

Szpital Copley Memorial Polityka i procedura

Tytuł: Polityka dotycząca pomocy finansowej /
opieki charytatywnej

Autor: Terry Wilson

Data wszczęcia: 06/2016

Data kolejnej rewizji: 12/1/2022

Cel

Szpital Copley Memorial dąży do zapewnienia opieki dla całej społeczności. W celu zapewnienia pomocy osobom nieposiadającym ubezpieczenia zdrowotnego lub innych środków umożliwiających uregulowanie opłat za opiekę szpital Copley Memorial oferuje wszechstronny program pomocy finansowej / opieki charytatywnej dla uprawnionych pacjentów. Niniejsza polityka została opracowana, aby pomóc pacjentom/poręczycielom, którzy są niezdolni finansowo do uregulowania minimalnej płatności wymaganej za usługi świadczone w szpitalu Copley Memorial oraz w celu zapewnienia wytycznych dotyczących wniosku o pomoc finansową / opiekę charytatywną oraz procesu wyrównania salda.

Polityka

Szpital Copley Memorial zapewni usługi medyczne bez dyskryminacji wobec pacjentów bez względu na zdolność zapłaty, jeśli usługi medyczne są wymagane i zostaną uznane za niezbędne ze względów medycznych. Pomoc finansowa / opieka charytatywna jest dostępna dla osób spełniających wymagania uprawniające do tego, zgodnie z niniejszą polityką oraz osób, które przesłały wypełniony wniosek. Przedstawiciel pacjentów szpitala Copley Memorial zapewnia pomoc podczas przeglądu opcji płatności i ustalania uprawnień.

Procedura

Uprawnienie

- A. Wszelkie osoby korzystające z usług niezbędnych ze względów medycznych w szpitalu Copley Memorial będą uprawnione do pomocy finansowej / opieki charytatywnej po spełnieniu warunków uprawniających do tego, podanych w niniejszej polityce. Polityka oraz wniosek zostaną przekazane każdemu pacjentowi na żądanie, bez względu na rasę, kolor skóry, religię, płeć, pochodzenie narodowe, wiek, niepełnosprawność lub status imigracyjny.
- B. Wnioskodawcy ubiegający się o pomoc finansową / opiekę charytatywną powinni:
 - 1. Wypełnić wniosek o pomoc finansową / opiekę charytatywną, załączając całą wymaganą dokumentację pomocniczą.
 - 2. Przesłać wypełniony wniosek w ciągu 240 dni po skorzystaniu z usług.
 - 3. Otrzymać odpowiedź z zatwierdzeniem lub odrzuceniem wniosku nie później niż 60 dni przed zapoczątkowaniem wszelkich wyjątkowych czynności windykacyjnych.
 - 4. Pomimo że rabaty w ramach pomocy finansowej / opieki charytatywnej mogą różnić się w zależności od rodzaju oferowanej pomocy, wszystkie opłaty za nagłe wypadki lub usługi niezbędne ze względów medycznych świadczone dla pacjentów uprawnionych do pomocy finansowej / opieki charytatywnej, osiągających poziom dochodu nieprzekraczający 600% federalnego progu ubóstwa nie będą przekraczały „ogólnie rozliczanych kwot”.

5. Jeśli w dowolnym momencie procesu przeglądu ustalimy, że wniosek został sfałszowany lub informacje zostały wypełnione nieprawidłowo, wniosek o pomoc finansową / opiekę charytatywną zostanie odrzucony lub zostaną zapoczątkowane lub wznowione normalne lub wyjątkowe czynności windykacyjne.
- C. Pomoc finansowa / opieka charytatywna jest świadczona w oparciu o dochód rodziny brutto za ostatnie dwanaście (12) miesięcy, który będzie stosowany do obliczenia kwoty rabatu. Wniosek o pomoc finansową / opiekę charytatywną pozostanie ważny przez 12 miesięcy zanim będzie wymagany nowy wniosek.
- D. Ustalenie uprawnienia wnioskodawcy zostanie przeprowadzone jak najszybciej, po uzyskaniu i zweryfikowaniu wszystkich wymaganych informacji.
- E. Nie wszystkie usługi medyczne są objęte pomocą finansową / opieką charytatywną. Na przykład, lekarz lub inny usługodawca spoza szpitala może nie uczestniczyć w programie pomocy finansowej / opieki charytatywnej szpitala Copley Memorial.
- F. Podmioty objęte programem: Copley Memorial Hospital, Rush-Copley Family Residency Program oraz Rush-Copley Hospitalist, LLC.
- G. Pacjenci są zobowiązani do poinformowania szpitala Copley Memorial o wszelkich istotnych zmianach w ich sytuacji finansowej w ciągu trzydziestu (30) dni od takiej zmiany.

