

DOMANDA DI ASSISTENZA FINANZIARIA PER PAZIENTI A BASSO REDDITO

L'eventuale approvazione della presente richiesta è temporanea e scade dopo 12 mesi dalla data di approvazione

Ospedale: <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> Women & Infants		Data:	
Paziente:		Garante/coniuge:	
Nr. cartella clinica:		Nr. cartella clinica:	
Data di nascita:		Social Security (se disponibile):	
Social Security (se disponibile):		Telefono casa:	
Telefono casa:		Telefono ufficio:	
Telefono ufficio:		Rapporto con il paziente:	
Residenza:		Indirizzo:	
Professione e datore di lavoro:			
Indirizzo del datore di lavoro:			
Lingua:	<input type="checkbox"/> Inglese <input type="checkbox"/> Altra		
Etnia:	<input type="checkbox"/> Ispanica <input type="checkbox"/> Non-ispanica <input type="checkbox"/> Non identificata		
Razza:	<input type="checkbox"/> Asiatica <input type="checkbox"/> Nativa americana/nativa dell'Alaska <input type="checkbox"/> Nera/afro-americana <input type="checkbox"/> Nativa hawaiana o di altra isola del Pacifico		
	<input type="checkbox"/> Bianca <input type="checkbox"/> Altra o razza mista <input type="checkbox"/> Non identificata		

Si prega di fornire i seguenti dati per TUTTI i componenti della famiglia, AD ECCEZIONE di Paziente e Garante.

Nome e rapporto con il paziente:	SS# (se disponibile):	Data di nascita:	Nr. cartella clinica:
Datore di lavoro, telefono e indirizzo:	Residenza:		
Nome e rapporto con il paziente:	SS# (se disponibile):	Data di nascita:	Nr. cartella clinica:
Datore di lavoro, telefono e indirizzo:	Residenza:		
Nome e rapporto con il paziente:	SS# (se disponibile):	Data di nascita:	Nr. cartella clinica:
Datore di lavoro, telefono e indirizzo:	Residenza:		
Nome e rapporto con il paziente:	SS# (se disponibile):	Data di nascita:	Nr. cartella clinica:
Datore di lavoro, telefono e indirizzo:	Residenza:		
REDDITO MENSILE	BENI		
Stipendio e retribuzioni del paziente:	Piano di risparmio:		
Stipendio e retribuzioni del coniuge:	Conto corrente:		
Stipendio e retribuzioni del garante:	Certificati di deposito (CD):		
Reddito da libera professione:	Conto di deposito di mercato monetario:		
Assegni familiari:	Titoli di risparmio:		
Reddito da affitti:	Azioni:		
Sussidio di disoccupazione:	Obbligazioni:		
Assicurazione per inabilità temporanea:	Fondi comuni:		
Mantenimento figli:	Fondi pensione:		
Alimenti:	401(k):		
Assicurazione professionale:	403(b):		
Sussidi per veterani:	457:		
Contributi previdenziali:	Assicurazione sulla vita:		
Proventi da interessi e dividendi:	Beni personali:		
Royalty:	Seconda casa e beni in affitto:		
Pensioni:	Secondo veicolo a motore:		
Assistenza pubblica:	TOTALE:		
Altro:			
REDDITO MENSILE:			
REDDITO ANNUO:			

"Con la presente si richiede all'ospedale la valutazione di idoneità all'assistenza finanziaria. Sono consapevole che tali informazioni sono riservate e soggette alla verifica da parte dell'ospedale. Sono inoltre consapevole che ove mai le informazioni da me fornite risultassero false, la richiesta di assistenza finanziaria potrebbe essere respinta e dovrò ricompensare l'ospedale per i servizi prestati. Dichiaro che le informazioni fornite nella presente sono complete e corrette e di essere consapevole delle procedure e delle mie responsabilità".

