Financial Assistance Documents

Florida Hospital Kissimmee

Submit to: Patient Financial Services

2450 N. Orange Blossom Trail

Kissimmee, FL 34744

Phone: 407-303-0500

Fax: 407-200-4977

www.floridahospital.com/kissimmee

Obtendo ajuda para pagar sua conta

Estas informações se aplicam a quem recebe serviços de uma instalação do Adventist Health System ou um prestador de cuidados de saúde afiliado. Você pode visualizar uma lista de instalações em www.adventisthealthsystem.com. Como um sistema de hospital baseado na boa fé, oferecemos cuidados médicos para todos os pacientes, incluindo àqueles que têm dificuldade em pagar pelos serviços devido a limitações de renda. Você pode solicitar assistência para pagar a sua conta a qualquer momento durante o processo de estadia ou de faturamento do hospital.

Qualificação para assistência

Se você receber serviços de emergência ou clinicamente necessários e não tiver cobertura médica de um plano de saúde comercial ou programa governamental, você pode se qualificar para a assistência financeira. A quantidade de assistência recebida depende da sua renda anual e do tamanho da sua família. Se a sua renda anual for igual ou inferior a 200% daquela estipulada pelas Diretrizes Federais de Pobreza, é provável que você não precise pagar a sua conta.

Diretrizes Federais de Pobreza de 2017	
Tamanho do grupo familiar	200% de Pobreza
1	$24,120
2	$32,480
Para cada pessoa adicional, acrescentar $8,360	

Se a sua renda não atender às diretrizes para o pagamento da sua conta inteira, você ainda pode se qualificar para assistência parcial de pagamento da conta. Você também pode se qualificar com base em outros fatores no seu pedido.

Pedido de assistência

Você pode solicitar assistência para pagar a sua conta pessoalmente, por correio ou por telefone. Para solicitar assistência, telefone para nosso departamento de Atendimento ao Cliente, visite nosso site ou dirija-se à área de registro de pacientes do nosso hospital. Nosso número de telefone, o endereço do site e o endereço da instalação estão localizados na seção de assistência financeira do nosso site e na primeira página deste documento quando impresso. Estas informações também estão disponíveis em outras línguas no nosso site ou na área de registro do paciente.

Atendimento de emergência e clinicamente necessário

Se você se qualificar para obter assistência com a sua conta, você não será cobrado pelos cuidados de emergência ou clinicamente necessários que as pessoas que têm cobertura de seguro são cobradas. Comparamos o montante pago por pacientes segurados e suas seguradoras, para determinar o quanto você deve. Você pode visualizar nossa política de caridade através do nosso site.

Documentos comprovativos

Se você deseja participar do nosso programa de assistência financeira, você será responsável por fornecer informações e documentos no momento oportuno. Você precisará compartilhar todas as informações sobre seus benefícios de saúde, renda, ativos, e outras informações que nos ajudarão a determinar se você se qualifica para obter assistência. O processo pode incluir extratos bancários, formulários de imposto de renda e comprovantes de renda.

Atividades de cobrança

As contas que não forem pagas em 100 dias após a primeira data de faturamento podem ser reportadas a uma agência de cobrança. As contas que não forem pagas em 120 dias após a primeira data de faturamento podem ser relatadas no histórico de crédito do seu avalista. Você ou seu avalista podem solicitar assistência com a sua conta a qualquer momento durante o processo de cobrança, preenchendo um pedido.

PEDIDO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

(Todos os campos devem ser preenchidos a menos que indicado em contrário)

FIN: _____ MRN: _____

Sobrenome, Nome do paciente	Data de nascimento	Número de Segurança Social	*Número de pessoas na residência	Renda familiar anual dos últimos 12 meses $
Se menor, sobrenome, nome do avalista	Data de nascimento	Número de Segurança Social	Fonte de renda do avalista	

Veículos na residência, incluindo carros/barcos/RVs (Ano/Marca/Modelo) (Opcional)	Conta Corrente/Poupança Saldo da conta (Opcional)	Imóveis de propriedade e valores (Opcional)	CD/Aposentadoria/ Saldos das contas de investimento (Opcional)	Outros ativos (Opcional)

Endereço do paciente	Número de telefone da residência	Se a renda for $0, marque uma opção:	
			Mora com parente(s)
Cidade, Estado, CEP	Número de telefone alternativo		Mora com amigo(s)
			Aposentado
Número de filhos com menos de 21 anos de idade na residência: _____			Desempregado
			Deficiente físico/mental
			Sem teto

