

<p style="text-align: center;"><b>Ascension Saint Agnes</b> Системная политика и методическое руководство</p>	<p style="text-align: center;">Страница 1 из 24</p>	<p style="text-align: center;">SYS FI 05</p>
<p><b>Тема:</b></p> <p style="text-align: center;">Ascension Saint Agnes Политика предоставления финансовой помощи</p>	<p><b>Дата вступления в силу:</b> 2/05</p>	
	<p><b>Пересмотрено:</b> <b>Редакция:</b> 11/90, 1/91, 6/91, 4/98, 3/01, 3/03, 6/08, 9/09, 6/16, 7/17, 7/18, 7/19, 2/20, 6/20, 10/20, 1/21, 4/21, 7/21, 7/22, 10/22, 12/22, 3/23, 6/23, 9/23, 12/23, 7/24</p>	
<p>Одобрения:</p> <p>Окончательное — Президент/СЕО: _____ Дата: _____</p> <p>Согласование: _____ Дата: _____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Политика вступает в силу через 30 дней после подписания СЕО)</i></p>		

## ПОЛИТИКА И ПРИНЦИПЫ

Данная политика указанных далее в этом пункте организаций (далее — «Организация») разработана с целью обеспечения социально справедливой практики оказания неотложной медицинской помощи и других необходимых по медицинским показаниям услуг входящими в Организацию медицинскими учреждениями. Данная политика разработана специально для определения критериев правомочности и способов предоставления финансовой помощи пациентам, которые нуждаются в такой финансовой помощи и получают медицинские услуги в Организации. Эта политика применяется к каждой из следующих Организаций Ascension Saint Agnes:

Ascension Saint Agnes, Ascension Medical Group, Seton Imaging, Lab Outreach,  
Integrated Specialist Group, Radiologists Professional Services, Anesthesia Professional  
Services

1. Вся финансовая помощь является отражением нашего уважения к достоинству человека и общему благу, нашего особого внимания к людям, живущим за чертой бедности, и другим уязвимым группам, нашей солидарности с ними, а также нашей приверженности справедливому распределению благ и ответственному руководству.
2. Данная политика применяется в отношении всех услуг неотложной медицинской помощи и другого необходимого по медицинским показаниям лечения, предоставляемых Организацией, в том числе услуг врачей и отделения охраны психического здоровья. Эта политика не распространяется на оплату за медицинское обслуживание вне рамок неотложной медицинской помощи, а также за другое необходимое обслуживание по медицинским показаниям.
3. В Списке поставщиков, на услуги которых распространяется действие Политики предоставления финансовой помощи, перечислены все поставщики услуг, обеспечивающие медицинский уход в учреждениях Организации. В нем также указано, действует ли в отношении конкретного поставщика Политика предоставления финансовой помощи или нет.

## ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Эта политика применима во всех учреждениях Ascension Saint Agnes.

## **ОПРЕДЕЛЕНИЯ**

В целях данной Политики предусмотрено применение указанных ниже определений.

- «**501(r)**» обозначает раздел 501(r) Налогового кодекса США и принятые в соответствии с ним нормативные правила.
- «**Обычно выставляемая сумма**» или «**AGB**» обозначает — в отношении к услугам неотложной медицинской помощи или другим необходимым по медицинским показаниям услугам — сумму, которая обычно выставляется для оплаты пациентам, имеющим страховку, покрывающую стоимость таких услуг.
- «**Сообщество**» означает пациентов, проживающих в почтовых индексах, соответствующих информации Оценки нужд здравоохранения сообщества организации (CHNA): Arbutus/Halethorpe 21227, Brooklyn/Linthicum 21225, Catonsville 21250, 21228, Gwynn Oak 21207, South Baltimore City 21223,21230, Southwest Baltimore City 21229, West Baltimore City 21215,21216,21217, Windsor Mill 21244, Elkridge 21075, Ellicott City 21043. Пациент также может считаться членом Сообщества Организации, если неотложная и необходимая по медицинским показаниям помощь, которая требуется Пациенту, является всецело неотложной и необходимой по медицинским показаниям помощью, оказываемой в другом медицинском учреждении Ascension Health, в котором Пациент имеет право на получение финансовой помощи в случае такой неотложной ситуации и другой необходимой помощи по медицинским показаниям.
- «**Неотложная медицинская помощь**» обозначает заболевание, проявляющееся острыми симптомами достаточной выраженности (включая острую боль, психическое расстройство и симптомы злоупотребления наркотическими средствами), при котором отсутствие немедленного медицинского вмешательства может обоснованно привести к одной из описанных ниже ситуаций:
  - a. возникновению серьезной опасности для здоровья человека (или в случае беременной женщины — для здоровья женщины или ее нерожденного ребенка); или
  - b. серьезному нарушению функций организма; или
  - c. серьезному нарушению функции любого органа или части тела.
- «**Необходимое обслуживание по медицинским показаниям**» — медицинское обслуживание, которое (1) подходит, соответствует и необходимо для профилактики, диагностики или лечения заболевания Пациента; (2) является наиболее подходящей помощью или уровнем обслуживания в соответствии с состоянием здоровья Пациента, и не влечет опасных последствий; (3) не предоставляется исключительно для удобства Пациента, членов его семьи, врача или лица, осуществляющего уход; и (4), скорее всего, принесет Пациенту пользу, а не вред. Чтобы предстоящая плановая помощь считалась «необходимой по медицинским показаниям», медицинское обслуживание и сроки оказания помощи должны быть утверждены главным врачом Организации (или назначенным им лицом). Заключение о предоставлении пациенту необходимого обслуживания по медицинским показаниям должно осуществляться лицензированным поставщиком, оказывающим медицинскую помощь Пациенту, и, по усмотрению Организации, врачом приемного отделения, направившим пациента врачом и/или главным врачом или другим врачом-экспертом (в зависимости от вида рекомендуемой медицинской помощи). Если врачом-экспертом установлено, что медицинская помощь, за которой обратился Пациент и на которую распространяются положения этой политики, не является необходимой по медицинским показаниям, такое заключение также должно быть подтверждено врачом приемного отделения или направившим пациента врачом.
- «**Организация**» обозначает Ascension Saint Agnes.
- Термин «**Пациент**» обозначает лицо, получающее неотложную медицинскую помощь и другие необходимые по медицинским показаниям услуги в Организации, а также лицо, несущее финансовую ответственность за оказание медицинской помощи пациенту.