Firma del paziente: _____ Data: _____

Firma del responsabile dell'ospedale: _____ Data: _____

SOLO PER USO INTERNO

Approvata da: _____ Data: _____

Respinta da: _____ Data: _____

Copertura assicurativa: _____ Assistenza sanitaria: Sì No

Servizi relativi a incidenti sul lavoro o altro tipo di infortunio: Sì No

Commenti: _____

Componenti della famiglia: _____ Livello FPG: _____ %FPG: _____

SCONTO (%): _____ SCONTO (\$): _____

Massima responsabilità del paziente: _____

DOMANDA DI ASSISTENZA FINANZIARIA-*NON ASSICURATO*

L'eventuale approvazione della presente richiesta è temporanea e scade dopo 12 mesi dalla data di approvazione

Ospedale: <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> Women & Infants		Data:
Paziente:		Garante/coniuge:
Nr. cartella clinica:		Nr. cartella clinica:
Data di nascita:		Social Security (se disponibile):
Social Security (se disponibile):		Telefono casa:
Telefono casa:		Telefono ufficio:
Telefono ufficio:		Rapporto con il paziente:
Residenza:		Indirizzo:
Professione e datore di lavoro:		
Indirizzo del datore di lavoro:		
Lingua: <input type="checkbox"/> Inglese <input type="checkbox"/> Altra		
Etnia: <input type="checkbox"/> Ispanica <input type="checkbox"/> Non-ispanica <input type="checkbox"/> Non identificata		
Razza: <input type="checkbox"/> Asiatica <input type="checkbox"/> Nativa americana/nativa dell'Alaska <input type="checkbox"/> Nera/afro-americana		
<input type="checkbox"/> Nativa hawaiana o di altra isola del Pacifico <input type="checkbox"/> Bianca <input type="checkbox"/> Altra o razza mista <input type="checkbox"/> Non identificata		

Si prega di fornire i seguenti dati per TUTTI i componenti della famiglia, AD ECCEZIONE di Paziente e Garante.

Nome e rapporto con il paziente:	SS# (se disponibile):	Data di nascita:	Nr. cartella clinica:
Datore di lavoro, telefono e indirizzo:	Residenza:		
Nome e rapporto con il paziente:	SS# (se disponibile):	Data di nascita:	Nr. cartella clinica:
Datore di lavoro, telefono e indirizzo:	Residenza:		
Nome e rapporto con il paziente:	SS# (se disponibile):	Data di nascita:	Nr. cartella clinica:
Datore di lavoro, telefono e indirizzo:	Residenza:		
Nome e rapporto con il paziente:	SS# (se disponibile):	Data di nascita:	Nr. cartella clinica:
Datore di lavoro, telefono e indirizzo:	Residenza:		

REDDITO MENSILE	TOT	BENI	TOT	SPESE MENSILI/PASSIVITÀ	TOT
Stipendio e retribuzioni del paziente		Piano di risparmio		Mutuo o fitto	
Stipendio e retribuzioni del coniuge		Conto corrente		Saldo attuale _____	
Stipendio e retribuzioni del garante		Certificati di deposito (CD)		Imposte patrimoniali, se non incluse nel mutuo	
Reddito da libera professione		Conto di deposito di mercato monetario		Utenze: Gas/elettricità/gasolio _____	
Assegni familiari		Titoli di risparmio		Abbonamento TV/Internet _____	
Reddito da affitti		Azioni		Telefono _____	
Sussidio di disoccupazione		Obbligazioni		Pagamenti auto o leasing	
Assicurazione per inabilità temporanea		Fondi comuni		Saldo attuale _____	
Mantenimento figli		Fondi pensione		Pagamenti con carte di credito	
Alimenti		401(k)		Saldo attuale _____	
Sussidi per veterani		403(b)		Rate prestiti	
Contributi previdenziali		457		Saldo attuale _____	
Proventi da interessi e dividendi		Assicurazione sulla vita		Assicurazione auto	
Royalty		Beni personali		Assicurazione casa	
Pensioni		Seconda casa e beni in affitto		Spese mediche	
Assistenza pubblica		Altri veicoli a motore		Alimentari	
Altro				Altre spese	
REDDITO MENSILE:					
REDDITO ANNUO:			TOTALE:		TOTALE:

"Con la presente si richiede all'ospedale la valutazione di idoneità all'assistenza finanziaria. Sono consapevole che tali informazioni sono riservate e soggette alla verifica da parte dell'ospedale. Sono inoltre consapevole che ove mai le informazioni da me fornite risultassero false, la richiesta di assistenza finanziaria potrebbe essere respinta e dovrò ricompensare l'ospedale per i servizi prestati. Dichiaro che le informazioni fornite nella presente sono complete e corrette e di essere consapevole delle procedure e delle mie responsabilità".

