

## CENTRUM MEDYCZNE MAIMONIDES

### DOTYCZY: ZASADY POMOCY FINANSOWEJ W ZAKRESIE PSYCHIATRYCZNYCH USŁUG AMBULATORYJNYCH

#### I. ZASADY

- A. Centrum Medyczne Maimonides (zwane dalej „Maimonides” lub „Szpital”) dąży do świadczenia najwyższej jakości usług medycznych każdemu pacjentowi, który zgłosi się do którejkolwiek z naszych placówek, niezależnie od możliwości finansowych pacjenta. Zasady Przyznawania Pomocy Finansowej w zakresie Psychiatrycznych Usług Ambulatoryjnych (zwane dalej „FAP” lub „Zasady”) wprowadzają program pomocy finansowej Maimonides w zakresie psychiatrycznych usług ambulatoryjnych, za pośrednictwem których pacjenci, którzy nie posiadają ubezpieczenia, którzy wykorzystali świadczenia w ramach swojego ubezpieczenia i są uznani za kwalifikujących się do uzyskania pomocy finansowej zgodnie z niniejszymi Zasadami, mogą uzyskać dostęp do bezpłatnej medycznej opieki psychiatrycznej lub medycznej opieki psychiatrycznej po obniżonej cenie.
- B. Niniejsze Zasady dotyczą ambulatoryjnych usług opieki psychiatrycznej świadczonych uprawnionym pacjentom. Opłaty za usługi opieki psychiatrycznej w nagłych przypadkach, szpitalne usługi psychiatryczne, powiązane usługi dodatkowe i inne usługi medyczne są regulowane przez „Zasady Przyznawania Pomocy Finansowej” FIN-28 (wersja zmieniona).
- C. W przypadku medycznie niezbędnych ambulatoryjnych usług opieki psychiatrycznej, do otrzymania pomocy finansowej kwalifikują się osoby o niskich dochodach, będące mieszkańcami jednej z pięciu dzielnic Nowego Jorku (Kings, New York, Queens, Richmond i Bronx), które są nieubezpieczone lub które wykorzystaly zakres świadczeń z tytułu swojego ubezpieczenia zdrowotnego. Kryteria finansowe kwalifikowania się do otrzymania bezpłatnej opieki medycznej lub zniżek w zakresie opłat w ramach niniejszych Zasad opisano szczegółowo poniżej oraz w załączonej skali suwakowej opłat. **Pacjenci z przychodem poniżej 300% federalnego progu ubóstwa przypuszczalnie kwalifikują się do otrzymania pomocy w ramach FAP, na podstawie informacji zawartych w części III poniżej.** Pomoc finansowa może być przyznana, każdorazowo na podstawie odrębnej decyzji, pacjentom, którzy mają ubezpieczenie, które nie pokrywa pełnego kosztu świadczonych usług (tj. mają niewystarczające ubezpieczenie) lub nie spełniają kryteriów kwalifikowania się do otrzymania pomocy finansowej, ale stoją przed koniecznością pokrycia wyjątkowych kosztów leczenia.

- D. Publikacje dotyczące FAP są powszechnie publikowane przez Maimonides zgodnie z niniejszymi Zasadami.

Maimonides udostępnia niniejsze zasady FAP, formularz wniosku o przyznanie FAP i podsumowanie FAP („Podsumowanie w przystępnej formie”) na dedykowanej stronie Pomocy Finansowej na portalu internetowym Maimonides (<http://www.maimonidesmed.org/main/FinancialInformation.aspx>).

Wydrukowane kopie tych dokumentów są dostępne na żądanie i bezpłatnie za pośrednictwem poczty i w miejscach publicznych w Szpitalu, w tym na izbie przyjęć i w miejscach świadczenia usług dla pacjentów.

