

ЗАЯВКА НА ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ ОТ КЛИНИКИ

Любое положительное решение по заявке временно и истекает через 12 месяцев с даты его принятия

Клиника: <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> Women & Infants	Дата:
Пациент:	Поручитель/супруг(а)
Номер медкарты:	Номер медкарты:
Дата рождения:	Номер SSN (если есть):
Номер SSN (если есть):	Дом. телефон:
Дом. телефон:	Раб. телефон:
Раб. телефон:	Кем приходится пациенту:
Дом. адрес:	Адрес:
Занимаемая должность, место работы:	
Адрес места работы:	
Язык: <input type="checkbox"/> Английский <input type="checkbox"/> Другой	
Национальность: <input type="checkbox"/> Латиноамериканец <input type="checkbox"/> Другая <input type="checkbox"/> Не установлена	
Раса: <input type="checkbox"/> Азиат <input type="checkbox"/> Американский индеец/уроженец Аляски <input type="checkbox"/> Афроамериканец <input type="checkbox"/> Уроженец Гавайских/тихоокеанских островов	
<input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Другая или смешанная <input type="checkbox"/> Не установлена	

Укажите следующую информацию обо ВСЕХ членах семьи, КРОМЕ пациента или поручителя.

ФИО и кем приходится пациенту:	SSN (если есть):	Дата рожд.:	Медкарта:
Место работы, телефон и адрес:	Дом. адрес:		
ФИО и кем приходится пациенту:	SSN (если есть):	Дата рожд.:	Медкарта:
Место работы, телефон и адрес:	Дом. адрес:		
ФИО и кем приходится пациенту:	SSN (если есть):	Дата рожд.:	Медкарта:
Место работы, телефон и адрес:	Дом. адрес:		
ФИО и кем приходится пациенту:	SSN (если есть):	Дата рожд.:	Медкарта:
Место работы, телефон и адрес:	Дом. адрес:		

МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД	АКТИВЫ
Зарботная плата пациента:	Сбережения:
Зарботная плата супруга(и):	Чековые счета:
Зарботная плата поручителя:	Депозитные сертификаты:
Доход от самостоятельной предпринимательской деятельности:	Счета денежного рынка:
Пособие по уходу за ребенком:	Сбережения, облигации:
Доход от сдачи в аренду:	Акции:
Пособие по безработице:	Облигации:
Страховка на случай временной нетрудоспособности:	Фонды взаимных инвестиций:
Пособие на ребенка:	Индивидуальные пенсионные счета:
Алименты:	401(k)s:
Пособие по нетрудоспособности:	403(b)s:
Пособия и привилегии для демобилизованных военнослужащих:	457s:
Выплаты по социальному обеспечению:	Ликвидационная стоимость договоров страхования жизни:
Доход в виде дивидендов и процентов:	Личное имущество:
Роялти:	2-й дом и недвижимость для сдачи в аренду:
Пенсии:	Дополнительное транспортное средство:
Государственное денежное пособие:	ИТОГО:
Другое:	
МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД:	
ГODOVOЙ ДОХОД:	

«Прошу клинику установить, имею ли я право на получение финансовой помощи. Я понимаю, что данная информация конфиденциальна и подлежит проверке клиникой. Я также понимаю, что, если предоставленная мной информация недостоверна, то мне могут отказать в предоставлении финансовой помощи и ответственность за оплату медицинских услуг нести буду я. Настоящим подтверждаю, что указанная в заявке информация является полной и достоверной и что я осознаю суть процесса и мои обязательства».

Подпись пациента: _____ Дата: _____

Подпись представителя клиники: _____ Дата: _____

ТОЛЬКО ДЛЯ ВНУТРЕННЕГО ПОЛЬЗОВАНИЯ:

Утверждено: _____ Дата: _____

Отклонено: _____ Дата: _____

Страховое обеспечение: _____ Medical Assistance: Да Нет

Услуги в связи с производственной травмой и другим несчастным случаем: Да Нет

Комментарии: _____

Размер семьи: _____ Уровень прожит. минимума _____ Процент прожит. минимума: _____

СКИДКА (%): _____ СКИДКА (%): _____

Максимальная сумма обязательства пациента: _____

ЗАЯВКА НА ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ ОТ КЛИНИКИ — НЕДОСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА

Любое положительное решение по заявке временно и истекает через 12 месяцев с даты его принятия

