

CANDIDATURA PARA AJUDA FINANCEIRA HOSPITALAR

Qualquer aprovação deste pedido é temporária e expira 12 meses após a data de aprovação

Hospital: <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> Women & Infants		Data:
Doente:	Abonador/Conjuge:	
N.º reg. medico:	N.º reg. medico:	
Data de nascimento:	Nº de Segurança Social (se emitido):	
Nº de Segurança Social (se emitido):	Telefone de casa:	
Telefone de casa:	Telefone do trabalho:	
Telefone do trabalho:	Relação com o doente:	
Morada de casa:	Morada:	
Ocupação e empregador:		
Morada do Empregador:		
Língua: <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Não-inglês		
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispânica <input type="checkbox"/> Não-hispânica <input type="checkbox"/> Sem etnia identificada		
Raça: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Índio-Americano/Nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Preto/Afro-americano <input type="checkbox"/> Nativo do Hawai/Ihéu do pacífico		
<input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Outra ou múltiplas raças <input type="checkbox"/> Sem raça identificada		

Forneça a informação seguinte para TODOS os membros da unidade familiar, EXCETO o Doente ou Abonador.

Nome e Relação com o doente:	Nº de Segurança Social (se emitido):	Data de nascimento:	N.º reg. medico:
Empregador, Telefone e Morada:	Morada de casa:		
Nome e Relação com o doente:	Nº de Segurança Social (se emitido):	Data de nascimento:	N.º reg. medico:
Empregador, Telefone e Morada:	Morada de casa:		
Nome e Relação com o doente:	Nº de Segurança Social (se emitido):	Data de nascimento:	N.º reg. medico:
Empregador, Telefone e Morada:	Morada de casa:		
Nome e Relação com o doente:	Nº de segurança social (se emitido):	Data de nascimento:	N.º reg. medico:
Empregador, Telefone e Morada:	Morada de casa:		

RENDIMENTO MENSAL	ATIVOS
Salário e Rendimentos do doente:	Poupanças:
Salário e Rendimentos do Cônjuge:	Conta corrente:
Salário e Rendimentos do Abonador:	Certificados de depósito (CD):
Rendimento de Trabalho por conta própria:	Conta do mercado monetário:
Rendimento proveniente de apoio a menores:	Títulos de poupança:
Rendimento de Renda:	Ações:
Fundo de Desemprego:	Obrigações:
Seguro de Invalidez Temporária:	Fundos mutualistas:
Pensão de alimentos de menores:	IRA:
Pensão de alimentos a ex-cônjuge:	401(k)s:
Seguro de acidentes de trabalho:	403(b)s:
Prestações Básicas VA:	457s:
Pagamentos de Segurança Social:	Levantamento de seguro de vida em vida:
Rendimentos de dividendos e juros:	Propriedade pessoal:
Direitos autorais:	2ª Casa e Arrendamento de propriedade:
Pensões:	2º veículo a motor:
Assistência pública:	TOTAL:
Outros:	
RENDIMENTO MENSAL:	
RENDIMENTOS ANUAIS:	

«Peço ao hospital que faça uma determinação de elegibilidade para ajuda financeira. Compreendo que esta informação seja confidencial e esteja sujeita a verificação pelo hospital. Também compreendo que se a informação que fornecer for falsa, me pode ser rejeitada ajuda financeira e posso ser responsável pelo pagamento dos serviços hospitalares fornecidos. Pelo presente confirmo que a informação nesta candidatura está completa e correta de acordo com o meu conhecimento e que compreendo o processo e as minhas responsabilidades.»

Assinatura do doente: _____ Data: _____

Assinatura do representante hospitalar: _____ Data: _____

APENAS PARA FINS INTERNOS

Aprovado por: _____ Data: _____

Negado por: _____ Data: _____

Cobertura de seguro: _____ Assistência Médica: Sim Não

Serviços relacionados com acidentes de trabalho ou outro tipo de acidentes: Sim Não

Comentários: _____

Tamanho da família: _____ Nível FPG: _____ %FPG: _____

DESCONTO (%): _____ DESCONTO (\$): _____

Responsabilidade máxima do doente: _____

CANDIDATURA PARA AJUDA FINANCEIRA HOSPITALAR – *SEGURO INSUFICIENTE*

Qualquer aprovação deste pedido é temporária e expira 12 meses após a data de aprovação