Maimonides powiadamia i informuje pacjentów Szpitala o FAP poprzez: oferowanie wydrukowanej kopii „Podsumowania w przystępnej formie” podczas przyjęcia i rejestracji; w tym pisemnego pouczenia na rachunkach rozliczeniowych, które informują odbiorców o dostępności pomocy finansowej w ramach FAP i zawierają numer telefonu do Kasjera/Rejestratora Oddziału Psychiatrii i bezpośredni adres strony internetowej, na której dostępne są FAP, formularz wniosku FAP i Podsumowanie w przystępnej formie; oraz zapewnienie powszechnie widocznych informacji informujących pacjentów o FAP w miejscach publicznych w Szpitalu, w tym na izbie przyjęć i miejscach świadczenia usług pacjentom. Pacjenci będą informowani o FAP Maimonides za pomocą wielojęzycznych oznaczeń.

Ponadto FAP, formularz wniosku FAP i Podsumowanie w przystępnej formie będą tłumaczone na podstawowe języki używane przez grupy osób o ograniczonej znajomości języka angielskiego („LEP”), którym Szpital każdego roku świadczy usługi, w tym na języki, jakimi posługuje się każda grupa językowa LEP, która stanowi 1000 osób lub 5% społeczności, której Szpital świadczy usługi, bądź która może potrzebować usług lub może zgłosić się do Szpitala. Ponadto Centrum Medyczne Maimonides również powiadamia i informuje członków społeczności, której szpital świadczy usługi, że oferuje pomoc finansową w ramach FAP oraz gdzie można uzyskać szczegółowe informacje i dokumenty dotyczące FAP, w sposób zrozumiały dla członków społeczności (w tym tłumaczenia na odpowiednie języki).

Pacjenci z konkretnymi pytaniami o pomoc finansową otrzymają „Podsumowanie w przystępnej formie”, informacje o powiązanych informacjach dostępnych na stronie internetowej Centrum Medycznego Maimonides oraz zostaną skierowani do *Kasjera/Rejestratora*. W przypadku, gdy dana osoba wskaże, że woli uzyskać dostęp do dokumentów lub informacji o FAP w formie elektronicznej, Centrum Medyczne Maimonides może dostarczyć takie dokumenty lub informacje w formie elektronicznej (w tym na ekranie elektronicznym, za pośrednictwem poczty e-mail lub poprzez podanie bezpośredniego adresu internetowego (adresu URL) strony internetowej, na której dokumenty lub informacje są opublikowane).

- E. Warunkiem kwalifikowania się jest dostarczenie przez pacjentów [a w przypadku pacjentów niepełnoletnich, przez ich rodziców lub opiekunów prawnych] wymaganych dokumentów do ustalenia kwalifikowania się pacjentów do

państwowych programów ubezpieczeniowych i (lub) wniosku o pomoc finansową, a poza tym wymagana jest ich pełna współpraca z personelem szpitala, pomagającym im w procesie składania wniosku.

- F. W zakresie, w którym pacjenci są uprawnieni do korzystania z państwowego programu ubezpieczeniowego [np.: Medicaid, Child Health Plus („CHP”), Prenatal Care Assistance Program], pacjenci muszą korzystać z tego programu w zakresie pokrycia kosztów ich leczenia, zamiast z program pomocy finansowej Centrum Medycznego Maimonides. W zakresie, w którym pacjenci są uprawnieni do korzystania z ubezpieczenia za pośrednictwem swojego zakładu pracy ustanowionego na mocy ustawy o dostępności opieki medycznej, pacjenci muszą korzystać z ubezpieczenia uzyskanego za pośrednictwem zakładu pracy w zakresie pokrycia kosztów ich leczenia, zamiast z program pomocy finansowej Centrum Medycznego Maimonides.
- G. Pacjent z HMO lub ubezpieczeniem komercyjnym, które nie jest akceptowane w Centrum Medycznym Maimonides, nie kwalifikuje się do otrzymania pomocy finansowej, chyba że taki pacjent wykorzystał już przysługujących mu świadczeń w ramach swojego ubezpieczenia.
- H. Pomoc finansowa może być przyznana, każdorazowo na podstawie odrębnej decyzji, w przypadku współpłatności i odliczeń pacjentom, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikowania się do otrzymania pomocy finansowej, ale stoją przed koniecznością pokrycia wyjątkowych kosztów leczenia.
- I. Poniższe usługi nie są objęte niniejszymi Zasadami:
- Usługi, które nie są medycznie niezbędne;
  - Usługi bez klinicznej lub terapeutycznej korzyści; i
  - Usługi niefakturowane przez Maimonidesa (tj. usługi anestezyjologiczne i profesjonalne usługi świadczone przez lekarzy), inne niż usługi świadczone przez osoby zasadniczo związane ze Szpitalem, zgodnie z określeniem tego terminu na podstawie przepisów federalnych.