Клиника: <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> Women & Infants	Дата:
Пациент:	Поручитель/супруг(а)
Номер медкарты:	Номер медкарты:
Дата рождения:	Номер SSN (есть/нет):
Номер SSN (если есть):	Дом. телефон:
Дом. телефон:	Раб. телефон:
Раб. телефон:	Кем приходится пациенту:
Дом. адрес:	Адрес:
Занимаемая должность, место работы:	
Адрес места работы:	

Язык: Английский Другой

Национальность: Латиноамериканец Другая Не установлена

Раса: Азиат Американский индеец/ уроженец Аляски Афроамериканец

Уроженец Гавайских/ тихоокеанских островов Другая или смешанная Не установлена

Предоставьте следующую информацию обо ВСЕХ членах семьи, КРОМЕ пациента или поручителя.

ФИО и кем приходится пациенту:	SSN (при наличии):	Дата рождения:	Медкарта:
Место работы, телефон и адрес:	Дом. адрес:		
ФИО и кем приходится пациенту:	SSN (при наличии):	Дата рождения:	Медкарта:
Место работы, телефон и адрес:	Дом. адрес:		
ФИО и кем приходится пациенту:	SSN (при наличии):	Дата рождения:	Медкарта:
Место работы, телефон и адрес:	Дом. адрес:		
ФИО и кем приходится пациенту:	SSN (при наличии):	Дата рождения:	Медкарта:
Место работы, телефон и адрес:	Дом. адрес:		

МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД	СУММА	АКТИВЫ	СУММА	МЕС. РАСХОДЫ/ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА	СУММА
Зарплата пациента:		Сбережения:		Ипотечные/арендные платежи	
Зарплата супруга(и)		Чековые счета		Текущий остаток на счете _____	
Зарплата поручителя		Депозитные сертификаты		Налоги на имущество, если не включены в ипотечные платежи	
Доход от самостоятельной предпринимат. деятельности		Счета денежного рынка		Коммунальные службы: _____	
Пособие по уходу за ребенком		Сбережения, облигации		Газ/электричество/топливо _____	
Доход от сдачи в аренду:		Акции:		Кабельное ТВ/Интернет _____	
Пособие по безработице:		Облигации:		Телефон _____	
Страховка на случай временной трудоспособности:		Фонды взаимных инвестиций:		(Лизинг.) платежи за автомобиль	
Пособие на ребенка:		Индивидуальные пенсионные счета:		Текущий остаток на счете _____	
Алименты:		401(k)s:		Платежи по кредитным картам	
Пособия и привилегии для демобилиз. военнослужащих:		403(b)s:		Текущий остаток на счете _____	
Выплаты по соц. обеспечению:		457s:		Кредиты с погашением в рассрочку	
Доход в виде дивидендов и процентов:		Ликвидационная стоимость договоров страхования жизни:		Текущий остаток на счете _____	
Роялти:		Личное имущество:		Страхование автомобиля	
Пенсии:		2-й дом и недвижимость для сдачи в аренду:		Страхование дом. имущества	
Гос. денежное пособие		Дополнительное транспортное средство:		Расходы на мед. обслуживание	
Другое:				Расходы на питание	
				Прочие расходы	
МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД:					
ГODOVОЙ ДОХОД:			ИТОГО:		ИТОГО:

«Я прошу клинику установить, имею ли я право на получение финансовой помощи. Я понимаю, что данная информация является конфиденциальной и подлежит проверке клиникой. Я также понимаю, что если предоставленная мной информация является недостоверной, то мне может быть отказано в предоставлении финансовой помощи, и я буду нести ответственность за оплату оказанных медицинских услуг. Настоящим я подтверждаю, что указанная в заявлении информация является полной и достоверной, и что я осознаю суть процесса и мои обязательства».