Proces składania wniosku:

1. Program pomocy finansowej / opieki charytatywnej może zostać zapoczątkowany przez pacjenta, członka rodziny, lekarza i/lub dział szpitala (tj. administrację, pomoc społeczną i opiekę duszpasterską). Każdy doradca finansowy lub personel działu usług finansowych dla pacjentów może zapoczątkować wstępny wniosek i sprawdzić uprawnienie.
2. Wnioskodawcy są proszeni o wypełnienie i zwrócenie wniosku wraz z całą dokumentacją pomocniczą do doradcy finansowego lub personelu działu usług finansowych dla pacjentów w ciągu 240 dni od świadczenia usługi.
3. Wnioski są przeglądane i oceniane pod kątem kwoty (jeśli istnieje) pomocy finansowej / opieki charytatywnej przez doradców finansowych, a następnie są przekazywane menedżerowi i dyrektorowi działu usług finansowych dla pacjentów w celu uzyskania ostatecznego zatwierdzenia. Szpital Copley Memorial zastrzega sobie prawo do weryfikacji zdolności kredytowej oraz innych źródeł w celu weryfikacji dochodu i zasobów.
4. Po podjęciu ostatecznej decyzji przez dział usług finansowych dla pacjentów dotyczącej zakresu przyznania pomocy finansowej / opieki charytatywnej pacjent zostanie powiadomiony listownie, a następnie zostanie zastosowany rabat w ramach pomocy finansowej / opieki charytatywnej w odniesieniu do zaległego salda.
5. Wnioskodawcy mogą zostać wielokrotnie zatwierdzeni do pomocy finansowej / opieki charytatywnej, pod warunkiem, że cała wymagana dokumentacja finansowa zostanie zweryfikowana pod kątem każdej nowej uzyskanej usługi, a oryginalna lub zaktualizowana dokumentacja finansowa nie jest starsza niż cztery (4) miesiące od ostatniego przedłożenia.