Załącznik B do niniejszych Zasad zawiera wykaz dostawców usług zapewniających opiekę medyczną w nagłych wypadkach lub inną medycznie niezbędną opiekę w Szpitalu, która jest objęta niniejszymi zasadami FAP, oraz rodzaje opieki, które nie są objęte niniejszymi zasadami FAP.

## **II. ODPOWIEDZIALNOŚĆ**

- A. *Kasjer/Rejestrator (Oddziału Psychiatrii)* jest odpowiedzialny za uzyskanie od pacjentów formularzy wniosku FAP oraz zaświadczenia o przychodach.
- B. *Dyrektor Działu Operacji Finansowych (Oddział Psychiatrii)* zapozna się z wnioskiem i ustali odpowiednią opłatę.

- C. Wiceprezes ds. Finansowych, Dyrektor ds. Odpłatności będzie odpowiedzialny za przegląd pisemnych odwołań od decyzji *Dyrektora Działu Operacji Finansowych (Oddział Psychiatrii)*.

### III. PROCEDURY

#### 1. *Ogólne procedury składania wniosku*

- A. W celu uzyskania pomocy w zakresie procedury składania wniosku o przyznanie FAP, ubiegania się o pomoc finansową lub uzyskania dodatkowych informacji o FAP, należy skontaktować się z Kasjerem/Rejestratorem Oddziału Psychiatrycznego pod numerem (718) 283-8177, mieszczącym się pod adresem 920 48th Street, Brooklyn, NY 11219.
- B. Każda osoba ubiegająca się o pomoc finansową będzie kierowana do *Kasjera/Rejestratora* w ramach procesu selekcji. *Kasjer/Rejestrator*:
1. Omówi, na podstawie otrzymanych informacji, różne alternatywne rozwiązania dostępne dla pacjenta [np. państwowe programy ubezpieczeniowe, ustalenia dotyczące płatności w ratach, zniżki, skale suwakowe, bezpłatna opieka].
  2. W odpowiednich okolicznościach:
    - (a) wypełni wniosek i złoży go w lokalnym Oddziale Opieki Społecznej lub w zakładzie pracy w imieniu pacjenta; lub
    - (b) skieruje pacjenta do odpowiedniego lokalnego biura Medicaid lub Osoby Kierującej w celu wypełnienia wniosku CHP.
  3. Oceni, czy pacjent może kwalifikować się do otrzymania dodatkowych zniżek, które mogą być dostępne za pośrednictwem specjalnych dotacji i programów w Centrum Medycznym Maimonides, niezależnie od niniejszych Zasad.
  4. W razie potrzeby, zapewni wnioskodawcy do wypełnienia wniosków o FAP. Na życzenie *Kasjer/Rejestrator* udzieli pacjentowi pomocy w zrozumieniu zasad udzielania pomocy finansowej i na prośbę pacjenta wypełni wniosek w jego imieniu podczas bezpośredniej rozmowy z pacjentem.
- C. Formularze wniosków zostaną przetłumaczone, zgodnie z częścią I, powyżej. Ponadto, usługi tłumaczeniowe będą dostępne dla wszystkich pacjentów wymagających takich usług, aby uzyskać dostęp do pomocy finansowej w Centrum Medycznym Maimonides. Personel uzyska dostęp do usług tłumaczeniowych zgodnie z AD-120 Tłumaczenia i Usługi Tłumaczy.