## **Предоставляемая финансовая помощь**

Финансовая помощь, описанная в данном разделе, предоставляется только пациентам, проживающим в Сообществе:

1. В соответствии с другими положениями настоящей Политики финансовой помощи Пациенты с доходом менее или равным 250% Федерального прожиточного минимума («FPL»), имеют право на благотворительную помощь в размере 100% за ту часть платы за услуги, которую Пациент должен оплатить после оплаты страховой компанией (если такая плата предполагается), если такому Пациенту предоставлено право на получение помощи в соответствии с возможной рассчитываемой оценкой (как описано в пункте 7 ниже), или если он подаст заявление на получение финансовой помощи («Заявление FAP») на 240-й день или ранее после первого счета, выставленного Пациенту после выписки, в случае одобрения Организацией такого Заявления FAP. Пациент имеет право на получение финансовой помощи в размере до 100%, если Пациент подаст Заявление FAP через 240 дней после первого счета, выставленного Пациенту после выписки, но в этом случае объем финансовой помощи, предоставляемой Пациенту этой категории, ограничивается невыплаченным остатком, который должен оплатить Пациент, после учета всех платежей, произведенных по счету Пациента, за исключением ситуации назначения возмещения согласно законодательству штата Мэриленд и Разделу 3(b) Политики Организации по выставлению счетов и взысканию оплаты.<sup>1</sup> Пациент, имеющий право на получение этого типа финансовой помощи, должен будет уплатить меньшую из сумм: расходы за вычетом надбавки больницы или рассчитанная сумма AGB.
2. В соответствии с другими положениями настоящей Политики финансовой помощи Пациенты, чей доход выше 250% FPL, но не превышает 400% FPL, имеют право на частичную помощь по скользящей шкале на ту часть платы за предоставленные услуги, которую Пациент должен оплатить после оплаты страховой компанией (если такая плата предполагается), если такой Пациент подаст Заявление FAP на 240-й день или ранее после первого счета, выставленного Пациенту после выписки, в случае одобрения Организацией такого Заявления. Пациент имеет право на частичную финансовую помощь по скользящей шкале, если он подаст Заявление FAP спустя 240 дней после первого счета, выставленного Пациенту после выписки, но в этом случае объем финансовой помощи, предоставляемой Пациенту этой категории, ограничивается невыплаченным остатком, который должен оплатить Пациент, после учета всех платежей, произведенных по счету Пациента. Пациент, имеющий право на получение этого типа финансовой помощи, должен будет уплатить меньшую из сумм: расходы за вычетом надбавки больницы или рассчитанная сумма AGB. Размер частичной помощи по скользящей шкале

---

<sup>1</sup> Согласно Разделу 19-214.2(c)(1-3) Свода законов штата Мэриленд, если Организация узнает, что Пациент имел право на бесплатное обслуживание на определенную дату оказания услуг (используя действующие стандарты Организации для определения правомочности на дату оказания услуги), а эта определенная дата будет в промежутке двух (2) лет относительно момента обнаружения, пациенту возместят средства, полученные Организацией от Пациента или поручителя Пациента, если такая сумма превысит двадцать пять долларов. Если Организация зафиксирует отсутствие сотрудничества со стороны пациента или поручителя в процессе предоставления информации, необходимой для определения права Пациента на бесплатное обслуживание, этот двухлетний (2) период может быть уменьшен до тридцати (30) дней с даты первоначального запроса информации у Пациента. Если Пациент зарегистрирован в государственной программе медицинского страхования, предоставляемой с учетом материального положения, в которой Пациент обязан оплачивать расходы на медицинское обслуживание из собственных средств, тогда Пациент не получит компенсацию любых сумм, поскольку это может привести к утрате пациентом финансового права на такую медицинскую страховку.

рассчитывается следующим образом:

### ШКАЛА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

На 1 июля 2024 г.

#### For Hospital Facility Services Only (Regulated)

Household Size	Charity Care				Financial Assistance Program					
	100%	to 200%	to 225%	to 250%	to 275%	to 300%	to 325%	to 350%	to 375%	to 400%
1	\$14,580	\$29,160	\$32,810	\$36,450	\$40,100	\$43,740	\$47,390	\$51,030	\$54,680	\$58,320
2	\$19,720	\$39,440	\$44,370	\$49,300	\$54,230	\$59,160	\$64,090	\$69,020	\$73,950	\$78,880
3	\$24,860	\$49,720	\$55,940	\$62,150	\$68,370	\$74,580	\$80,800	\$87,010	\$93,230	\$99,440
4	\$30,000	\$60,000	\$67,500	\$75,000	\$82,500	\$90,000	\$97,500	\$105,000	\$112,500	\$120,000
<b>Saint Agnes Discount</b>	100%	100%	100%	100%	75%	50%	25%	15%	12%	11.4%

#### For Professional Services (Deregulated)\*

Household Size	Charity Care				Financial Assistance Program					
	100%	to 200%	to 225%	to 250%	to 275%	to 300%	to 325%	to 350%	to 375%	to 400%
1	\$14,580	\$29,160	\$32,810	\$36,450	\$40,100	\$43,740	\$47,390	\$51,030	\$54,680	\$58,320
2	\$19,720	\$39,440	\$44,370	\$49,300	\$54,230	\$59,160	\$64,090	\$69,020	\$73,950	\$78,880
3	\$24,860	\$49,720	\$55,940	\$62,150	\$68,370	\$74,580	\$80,800	\$87,010	\$93,230	\$99,440
4	\$30,000	\$60,000	\$67,500	\$75,000	\$82,500	\$90,000	\$97,500	\$105,000	\$112,500	\$120,000
<b>Saint Agnes Discount</b>	100%	100%	100%	100%	90%	80%	70%	60%	55%	47.6%

\*включает следующие услуги:

*Seton Imaging*  
*Lab Outreach*  
*Seton Medical Group*  
*Ascension Medical Group*  
*Ascension Saint Agnes Medical Group*  
*Integrated Specialist Group*  
*Radiologists Professional Services*  
*Anesthesia Professional Services*

- В соответствии с другими положениями настоящей Политики финансовой помощи Пациент с i) доходом выше 400% от уровня FPL, но ниже 500% от уровня FPL и ii) долгом за медицинское обслуживание, куда входит задолженность за медицинские услуги перед Ascension и любым другим поставщиком медицинских услуг, за неотложную и другую необходимую помощь по медицинским показаниям, оказанную Пациенту на протяжении периода в двенадцать (12) месяцев, сумма которого равна или превышает 25% общего дохода семьи такого Пациента, будет иметь право на финансовую помощь, описанную в этом пункте. Размер финансовой помощи будет равен размеру помощи для пациента с доходом в размере 400% от уровня FPL, как указано в пункте 2 выше, если такой Пациент подаст Заявление FAP на 240-й день или ранее после первого счета, выставленного Пациенту после выписки, в случае одобрения Организацией такого Заявления FAP. Пациент будет иметь право на такую финансовую помощь, если он подаст Заявление FAP спустя 240 дней после первого счета, выставленного Пациенту после выписки, но в этом случае объем финансовой помощи, предоставляемой Пациенту этой категории,

ограничивается невыплаченным остатком, который должен оплатить Пациент, после учета всех платежей, произведенных по счету Пациента. Пациент, имеющий право на получение этого типа финансовой помощи, должен будет уплатить меньшую из сумм: расходы за вычетом надбавки больницы или рассчитанная сумма AGB.