Leia antes de assinar. Eu CERTIFICO que as informações fornecidas por mim são verdadeiras e exatas, segundo meu pleno conhecimento. De modo independente ou com assistência de funcionários do hospital, venho solicitar TODA e QUALQUER ASSISTÊNCIA que esteja disponível por meio de recursos federais, estaduais, privados ou provenientes do governo local para pagar as contas do hospital. Eu entendo que se não cooperar com meu provedor de serviços do hospital, fornecendo as informações solicitadas, meu pedido de assistência financeira pode ser negado. Por meio deste, eu concedo a permissão e a autorização a quaisquer agentes credenciados do programa Medicaid para divulgar ao meu provedor de serviços do hospital TODAS as informações sobre o status do meu pedido à Medicaid e se o pedido não for aprovado, o motivo da reprovação. Eu ATRIBUIREI ao meu provedor de serviços do hospital TODOS OS FUNDOS recebidos das fontes acima, os quais são fornecidos para ajudar a pagar as CONTAS DO HOSPITAL. Eu, em meu próprio nome, e em nome do(s) membro(s) da minha família, representante(s) autorizado(s), médico(s), conselheiro(s) (incluindo clero) e advogado(s), concordo em receber e manter no mais absoluto sigilo qualquer comunicação escrita e/ou discussão oral entre mim e o meu provedor de serviços do hospital sobre assuntos relativos a serviços prestados a mim pelo meu provedor de serviços do hospital. Eu entendo que as informações fornecidas por mim estão sujeitas à verificação do meu provedor de serviços do hospital, incluindo agências de análise de crédito, assim como estão sujeitas à revisão de AGÊNCIAS ESTADUAIS E FEDERAIS e/ou outras, conforme necessário. Eu AUTORIZO meu empregador a liberar meu comprovante de renda para meu provedor de serviços do hospital. Eu ENTENDO que, se for comprovado que qualquer informação fornecida seja falsa, meu provedor de serviços do hospital irá reavaliar minha situação financeira e tomar qualquer medida apropriada. Estatuto da Flórida s.817.50 (1). Quem, deliberadamente, e com intenção de fraudar, obter ou tentar obter bens, produtos, mercadorias ou serviços de qualquer hospital neste Estado, será culpado por delito de segundo grau passível de punição, de acordo com os termos s.775.082 ou s.775-083. **Para se qualificar para a assistência, pelo menos uma parte da documentação de suporte que verifica a renda familiar pode ser exigida. A documentação de suporte pode incluir, mas não está limitada a, declaração de imposto de renda mais recente, W-2 atual, uma carta de suporte autenticada, etc. Os pedidos de assistência podem ser negados se a documentação de suporte não tiver sido fornecida. Se houver saldo não pago, este será elegível para novas ações de cobrança.**

Para obter assistência em realizar este pedido, ligue para (407) 303-0500.

Assinatura do Requerente/Avalista

Data de conclusão

*Para o cálculo do número de pessoas no grupo familiar, consideram-se apenas as seguintes pessoas: 1) parentes que vivem na residência, 2) parentes por casamento, que vivem na residência e 3) parentes por adoção legal que vivem na residência.

Apenas para uso do escritório				
Reason for Service	GAI	DOS	Family Size	Total Charges
☐ 1.0x $	☐ 1.5x $	☐ 2.0x $	☐ 25% Rule $	
Recommendation for account disposition				
Finance Committee Disposition				
Manager	Date	Director	Date	

Adventist Health System

Nível Empresarial

Assistência Financeira — CW F 50.1

Objetivo

A Adventist Health System (AHS) está comprometida com a excelência na prestação de serviços de saúde de alta qualidade enquanto atende às diversas necessidades de pessoas que estão dentro de nossa área de serviço. A visão da AHS defende que cuidados de emergência ou outros cuidados clinicamente necessários não eletivos devem estar acessíveis para todos, independentemente de idade, sexo, localização geográfica, histórico cultural, mobilidade física ou capacidade de pagamento. A AHS está comprometida com a prestação de serviços de saúde e reconhece que, em alguns casos, um indivíduo pode não ser financeiramente capaz de pagar pelos serviços recebidos. Esta política destina-se a cumprir com a Seção 501(r) do Código de Receita Interna e com regulamentos promulgados neste âmbito e será interpretada e aplicada em conformidade com tais regras. Esta política foi adotada pelo órgão diretivo de cada instalação hospitalar da AHS em conformidade com os regulamentos sob a Seção 501(r).

A AHS fornece cuidados de emergência ou outros cuidados clinicamente necessários não eletivos a pacientes individuais, sem discriminação, independentemente de sua capacidade de pagamento, capacidade de qualificar-se para a assistência financeira, ou a disponibilidade de cobertura de terceiros. Caso a cobertura de terceiros não esteja disponível, uma alocação é feita anualmente para que os fundos estejam disponíveis para a assistência financeira. Sempre que possível, a determinação da elegibilidade para assistência financeira será iniciada antes ou no momento da internação, pelo conselheiro financeiro. Esta política identifica as circunstâncias em que a organização do hospital da AHS ou uma entidade substancialmente relacionada (uma parceria que fornece cuidados de emergência ou outros cuidados clinicamente necessários em que a AHS tem interesse de propriedade) deve fornecer cuidados sem custo, com base na necessidade financeira do indivíduo.