- D. Formularze wniosków będą zawierać pouczenie dla pacjentów, że po złożeniu wypełnionego wniosku, w tym wszelkich informacji lub dokumentów potrzebnych do określenia kwalifikacji pacjenta do otrzymania pomocy finansowej, pacjent może zignorować wszelkie rachunki dopóki Centrum Medyczne Maimonides nie wyda decyzji w sprawie wniosku.
- E. Pacjenci mają prawo ubiegać się o pomoc finansową, przez co najmniej 240 dni od dnia, w którym po raz pierwszy otrzymali rachunek po wypisie ze szpitala. (Aby uzyskać więcej informacji o okresach składania wniosków zobacz FIN-55, Zasady rozliczeń i poboru opłat). Wnioski o uchyleniu tych wymagań mogą być kierowane do Dyrektora Działu Operacji Finansowych (Oddział Psychiatrii) w celu zaopiniowania.
- F. Pacjent nie będzie kwalifikować się do otrzymania pomocy finansowej, jeśli pacjent podał fałszywe informacje [a w przypadku pacjentów niepełnoletnich, ich rodzice lub opiekunowie prawni] podczas procedury ubiegania się o pomoc finansową.

## **2. Kryteria kwalifikowania się do otrzymania pomocy finansowej**

- A. Maksymalna wysokość opłaty, którą może być obciążony pacjent, który otrzymał ambulatoryjną, medycznie niezbędną opiekę psychiatryczną w Szpitalu, i kwalifikuje się do otrzymania pomocy finansowej w ramach niniejszych zasad FAP, jest określana jako kwota generalnie należna do zapłacenia (ang. „AGB”). W przypadku ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej Centrum Medyczne Maimonides ustala kwotę AGB, jako łączną kwotę dopuszczalną przez Medicaid. Zgodnie z wykazem zniżek opisanych w załączniku A, zniżki oferowane pacjentom kwalifikującym się do otrzymania FAP, są mniejsze lub równe kwocie AGB. Po określeniu kwalifikacji pacjenta do otrzymania FAP, pacjent kwalifikujący się do otrzymania FAP nie może zostać obciążony kwotą większą niż kwota AGB za niezbędną opiekę medyczną lub opiekę medyczną w nagłych przypadkach.
- B. Zgodnie z bardziej szczegółowym opisem poniżej, kwalifikowanie się pacjenta jest ustalane na podstawie następujących informacji:
  - Miejsce zamieszkania;
  - Roczny przychód przed opodatkowaniem;
  - Liczebność rodziny.

W celu uzyskania tych danych zostaną wykorzystane informacje podane we wniosku pacjenta o przyznanie państwowego programu ubezpieczeniowego. Jeśli taki wniosek nie został złożony lub jest niedostępny, informacje niezbędne do ustalenia kwalifikacji pacjenta do otrzymania pomocy finansowej muszą być dostarczone przez pacjenta. Jeżeli brakuje którejkolwiek wymaganej informacji, pacjent zostanie powiadomiony o tym osobiście, telefonicznie lub listownie.