Hospital: <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> Women & Infants		Data:
Doente:	Abonador/Conjuge:	
N.º reg. medico:	N.º reg. medico:	
Data de nascimento:	Nº de Segurança Social (se emitido):	
Nº de Segurança Social (se emitido):	Telefone de casa:	
Telefone de casa:	Telefone do trabalho:	
Telefone do trabalho:	Relação com o doente:	
Morada de casa:	Morada:	
Ocupação e empregador:		
Morada do Empregador:		

Língua:	<input type="checkbox"/> Inglês	<input type="checkbox"/> Não-inglês		
Etnia:	<input type="checkbox"/> Hispânica	<input type="checkbox"/> Não-hispânica	<input type="checkbox"/> Sem etnia identificada	
Raça:	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Índio-Americano/Nativo do Alasca	<input type="checkbox"/> Preto/Afro-americano	
	<input type="checkbox"/> Nativo do Hawai/lhéu do pacífico	<input type="checkbox"/> Branco	<input type="checkbox"/> Outra ou múltiplas raças	<input type="checkbox"/> Sem raça identificada

Forneça a informação seguinte para TODOS os membros da unidade familiar, EXCETO o Doente ou Abonador.

Nome e Relação com o doente:	Nº de Segurança Social (se emitido):	Data de nascimento:	N.º reg. medico:
Empregador, Telefone e Morada:	Morada de casa:		
Nome e Relação com o doente:	Nº de Segurança Social (se emitido):	Data de nascimento:	N.º reg. medico:
Empregador, Telefone e Morada:	Morada de casa:		
Nome e Relação com o doente:	Nº de Segurança Social (se emitido):	Data de nascimento:	N.º reg. medico:
Empregador, Telefone e Morada:	Morada de casa:		
Nome e Relação com o doente:	Nº de Segurança Social (se emitido):	Data de nascimento:	N.º reg. medico:
Empregador, Telefone e Morada:	Morada de casa:		

RENDIMENTO MENSAL	MONTANTE	ATIVOS	MONTANTE	DESPESAS/RESPONSABILIDADES MENSAIS	MONTANTE
Salário e Rendimentos do doente		Poupanças		Pagamento de hipoteca ou renda	
Salário e Rendimentos do conjuge		Conta à ordem		Saldo Atual _____	
Salário e Rendimentos do Abonador		Certificados de depósito (CD)		Impostos de propriedade se não estiverem incluídos no pagamento de hipoteca	
Rendimento de Trabalho por conta		Conta do mercado monetário		Serviços utilitários: Gás/Electricidade/Óleo _____	
Rendimento proveniente de apoio a		Títulos de poupança:		Cabo/Internet _____	
Rendimento de Renda		Valores mobiliários		Telefone _____	
Fundo de Desemprego		Obrigações		Pagamentos automóvel ou pagamentos de locação	
Seguro de Invalidez Temporária		Fundos mutualistas		Saldo Atual _____	
Pensão de alimentos de menores		IRA		Pagamentos de cartão de crédito	
Pensão de alimentos a ex-cônjuge		401(k)s		Saldo Atual _____	
Prestações Básicas VA		403(b)s		Prestações de empréstimos	
Pagamentos de Segurança Social		457s		Saldo Atual _____	
Rendimentos de dividendos e de juros		Seguro de vida recebido em vida		Seguro automóvel	
Direitos autorais		Propriedade pessoal		Seguro de Proprietário de Casa	
Pensões		2ª Casa e Arrendamento de propriedade		Despesas Médicas	
Assistência pública		Veículos a motor adicionais		Mercearia	
Outro				Outras despesas	
RENDIMENTO MENSAL:					
RENDIMENTOS ANUAIS:			TOTAL:		TOTAL:

«Peço ao hospital que faça uma determinação de elegibilidade para ajuda financeira. Compreendo que esta informação seja confidencial e esteja sujeita a verificação pelo hospital. Também compreendo que se a informação que fornecer for falsa, me pode ser rejeitada ajuda financeira e posso ser responsável pelo pagamento dos serviços hospitalares fornecidos. Pelo presente confirmo que a informação nesta candidatura está completa e correta de acordo com o meu conhecimento e que compreendo o processo e as minhas responsabilidades.»