4. В соответствии с другими положениями настоящей Политики финансовой помощи Пациенту с доходом, превышающим 500% от уровня FPL, может быть предоставлено право на получение финансовой помощи по результатам проверки нуждаемости в размере некоторой части от расходов Пациента на предоставленные Организацией услуги, в зависимости от величины общей задолженности Пациента за медицинские услуги. Пациент имеет право на получение финансовой помощи в соответствии с результатами проверки финансового положения, если у него имеется крупный общий долг за медицинские услуги, включая задолженность перед Ascension и всеми прочими поставщиками медицинских услуг, за неотложную и другую необходимую по медицинским показаниям помощь в размере, равном или большим по сравнению с совокупным семейным доходом такого Пациента. Размер финансовой помощи, предоставляемой по результатам проверки нуждаемости, такой же, как и для Пациента с доходом в размере 400% от уровня FPL, как указано в пункте 2 выше, если такой Пациент подаст Заявление FAP на 240-й день или ранее после первого счета, выставленного Пациенту после выписки, в случае одобрения Организацией такого Заявления FAP. Пациент будет иметь право на частичную финансовую помощь по результатам проверки нуждаемости, если он подаст Заявление FAP спустя 240 дней после первого счета, выставленного Пациенту после выписки, но в этом случае объем финансовой помощи, предоставляемой Пациенту этой категории, ограничивается невыплаченным остатком, который должен оплатить Пациент, после учета всех платежей, произведенных по счету Пациента. Пациент, имеющий право на получение этого типа финансовой помощи, должен будет уплатить меньшую из сумм: расходы за вычетом надбавки больницы или рассчитанная сумма AGB.
5. Пациент будет иметь право на план оплаты, если доход Пациента будет в пределах от 200% до 500% от уровня FPL и если Пациент запросит помощь, подав Заявление FAP.
6. При определении дохода пациента учитывается размер его семьи, которая состоит из самого пациента и следующих лиц: (1) супруг(-а) (независимо от того, планирует ли пациент с супругом(-ой) подать заявление на возврат федерального налога или налога штата); (2) родные, приемные дети, пасынки и падчерицы; и (3) любое лицо, для которого пациент запрашивает личное исключение в форме на возврат федерального налога или налога штата. Если пациент является ребенком, в размере семьи должен учитываться сам ребенок и следующие лица: (1) биологические родители, приемные родители, отчим/мачеха или опекуны, (2) биологические братья и сестры, приемные братья и сестры или сводные братья и сестры; и (3) любое лицо, в отношении которого родители или опекуны пациента требуют персонального освобождения от налогов в федеральной или государственной налоговой декларации.
7. Пациенту может быть отказано в праве на получение финансовой помощи, указанной в пунктах 1-4 выше, если по результатам проверки имущественного положения у такого Пациента окажется достаточно средств для оплаты<sup>2</sup>. Проверка имущественного положения включает в

---

<sup>2</sup> В соответствии с COMAR .26 (A-2) (8) и разделом 19-213-1 (b) (8) (ii) сборника законов штата Мэриленд следующие активы, которые могут быть конвертированы в денежные средства, исключаются из проверки имущественного положения: (1) первые 10 000 долларов денежных активов; (2) капитал «безопасной гавани» в размере 150 000 долларов США по основному месту жительства; (3) пенсионные активы, по которым Налоговое управление США (IRS) предоставило льготный налоговый режим в качестве пенсионного счета, включая, помимо прочего, планы отсроченной компенсации, предусмотренные Налоговым кодексом, или планы неквалифицированной отсроченной компенсации; (4) один автомобиль, используемый для транспортировки пациента или любого члена семьи пациента; (5) любые ресурсы, исключенные при

себя оценку платежеспособности Пациента по существу на основании категорий активов, указываемых в Заявлении FAP. Пациенту, активы которого превышают 250% от уровня FPL для такого Пациента, не предоставляется право на получение финансовой помощи.

8. Соответствие критериям для получения финансовой помощи может определяться на любом этапе цикла получения доходов, при условии, что пациент будет иметь право на помощь на протяжении, по крайней мере, двенадцати (12) месяцев с момента оказания услуг в первый раз, и может включать в себя процедуру расчета вероятной оценки для Пациента, имеющего достаточный невыплаченный остаток в течение первых 240 дней после первого счета, выставленного Пациенту после выписки, с целью решения о предоставлении ему права на получения 100%-ной благотворительной помощи, даже если Пациент не заполнил Заявление FAP. Если Пациенту предоставляется 100% благотворительная помощь без подачи заполненного Заявления FAP и только на основе расчета возможной оценки, сумма финансовой помощи, на которую Пациент имеет право, ограничивается размером невыплаченного остатка Пациента после учета любых платежей, произведенных по счету Пациента. Определение соответствия критериям на основе вероятной оценки применяется только к оказанию того вида медицинской помощи, для которой выполняется такая вероятная оценка.
9. Если Пациент участвует в определенных планах страхования, по которым Организация считается «не входящей в сеть», Организация может уменьшить или отказать в финансовой помощи, которая в противном случае была бы доступна Пациенту на основании анализа страховой информации Пациента и других соответствующих фактов и обстоятельств.
10. Если они не соответствуют другим требованиям Medicaid или CHIP, пациенты, являющиеся выгодоприобретателями/получателями следующих социальных программ, предоставляемых с учетом материального положения, считаются соответствующими требованиям благотворительной помощи, при условии, что пациент предоставит подтверждение участия в программе в течение 30 дней, кроме случаев, когда пациент или представитель пациента запросит дополнительные 30 дней:
  - a. Семьи с детьми, которые участвуют в программе бесплатного или льготного питания;
  - b. Программа продовольственной помощи (SNAP);
  - c. Программа помощи оплаты за электроэнергию для семей с низким уровнем дохода;
  - d. Программа предоставления дополнительного питания женщинам, новорожденным и детям (WIC);
  - e. Другие социальные программы на основе проверки нуждаемости, которые Департамент здравоохранения и психиатрии и HSCRC сочтут подходящими для бесплатного лечения в больнице.
11. Пациент имеет право обжаловать отказ в получении Финансовой помощи, предоставив дополнительную информацию Организации в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с момента получения извещения об отказе. Все апелляции будут рассмотрены Организацией для вынесения окончательного решения. Если в окончательном решении будет подтвержден предыдущий отказ в Финансовой помощи, Пациенту будет направлено письменное извещение. Процедура обжалования Пациентами и членами их семей решения Организации в отношении

---

определении финансового права в рамках Программы медицинской помощи в соответствии с Законом о социальном обеспечении; и (6) предварительно выплаченные средства на высшее образование на счету Программы 529 штата Мэриленд. Денежное имущество не включенное в оценку соответствия согласно этой политике финансовой помощи будут ежегодно переоцениваться с учетом инфляции в соответствии с Индексом потребительских цен.

их права на получение финансовой помощи:

- a. Пациенту будет направлено письмо с отказом в финансовой помощи больницы, чтобы уведомить его о несоответствии требования для получения такой помощи. Чтобы обжаловать решение касательно соответствия требованиям для получения финансовой помощи, пациенты или семьи должны связаться с Отделом финансовых услуг для пациентов, написав по адресу 900 Caton Ave., Baltimore, Md. 21229.
- b. Все апелляции рассматриваются Советом по жалобам Организации по предоставлению финансовой помощи. Решения совета доводятся до Пациентов-заявителей или членов их семьи в письменной форме.