- C. *Kasjer/Rejestrator* przyjmie wypełniony wniosek i dokumentację pomocniczą od pacjenta i przekaze go *Dyrektorowi Działu Operacji Finansowych (Oddział Psychiatrii)*, który wyznaczy odpowiednią opłatę w oparciu o ustalone kryteria (opisane poniżej i podane w aktualnej skali suwakowej opłat w Załączniku do niniejszych Zasad) i wykona to obliczenie poprzez wypełnienie arkusza wyznaczenia opłaty.
- D. Kryteria określające opłatę obejmują analizę „liczebności rodziny” i „przychodu” pacjenta wykorzystując aktualną skalę suwakową opłat.
- Liczebność rodziny. Jeśli pacjent jest osobą dorosłą, wielkość rodziny pacjenta jest obliczana przez dodanie pacjenta, współmałżonka pacjenta (jeśli istnieje oraz jeśli mieszka z pacjentem) i wszystkich osób niepełnoletnich pozostających na utrzymaniu pacjenta lub współmałżonka pacjenta. Jeśli pacjent jest dzieckiem, liczebność rodziny pacjenta jest obliczana przez dodanie pacjenta, jego rodziców lub opiekunów prawnych, z którym pacjent mieszka oraz wszystkich osób niepełnoletnich pozostających na utrzymaniu rodziców lub opiekunów prawnych, z którymi pacjent mieszka (oprócz samego pacjenta). Kobieta w ciąży jest liczona jako dwóch członków rodziny.
  - Przychody brutto. Jeśli pacjent jest dorosły, roczny przychód brutto rodziny jest sumą przychodów pacjenta i współmałżonka pacjenta (jeśli istnieje oraz jeśli mieszka z pacjentem). Jeżeli pacjent jest osobą niepełnoletnią, roczny przychód brutto rodziny jest przychodem rodziców lub prawnych opiekunów pacjenta, z którym pacjent mieszka. Przychód określa się na podstawie obliczenia zarobków w ostatnich czterech tygodniach przed datą wykonania usługi.
  - Roczny przychód brutto jest sumą następujących źródeł dochodów, zgodnie z dokumentacją wymaganą do załączenia do wniosku o FAP:
    1. Zarobki przed potrąceniem podatków. Jeśli pacjent nie złożył wniosku o państwowy program ubezpieczenia lub taki wniosek nie jest dostępny, pacjent musi dostarczyć odcinki wypłat z ostatnich czterech tygodni, które zostaną wykorzystane do ekstrapolacji wypłat pacjenta w bieżącym roku kalendarzowym.
    2. Pomoc socjalna.
    3. Zasiłki z opieki społecznej.
    4. Zasiłek dla bezrobotnych i ubezpieczenie z funduszu pracy.
    5. Zasiłek kombatancki.
    6. Alimenty/ zasiłek na dziecko.
    7. Inne formy pomocy finansowej.
    8. Wypłaty emerytury.
    9. Płatności ubezpieczenia lub renty.
    10. Dywidendy / odsetki.
    11. Przychód z tytułu wynajmu.

12. Przychód netto z działalności (praca na własny rachunek/zweryfikowany przez niezależne źródła).
13. Inne (zasiłki strajkowe, stypendia szkoleniowe, zasiłki dla rodzin wojskowych, dochód z nieruchomości i funduszy powierniczych).

Źródło przychodów powinno być obliczane poprzez dodanie kwot rzeczywiście otrzymanych, w przeciwieństwie do kwot, do których osoba może być uprawniona, ale ich nie otrzymała (na przykład, gdy były współmałżonek pacjenta nie płaci alimentów lub płatności z tytułu ubezpieczenia lub emerytalne są przedmiotem sporu).

Kompletna dokumentacja, w tym wypełniony wniosek i wszystkie dokumenty uzupełniające, zostaną przekazywane przez *Kasjera/Rejestratora Dyrektorowi Działu Operacji Finansowych (Oddział Psychiatrii)*.

W ciągu 30 dni od otrzymania wypełnionego wniosku o pomoc finansową i wszystkich wymaganych dokumentów, *Dyrektor Działu Operacji Finansowych (Oddział Psychiatrii)* poinformuje pacjenta na piśmie, czy wniosek o przyznanie pomocy finansowej został zatwierdzony, czy odrzucony.