Assinatura do doente: _____ Data: _____

Assinatura do representante hospitalar: _____ Data: _____

APENAS PARA FINS INTERNOS

Aprovado por: _____ Data: _____

Negado por: _____ Data: _____

Cobertura de seguro: _____ **Assistência Médica:** Sim Não

Serviços relacionados com acidentes de trabalho ou outro tipo de acidentes: Sim Não

Comentários: _____

Tamanho da família: _____ Nível FPG: _____ %FPG: _____

DESCONTO (%): _____ DESCONTO (\$): _____

Responsabilidade máxima do doente: _____

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	11,123	11,629	12,134	12,640	13,146	13,651	14,157	14,662	15,168

*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

POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA (FAP)

Anexo 4

Valor Geralmente Faturado (AGB)

De acordo com a seção §501(r) (5) do Código Tributário (IRC), a CNE utiliza o método retrospectivo para calcular a sua percentagem do AGB. A % do AGB é calculada anualmente e baseia-se em todos os pedidos de indenização autorizados pela Medicare Fee-for-Service + todas as seguradoras de saúde privadas durante um período de 12 meses, divididos pelos encargos brutos associados a esses pedidos. A % AGB aplicável será aplicada aos encargos brutos para determinar a AGB.

A qualquer indivíduo considerado elegível para assistência financeira ao abrigo desta PAF não será cobrado mais do que o AGB por quaisquer serviços de emergência ou outros serviços de saúde clinicamente necessários. A qualquer pessoa elegível para a FAP será sempre cobrado o montante mais baixo do AGB ou qualquer desconto disponível ao abrigo desta política.

Em vigor a partir de 1 de outubro de 2022:

Butler Hospital 31%

Kent County Memorial Hospital 28%

Women and Infants Hospital 35%

POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

Documento 2

REQUISITOS PARA O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA – SEM SEGURO

Uma candidatura à Assistência Financeira da Care New England deverá ser acompanhada da documentação a seguir indicada (se aplicável).

- 1) A declaração fiscal de rendimentos com comprovativos relativa ao ano mais recente declarado.
- 2) Registos de Rendimentos* (*ver explicação detalhada abaixo*)
 - a) Recibos de ordenado atuais (mínimo de 4 semanas)
 - b) Carta de confirmação de incapacidade
 - c) A carta de confirmação da Segurança Social (dispensada se for fornecido depósito direto e extrato bancário)
 - d) Rendimento dos pais (declaração fiscal de rendimentos) quando a pessoa que se está a candidatar à assistência financeira é um estudante
- 3) Registos de Bens** (*ver explicação detalhada abaixo*)
 - a) Extratos bancários incluindo contas-poupança, contas à ordem, extratos de investimentos, anuidades, certificados de depósitos, contas do mercado monetário, ações, obrigações, pensões e planos de poupança-reforma individuais.
 - b) Valor em numerário de apólices de seguros de vida.
 - c) Propriedade pessoal (além da habitação principal e veículo motorizado para utilização pessoal)
- 4) Aprovação/recusa de Assistência Médica e/ou da HealthSource RI
- 5) Cópia de certidão de óbito, se aplicável.
- 6) Prova de estatuto de estudante, se aplicável.
- 7) Carta de apoio, se aplicável.

***Registos de Rendimentos:** Rendimento significa as receitas anuais reais ou estimadas, em dinheiro, antes de impostos sobre salários, ordenados, rendimento de trabalhador por conta própria, rendimento proveniente de apoio a menores, rendimentos de arrendamentos, subsídio de desemprego, seguro de invalidez temporária, pensão de alimentos de menores, pensão de alimentos a ex-cônjuge, pagamentos por acidente de trabalho, pensões de veteranos, pagamentos da segurança social, rendimentos de dividendos e juros, direitos autorais, pensões públicas e privadas e assistência pública. Incluído também nos rendimentos estão os subsídios de greve, prémios de lotaria e jogo líquidos e pagamentos de seguro únicos ou indemnização por acidentes, recebidos no ano civil no qual se procura a ajuda financeira para os serviços hospitalares.

****Registos de Bens:** Por bens entende-se dinheiro, bens equivalentes a dinheiro e outros bens tangíveis que possam ser convertidos em dinheiro, incluindo dinheiro em caixa, contas-poupança, contas à ordem, certificados de depósitos, contas de mercado monetário, ações (ordinárias e preferenciais), obrigações, fundos mutualistas, planos de poupança-reforma, planos de reforma do tipo 401(k) s, 403(b) s, 457s, valor encaixável de apólices de seguros de vida, bens pessoais, veículos motorizados além dos que se destinam a uso pessoal, segundas habitações e propriedades para arrendar. Excluem-se dos bens a habitação principal e veículo motorizado para utilização pessoal.