#### **Другие виды помощи для Пациентов, не соответствующих критериям для получения Финансовой помощи (применимо только для внебольничных услуг)**

Пациенты, не соответствующие описанным выше критериям для получения Финансовой помощи, могут рассчитывать на получение других видов помощи, предоставляемой Организацией. Для полноты сведений здесь также перечислены другие виды помощи, хотя они предоставляются не на основании потребности в финансовой помощи, и на них не распространяются положения раздела 501(г). Эти виды помощи приведены в этом документе исключительно для сведения жителей региона, обслуживаемого Организацией.

1. Незастрахованным пациентам, которые получают услуги в Seton Imaging, Lab Outreach или у специализированных врачей, но не соответствуют критериям для получения финансовой помощи, предоставляется скидка, рассчитываемая на основании скидки, предоставляемой плательщику, производящему максимально высокие выплаты в адрес данной Организации. На долю плательщика, производящего максимально высокие выплаты, должно приходиться не менее 3% всей совокупности Организации по объему или валовым поступлениям от пациентов. Если на долю единственного плательщика не приходится такой минимальный объем, необходимо усреднить контракты нескольких плательщиков, чтобы на условия оплаты, используемые для усреднения, приходилось по меньшей мере 3% от объема операций Организации за такой отдельно взятый год.

#### **Ограничения на выставяемые суммы к оплате Пациентами, соответствующими критериям для получения финансовой помощи**

- c. С Пациентов, соответствующих критериям для получения финансовой помощи, в индивидуальном порядке взимается сумма, не превышающая сумму AGB за услуги неотложной медицинской помощи и другие необходимые по медицинским показаниям услуги, не более общей суммы расходов за все прочие медицинские услуги. Организация рассчитывает одну или несколько процентных ставок AGB с использованием метода ретроспективного анализа («look-back»), включая оплату отдельных медицинских услуг в рамках программы Medicare и платежи всех частных медицинских страховых компаний, которые производят выплаты по страховым требованиям Организации в соответствии с разделом 501(г). Бесплатную копию с расчетом AGB и процентными ставками можно получить на сайте Организации или в Отделе финансовых услуг для пациентов, лично или направив запрос по адресу 900 S. Caton Ave., Baltimore, MD 21229.

#### **Подача заявления на получение финансовой помощи и других видов помощи**

Право Пациента на получение финансовой помощи может быть определено на основе расчета его вероятной оценки или непосредственно на основе подачи им заполненной формы Заявления на FAP.

Бланк Заявления FAP и инструкции по заполнению Заявления FAP можно получить на сайте Организации или позвонив в Отдел финансовой помощи пациентам по номеру 1-667-234-2140. Заявления FAP также можно получить в различных регистратурах в больнице. Организация будет требовать от незастрахованного лица работать с финансовым советником для подачи заявки на Medicaid или другие публичные программы помощи, требованиям которых пациент считается потенциально соответствующим, для того, чтобы соответствовать требованиям финансовой помощи (кроме случаев, когда пациент соответствует или уже одобрен посредством предварительной оценки). Пациенту может быть отказано в предоставлении финансовой помощи в случае предоставления им недостоверной информации в Заявлении на FAP или на основе его вероятной оценки, если пациент отказывается передать права на сумму страхового возмещения или право на оплату непосредственно от лица страховой компании, которая может иметь обязанности по оплате за оказанную помощь, или если пациент отказывается обращаться к финансовому консультанту за помощью по оформлению заявления на участие в программе Medicaid или в других программах предоставления государственной помощи, на которые пациент потенциально имеет право, с целью определения соответствия критериям на получение финансовой помощи (за исключением случаев, когда соответствие критериям определяется и утверждается на основе его вероятной оценки). При принятии решения о праве на получение помощи для конкретного случая оказания медицинской помощи Организация рассматривает Заявления на FAP, заполненные менее чем за шесть месяцев до любой даты определения соответствия критериям. Организация не рассматривает Заявления на FAP, заполненные более чем за шесть месяцев до даты определения соответствия критериям.

### **Выставление счета и взыскание оплаты**

Меры, которые могут быть предприняты Организацией в случае неоплаты счетов, приведены в отдельной политике по выставлению счетов и взысканию оплаты. Бесплатную копию правил выставления счетов и взыскания оплаты можно получить на сайте Организации или позвонив в Отдел финансовых услуг для пациентов по номеру 1-667-234-2140.

### **Толкование**

Эта политика вместе со всеми применимыми процедурами соответствует положениям и подлежит толкованию и применению в соответствии с разделом 501(r), за исключением специально оговоренных случаев.



Ascension Saint Agnes

**СПИСОК ПОСТАВЩИКОВ, НА УСЛУГИ КОТОРЫХ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ  
ПОЛИТИКА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ**

7/1/24

В списке ниже указаны поставщики услуг неотложной медицинской помощи и другого необходимого по медицинским показаниям ухода в больничном учреждении, на которых распространяется Политика предоставления финансовой помощи (FAP). **Обратите внимание: Политика FAP не распространяется на любые услуги поставщиков, которые не являются неотложной медицинской помощью и другим необходимым по медицинским показаниям лечением.**

<u>Providers covered by FAP</u>	<u>Providers not covered by FAP</u>
Seton Medical Group	ALONSO,ADOLFO M MD
Ascension Medical Group	AMDEMICHAEL,EDEN T MD
Integrated Specialist Group	AMERI,MARIAM MD
Saint Agnes Medical Group	AMIN,SHAHRIAR MD
Vituity	ANANDAKRISHNAN,RAVI K MD
CEP America	ANDRADE,JORGE R MD
	ALLEN,DANISHA MD
	ANSARI,MOHSIN MD
	APGAR,LESLIE MD
	APOSTOLIDES,GEORGE Y MD
	ARCHER,CORRIS E MD
	ARIAS VILLELA,NATALIA MD
	ARSHAD,RAJA R MD
	ASHLEY JR,WILLIAM W MD
	AWAN,HASAN A MD
	AWAN,MATEEN A MD
	AZIE,JULIET C MD
	ABDELHADY,HEIDI MD
	ABDUR-RAHMAN,NAJLA MD
	ABERNATHY,THOMAS MD
	ADAMS,SCOTT MD
	ADDO M.D.,RICHARD O
	ADIB,FARSHAD MD
	AFZAL,MUHAMMAD MD
	AHLUWALIA,GURDEEP S MD
	AHMED,AZRA MD
	AHUJA,NAVNEET K MD
	AKABUDIKE,NGOZI M MD
	AKHTAR,YASMIN DO
	AKHTER,NABEEL M M.D.