Firma del paziente: _____ Data: _____

Firma del responsabile dell'ospedale: _____ Data: _____

SOLO PER USO INTERNO

Approvata da: _____ Data: _____

Respinta da: _____ Data: _____

Copertura assicurativa: _____ Assistenza sanitaria: Sì No

Servizi relativi a incidenti sul lavoro o altro tipo di infortunio: Sì No

Commenti: _____

Componenti della famiglia: _____ Livello FPG: _____ %FPG: _____

SCONTO (%): _____ SCONTO (\$): _____

Massima responsabilità del paziente: _____

Financial Assistance Policy

Exhibit 3

CNE FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM 2023 FINANCIAL ELIGIBILITY GUIDELINES

Effective 3/1/2023

Percent of Poverty Level:		200%	210%	220%	230%	240%	250%	260%	270%	280%	290%	300%
Family Size	FPG											
2023 Patient liability		0%	20%	40%	60%	80%	90%	90%	90%	95%	95%	95%
1	14,580	29,160	30,618	32,076	33,534	34,992	36,450	37,908	39,366	40,824	42,282	43,740
Max Liability Per Year			3,062	3,208	3,353	3,499	3,645	3,791	3,937	4,082	4,228	4,374
2	19,720	39,440	41,412	43,384	45,356	47,328	49,300	51,272	53,244	55,216	57,188	59,160
Max Liability Per Year			4,141	4,338	4,536	4,733	4,930	5,127	5,324	5,522	5,719	5,916
3	24,860	49,720	52,206	54,692	57,178	59,664	62,150	64,636	67,122	69,608	72,094	74,580
Max Liability Per Year			5,221	5,469	5,718	5,966	6,215	6,464	6,712	6,961	7,209	7,458
4	30,000	60,000	63,000	66,000	69,000	72,000	75,000	78,000	81,000	84,000	87,000	90,000
Max Liability Per Year			6,300	6,600	6,900	7,200	7,500	7,800	8,100	8,400	8,700	9,000
5	35,140	70,280	73,794	77,308	80,822	84,336	87,850	91,364	94,878	98,392	101,906	105,420
Max Liability Per Year			7,379	7,731	8,082	8,434	8,785	9,136	9,488	9,839	10,191	10,542
6	40,280	80,560	84,588	88,616	92,644	96,672	100,700	104,728	108,756	112,784	116,812	120,840
Max Liability Per Year			8,459	8,862	9,264	9,667	10,070	10,473	10,876	11,278	11,681	12,084
7	45,420	90,840	95,382	99,924	104,466	109,008	113,550	118,092	122,634	127,176	131,718	136,260
Max Liability Per Year			9,538	9,992	10,447	10,901	11,355	11,809	12,263	12,718	13,172	13,626
8	50,560	101,120	106,176	111,232	116,288	121,344	126,400	131,456	136,512	141,568	146,624	151,680
Max Liability Per Year			10,618	11,629	12,640	13,651	14,662	15,673	16,684	17,695	18,706	19,717

*For families with more than 8 persons, add \$5,140 for each additional person.