6. W przypadku ustalenia, że wnioskodawca ma możliwość zapłacić za usługi decyzja taka nie uniemożliwia przeprowadzenia kolejnej oceny zdolności zapłaty przez wnioskodawcę w przyszłości.
 7. Arkusz roboczy wszystkich zatwierdzonych lub odrzuconych wniosków odejmuje co najmniej kwotę przyznanej/odmówionej pomocy finansowej / opieki charytatywnej oraz powody.
 8. Zatwierdzone wnioski o pomoc finansową / opiekę charytatywną wraz z dokumentacją pomocniczą są przechowywane przez siedem (7) lat.
- H. Wymagana jest weryfikacja informacji zawartych we wniosku. Poniższe dokumenty, jeśli mają zastosowanie, będą stosowane do weryfikacji dochodu i zasobów. Każdy wniosek zostanie sprawdzony w oparciu o indywidualne okoliczności w momencie jego składania i może wymagać podania dodatkowych informacji. Żadne informacje nie powinny być starsze niż cztery (4) miesiące od rachunku i wnioskodawca musi poinformować szpital o wszelkich istotnych zmianach warunków finansowych w ciągu trzydziestu (30) dni od takiej zmiany.
1. Ważny, wydany przez instytucję państwową dokument tożsamości ze zdjęciem: prawo jazdy, paszport lub dokument tożsamości wydany przez instytucję państwową.
 2. Ostatnie lub najbardziej aktualne rozliczenie podatku dochodowego (1040,1040EZ) ze wszystkimi formularzami W-2 i załącznikami.
 3. Dwa ostatnie odcinki wynagrodzenia lub czeki ubezpieczenia od bezrobocia lub pisemne oświadczenie o dochodach od pracodawcy za ubiegłe dwa (2) miesiące.
 4. Dokumenty z zatwierdzeniem/odmową zasiłku z tytułu bezrobocia, odszkodowania pracowniczego (jeśli ma zastosowanie) lub pomocy od Wydziału Pomocy Publicznej (Department of Public Aid).
 5. Zestawienie miesięcznych świadczeń z ubezpieczenia społecznego lub odmowy przyznania świadczeń (jeśli ma zastosowanie).
 6. Zestawienia przychodów i należności z wszystkich kont czekowych, oszczędnościowych i/lub inwestycyjnych za ostatnie dwa (2) miesiące.
 7. Aktualna kopia karty Wydziału Pomocy Publicznej stanu Illinois lub wypełnienia wniosku i uprawnienia do zwrotu w ramach programu Wydziału Zdrowia i Pomocy Społecznej zgodnie z częścią 1011.
 8. W przypadku brakującej dokumentacji – pisma dotyczące mieszkania i wyżywienia stanowiące dokumentację pomocniczą i/lub pisma dotyczące brakującego/niekompletnego statusu ze szczegółowym wyjaśnieniem powodów niedostarczenia wymaganej dokumentacji powinny zostać wypełnione i podpisane przez wnioskodawcę lub wskazaną przez niego osobę.
 9. Wniosek o pomoc finansową / opiekę charytatywną musi zostać podpisany przez wnioskodawcę lub osobę wskazaną w celu weryfikacji dokładności i prawdziwości wszystkich znajdujących się w nim informacji oraz potwierdzenia składania wniosku o pomoc finansową / opiekę charytatywną zgodnie z niniejszą polityką.
 10. W przypadku zmarłych wnioskodawców bez współmałżonka i majątku, członek rodziny lub przedstawiciel szpitala może wypełnić wniosek o pomoc finansową / opiekę charytatywną w imieniu zmarłego pacjenta.

- I. Wytyczne dotyczące dochodu w odniesieniu do pomocy finansowej / opieki charytatywnej będą aktualizowane w przypadku opublikowania zmian federalnych wytycznych dotyczących progu ubóstwa w rejestrze federalnym.
- J. Wnioskodawca jest zobowiązany do złożenia wniosku do innych programów pomocy publicznej przed rozpatrzeniem wniosku o pomoc finansową / opiekę charytatywną. Rabaty przyznawane w ramach pomocy finansowej / opieki charytatywnej są dostępne wyłącznie dla osób, które wyczerpią wszystkie pozostałe formy płatności od strony trzeciej, które mogą obejmować wnioski do Medicare, giełdy ubezpieczeń zdrowotnych, innych ubezpieczeń stron trzecich, ubezpieczenia obejmującego odszkodowanie pracownicze, SCHIP, pomocy publicznej Illinois lub innych programów publicznych zgodnie z wymaganiami dot. uprawnienia oraz dla osób, które zapewnią dokumentację potwierdzającą brak możliwości zapłaty.
- K. Pomoc finansowa / opieka charytatywna nie zostanie zatwierdzona do czasu otrzymania wszystkich płatności od stron trzecich i będzie stosowana wyłącznie wobec sald osobistych po zaksięgowaniu wszystkich takich płatności. Zatwierdzone kwoty nie będą przekraczać pozostałego salda pacjenta.
- L. Pomoc finansowa / opieka charytatywna nie jest dostępna ani nie zostanie zastosowana wobec usług, które mogłyby zostać normalnie objęte programem Medicare jako usługi opieki zdrowotnej niezbędnej ze względów medycznych dla świadczeniobiorców. Pomoc finansowa / opieka charytatywna nie ma również zastosowania wobec usług innych niż niezbędne ze względów medycznych, takich jak usługi planowe, kosmetyczne lub niemedyczne (np. społeczne lub zawodowe), oprócz podanych poniżej.
- M. Należności pacjentów przetwarzane w ramach procesu windykacji mogą zostać poddane sprawdzeniu w dowolnym momencie. W przypadku ustalenia, że dostępne są wystarczające informacje wnioskodawcy, aby spełnić wytyczne dotyczące dochodu pomoc finansowa / opieka charytatywna mogą zostać przyznane w oparciu o znane i zweryfikowane informacje.
- N. Przed podjęciem jakichkolwiek wyjątkowych czynności windykacyjnych szpital Copley Memoria podejmie uzasadnione starania, aby ustalić, czy wnioskodawca jest uprawniony do pomocy finansowej / opieki charytatywnej. Wnioskodawcy mają co najmniej 120 dni od daty pierwszego zestawienia należności po wypisaniu ze szpitala na przesłanie wniosku do wglądu przed podjęciem jakichkolwiek wyjątkowych czynności windykacyjnych.
- O. Po otrzymaniu wypełnionego wniosku niezwłocznie zostanie ustalone uprawnienie wnioskodawcy, pod warunkiem, że wniosek jest kompletny i po zapewnieniu co najmniej 30 dni na przekazanie wnioskodawcy pisemnego powiadomienia o decyzji oraz przed zapoczątkowaniem dowolnych wyjątkowych czynności windykacyjnych.
- P. Szpital Copley Memorial nie zwróci wcześniejszych płatności za należności po zatwierdzeniu wniosku o pomoc finansową / opiekę charytatywną, jeśli płatności zostały dokonane przed wypełnieniem wniosku.