### 3. *Procedura opiniowania wniosków i apelacje*

- A. Jeśli wniosek o przyznanie pomocy finansowej został zatwierdzony, pacjent zostanie poinformowany o procentowej zniżce, do której jest uprawniony i otrzyma szczegółowe wyjaśnienie kwot należnych do zapłaty. Jeśli wniosek o przyznanie pomocy finansowej został odrzucony, pisemne powiadomienie powinno wskazywać, jak odwołać się od odmowy oraz zawierać informacje o tym, jak skontaktować się z Ministerstwem Zdrowia. Powiadomienia o odrzuceniu wniosku o FAP musi również szczegółowo wskazywać podstawę odmowy. W przypadku bezpośredniej rozmowy, pacjent jest niezwłocznie informowany o zatwierdzeniu wniosku i wielkości zniżki, którą pacjent otrzyma lub o odrzuceniu wniosku. W takich przypadkach pisemne zawiadomienie również jest wysłane pocztą na adres pacjenta. Wszystkie dokumenty w tym wniosek i związane materiały potwierdzające będą przechowywane przez *Dyrektora Działu Operacji Finansowych (Oddział Psychiatrii)* lub osobę przez niego wyznaczoną.
- B. Można się odwołać na piśmie lub osobiście, po uzgodnieniu terminu spotkania, od decyzji *Dyrektora Działu Operacji Finansowych (Oddział Psychiatrii)* do *Dyrektora ds. Odpłatności*. Pisemne odwołania należy wysłać na adres:

Director of Reimbursement  
Maimonides Medical Center  
4802 Tenth Avenue  
Brooklyn, N. Y. 11219

- C. *Dyrektor ds. Odpłatności* zapozna się z odwołaniem i albo poleci ponowne rozpatrzenie wniosku przez *Dyrektora Operacji Finansowych (Oddział*

*Psychiatrii*), albo je odrzuci. Jeżeli wniosek o odwołanie zostanie przekazany do ponownego rozpatrzenia, *Dyrektor ds. Odpłatności* skonsultuje się z *Dyrektorem Działu Operacji Finansowych (Oddział Psychiatrii)*, a podjęta decyzja będzie ostateczna. *Dyrektor ds. Odpłatności* będzie dążyć do podjęcia decyzji w sprawie odwołania w terminie 10 dni roboczych od dnia otrzymania odwołania pacjenta [tj. po otrzymaniu pisma lub odwołania przekazanego osobiście]. *Dyrektor ds. Odpłatności* poinformuje *Kasjera/Rejestratora* i pacjenta, w formie pisemnej, co do odpowiedniej opłaty, a jeśli wniosek zostanie odrzucony, *Dyrektor ds. Odpłatności* poinformuje o tym *Dyrektora Działu Operacji Finansowych (Oddział Psychiatrii)* oraz pacjenta.

- D. Obowiązująca opłata będzie obowiązywać do 15 kwietnia każdego roku, po tej dacie pacjent musi ponownie ubiegać się o pomoc finansową.
- E. *Kasjer/Rejestrator* nie będzie przetwarzać rachunków za wizyty po stawce niższej niż pełna stawka, dopóki zmniejszona opłata nie zostanie ustalona zgodnie z Zasadami.
- F. Na życzenie pacjenci otrzymujący pomoc finansową, będą mieli możliwość uzyskania uzgodnienia płatności w ratach bez konieczności uiszczania odsetek. Miesięczna rata nie będzie większa niż 10% miesięcznego przychodu brutto pacjenta. Odsetki nie będą naliczane od niezapłaconej kwoty, nawet w przypadku pominięcia płatności. W przypadku pominięcia płatności, nie będzie stosowany mechanizm przyspieszenia płatności.

#### **IV. ZASADY ODREBNEGO ROZLICZANIA I WINDYKACJI NALEŻNOŚCI**

Działania, które Centrum Medyczne Maimonides może podjąć w przypadku braku płatności opisano w oddzielnych zasadach fakturowania i windykacji należności (FIN-55). Zasady te są dostępne na dedykowanej stronie Pomocy Finansowej na portalu internetowym Maimonides (<http://www.maimonidesmed.org/main/FinancialInformation.aspx>). Wydrukowane kopie niniejszych zasad są dostępne na żądanie i bezpłatnie za pośrednictwem poczty i w miejscach publicznych w Szpitalu, w tym na oddziale ratunkowym, na izbie przyjęć i miejscach świadczenia usług dla pacjentów.