	ALBRECHT,ROBERT A MD
	ALEX,BIJU K MD
	ALI,LIAQAT MD
	ALI,PREETHA MD
	ALI,SHAHAD K MD
	AZIZ,SHAHID MD
	BAJAJ,BHAVANDEEP MD
	BAJAJ,HARJIT S MD
	BAKER,CHRISTINE M MD
	BAKER,MARTHA MD
	BANEGURA,ALLEN T MD
	BARBOUR,WALID K MD
	BASKARAN,DEEPAK MD
	BASKARAN,SAMBANDAM MD
	BASTACKY,DAVID C DMD
	BEHRENS,MARY T MD
	BEIGEL,JOHN H MD
	BELTRAN,JUAN A MD
	BENVENUTO,VICTOR MD
	BERGER,LESLY MD
	BERKENBLIT,SCOTT I MD
	BERNIER,MEGHAN M.D.
	BEZIRDJIAN,LAWRENCE C MD
	BHARGAVA,NALINI MD
	BHASIN,SUSHMA MD
	BHATTI,NASIR I MD
	BITTLE,GREGORY J MD
	BLAM,OREN G MD
	BLANK,MICHAEL DDS
	BODDETI,ANURADHA MD
	BODDU,ROHINI MD
	BOWER,ELIZABETH S MD
	BOYKIN,DIANE MD
	BRITT,CHRISTOPHER J MD
	BRITTON,KRISTEN D.O.
	BROGDON,LINDA E MD
	BROOKLAND,ROBERT K M.D.
	BROUILLET, JR.,GEORGE H MD
	BROWN,JACQUELINE A MD
	CAHILL,EDWARD H MD
	CALLAHAN,CHARLES W DO
	CALLENDER,EALENA S MD
	CALLENDER,MARC MD
	CANNON,BAILEY MD
	CARPENTER,MYLA MD

	CARTER,MIHAELA M.D.
	CHANG,HENRY MD
	CHATTERJEE,CHANDANA MD
	CHECCA,MARISA M.D.
	CHEIKH,EYAD MD
	CHEN,ZHAOMING MD
	CHETTIAR,SUNDARAM K MD
	CHEUNG,AMY M MD
	CHINSKY,JEFFREY M MD
	CHOUDHRY,SHABBIR A MD
	CHRISTOPHER,KATINA S MD
	CLONMELL,DIANE J LCPC
	COHEN GLICKMAN,KAREN MD
	COHEN,GORDON MD
	COLANDREA,JEAN MD
	COSENTINO,ENZO MD
	CROSBY,EMILY MD
	CROW,KEVIN J MD
	CROWLEY,HELENA M MD
	CURTIS,CHARLES MD
	CURTIS,LAUREN MD
	DA SILVA,MONICA L MD
	DAVALOS,JULIO MD
	DAVIS,NNEKA N DMD
	DAVIS ROLAND,LASHEA MD
	DEBORJA,LILIA L MD
	DEJARNETTE,JUDITH MD
	DE JESUS-ACOSTA,ANA MARIA CRIS
	DELLABADIA JR,JOHN MD
	DEOL,DILRAJ MD
	DESAI,KIRTIKANT I MD
	DESAI,MONALI Y MD
	DESAI,SHAUN C MD
	DIAZ-MONTES,TERESA P MD
	DIB,SALIM I MD
	DICKSTEIN,RIAN MD
	DIDOLKAR,MUKUND S MD
	DOHERTY,BRENDAN MD
	DONOHUE,CHRISTOPHER MD
	DORIA,JOSEPH W M.D.
	DOVE,JOSEPH DPM
	DROSSNER,MICHAEL N MD
	DAULAT,WENDY C DDS
	DUA,VINEET MD
	DUBOIS,BENJAMIN MD

	DUNNE,MEAGAN MD
	DUONG,BICH T MD
	DURST,GEORGE A MD
	DUSON,SIRA M MD
	DZIUBA,SYLWESTER MD
	EGERTON,WALTER E MD
	EISENMAN,DAVID J MD
	ELFREY,MARY K D.O.
	EMERSON,CAROL MD
	ENELOW,THOMAS MD
	ENGLUM,BRIAN R MD
	EPSTEIN,DAVID K MD
	ERAS,JENNIFER L MD
	FALCAO,KEITH D MD
	FATTERPAKER,ANIL MD
	FELTON,PATRICK M. DPM
	FERNANDEZ,RODOLFO E MD
	FILDERMAN,PETER S MD
	FLEMING,MARY E MD
	FLOYD,DEBORA M LCPC
	FRAYHA,NEDA MD
	FRAZIER,TIMOTHY S MD
	FREEMAN,SARAH E MD
	FUGOSO,VALERIANO P MD
	GABLE,ASHLEY D MD
	GABLE,NICOLE J MD
	GALITA,OLIVER C MD
	GANGALAM,AJAY B M.D.
	GARCIA LOPEZ de VICTORIA,ELIZA
	GARCIA,PABLO MD
	GARDNER,JONATHAN D. M.D.
	GARG,AKASH MD
	GARG,PRADEEP MD
	GARZA-CAVAZOS,ADRIAN MD
	GELFMAN,DANIEL M MD
	GEORGIA,JEFFREY MD
	GERSH,STEVEN DPM
	GERSTENBLITH,DANIEL DPM
	GIARDINA,VITO N DPM
	GILLILAN,RONALD E MD
	GLASER,STEPHEN R MD
	GOBRIAL,EVEIT E MD
	GOLDMAN,MICHAEL H MD
	GOMA,MONIQUE L MD
	GORMLEY,PAUL E MD

	GORMLEY,WILLIAM B MD
	GRAHAM, JR.,CHARLES R MD
	GREENE,CAROL L MD
	GREEN-SU,FRANCES M MD
	GROSSO,NICHOLAS MD
	GRUNEBERG,SHERRI L MD
	GUARDIANI,ELIZABETH A MD
	GUPTA,DEEPAK MD
	GURAN,LARISSA M.D.
	GURETZKY,TARA MD
	GURSKY,ANDREI MD
	HABIB,FADI M.D.
	HALL,LAHAINA MD
	HANSEN,CHRISTIAN H MD
	HAQUE,MAHMUDUL MD
	HAROUN,RAYMOND I MD
	HASAN,NAVEED MD
	HATTEN,KYLE M MD
	HAYWARD,GERALD MD
	HEBERT,ANDREA M MD
	HENNESSY,ROBERT G MD
	HENRY,GAVIN MD
	HICKEN,WILLIAM J MD
	HILLSLEY,RUSSELL E MD
	HILL,TERRI MD
	HOCHULI,STEPHAN U MD
	HOFFLER,HAYDEN L DPM
	HORMOZI,DARAB MD
	HORTON,AMANDA L MD
	HUBBARD,DEE L MD
	HUBER,RISA W MD
	HUDES,RICHARD MD
	HUNDLEY,JEAN C MD
	HYSLOP,ANI MD
	IM,DWIGHT D MD
	IMIRU,ABEBE MD
	INCE,CARLOS MD
	ISAIAH,AMAL MD
	IWEALA,UCHECHI A MD
	JACKSON,PRUDENCE MD
	JACOB,ASHOK C MD
	JACOBS,MARIANNE B DO
	JAMES,EVITA G. M.D.
	JANZ,BRIAN A MD
	JENNINGS,SHANNON M MD