Wymagania dotyczące miejsca zamieszkania

1. Wnioskodawcy, którzy uzyskali usługi niezbędne ze względów medycznych i są: a) prawnymi mieszkańcami Illinois lub b) nie są prawnymi mieszkańcami Illinois, lecz mieszkają w tym mieście z zamiarem pozostania i nie przenieśli się wyłącznie w celu uzyskania pomocy medycznej, są uprawnieni do uzyskania pomocy finansowej / opieki bezpłatnej. Nie ma wymagań dotyczących miejsca zamieszkania wobec pacjentów, którzy korzystają z usług opieki w sytuacji nagłej.
2. Oprócz wnioskodawców, którzy uzyskali usługi niezbędne ze względów medycznych, wnioskodawcy, którzy nie są prawnymi mieszkańcami Illinois, nie mieszkają w tym

mieście z zamiarem pozostania i przenieśli się wyłącznie w celu uzyskania pomocy medycznej, nie są uprawnieni do uzyskania pomocy finansowej / opieki bezpłatnej

Domniemane uprawnienie

Każdy wnioskodawca spełniający poniższe wymagania i kryteria jest domyślnie uprawniony do pomocy finansowej / opieki charytatywnej. Wnioskodawcy uznani domyślnie za uprawnionych nie muszą wypełniać wniosku o pomoc finansową / opiekę charytatywną, pod warunkiem jednak, że przedstawią dowód spełnienia wymienionych poniżej wymagań.

Wymagania uprawniające do 100% rabatu

1. Wnioskodawca jest bezdomny;
2. Wnioskodawca zmarł, niepozostawiając majątku;
3. Wnioskodawca jest niepełnosprawny umysłowo i nie ma przedstawiciela działającego w jego imieniu;
4. Uprawnienie do Medicaid, jednak nie w momencie świadczenia usługi lub usługa nie jest objęta ubezpieczeniem;
5. Umieszczenie w zakładzie karnym;
6. Zgłoszenie do jednego z poniższych programów pomocy dla osób o niskim dochodzie, spełniających kryteria uprawniające przy dochodzie wynoszącym maksymalnie 200% aktualnych wytycznych dotyczących federalnego progu ubóstwa:
 - a. Program żywienia dla kobiet, niemowląt i dzieci (WIC)
 - b. Program dodatkowej pomocy żywnościowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
 - c. Program bezpłatnych lunchów i śniadań stanu Illinois;
 - d. Program pomocy w zakresie zużycia energii dla osób o niskich dochodach (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP);
 - e. Program doraźnej pomocy rodzinom w potrzebie (Temporary Assistance for Needy Families, TANF); lub
 - f. Zgłoszenie do programu społecznego zapewniającego dostęp do opieki medycznej, który ocenia i dokumentuje status finansowy osób o ograniczonym niskim dochodzie jako kryterium członkowskie.