*Asset protection threshold; Individual \$9,400, Family \$14,100

AGB
 FY 23 Butler 31%, Kent 28%, W/II 35%
 FY 22 Butler 30%, Kent 31%, W/II 34%
 FY 21 Butler 46%, Kent 31%, W/II 34%
 FY 20 Butler 47%, Kent 31%, W/II 35%

RI Medicaid GL \$ 18,075

POLITICA DI ASSISTENZA FINANZIARIA

Allegato 4

Importo generalmente fatturato (AGB)

In conformità con l'IRC §501(r) (5), CNE utilizza il metodo Look back per calcolare la sua percentuale di AGB. La percentuale AGB viene calcolata annualmente e si basa su tutte le richieste di rimborso ammesse da Medicare Fee-for-Service + tutte le assicurazioni sanitarie private in un periodo di 12 mesi, divise per gli oneri lordi associati a tali richieste. La percentuale AGB applicabile sarà applicata alle spese lorde per determinare l'AGB.

A qualsiasi persona che risulti idonea all'assistenza finanziaria ai sensi della FAP non verrà addebitato un importo superiore all'AGB per i servizi di emergenza o altri servizi sanitari necessari dal punto di vista medico. Ai soggetti idonei alla FAP verrà sempre addebitato il minore tra l'AGB e gli sconti previsti dalla presente politica.

In vigore dal 1° ottobre 2022:

Butler Hospital 31%

Kent County Memorial Hospital 28%

Women and Infants Hospital 35%

PROCEDURA DI ASSISTENZA FINANZIARIA

Allegato 2

REQUISITI PER IL PROGRAMMA DI ASSISTENZA FINANZIARIA – NON ASSICURATI

La documentazione che segue, se del caso, deve essere allegata alla richiesta di assistenza sanitaria presso la Care New England.

- 1) Ultima denuncia dei redditi con relativa documentazione.
- 2) Dichiarazione dei redditi* (*vedi dettagli in seguito*)
 - a) Ultima busta paga (minimo 4 settimane)
 - b) Certificato di disabilità
 - c) Certificato di attribuzione Social Security (non necessario se viene fornita prova di accredito diretto o estratto conto bancario)
 - d) Dichiarazione dei redditi del genitore se il richiedente assistenza finanziaria è uno studente
- 3) Dichiarazione dei beni** (*vedi dettagli in seguito*)
 - a) Estratti conto bancari che comprendano risparmi, conti correnti, investimenti, rendite, certificati di deposito, conti di deposito del mercato monetario, azioni, titoli di stato, pensioni e fondi pensione
 - b) Valore di riscatto delle assicurazioni sulla vita.
 - c) Proprietà personali (oltre la prima casa e motoveicolo per uso personale)
- 4) Assistenza sanitaria e/o approvazione/rifiuto dell'HealthSource RI
- 5) Copia del certificato di morte, se del caso.
- 6) Certificazione di studi in corso, se del caso.
- 7) Lettera di supporto, se del caso.

*Dichiarazione dei redditi: con reddito si intendono tutte le entrate, reali o stimate e al netto delle tasse, derivanti da stipendi, remunerazioni, reddito da libera professione, assegni familiari, rendita da fitto, sussidi di disoccupazione, assicurazione per disabilità temporanea, mantenimento dei figli, alimenti, assicurazione sugli infortuni sul lavoro, benefit per militari, contributi previdenziali, proventi da interessi e dividendi, royalty, pensioni pubbliche e private e assistenza pubblica. Nel reddito sono inclusi anche i benefit sindacali, vincite nette al gioco o lotterie e i pagamenti assicurativi o i compensi per infortunio una tantum riscossi nell'anno calendario durante il quale è stato richiesto l'aiuto finanziario per i servizi sanitari.

**Dichiarazione dei beni: i beni sono rappresentati da denaro contante, equivalente e altri beni tangibili che possono essere convertiti in denaro, comprese disponibilità liquide, libretti di risparmio, conti correnti, Certificati di Deposito (CDs), conti di deposito del mercato finanziario, azioni (comuni e titoli), titoli di risparmio, fondi comuni, fondi pensione, 401(k)s, 403(b)s, 457s, valori di riscatto delle assicurazioni sulla vita, proprietà personali, motoveicoli oltre quelli per uso personale, seconde case e immobili fittati. Sono esclusi la prima casa e il motoveicolo per uso personale.