	JOHNSON,GLEN E MD
	JOHNSON,KELLY MD
	JULKA,SURJIT S MD
	KAHL,LAUREN MD
	KALRA,KAVITA B MD
	KANTER,MITCHEL A MD
	KANTER,WILLIAM R MD
	KAUFMAN,ADAM C M.D.
	KENIGSBERG,ALEXANDER P MD
	KHANJAR,SAMIR MD
	KHAN,JAVEED MD
	KHAN,RAO A MD
	KHULPATEEA,BEMAN R MD
	KHURANA,ARUNA Y MD
	KILMORE,DONNA L MSW
	KIM,CHRISTOPHER MD
	KIM,LISA MD
	KIM,SOON JA MD
	KLEBANOW,KENNETH M MD
	KLEINMAN,BENJAMIN DPM
	KOPACK,ANGELA M MD
	KRUPNICK,ALEXANDER S MD
	KUHN,FREDERICK MD
	KUMAR,AJAY V. MD
	KUMAR,RAMESH MD
	KUPPUSAMY,TAMIL S MD
	KWON,JI MD
	KYERE M.D.,SAMPSON A
	LALA,PADMA M MD
	LANCELOTTA,CHARLES J MD
	LANDIS,JEFFREY T MD
	LANDRUM,B. MARK MD
	LANDRUM,DIANNE J MD
	LANDSMAN,JENNIFER MD
	LANE,ANNE D MD
	LANGER,KENNETH F MD
	LANTZ,JENNIFER MS, CCC/A
	LAVIE,THOMAS J MD
	LEBLANC,DIANA M.D.
	LEE,DANA M MD
	LEVIN,BRIAN M MD
	LEVY,DAVID MD
	LIN,ANNIE Z MD
	LIPTON,MARC DPM
	LI,ROBIN Z MD

	LIU,JIA MD
	LONG,ADRIAN E MD
	LOSHAKOV,VADIM MD
	LOTLIKAR,JEFFREY P MD
	LOWDER,GERARD M MD
	LUMPKINS,KIMBERLY M. M.D.
	LUTZ,MELISSA R MD
	MACIEJEWSKI,SHARON PT
	MADDEN,JOSHUA S MD
	MAKONNEN,ZELALEM MD
	MALLALIEU,JARED DO
	MALONEY,PATRICK MD
	MAMO,GEORGE J MD
	MARK,TIFFANY MD
	MARTINEZ MORALES,ANDY J MD
	MARTINEZ,ANTHONY MD
	MASON,KAREN T MD
	MASTERSON,JAMES MD
	MATSUNAGA,MARK T MD
	MAUNG,TIN O MD
	MAYO,LINDA D OTS
	MCCARUS,DAVID MD
	MEDWIN,IRINA MD
	MEININGER,GLENN R MD
	MENDHIRATTA,NEIL MD
	MENDIOLAZA,JESUS M.D.
	METZGER,DIANA MD
	MICHEL,SULEIKA J MD
	MILLER,KAREN J MD
	MILLER,PAUL R MD
	MILLER,RACHAEL B MD
	MISKI,PINAR MD
	MITCHELL,ANTHONY L M.D.
	MITCHERLING,JOHN J DDS
	MITCHERLING,WILLIAM W DDS
	MOORE,JAMES T MD
	MOORE,ROBERT F M.D.
	MORRIS,RODETTA MD
	MOUSSAIDE,GHITA MD
	MUMTAZ,M. ANWAR MD
	MUNIRA,SIRAJUM MD
	MURPHY,ANNE MD
	MURTHY,KALPANA MD
	MYDLARZ,WOJCIECH MD
	NAKAZAWA,HIROSHI MD

	NALLU,ANITHA M.D.
	NARAYEN,GEETANJALI MD
	NEUNER,GEOFFREY MD
	NEUZIL,DANIEL F MD
	NILES JR,JOHN H
	NOKURI,SAMUEL MD
	NOUR,SEEMA M.D.
	NWODIM,CHUKWUEMEKA MD
	O'BRIEN,CAITLIN MD
	O'CONNOR,MEGHAN P MD
	ODUYEBO,TITILOPE M.D.
	OLLAYOS,CURTIS MD
	OTTO,DAVID I MD
	OTTO,JAMES MD
	OWENS,KERRY MD
	OWUSU-ANTWI,KOFI MD
	PAIVANAS,BRITTANY M MD
	PARDI,MARIA MD
	PARISI,CHRISTINA A MD
	PARK,CHARLES MD
	PATAKI,ANDREW M MD
	PATEL,ALPEN MD
	PATEL,ANOOP MD
	PERVAIZ,KHURRAM MD
	PETERSON,ANALETA N MD
	PETERS,MATTHEW N MD
	PETIT,LISA MD
	PHILLIPS JR,GREGORY D MD
	PIEPRZAK,MARY A MD
	PIROUZ,BABAK MD
	PLANTHOLT,STEPHEN J MD
	POLSKY,MORRIS B MD
	POON,THAW MD
	POWELL,HARTAJ K MD
	PRESTI,MICHAEL S DPM
	PROCHASKA,ERICA C MD
	PULLMANN,RUDOLF MD
	PURDY,ANGEL MD
	QURESHI,JAZIBETH A MD
	RAIKAR,RAJESH V MD
	RAJA,GEETHA MD
	RAMOS,ALBERTO R MD
	RANKIN,ROBERT MD
	RAO,MEGHANA G MD
	RAVENDHRAN,NATARAJAN MD



	REDDY,ANURADHA MD
	REED,ANN MD
	REHMAN,MALIK A MD
	REILLY,CHRISTINE MD
	REINER,BARRY J MD
	RICHARDSON,JAMES P MD
	RICHARDSON,LEONARD A MD
	RITTER,CAROL E MD
	ROBERTSON,KAISER MD
	RODRIGUEZ,ISMAEL MD
	ROTH,JOHN DPM
	ROTTMANN,EVA I DO
	RUSSELL,JONATHON O MD
	RYU,HYUNG MD
	SABAHI,HANI S
	SABOURY SICHANI,BABAK MD
	SAIEDY,SAMER MD
	SAINI,ANJALI MD
	SAINI,RUMNEET K MD
	SAKIANI,SANAZ MD
	SALAS,LOUIS MD
	SALENGER,RAWN V MD
	SALIM,MUBADDA MD
	SALVO,EUGENE C MD
	SANDERSON,SEAN O M.D.
	SANDHU,RUPINDER MD
	SANGHAVI,MILAN MD
	SANTOS,MARIA L MD
	SARDANA,NEERAJ MD
	SARKAR,RAJABRATA MD
	SAVAGE,ANGELA Y DPM
	SCHNEYER,MARK MD
	SCHULTHEISS,KIM E M.D.
	SCHWEITZER,EUGENE M.D.
	SCURRY,TANYA MD
	SEIBEL,JEFFREY L MD
	SEKICKI,VUK MD
	SETYA,VINEY R MD
	SHAH,RAJESH M MD
	SHAIKH,NAOMI N MD
	SHAPIRO ,BRUCE K
	SHAW,COREY DO
	SHORTS,ALISON MSCCC-SLP
	SHUSTER,JERI MD
	SILBER,GLENN MD