#### **V. DOSTĘP DO OPIEKI MEDYCZNEJ W NAGŁYCH PRZYPADKACH**

Nie będzie żadnej dyskryminacji w zakresie świadczenia medycznego badania przesiewowego i koniecznego leczenia stabilizującego wobec osób uprawnionych do pomocy finansowej w ramach niniejszych zasad. Zobacz FIN-34 EMTALA - Zasady medycznych badań przesiewowych i leczenia stabilizującego. Centrum Medyczne Maimonides świadczy, bez dyskryminacji, opiekę medyczną w nagłych przypadkach medycznych na rzecz osób fizycznych, niezależnie od tego, czy te osoby są uprawnione do pomocy finansowej w ramach niniejszych zasad FAP. Zobacz FIN-34 EMTALA - Zasady medycznych badań przesiewowych i leczenia stabilizującego.



## **VI. OCENA ZGODNOŚCI Z PRZEPISAMI PRAWNYMI**

Dział Kontroli Wewnętrznej będzie oceniać co najmniej raz w roku zgodność z przepisami dotyczącymi przyznawania pomocy finansowej i niniejszymi zasadami. Wyniki takich kontroli będą udostępniane Wiceprezesowi ds. Rachunków Pacjentów, Wiceprezesowi ds. Finansowych (Dział Usług Finansowych) i Wiceprezesowi Zarządu ds. Prawnych i Dyrektorowi ds. Zgodności z Przepisami.

## **VII. KONTROLE**

- A. Cały personel, który ma kontakt z pacjentami lub jest odpowiedzialny za rozliczenia i windykację należności otrzyma kopię niniejszych zasad i zostanie przeszkolony w zakresie odpowiedniego postępowania w sprawie programu pomocy finansowej. Personel będzie również okresowo informowany o dodatkowych zniżkach lub funduszach, które mogą być dostępne poprzez specjalne dotacje lub programy, niezależnie od ogólnego programu pomocy finansowej. Wszelkie pytania personelu dotyczące zasad powinny być kierowane do *Dyrektora Działu Operacji Finansowych (Oddział Psychiatrii)* pod numerem (718) 283-8177.
- B. *Dyrektor Działu Operacji Finansowych (Oddział Psychiatrii)* będzie regularnie przeglądać dokumentacje główne pacjentów i rachunki pod kątem zgodności z protokołem Pomocy Finansowej podanym w niniejszych Zasadach.
- C. *Wiceprezes ds. Finansów, Dyrektor ds. Odpłatności* skieruje odpowiednich Szefów Działu do zmiany protokołu pomocy finansowej określonego w niniejszych Zasadach, jeśli takie zmiany będą zatwierdzone lub wprowadzone, jako obowiązkowe przez agencje rejestracyjne.

Kenneth D. Gibbs  
Prezes Zarządu i Dyrektor

## PIŚMIENNICTWO

Zasady udzielania pomocy finansowej FIN-28 (wersja zmieniona)  
PHL 2807-k (9 i 9-a)  
Pismo do Administratora z 15 lutego 2007 r.  
Ustawa o ochronie pacjentów i przystępnych kosztach  
opieki medycznej §9007(a)  
(23 marca 2010 r.) (dodająca 501(r) do IRC);  
FIN-034 EMTALA - Zasady medycznych badań  
przesiewowych i leczenia stabilizującego;  
Pismo do Administratora z 15 listopada 2013 r.  
26 C.F.R. 1.501(r)-1, 1.501(r)-4 - 1.501(r)-6