A política de assistência financeira fornece diretrizes à assistência financeira de pacientes individuais ou pacientes por conta própria que sejam elegíveis e recebam serviços de emergência ou outros serviços clinicamente necessários não eletivos, com base na necessidade financeira. Esta política de assistência financeira também fornece diretrizes para montantes que podem ser cobrados de todos os pacientes por conta própria que recebem serviços clinicamente necessários. Descontos de assistência financeira, com base na necessidade financeira, não serão aplicados para procedimentos eletivos, exceto quando determinados a critério exclusivo da instalação hospitalar da AHS caso a caso.

Serviços não eletivos são definidos como uma condição clínica que, sem atenção imediata:

- Colocam em sério risco a saúde do indivíduo
- Causam grave prejuízo às funções corporais ou grave disfunção de um órgão corporal.

Os tipos de pacientes abrangidos por esta definição incluem, mas não estão limitados a:

- Pacientes ambulatoriais no departamento de emergência
- Pacientes internados no departamento de emergência
- Acompanhamento IP/OP relacionado à consulta de emergência anterior.

Política

Consulte o Adendo desta política para obter uma lista de todos os fornecedores, além das instalações hospitalares da AHS, que oferecem cuidados de emergência ou outros cuidados clinicamente necessários à instalação hospitalar da AHS, especificando quais provedores são cobertos por esta política de assistência financeira e quais não. A lista dos provedores contida no Adendo desta política pode ser acessada on-line no site da instalação hospitalar da AHS. Uma cópia impressa pode ser obtida gratuitamente no Departamento de Serviços Financeiros a Pacientes da instalação hospitalar da AHS.

A lista de fornecedores é atualizada trimestralmente para adicionar informações novas ou que faltavam, corrigir informações erradas e excluir informações obsoletas. A data da atualização mais recente está incluída na lista de fornecedores.

Uma instalação hospitalar da AHS pode listar nomes de médicos individuais, grupos de prática ou quaisquer outras entidades que forneçam cuidados de emergência ou clinicamente necessários na instalação hospitalar da AHS pelo nome usado no contrato com o hospital ou para cobrar pacientes pelo atendimento.

A. Os cuidados de emergência ou cuidados clinicamente necessários não eletivos podem ser considerados para a assistência financeira se um paciente apresentar qualquer uma das seguintes condições:

1. Nenhuma cobertura de terceiros está disponível.

2. O paciente já é elegível para assistência (por exemplo, Medicaid), mas os serviços particulares não são cobertos.

3. Os benefícios do Medicare ou Medicaid se esgotaram e o paciente não tem nenhuma capacidade adicional para pagar.

4. O paciente tem seguro, mas qualifica-se para a assistência com base na necessidade financeira em relação ao saldo do indivíduo após a cobertura do seguro.

5. O paciente atende a requisitos de caridade locais e/ou estaduais.

6. Os pacientes podem solicitar assistência financeira, em conformidade com as diretrizes estabelecidas nesta política.

B. Políticas de assistência financeira, formulários de pedido de assistência financeira e resumos de linguagem simples das políticas de assistência financeira são transparentes e disponíveis para os indivíduos em qualquer ponto do continuum de cuidados, em idiomas que são apropriados para a área de serviço da AHS, em conformidade com a lei de serviços de assistência de linguagem e nas línguas primárias de quaisquer populações com proficiência limitada em inglês que constituem menos de 1.000 indivíduos ou 5% dos membros da Comunidade atendida por instalações hospitalares da AHS (as populações de proficiência limitada em inglês que atendem aos critérios acima serão referidas nesta política daqui por diante como populações de LEP definido).

1. No site: Instalações hospitalares da AHS irão proeminente e conspicuamente postar versões completas e atuais das ações a seguir em seus respectivos sites:

   a. Política de Assistência Financeira (Financial Assistance Policy, FAP)

   b. Formulário de Pedido de Assistência Financeira (Financial Assistance Appliction Form, FAA)

   c. Resumo de Linguagem Simples da Política de Assistência Financeira (Plain Language Summary, PLS)

   d. Informações de contato para conselheiros financeiros da instalação da AHS.

2. O site irá indicar se uma cópia do FAP, Formulário FAA e PLS está disponível e como obter tais cópias nas línguas primárias de populações de LEP definido.

3. Uma sinalização será exibida visivelmente em locais públicos em instalações hospitalares da AHS, incluindo todos os pontos de internação e áreas de registro, incluindo o departamento de emergência. Toda sinalização que indicar que a assistência financeira pode estar disponível irá conter os seguintes elementos:

   e. Endereço do site da instalação hospitalar de onde o FAP, o PLS e o Formulário FAA podem ser acessados

   f. O número de telefone e local físico (número do quarto) em que os indivíduos podem chamar ou visitar para obter cópias do FAP, Formilário FAA ou PLS ou para obter mais informações sobre o FAP, PLS ou processo de solicitação.