Proces składania wniosku o rabat:

Szpital Copley Memorial zapewnia rabat w ramach pomocy finansowej / opieki charytatywnej dla wnioskodawców w poniższy sposób, zgodnie z niniejszą polityką.

Usługi

1. Oprócz postanowień podanych w punkcie poniżej, pomoc finansowa / opieka charytatywna dla wnioskodawców będzie dostępna w odniesieniu do wszystkich niezbędnych ze względów medycznych usług oraz usług opieki w sytuacji nagłej.
2. Pomoc finansowa / opieka charytatywna dla wnioskodawców nie jest dostępna w odniesieniu do poniższych usług: usługi planowe / inne niż niezbędne ze względów medycznych, usługi poza siecią, usługi opłacane samodzielnie w ramach pakietu cen, dowolne współpłaty, współubezpieczenie lub opłaty redukcyjne dla pacjentów ubezpieczonych, chyba że pacjent kwalifikuje się w inny sposób do pomocy finansowej / opieki charytatywnej.

Obliczanie rabatu

Szpital Copley Memorial zapewnia rabat w ramach pomocy finansowej / opieki charytatywnej dla uprawnionych ubezpieczonych i nieubezpieczonych pacjentów, korzystając z dwóch poniższych metod: (1) wg ruchomej skali dla osób ubezpieczonych lub (2) w ramach pomocy w sytuacji katastroficznej. Jeśli pacjent kwalifikuje się w ramach obydwu metod, szpital Copley Memorial zastosuje metodę najbardziej korzystną dla pacjenta. W przypadku wszystkich wniosków wnioskodawca musi zapewnić informacje na temat zasobów, aby ustalić, czy zasoby te przekraczają 600% obecnych wytycznych dotyczących federalnego progu ubóstwa.

Rabat wg ruchomej skali dla osób ubezpieczonych

Rabaty wg ruchomej skali dla osób ubezpieczonych są obliczane w następujący sposób:

1. Legalni mieszkańcy Illinois o dochodzie gospodarstwa domowego nieprzekraczającym 300% bieżącego federalnego progu ubóstwa są uprawnieni do 100% rabatu. Rabat zostanie zastosowany do współubezpieczenia i opłat redukcyjnych, a także usług niezbędnych ze względów medycznych nieobjętych ubezpieczeniem.
2. Legalni mieszkańcy Illinois o dochodzie gospodarstwa domowego przekraczającym 300%, lecz niższym niż 600% bieżącego federalnego progu ubóstwa są uprawnieni do rabatu równego „ogólnie rozliczanym kwotom” w odniesieniu do usług niezbędnych ze względów medycznych nieobjętych ubezpieczeniem.

Obliczanie rabatu w przypadku osób nieubezpieczonych

Szpital Copley Memorial zapewni pomoc finansową / opiekę charytatywną dla nieubezpieczonych pacjentów zgodnie z ustawą o rabatach dla nieubezpieczonych pacjentów szpitali Illinois (Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act).

1. Legalni mieszkańcy Illinois o dochodzie gospodarstwa domowego nieprzekraczającym 300% bieżącego federalnego progu ubóstwa są uprawnieni do 100% rabatu.
2. Legalni mieszkańcy Illinois o dochodzie gospodarstwa domowego przekraczającym 300%, lecz niższym niż 600% bieżącego federalnego progu ubóstwa są uprawnieni do rabatu obliczanego w oparciu o stosunek kosztów do opłat uzyskany od stanu Illinois, z arkusza roboczego C, część I aktualnie złożonego raportu kosztów Medicare. Współczynnik rabatu dla osób nieubezpieczonych oznacza i jest obliczany jako 1,0 minus wynik stosunku kosztów do opłat szpitala pomnożony o 1,35.