## INDEKS

:Pomoc finansowa

**KOD:** FIN-029 (wersja zmieniona)

**DATA:** 4 maja 2018 r.

DZIAŁ INICJUJĄCY :Psychiatria

ZAŁĄCZNIK: Tabela opłat skali suwakowej

**Programy pomocy finansowej Oddziału Psychiatrii**  
**Tabela opłat skali suwakowej obowiązującej w 2018 r.**

Opłata za wizytę ambulatoryjną	Medicaid	0,00 USD	10,00 USD	15,00 USD	20,00 USD	35,00 USD	40,00 USD	45,00 USD	50,00 USD	75,00 USD	105,00 USD	110,00 USD	Pełny
Recepta i badanie laboratoryjne Opłata za receptę i bad. laboratoryjne **	Uprawni ony *	20,00 USD	20,00 USD	20,00 USD	20,00 USD	25,00 USD	30,00 USD	Pełna	Pełna	Pełna	Pełna	Pełna	Pełna
Odsetek ubóstwa		100%	125%	150%	175%	200%	214%	228%	243%	257%	272%	286%	300%
Liczebność rodziny	0	12,141	15,176	18,211	21,246	24,281	29,389	34,497	39,605	44,677	49,785	54,893	60,001
1	do	do	do	do	do	do	do	do	do	do	do	do	aż do
	12,140	15,175	18,210	21,245	24,280	29,388	34,496	39,604	44,676	49,784	54,892	60,000	
	0	16,461	20,576	24,691	28,806	32,921	37,651	42,382	47,112	51,810	56,540	61,271	66,001
2	do	do	do	do	do	do	do	do	do	do	do	do	aż do
	16,460	20,575	24,690	28,805	32,920	37,650	42,381	47,111	51,809	56,539	61,270	66,000	
	0	20,781	25,976	31,171	36,366	41,561	45,771	49,981	54,191	58,371	62,581	66,791	71,001
3	do	do	do	do	do	do	do	do	do	do	do	do	aż do
	20,780	25,975	31,170	36,365	41,560	45,770	49,980	54,190	58,370	62,580	66,790	71,000	
	0	25,101	31,376	37,651	43,926	50,201	53,890	57,580	61,269	64,933	68,622	72,312	76,001
4	do	do	do	do	do	do	do	do	do	do	do	do	aż do
	25,100	31,375	37,650	43,925	50,200	53,889	57,579	61,268	64,932	68,621	72,311	76,000	
	0	29,421	36,776	44,131	51,486	58,841	62,010	65,179	68,348	71,494	74,663	77,832	81,001
5	do	do	do	do	do	do	do	do	do	do	do	do	aż do
	29,420	36,775	44,130	51,485	58,840	62,009	65,178	68,347	71,493	74,662	77,831	81,000	
	0	33,741	42,176	50,611	59,046	67,481	70,129	72,778	75,426	78,056	80,704	83,353	86,001
6	do	do	do	do	do	do	do	do	do	do	do	do	aż do
	33,740	42,175	50,610	59,045	67,480	70,128	72,777	75,425	78,055	80,703	83,352	86,000	
	0	38,061	47,576	57,091	66,606	76,121	78,392	80,663	82,934	85,188	87,459	89,730	92,001
7	do	do	do	do	do	do	do	do	do	do	do	do	aż do
	38,060	47,575	57,090	66,605	76,120	78,391	80,662	82,933	85,187	87,458	89,729	92,000	
	0	42,381	52,976	63,571	74,166	84,761	86,511	88,262	90,012	91,750	93,500	95,251	97,001
8 ***	do	do	do	do	do	do	do	do	do	do	do	do	aż do
	42,380	52,975	63,570	74,165	84,760	86,510	88,261	90,011	91,749	93,499	95,250	97,000	

\* Pacjenci z tej kategorii kwalifikują się do otrzymania Medicaid; jeśli nie mają przyznanej pomocy Medicaid, powinni poprosić o pomoc w złożeniu wniosku o przyznanie pomocy.

\*\* Pacjenci kwalifikujący się do otrzymania Medicare Część D nie kwalifikują się do zniżki za receptę.

\*\* W przypadku każdego dodatkowego członka rodziny, należy dodać 4 320 do liczby bazowej.

Wszyscy pacjenci muszą zapłacić wskazane stawki.

W indywidualnych przypadkach, gdy pacjent wskazuje na szczególną uciążliwość w zakresie płatności, wypełniony wniosek i dokumentację pacjenta należy przekazać do Dyrektora ds. Odpłatności lub osoby przez niego wyznaczonej.