	SILBER,MOLLY H MD
	SILHAN,LEANN MD
	SILVERSTEIN,SCOTT MD
	SIMLOTE,KAPIL MD
	SIMMONS,SHELTON MD
	SIMO,ARMEL MD
	SINGH,GURTEJ MD
	SINGH,NOVIA DO
	SINNO,FADY MD
	SKLAR,GEOFFREY MD
	SMENTKOWSKI,KATHERINE E MD
	SMITH,BRANDON M MD
	SMITH,DENNIS MD
	SMITH,RACHELLE MD
	SMITH,WARREN J MD
	SNOW,GRACE E MD
	SOILEAU-BURKE,MONIQUE J MD
	SOLOMON,MISSALE MD
	SPIOTTO,ERNEST MD
	SRIVALI,NARAT MD
	STAUBER,ZIVA Y MD
	STERN,MELVIN S MD
	STEVENSON,ADRIENNE MD
	STEWART,SHELBY J MD
	STRAUCH,ERIC MD
	SUNDEL,ERIC M.D.
	SURMAK,ANDREW J MD
	SWANTON,EDWARD MD
	SWETT,JEFFREY T DO
	SYDNEY,SAM V MD
	TAGHIZADEH,MAAKAN MD
	TAN,SIMON S MD
	TANSINDA,JAMES MD
	TAYLOR,RODNEY J MD
	TEPLITZKY,TAYLOR B MD
	THOMAS,MICHELLE D M.D.
	THOMAS,RADCLIFFE MD
	THOMPSON III,WILLIAM R MD
	THRUSH,KELSEY R DO
	TIBUAKUU,MARTIN M.D.
	TOLLEY,MATTHEW DPM
	TUCHMAN,DAVID N MD
	TURAKHIA,BIPIN K MD
	TUUR-SAUNDERS,SYLVANA MD
	TWIGG,AARON MD

	UDOCHI,NJIDEKA MD
	VAKHARIA,KALPESH T MD
	VALLECILLO,JORGE MD
	VAN DEN BROEK,JEFFREY W DO
	VASANTHAKUMAR,MUTHUKRISHNAN MD
	VILLAVICENCIO,JENNIFER C MD
	VITHANA, RUKMALEE E MD
	VOIGT,ROGER W MD
	VON WALDNER,CHRISTINA A LCPC
	VYAS,RITU MD
	WAHEED,USMAN MD
	WALLACE,MICHAEL MD
	WALTROUS,JUSTIN D MD
	WARDEN,MARJORIE K MD
	WARD,FRANCISCO A DO
	WHIPPS,RANDOLPH G MD
	WHITE,PATRICK W MD
	WILLIAMS,SAMUEL R MD
	WILLIAMS,SARAH R MD
	WINAKUR,SHANNON MD
	WOLF,JEFFREY S MD
	WORMSER,BENJAMIN K MD
	XIE,KE MD
	YADAV,RAJ N MD
	YI,MING MD
	YIM,KENNETH MD
	ZADE,RALPH MD
	ZHANG,LINDY MD
	ZHAO,JUN MD
	ZHU,WEIMIN MD
	ZUNIGA,LUIS M MD

## **Ascension Saint Agnes**

### **РАСЧЕТ ОБЫЧНО ВЫСТАВЛЯЕМЫХ СУММ**

07/01/2024

Ascension Saint Agnes рассчитывает две процентные ставки AGB (обычно выставаемая сумма): одну по оплате медицинским учреждениям, и вторую — гонорары за услуги специалистов. Обе ставки рассчитываются методом ретроспективного анализа («look-back»), включая оплату отдельных медицинских услуг в рамках программы Medicare и всех выплат частных медицинских страховых компаний Организации по страховым требованиям в соответствии с правилами Налогового управления США (IRS), Разделы 1.501(r)-5(b)(3), 1.501(r)-5(b)(3)(ii)(B) и 1.501(r)-5(b)(3)(iii). Подробные сведения об этом расчете и процентных ставках AGB приведены ниже.

Процентные ставки AGB для Ascension Saint Agnes показаны ниже:

AGB по оплате медицинским учреждениям: 91,7%

AGB по гонорарам за услуги медицинских специалистов: 52,4%

Эти процентные ставки AGB рассчитываются путем деления общей суммы всех страховых требований медицинского учреждения за услуги неотложной медицинской помощи и других необходимых по медицинским показаниям отдельных услуг в рамках программы Medicare и всех выплат частных медицинских страховых компаний по страховым требованиям медицинскому учреждению (отдельно по оплате медицинским учреждениям и по гонорарам за услуги медицинских специалистов) на сумму соответствующих суммарных расходов по этим требованиям. Для расчета AGB используются только страховые требования, одобренные медицинской страховой компанией за 12 месяцев до даты расчета AGB (а не требования в отношении медицинской помощи, оказанной за последние 12 месяцев).

\*Несмотря на вышеуказанный расчет AGB, Ascension Saint Agnes решила применить более низкий процент AGB для оплаты услуг больничных учреждений следующим образом:

AGB: 88,6%

## **Ascension Saint Agnes**

Ascension Saint Agnes, Ascension Medical Group, Seton Imaging, Lab Outreach,  
Integrated Specialist Group, Radiologists Professional Services, Anesthesia  
Professional Services

## **Краткие сведения о Политике финансовой помощи**

Ascension Saint Agnes, включая все вышеперечисленные лечебные учреждения, руководствуется обязательством и принципом уважительного отношения к достоинству каждого человека, уделяя особое внимание лицам, которые столкнулись с барьерами, препятствующими их доступу к услугам здравоохранения. Ascension Saint Agnes имеет равное обязательство распоряжаться своими медицинскими ресурсами как услугой, предоставляемой на благо всего местного сообщества. В соответствии с этими принципами Ascension Saint Agnes предоставляет финансовую помощь определенным лицам, получающим неотложную медицинскую помощь или другие необходимые по медицинским показаниям услуги в Ascension Saint Agnes. В этом документе приведено краткое описание Политики предоставления финансовой помощи Ascension Saint Agnes.

### **Кто имеет право на получение финансовой помощи?**

Право на финансовую помощь имеют жители следующих населенных пунктов: Arbutus 21227, Brooklyn/Linthicum, 21225, Catonsville 21250, 21228, Gwynn Oak 21207, South Baltimore City 21223, 21230, Southwest Baltimore City 21229, West Baltimore City 21215, 21216, 21217, Windsor Mill 21244, Elkridge 21075, Ellicott City 21043. Как правило, размер финансовой помощи определяется на основании совокупного дохода домохозяйства по сравнению с федеральным прожиточным минимумом. Если ваш доход меньше или равен 250% от федерального прожиточного минимума, вы можете получить 100%-ное списание долга в качестве благотворительной помощи в части расходов, которые вы обязаны понести. Если ваш доход выше 250%, но ниже 500% от федерального прожиточного минимума, вам могут быть предоставлены льготные тарифы по скользящей шкале или скидка, рассчитанная на основании проверки нуждаемости. Если у вас имеется превышающая ваш доход задолженность перед медицинскими организациями за неотложную медицинскую помощь и помощь, необходимую по медицинским показаниям, вы можете получить право на скидку. Если ваши активы превышают 250% от уровня дохода, установленного федеральным прожиточным минимумом, вы не можете претендовать на получение финансовой помощи. Пациенты, имеющие право на получение финансовой помощи, будут обязаны оплатить меньшую из сумм: расходы за вычетом надбавки больницы или сумма, которая обычно выставляется для оплаты застрахованными пациентами.