Rabat w sytuacji katastroficznej

1. W przypadku wnioskodawców o dochodzie gospodarstwa domowego przekraczających 300%, lecz niższym niż 600% bieżącego federalnego progu ubóstwa łączna płatność nie powinna przekraczać 25% dochodu gospodarstwa domowego wnioskodawcy w okresie dowolnych dwunastu miesięcy.
2. Rabat w sytuacji katastroficznej jest obliczany zgodnie z poniższym przykładem: Warunkiem kwalifikującym jest dług wyższy niż dochód w okresie 12 miesięcy; rabat jest równy łącznym opłatom minus 20% poziomu dochodu.

Zafakturowana należność wnioskodawcy (12 miesięcy)	220 000 \$
Dochód roczny (12 miesięcy)	200 000 \$

20% dochodu rodziny wnioskodawcy / należność

44 000 \$

Kwota rabatu

176 000 \$

Załączniki:

Wytyczne dotyczące federalnego progu ubóstwa wg wielkości rodziny

Stawka rabatu wg stosunku kosztów do opłat

Stawka rabatu wg ogólnie rozliczanych kwot

Definicje

Ogólnie rozliczane kwoty / rabat wg ogólnie rozliczanych kwot: Rabat niezbędny w celu zapewnienia, że opłaty za nagłe wypadki lub usługi niezbędne ze względów medycznych świadczone podczas leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego dla osób uprawnionych do pomocy finansowej / opieki charytatywnej zgodnie z niniejszą polityką nie przekraczają ogólnie rozliczanych kwot stosowanych wobec osób posiadających ubezpieczenie Medicare lub ubezpieczenie komercyjne obejmujące taką opiekę („ogólnie rozliczane kwoty”). Obliczenia rabatu wg ogólnie rozliczanych kwot będą zgodne z prawem w oparciu o metodę „look-back” (kontrola historii).

Wnioskodawca: Wnioskodawca to osoba składająca wniosek o pomoc finansową, włączając pacjenta i/lub poręczyciela pacjenta.

Wniosek: Wniosek o pomoc finansową / opiekę charytatywną.

Okres rozpatrywania wniosku: Okres, w którym szpital Copley Memorial musi przyjąć i rozpatrzyć wniosek przesłany przez osobę indywidualną w celu podjęcia uzasadnionych starań do określenia uprawnienia tej osoby do pomocy finansowej / opieki charytatywnej. Okres rozpatrywania wniosku rozpoczyna się od daty świadczenia opieki dla danej osoby i kończy się 240 dnia po dacie pierwszego zestawienia należności po wypisaniu ze szpitala.

Naliczona(-e) opłata(-y): Opłaty naliczone za usługę w oparciu o schemat opłat obowiązujący w momencie świadczenia usługi, przed ubieganiem się o wszelkie umowne dodatki, rabaty i potrącenia.

Rabat wg kosztów opieki: Rabat równy kwocie obliczonej przez pomnożenie łącznego stosunku kosztów do opłat z raportu szpitala dotyczącego kosztów Medicare przez opłaty klienta określonego jako kwalifikującego się do pomocy finansowej / opieki charytatywnej. Niezależnie od powyższego, szpital Copley Memorial może w celu ułatwienia procesu administracyjnego ustalić pojedynczy rabat wg kosztów opieki, który jest najbardziej korzystny dla pacjenta. Rabat wg kosztu opieki będzie równy lub większy niż rabat wg ogólnie rozliczanych kwot.

Opieka objęta rabatem: Opieka świadczona za kwotę mniejszą niż naliczone opłaty inne niż pomoc finansowa / opieka charytatywne. Rabaty obejmują rabat wg kosztów opieki i rabat wg ogólnie rozliczanych kwot.

Nagły wypadek: Nagły wypadek powinien być definiowany zgodnie z artykułem 1867 ustawy o pomocy społecznej (Social Security Act) (42 U.S.C. 1395dd).

Pomoc w przypadkach nagłych: Pomoc w przypadkach nagłych obejmuje usługi świadczone przez izbę przyjęć w nagłym wypadku lub inne usługi wskazane w załączniku do niniejszej polityki.