4. Informações de contato para saber como e onde os indivíduos

que são membros de populações de LEP definido podem obter cópias do FAP, Formulário FAA e PLS. Cada instalação hospitalar da AHS fará cópias impressas do FAP, Formulário FAA e PLS disponíveis mediante pedido e sem cobrança, tanto em locais públicos na instalação hospitalar (incluindo o departamento de emergência e todas as áreas de internação e registro) como pelo correio. Cópias impressas estarão disponíveis em inglês e na língua primária de qualquer população de LEP definido. Uma cópia impressa do PLS será oferecida aos pacientes como parte do processo de internação ou alta.

5. Consultas a conselheiros financeiros: Conselheiros financeiros devem fornecer aconselhamento financeiro pessoal a todos os indivíduos internados em um hospital da AHS que são classificados como indivíduos por conta própria. Intérpretes serão usados, como indicado, para permitir comunicação significativa com indivíduos que têm proficiência limitada em inglês. Os critérios de elegibilidade de assistência financeira e informações de desconto serão disponibilizados.

6. O PLS deve ser distribuído para os membros da comunidade atendida pela instalação hospitalar da AHS de maneira razoavelmente calculada, para alcançar os membros da comunidade que têm maior probabilidade de necessitar de assistência financeira. Um exemplo seria a distribuição de cópias do PLS para organizações na comunidade que abordam a saúde das populações de baixa renda.

C. A AHS e os indivíduos atendidos têm responsabilidade pelos processos gerais relacionados à prestação de assistência financeira.

1. Responsabilidades da AHS:

a. A AHS possui uma política de assistência financeira para avaliar e determinar a elegibilidade do indivíduo para assistência financeira.

b. A AHS tem meios de divulgar e comunicar amplamente a disponibilidade de assistência financeira a todos os indivíduos de uma maneira que promova a participação plena do indivíduo.

c. Os membros de força de trabalho da AHS nas áreas de serviços financeiros ao paciente e registro entendem a política de assistência financeira da AHS e podem direcionar suas dúvidas sobre a política para os representantes adequados do hospital.

d. A AHS exige que todos os contratos com terceiros

responsáveis pela cobrança da conta em nome da AHS incluam legalmente as disposições do contrato que se referem à necessidade desses agentes de seguir as políticas de assistência financeira da AHS.

e. O departamento de ciclo de receitas da AHS fornece supervisão para a prestação de assistência financeira, políticas/processos que regem a assistência financeira e processos de faturamento e cobrança.

f. Depois de receber o pedido do indivíduo para assistência financeira, a AHS notifica o indivíduo quanto à determinação da elegibilidade dentro de um período razoável de tempo.

g. A AHS fornece opções de pagamento.

h. A AHS apoia e honra o direito dos indivíduos de entrar com recurso contra decisões e buscar reconsideração.

i. A AHS mantém (e exige que contratantes responsáveis pelo faturamento mantenham) a documentação que suporta a oferta, o pedido e a prestação de assistência financeira por um período mínimo de sete anos.

j. A AHS irá revisar e incorporar periodicamente as diretrizes federais de pobreza para atualizações publicadas pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos.

2. Responsabilidades individuais dos pacientes

a. Para ser considerado para uma redução de 100% em encargos no âmbito da política de assistência financeira, o indivíduo deve cooperar com a AHS em fornecer as informações e a documentação necessária para aplicar outros recursos financeiros existentes que possam estar disponíveis para pagar os cuidados de saúde, tais como Medicare, Medicaid, responsabilidade de terceiros, etc.

b. Para ser considerado para uma redução de 100% em encargos no âmbito da política de assistência financeira, o indivíduo deve fornecer à AHS informações financeiras e outras informações necessárias para determinar a elegibilidade (isto inclui o preenchimento dos formulários de pedido necessários e a plena cooperação com o processo de avaliação e coleta de informações).

c. Um paciente por conta própria que não for elegível para uma redução de 100% nos encargos com base na necessidade financeira, será cobrado não mais que o

montante faturado em geral para os indivíduos que têm uma cobertura de tais cuidados e irão cooperar com o hospital para estabelecer um plano de pagamento razoável.

d. Um paciente por conta própria que não se qualificar para uma redução de 100% nos encargos com base na necessidade financeira deve fazer esforços de boa fé para honrar os planos de pagamento das contas do hospital. O indivíduo é responsável por notificar prontamente a AHS de qualquer mudança na situação financeira, para que o impacto dessa mudança possa ser avaliado em relação às políticas de assistência financeira, que regem a prestação de assistência financeira, suas contas do hospital ou disposições de planos de pagamento.