Подпись пациента: _____ Дата: _____

Подпись представителя клиники: _____ Дата: _____

ТОЛЬКО ДЛЯ ВНУТРЕННЕГО ПОЛЬЗОВАНИЯ:

Утверждено: _____ Дата: _____

Отклонено: _____ Дата: _____

Страховое обеспечение: _____ Medical Assistance: Да Нет

Услуги в связи с производственной травмой и другим несчастным случаем: Да Нет

Комментарии: _____

Размер семьи: _____ Уровень прожит. минимума _____ Процент прожит. минимума: _____

СКИДКА (%): _____ СКИДКА (%): _____

Максимальная сумма обязательства пациента: _____

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

ПОЛИТИКА ОКАЗАНИЯ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Приложение 4

Сумма, на которую обычно выставляются счета (AGB)

В соответствии с положениями §501(r) (5) Налогового кодекса (IRC) для вычисления процента AGB в системе CNE используется ретроспективный метод. Процент AGB рассчитывается ежегодно и основывается на сумме по всем заявлениям, разрешенным программой Medicare Fee-for-Service + всеми частными медицинскими страховщиками, за 12-месячный период, которая делится на валовые расходы, связанные с этими заявлениями. Соответствующий % AGB будет применяться к валовым расходам для определения AGB.

С любого лица, которое определено как имеющее право на финансовую помощь в соответствии с настоящей политикой FAP, не будет взиматься плата, превышающая AGB, за любую неотложную помощь и другие медицинские услуги, необходимые по медицинским показаниям. С любого лица, соответствующего требованиям политики FAP, всегда будет взиматься меньшая из сумм: AGB или любая скидка, предоставляемая в рамках настоящей политики.

Действует с 1 октября 2022 г.

Butler Hospital — 31 %

Kent County Memorial Hospital — 28 %

Women and Infants Hospital — 35 %

ПОЛИТИКА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Приложение 2

ТРЕБОВАНИЯ ДЛЯ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ — НЕЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА

Следующие документы, если применимо, должны прилагаться к заявке на финансовую помощь по программе системы здравоохранения Care New England:

- 1) налоговая декларация за последний год и сопроводительная документация к ней;
- 2) сведения о доходах* (*подробное пояснение см. далее*):
 - a) текущие квитанции о начислении заработной платы (не менее чем за 4 недели);
 - b) уведомление о назначении пособия по нетрудоспособности;
 - c) уведомление о назначении социального пособия (необязательно при наличии прямого депозита и предоставлении выписки о состоянии банковского счета);
 - d) сведения о доходе родителей (налоговая декларация), если лицо, подающее заявку на финансовую помощь, является учащимся;
- 3) сведения об активах** (*подробное пояснение см. далее*):
 - a) выписки о состоянии банковских счетов, в том числе сберегательных, текущих, инвестиционных, аннуитетных, депозитных, денежного рынка, акционных, облигационных, пенсионных и индивидуальных пенсионных;
 - b) сведения о выкупной стоимости полиса страхования жизни;
 - c) сведения о личном имуществе (кроме основного места проживания и транспортного средства для личного пользования);
- 4) уведомление об одобрении/отказе от программы Medical Assistance и/или рынка медицинского страхования HealthSource RI;
- 5) копия свидетельства о смерти, если применимо;
- 6) подтверждение статуса учащегося, если применимо;
- 7) письмо спонсора, если применимо.

*Сведения о доходах. Доход означает фактически полученную или расчетную сумму денежных поступлений до налогообложения, заработную плату, доход от самостоятельной предпринимательской деятельности, пособие по уходу за ребенком, доход от сдачи имущества в аренду, пособие по безработице, страховка на случай временной нетрудоспособности, пособие на ребенка, алименты, пособие по нетрудоспособности, пособия и привилегии для демобилизованных военнослужащих, выплаты по социальному обеспечению, доход в виде дивидендов и процентов, роялти, частное и государственное пенсионное обеспечение и социальную помощь. В состав доходов также входят пособия, выплачиваемые в случае забастовки, чистые суммы

выигрыша в лотерею или азартные игры и единоразовые страховые выплаты или компенсации в случае травмы, полученные в календарном году, в котором требуется финансовая помощь для оплаты медицинских услуг.

**Сведения об активах. Активы означают денежные активы, эквивалент денежных средств и другие физические активы, которые могут быть конвертированы в денежные средства, в том числе наличные деньги, сберегательные счета, чековые счета, депозитные сертификаты, счета денежного рынка, акции (обыкновенные и привилегированные), облигации, фонды взаимных инвестиций, индивидуальные пенсионные счета, пенсионные планы 401(k)s, 403(b)s, 457s, выкупная стоимость полисов страхования жизни, личное имущество, автомобильные транспортные средства, кроме средств для личного пользования, вторые дома и арендуемая собственность. Кроме случаев, когда активами являются основное место жительства и автомобильное транспортное средство для личного пользования.