### **Письменная смета.**

Пациенты имеют право запросить и получить письменную смету общей стоимости не относящихся к неотложным больничным услуг, процедур и материалов, которые по обоснованному ожиданию будут предоставлены больницей для оказания квалифицированной помощи.

### **Какие услуги включены?**

Данная Политика финансовой помощи применяется в отношении услуг неотложной медицинской помощи и других необходимых по медицинским показаниям услуг. Плата за услуги врача не включается в больничный счет и оплачивается отдельно. Эти термины

определены в тексте Политики финансовой помощи. Данная Политика финансовой помощи не распространяется на любые иные виды медицинской помощи.

### **Как подать заявление?**

Для обращения за получением финансовой помощи, как правило, необходимо заполнить письменное заявление и предоставить подтверждающие документы, указанные в тексте Политики финансовой помощи и в бланке Заявления на получение финансовой помощи. Чтобы получить заявление, позвоните по номеру 667-234-2140.

### **Как получить помощь в подаче Заявления?**

Для получения помощи в подаче заявления на Политику финансовой помощи вы можете обратиться в Службу финансового консультирования пациентов по телефону 667-234-2140, в Службу медицинской помощи штата Maryland по телефону 1-855-642-8572 или через интернет [www.dhr.state.md.us](http://www.dhr.state.md.us), а также в местное Управление социального обеспечения по телефону 1-800-332-6347; телетайп: 1-800-925-4434.

### **Где можно получить дополнительную информацию?**

Текст Политики финансовой помощи и бланк Заявления на получение финансовой помощи вы можете найти на сайте <https://healthcare.ascension.org/Locations/Maryland/MDBAL/Baltimore-Saint-Agnes-Hospital> или запросить в отделе финансовых услуг для пациентов по адресу: 900 S. Caton Avenue, Baltimore, MD 21229. Копии Политики финансовой помощи и бланк Заявления на получение финансовой помощи также можно получить бесплатно по почте, позвонив в отдел финансовых услуг для пациентов по номеру 667-234-2140.

### **Что делать, если я не соответствую критериям на получение помощи?**

Если вы не соответствуете критериям на получение финансовой помощи в рамках этой Политики финансовой помощи, вы можете претендовать на получение других видов помощи. Чтобы получить более подробную информацию, свяжитесь с отделом финансовых услуг для пациентов по адресу 900 S. Caton Avenue, Baltimore, MD 21229 или по телефону 667-234-2140.

**Переводы текста Политики финансовой помощи, бланка Заявления на получение такой помощи, инструкций, а также изложенного простым и доступным языком данного краткого описания размещены на нашем сайте и предоставляются по запросу на следующих языках:**

арабский  
бирманский  
китайский (упрощенный)  
китайский (традиционный)  
английский  
французский  
гуджарати  
итальянский  
корейский  
русский  
испанский

**тагальский**  
**урду**  
**вьетнамский**



**Ascension**

## Письмо спонсора

Номер медицинской карты пациента / номер пациента \_\_\_\_\_

Имя спонсора \_\_\_\_\_

Родственные связи с пациентом/заявителем \_\_\_\_\_

Адрес спонсора \_\_\_\_\_

К сведению Ascension:

Данное письмо направлено для информирования о том, что (имя пациента) \_\_\_\_\_ практически не имеет доходов, и я помогаю ему/ей с расходами на проживание. Он/она имеет незначительные или совсем не имеет обязательств передо мной.

Подписывая это заявление, я подтверждаю, что предоставленная мной информация является достоверной и полной.

Подпись спонсора \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_





# Ascension

[Дата]

Уважаемый пациент/заявитель,

Ascension проявляет соучастие и ставит своей целью предоставление персонализированной помощи всем, и особенно тем, кто больше всего в ней нуждается. Наша миссия и обязанность — предоставить финансовую помощь нашим пациентам. Финансовая помощь предоставляется только для оказания неотложной и другой помощи, необходимой по медицинским показаниям. Благодарим вас за то, что вы доверили нам заботу о вас и вашей семье в отношении всех ваших потребностей в медицинском обслуживании.

Направляем вам это письмо и прилагаемый бланк заявления на получение финансовой помощи, так как получили вашу просьбу об этом. Если вы не просили об этом, пожалуйста, не обращайтесь внимание на это письмо. Перед тем, как отправить нам заявление, пожалуйста, заполните обе его стороны, поставьте свою подпись и дату. Если Вы заполняли заявление в течение последних шести месяцев и Вам была одобрена финансовая помощь, пожалуйста, сообщите нам об этом. Возможно, вам не потребуется заполнять новое заявление. Мы не рассматриваем предыдущие заявления, поданные более чем шесть месяцев назад.

Вместе с заявлением просим вас предоставить копию хотя бы одного из следующих документов в качестве подтверждения дохода. Если вы состоите в браке или проживаете вместе с партнером в течение 6 месяцев или дольше, ваш супруг(-а) или партнер также должны будут предоставить копию хотя бы одного из следующих документов в качестве подтверждения своего дохода, чтобы мы могли обработать ваше заявление.

- Копии 3 последних квитанций от работодателя о начислении заработной платы
- Копии последней годовой налоговой декларации (если вы работаете не по найму, укажите разбивку всех налогооблагаемых доходов)
- Документ о предоставлении социального обеспечения и / или назначении пенсии
- Самая последняя годовая налоговая декларация родителя или опекуна, если заявитель является иждивенцем, указанным в их бланке налоговой декларации, и если ему меньше 25 лет
- Другие документы, подтверждающие доход
- Копии выписок по счету в банке за последние 3 месяца
- Копия документа о назначении пособия по безработице

Если вы получаете помощь от членов семьи или друзей или проживаете в их доме, попросите их заполнить прилагаемую форму с пометкой «Письмо спонсора». Это не налагает на них ответственность по оплате ваших счетов за медицинские услуги. Это будет служить подтверждением покрытия ваших расходов на проживание. Если вы не получаете помощь от членов семьи и друзей, форму письма спонсора заполнять не требуется.

В завершение также просим вас предоставить документы, подтверждающие ежемесячные

расходы на медицинское обслуживание, товары медицинского назначения и лекарства.

Следует иметь в виду что рассмотрение заявления возможно только после получения нами заполненного заявления вместе с документами, подтверждающими доход. Мы не обрабатываем и не рассматриваем незаполненные заявления.

Следует иметь в виду, что переписка по электронной почте через Интернет не является безопасной. Хотя и маловероятно, но существует опасность того, что направленная по электронной почте информация может быть перехвачена и прочитана другими лицами помимо тех, кому она адресована.

Мы стремимся защитить персональную информацию и обеспечить ее безопасность. Так как в заявлении указан ваш номер в системе социального страхования и другая персональная информация, мы настоятельно рекомендуем не отправлять заявление по электронной почте.

Просим вас распечатать, заполнить заявление и передать его лично или отправить по почте на следующий адрес:

[STREET]  
[SUITE]  
[CITY, STATE ZIP]

Если у вас есть вопросы по заполнению этой заявки, обратитесь к специалисту по работе с пациентами по номеру xxx-xxx-xxxx.xxx-xxxx.

С уважением,

Специалист отдела  
финансовых услуг для  
пациентов Ascension