D. As determinações de elegibilidade de assistência financeira e o processo de pedido de assistência financeira serão equitativos, consistentes e oportunos.

1. *Identificação de indivíduos potencialmente elegíveis.* Os pedidos de assistência financeira serão honrados por 240 dias após a data da primeira fatura pós-alta ser enviada ao indivíduo por correio ou a apresentação de contas eletrônicas.

a. Os processos de pré-registro e registo promovem a identificação de indivíduos que necessitam de assistência financeira.

b. Os conselheiros financeiros usarão os melhores esforços para entrar em contato com todos os pacientes internados por conta própria durante sua estadia ou no momento da alta.

c. O PLS da instalação hospitalar da AHS será oferecido juntamente com o Formulário FAA para cada indivíduo após internação ou mediante alta da instalação hospitalar.

d. Uma notificação escrita será incluída em todas as instruções de faturamento, a qual notifica e informa os destinatários sobre a disponibilidade de assistência financeira ao abrigo do FAP da instalação hospitalar da AHS e inclui o seguinte: 1) o número de telefone da instalação hospitalar do departamento da AHS que pode fornecer informações sobre o FAP e o processo de pedido de assistência financeira; e 2) o endereço do site onde cópias do FAP, Formulário FAA e PLS podem ser obtidos.

e. Tentativas razoáveis serão feitas para notificar oralmente os indivíduos sobre o FAP das instalações hospitalares da

AHS e sobre como um indivíduo pode obter assistência com o processo e o Formulário FAA.

f. O indivíduo receberá pelo menos um aviso por escrito (aviso de ações que podem ser tomadas), juntamente com uma cópia do PLS, que notifica e informa o indivíduo de que a assistência financeira está disponível para indivíduos elegíveis e que afirma que o hospital pode intervir para relatar informações adversas sobre o indivíduo para agências de análise de crédito ou envolver-se em outras ações de cobrança extraordinária especificadas, se o indivíduo não apresentar um Formulário FAA ou pagar o montante devido, por um prazo especificado. Este prazo não pode ser anterior a 120 dias após a primeira declaração de faturamento pós-alta ser enviada para o indivíduo. O aviso deve ser fornecido ao indivíduo pelo menos 30 dias antes do prazo especificado no aviso.

2. *Pedidos de assistência financeira.* Os pedidos de assistência financeira podem ser recebidos de várias fontes (incluindo o paciente, um membro da família, uma organização da comunidade, uma igreja, uma agência de cobrança, um cuidador, a administração, etc.).

   a. Os pedidos recebidos de terceiros serão direcionados para um conselheiro financeiro.

   b. O conselheiro financeiro irá trabalhar com terceiros para fornecer os recursos disponíveis para auxiliar o indivíduo no processo de solicitação.

   c. Mediante pedido, uma carta de cobranças estimadas será fornecida aos indivíduos que solicitarem uma descrição escrita das cobranças estimadas.

3. *Critérios de elegibilidade*

   a. Para ser elegível para uma redução de 100% de encargos (ou seja, redução completa para pacientes por conta própria e redução completa de parte dos encargos de responsabilidade do paciente após o seguro) a renda familiar do indivíduo deve ser igual ou abaixo de 200% das diretrizes federais de pobreza atuais. Os pacientes por conta própria com renda familiar superior a 200% das diretrizes federais de pobreza atuais serão cobrados não mais que o montante faturado para indivíduos que têm uma cobertura de tais cuidados.

   b. O valor cobrado de qualquer indivíduo elegível para FAP pelos cuidados de emergência ou cuidados clinicamente necessários será baseado nos montantes geralmente faturados (AGB) para indivíduos cobertos por seguro para

tais cuidados em cada hospital específico da AHS. Cada instalação hospitalar da AHS determinará seu AGB, determinando uma porcentagem do AGB e multiplicando-a pelos encargos brutos dos serviços prestados ao indivíduo. Todas as instalações hospitalares da AHS utilizarão o método de "look-back", conforme descrito em §1.501(r)-5(b)(3) para determinar o AGB. Os indivíduos podem entrar em contato com um membro da equipe de serviços financeiros ao paciente do hospital da AHS através do número de telefone anexado a esta política, para obter um folheto de informações escritas, indicando a porcentagem do AGB da instalação hospitalar da AHS e uma explicação de como a porcentagem do AGB foi determinada.

c. As cobranças de um indivíduo elegível para assistência financeira ao abrigo do FAP da instalação hospitalar da AHS para quaisquer serviços médicos devem ser inferiores aos encargos brutos para esse cuidado.

d. Se o limiar da assistência financeira máxima de 200% precisar ser aumentado para condições específicas de mercado (incluindo a concorrência e as relações públicas), o representante da entidade deverá apresentar a exceção ao Comitê do Adventist Health System Senior Hospital Finance Group (SHFG) para aprovação.