Wyjątkowe czynności windykacyjne: Czynności, które szpital Copley Memorial może podjąć wobec osoby fizycznej związane z uzyskaniem pełnej płatności za rachunek objęty pomocą

finansową / opieką charytatywną. Działania te mogą obejmować wymóg płatności za wcześniej świadczonej usługi i/lub nałożenie zastawu na mienie pacjenta.

Wielkość rodziny: Liczba osób wymienionych w punkcie „Sposób rozliczenia” na ostatnim rozliczeniu podatkowym wnioskodawcy. Jeśli nie jest dostępne rozliczenie podatkowe, wielkość rodziny będzie stanowić liczbę osób mieszkających w gospodarstwie domowym wnioskodawcy. Jeśli inna osoba zgłosi wnioskodawcę jako osobę na utrzymaniu w rozliczeniu podatkowym, wtedy wielkość rodziny może obejmować członków gospodarstwa domowego osoby zgłaszającej osoby na utrzymaniu.

Wytyczne dotyczące federalnego progu ubóstwa: Wytyczne dotyczące federalnego progu ubóstwa aktualizowane okresowo w rejestrze federalnym przez amerykański Wydział Zdrowia i Pomocy Społecznej na mocy 42 USC 9902(2). Wytyczne te są dołączone w oddzielnej tabeli i będą zmieniane co roku po wydaniu zaktualizowanych wytycznych w rejestrze federalnym oraz na stronie amerykańskiego Wydziału Zdrowia i Pomocy Społecznej.

Pomoc finansowa / opieka charytatywna: Kwoty zapewniane pacjentom spełniającym kryteria pomocy finansowej / opieki charytatywnej w ramach różnych programów, którzy nie są w stanie zapłacić za całość lub część usług opieki zdrowotnej.

Poręczyciel: Osoba, która jest odpowiedzialna finansowo za usługi świadczone na rzecz pacjenta.

Dochód gospodarstwa domowego: Dochód powiązany z gospodarstwem domowym wnioskodawcy zgodnie z definicją stosowaną przez amerykańskie Biuro ds. Spisu Ludności (Bureau of the Census). Dochód gospodarstwa domowego obejmuje wszystkie przychody przed opodatkowaniem, odszkodowania z tytułu bezrobocia, odszkodowania pracownicze, zapomogę uzupełniającą z ubezpieczenia społecznego, płatności pomocy publicznej, zasiłki dla kombatantów, renty dla dzieci, renty lub emerytury, odsetki, dywidendy, czynsze, tantiemy, dochód z nieruchomości, fundusze powiernicze, pomoc na edukację, alimenty, pomoc spoza gospodarstwa domowego oraz inne różne źródła. Świadczenia niegotówkowe (takie jak SNAP i dodatki mieszkaniowe) nie są uznawane za dochód gospodarstwa domowego.

Jeśli wnioskodawca wskaże, że wyrównany dochód brutto podany w ostatnim rozliczeniu podatkowym wnioskodawcy nie jest dokładny (np. wnioskodawca nie jest już zatrudniony lub otrzymuje inną kwotę), dochód gospodarstwa domowego powinien zostać obliczony w oparciu o inną dostępną dokumentację (np. odcinki wynagrodzenia, zestawienia zasiłków z tytułu bezrobocia itd.). Dochód gospodarstwa domowego obejmuje dochód wszystkich członków rodziny.

Mieszkaniec stanu Illinois: Mieszkaniec Illinois to pacjent mieszkający w Illinois, który zamierza na stałe mieszkać w Illinois. Przeniesienie do Illinois w wyłącznym celu otrzymania świadczeń opieki zdrowotnej nie spełnia wymagań dotyczących miejsca zamieszkania zgodnie z ustawą o rabatach dla nieubezpieczonych pacjentów szpitali Illinois (Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act, HUPDA). HUPDA wymaga, aby nieubezpieczony pacjent był mieszkańcem Illinois, jednak *nie* wymaga, aby pacjent był legalnym mieszkańcem Stanów Zjednoczonych. Pacjenci mogą być zobowiązani do przedstawienia dowodu zamieszkania w Illinois, zgodnie z HUPDA. Przeniesienie do Illinois w wyłącznym celu otrzymania świadczeń opieki zdrowotnej nie spełnia wymagań dotyczących miejsca zamieszkania, zgodnie z tą definicją.

