozliczeniowego w dziale ds. pacjentów. Będą również skanowane i przechowywane na współdzielonym nośniku PAR.

13. Menedżer ds. pacjentów i refundacji lub jego wyznaczony przedstawiciel będzie dokonywał kwartalnych uzgodnień rachunków pomocy finansowej, aby zapewnić dokładność kwot zatwierdzonych zgodnie z dokumentacją w folderze, uzupełnionymi formularzami świadczeń i kwotami w księdze głównej.

14. Polityka pomocy finansowej szpitala jest dostępna w Intranecie HFSC oraz na stronie internetowej, a niezbędne formularze zostaną umieszczone na stronie internetowej HFSC.

Szpital intensywnej opieki medycznej (Hospital for Special Care) Wytyczne kwalifikowania się do pomocy finansowej

- Pomoc finansowa udostępniana jest w celu pokrycia opłat szpitalnych za świadczenia dotyczące pacjentów.
- O wnioski o przyznanie pomocy finansowej można prosić po otrzymaniu świadczeń.
- Aby zakwalifikować się do programu pomocy finansowej Szpitala intensywnej opieki medycznej, wnioskodawca musi spełniać kryteria finansowe ustalone dla programu przez Szpital.
- Wnioskodawcy muszą spotkać się lub porozmawiać z doradcą pacjenta, pracownikiem opieki społecznej lub kierownikiem programu, aby określić zasoby finansowe, dochód, aktywa i możliwości pokrycia opłat. Doradcą pacjenta, pracownik opieki społecznej lub kierownik programu użyją tych informacji w celu zalecenia planu, który zostanie następnie sprawdzony przez kierownika ds. rozliczeń i refundacji i/lub viceprezesa ds. finansów.
- Pacjenci muszą podać swoje dane osobowe i finansowe, aby można było określić, czy kwalifikują się do programu.
- Dokumenty i dane umożliwiające weryfikację dochodu i posiadanych aktywów należy dołączyć do uzupełnionego wniosku. Wnioski niepełne nie będą rozpatrywane.

Po zatwierdzeniu wniosku i obniżeniu płatności w ramach programu pomocy finansowej, pobrana opłata stanowić będzie odpowiedni odsetek, zgodnie z Wytycznymi w sprawie ubóstwa Departamentu Zdrowia i Pomocy Społecznej, w oparciu o dany rok ich publikacji w Rejestrze federalnym.

Aby uzyskać pomoc lub dodatkowe informacje dotyczące wniosku, należy skontaktować się z programem pomocy finansowej Szpitala intensywnej opieki medycznej, dzwoniąc pod nr 860-832-6237 lub 860-612-6352.