e. Além de uma avaliação de nível de renda conforme descrito acima, um teste de ativos opcional também pode ser aplicado para determinar a elegibilidade do paciente para a assistência financeira. O teste de ativos é obrigatório somente para pacientes da Medicare. O teste de ativos para pacientes que não sejam da Medicare é opcional. Para efeitos desta política, o grau de responsabilidade do paciente é 100% e não deve exceder: 1) Sete por cento (7%) dos ativos disponíveis ou 2) Pagamento exigido pela política de assistência financeira. "Ativos disponíveis" são definidos como dinheiro, equivalentes a dinheiro e investimentos de não aposentadoria.

f. Na determinação do rendimento do indivíduo, aplicam-se os seguintes termos:

    i. A renda e o tamanho do grupo familiar incluem todos os membros da família e outros dependentes do grupo familiar, como segue:

        1. Um adulto e, se casado, um cônjuge.
        2. Quaisquer filhos menores naturais ou adotivos do adulto ou cônjuge.

3. Quaisquer menores por quem o adulto ou o cônjuge tem responsabilidade legal outorgada por um tribunal.
4. Quaisquer estudantes com idade superior a 18 anos, dependentes da família, com assistência superior a 50% (a declaração de imposto de renda atual do adulto responsável é necessária).
5. Quaisquer outras pessoas dependentes da renda da família, com assistência superior a 50% (a declaração de imposto de renda atual do adulto responsável é necessária).

g. A renda pode ser verificada por uma declaração financeira pessoal ou pela obtenção de cópias do formulário W-2 mais recente, do Formulário 1040 mais recente, de declarações do banco ou de qualquer outra forma de documentação que suporte a renda relatada.

h. A documentação que suporta a verificação da renda e os ativos disponíveis deve ser mantida nos arquivos dos pacientes para referência futura.

i. Um relatório de crédito pode ser gerado com a finalidade de identificar a despesa adicional, as obrigações e os rendimentos para ajudar no desenvolvimento de uma compreensão completa da situação financeira do indivíduo. Uma ferramenta de pontuação de terceiros pode ser utilizada para justificar a elegibilidade da assistência financeira.

j. Os formulários de pedido de assistência financeira serão considerados até 240 dias após a primeira declaração de faturamento pós-alta ser entregue ao paciente ou quando uma mudança na situação financeira do paciente for determinada. Um pedido de assistência financeira não precisa ser repetido para datas de serviços incorridos até três (3) meses após a última data da aprovação do pedido.

k. Elegibilidade presuntiva: indivíduos que são segurados e representados por um ou mais dos seguintes devem ser considerados elegíveis para a assistência financeira na ausência do formulário de pedido de assistência financeira:

- O indivíduo é um sem teto;
- O indivíduo está morto e não tem nenhuma propriedade conhecida capaz de pagar as dívidas do hospital;
- O indivíduo está preso por um crime;
- O indivíduo é atualmente elegível para Medicaid,

mas não era na data do serviço;

- O indivíduo é considerado elegível pelo Estado para receber assistência sob o ato de compensação de vítimas de crimes violentos ou a lei de indenização às vítimas de agressão sexual;
- O indivíduo tem uma pontuação de risco de pagamento "D" ou "E" baseada no aplicativo Scorer®. O aplicativo Scorer é uma ferramenta criada para classificar os indivíduos em grupos de diferentes meios econômicos. As pontuações consistem em algoritmos que incorporam dados de agências de crédito, bancos de dados demográficos, e dados específicos do hospital para inferir e classificar os indivíduos em suas respectivas categorias econômicas. Em vez de utilizar o aplicativo Scorer, as agências de crédito também podem ser usadas para determinar a elegibilidade presuntiva a critério do hospital.
- Determina-se que o indivíduo seja elegível para a assistência financeira a qualquer momento, dentro do período de três meses anteriores, começando na data em que foi aprovado o último pedido de assistência financeira.

Para qualquer indivíduo que seja elegível para a assistência financeira, em conformidade com esta política, as mesmas ações descritas nesta seção D, e em toda esta política, se aplicam como se o indivíduo apresentasse um formulário de pedido de assistência financeira preenchido.