Pacjent ubezpieczony: Pacjent objęty polisą ubezpieczenia zdrowotnego lub beneficjent publicznego lub prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, świadczeń zdrowotnych lub innego programu zdrowotnego, włączając ubezpieczenia o dużej opłacie redukcyjnej, odszkodowania pracownicze, ubezpieczenie od wypadków lub inne ubezpieczenia stron trzecich.

Legalny mieszkaniec stanu Illinois: Legalny mieszkaniec Illinois to pacjent mieszkający legalnie w Stanach Zjednoczonych oraz posiadający główne miejsce zamieszkania w stanie Illinois. W odniesieniu do cudzoziemców „legalne zamieszkanie” obejmuje osoby mające ważne wizy oraz będące stałymi mieszkańcami i pracownikami tymczasowymi. „Legalne zamieszkanie” nie obejmuje cudzoziemców, którzy są gośćmi lub posiadają wizy studenckie. Przeniesienie do Illinois w wyłącznym celu otrzymania świadczeń opieki zdrowotnej nie spełnia wymagań dotyczących miejsca zamieszkania, zgodnie z tą definicją.

Usługi niezbędne ze względów medycznych: Usługi opieki szpitalnej lub ambulatoryjnej, włączając leki lub materiały, objęte tytułem XVIII federalnej ustawy o ubezpieczeniu społecznym dla beneficjentów o tych samych objawach klinicznych co pacjent. Usługa niezbędna ze względów medycznych nie obejmuje poniższych: (1) usług innych niż niezbędne ze względów medycznych, takich jak społeczne lub zawodowe; lub (2) planowych zabiegów kosmetycznych, z wyłączeniem operacji plastycznych, których celem jest usunięcie oszpecenia spowodowanego obrażeniem, wadą lub deformacją wynikającą z choroby wrodzonej.

Osoba niebędąca mieszkańcem: Osoba niebędąca mieszkańcem to pacjent, który nie jest ani legalnym mieszkańcem Illinois ani mieszkańcem Illinois.

Pacjent: Osoba korzystająca z usług.

Uprozczone podsumowanie: Jasne, precyzyjne i łatwe do zrozumienia pisemne oświadczenie, które informuje pacjenta, że szpital Copley Memorial oferuje pomoc finansową / opiekę charytatywną i zapewnia poniższe informacje: (i) skrócony opis wymagań uprawniających i pomocy oferowanej w ramach tej polityki; (ii) skrócone podsumowanie sposobu ubiegania się o pomoc w ramach tej polityki; (iii) bezpośrednią listę stron internetowych lub adresów URL oraz lokalizacji fizycznych, w których można uzyskać kopię niniejszej polityki oraz wniosku o pomoc finansową / opiekę charytatywną; (iv) instrukcje dotyczące sposobu uzyskania bezpłatnej kopii polityki pomocy finansowej / opieki charytatywnej oraz wniosku pocztą; (v) dane kontaktowe (włączając numery telefonu i lokalizacje fizyczne, jeśli mają zastosowanie) biur lub działów, które mogą zapewnić pomoc w ramach procesu składania wniosków; (vi) dostępność tłumaczeń; oraz (vii) oświadczenie, że pacjenci nieuprawnieni do pomocy finansowej / opieki charytatywnej zostaną obciążeni kwotami przekraczającymi ogólnie rozliczane kwoty.

Usługi opłacane samodzielnie w ramach pakietu cen; Różne usługi oferowane po jednej cenie objętej rabatem, dzięki któremu pojedyncza cena jest niższa niż suma cen wszystkich pojedynczych usług tworzących pakiet usług.

Pacjent nieubezpieczony: Pacjent nieobjęty polisą ubezpieczenia zdrowotnego lub osoba niebędąca beneficjentem publicznego lub prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, świadczeń zdrowotnych lub innego programu zdrowotnego, włączając ubezpieczenia o dużej opłacie redukcyjnej, odszkodowania pracownicze, ubezpieczenie od wypadków lub inne ubezpieczenia stron trzecich.