4. *Método de solicitação de assistência financeira*

a. Formulário de pedido de assistência financeira da AHS. A fim de solicitar assistência financeira, o indivíduo irá completar o formulário de pedido de assistência financeira da AHS. O indivíduo irá fornecer todos os dados comprovativos necessários para verificar a elegibilidade, incluindo a verificação de rendimento através da documentação de suporte. Consulte as instruções de implementação de assistência financeira para CWF 50.1 para ver as formas aceitáveis de documentação.

b. Um indivíduo pode obter uma cópia do formulário de pedido de assistência financeira da AHS acessando o site dos hospitais da AHS, solicitando uma cópia pelo correio, contatando o departamento de serviços financeiros ao paciente dos hospitais da AHS ou solicitando uma cópia pessoalmente em qualquer local de internação/registro de pacientes dos hospitais da AHS.

c. Um formulário de pedido de assistência financeira preenchido da AHS será apresentado ao departamento de

serviços financeiros do paciente para processamento. Uma comprovação de rendimentos e ativos disponíveis será exigida do indivíduo. Além disso, os beneficiários do Medicare estão sujeitos a um teste de ativos adicionais em conformidade com a lei federal. Uma revisão completa para determinar a elegibilidade do indivíduo com base no total de recursos do indivíduo (incluindo, mas não limitado ao nível de renda familiar, ativos (como necessário para os pacientes do Medicare) e outras informações pertinentes).

5. *Ações que podem ser tomadas no caso de não pagamento:* Depois do período de 120 dias com início na data em que a primeira declaração de faturamento pós-alta é enviada para um indivíduo, uma instalação da AHS pode relatar as dívidas pendentes referentes a cuidados prestados ao indivíduo para agências de relatórios de crédito ao consumidor ou agências de crédito, ou fazer a venda da dívida que for considerada uma ação de cobrança extraordinária (ECA) (consulte a seção F. 6. da política) ou se envolver em qualquer outra ECA especificada somente após as seguintes notificações serem fornecidas ao indivíduo, pelo menos 30 dias antes de iniciar qualquer ECA: 1) uma notificação por escrito, junto com o PLS, é fornecida para o indivíduo, indicando que a assistência financeira está disponível para indivíduos elegíveis, e afirmando a ECA específica que pode ser iniciada depois de um prazo estipulado (o prazo não pode ser anterior a 30 dias após a notificação por escrito ser fornecida) e 2) uma tentativa razoável de informar oralmente um indivíduo sobre FAP de instalações hospitalares da AHS e como o indivíduo pode obter assistência com o processo de pedido de assistência financeira.

   a. *Nenhum formulário de pedido de assistência financeira enviado:*

      Se nenhum formulário de pedido de assistência financeira for apresentado no período de 120 dias a contar da data após a primeira declaração de faturamento pós-alta ter sido enviada para o indivíduo e o prazo estipulado no aviso escrito haver expirado, a instalação da AHS pode iniciar uma ECA.

   b. *Formulário de pedido de assistência financeira incompleto enviado:*

      Se o indivíduo enviar um formulário de pedido de assistência financeira incompleto durante o período de 240 dias, a contar da data em que a primeira declaração de faturamento pós-alta foi enviada para o indivíduo (o período de solicitação), o hospital da AHS deve tomar as

seguintes medidas:

i. Suspender quaisquer ECAs;

ii. Fornecer ao indivíduo um aviso por escrito que descreva as informações adicionais e/ou documentação exigida sob a política de assistência financeira ou o formulário de pedido de assistência financeira que o indivíduo deve apresentar dentro de um prazo razoável, e que contenha informações de contato, incluindo o número de telefone e o local físico do escritório ou departamento da instalação hospitalar da AHS que possa fornecer informações sobre o FAP, bem como informações de contato de um escritório ou departamento de instalações hospitalares da AHS que possa fornecer suporte no processo de pedido de assistência financeira ou, como alternativa, uma organização sem fins lucrativos ou agência governamental que possa fornecer assistência no processo de pedido de assistência financeira, se as instalações hospitalares da AHS forem incapazes de fazê-lo;

iii. iii. Se o formulário de pedido de assistência financeira não for preenchido dentro do prazo razoável discutido acima, o hospital pode iniciar ou retomar o ECA. As conexões anexadas ao seguro (automóveis, responsabilidade civil, vida e saúde), que representam potenciais rendimentos devidos como resultado de ferimentos pessoais de um indivíduo para o qual a unidade hospitalar da AHS prestou cuidados, são permitidas em conexão com o processo de cobrança. Nenhum outro julgamento pessoal ou conexões será movido contra indivíduos elegíveis ao FAP.

c. *Pedido de assistência financeira preenchido enviado:*

Se um indivíduo enviar um formulário de pedido de assistência financeira preenchido durante o período de solicitação (240 dias após a primeira declaração de faturamento pós-alta ser enviada), o hospital da AHS deve tomar as seguintes medidas:

i. Suspender quaisquer ECAs.
ii. Suspender qualquer atividade de cobrança durante a consideração do formulário de pedido de assistência financeira da AHS preenchido. Uma nota será inscrita na conta do paciente para suspender as atividades de cobrança até que o processo de assistência financeira seja concluído. Se a conta tiver sido efetuada com uma

agência de cobrança, a agência será notificada para suspender os esforços de cobrança até que seja feita uma determinação. Esta notificação será documentada nas notas da conta.

iii. Fazer e documentar a determinação quanto à elegibilidade do indivíduo para a assistência financeira.

iv. Notificar o indivíduo por escrito em tempo hábil, geralmente dentro de 60 dias, após receber um formulário de pedido de assistência financeira preenchido da determinação de elegibilidade e a base para a determinação.

v. Fornecer ao indivíduo uma fatura (esta não é necessária para uma declaração de faturamento de $0) que indique o montante da dívida do indivíduo elegível de FAP e descreva como o indivíduo pode obter informações sobre o AGB para cuidados e como as instalações hospitalares da AHS determinaram o montante devido pelo indivíduo.

vi. Reembolsar quaisquer pagamentos em excesso para o indivíduo.

vii. Tomar todas as medidas razoavelmente disponíveis para reverter qualquer ECA que tenha sido tomado contra o indivíduo.

viii. Fornecer uma notificação por escrito da negação do pedido de qualquer indivíduo não elegível de FAP e incluir a razão para a negação e informações de contato para a apresentação de recursos. Se um indivíduo não concordar com a decisão de negar a prestação de assistência financeira, o indivíduo pode solicitar um recurso por escrito no prazo de 45 dias da negação. O recurso deve incluir informações relevantes adicionais que podem auxiliar na avaliação do recurso. Os pedidos de recurso de negação serão analisados pelo Comitê de Assistência Financeira mensalmente. As decisões tomadas pelo Comitê de Assistência Financeira serão comunicadas ao indivíduo dentro de 60 dias da avaliação do comitê e refletirão a decisão final do comitê.

ix. Após o recebimento de um Formulário FAA preenchido, a unidade hospitalar da AHS pode adiar a determinação da elegibilidade de um indivíduo sob a sua FAP, se o indivíduo houver enviado um pedido de assistência da Medicaid, até que a elegibilidade da Medicaid tenha sido determinada.

E. Responsabilidades de serviços financeiros ao paciente

1. Comitê de Assistência Financeira: Um resumo desses pedidos de assistência financeira e as recomendações resultantes, processadas pelos serviços financeiros ao paciente, serão analisados mensalmente pelo Comitê de Assistência Financeira do hospital. O Comitê de Assistência Financeira analisa todas as

recomendações de assistência financeira, com uma revisão focada em solicitações no limite ou não rotineiras que exigem análise caso a caso.

2. A prestação de assistência financeira que exceda $10.000 deve ser aprovada pelo Comitê de Assistência Financeira.

3. Após análise e aprovação do Comitê de Assistência Financeira, a assistência financeira aprovada será aplicada à conta do indivíduo por serviços financeiros do paciente.

4. Os Serviços Financeiros do Paciente tem a responsabilidade de verificar se o hospital empregou esforços razoáveis para determinar se um indivíduo é elegível de FAP e se o hospital pode tomar medidas para qualquer ECA.

5. As agências de cobrança contratadas pela AHS para prestação de serviços de cobrança devem seguir esta política de assistência financeira no que diz respeito a todas as questões de faturamento e arrecadação.

6. A venda da dívida de um indivíduo para outra parte (que não seja uma venda não ECA como descrito abaixo) é considerada uma ECA e não deve ser iniciada até que as etapas necessárias descritas na seção D tenham sido concluídas. Qualquer venda proposta de acordo da dívida deve ser aprovada pelo CFO Regional da AHS relevante e submetida ao processo de revisão de contrato da AHS antes de ser executada.

   Determinadas vendas da dívida não são consideradas ECAs. As vendas da dívida não ECA exigem que as instalações hospitalares da AHS sejam juridicamente vinculativas de acordo com o comprador da dívida que estipula o seguinte:

   a. O adquirente pode não envolver-se em qualquer ECA;
   b. O adquirente é proibido de cobrar juros sobre a dívida superior a uma taxa de IRS estabelecida;
   c. A dívida é retornável pela instalação hospitalar da AHS após a determinação de que o indivíduo é elegível de FAP; e
   d. Se a dívida não for retornada, o adquirente deve assegurar que o indivíduo não pague mais do que estiver pessoalmente responsável, como um indivíduo elegível de FAP.

F. Planos de pagamento individual

1. Os planos de pagamento individual para indivíduos por conta própria que são cobrados AGB, serão elaborados individualmente com o paciente. Todas as atividades de cobrança serão realizadas em conformidade com as leis estaduais e federais que regem as práticas de cobrança de dívidas. Nenhum juro se acumulará aos saldos da conta, enquanto os pagamentos estão sendo feitos, a menos que o

indivíduo voluntariamente opte por participar de um acordo de pagamento em longo prazo que rende juros, aplicado por um agente de financiamento de terceiros.

2. Se um indivíduo estiver em conformidade com os termos do seu plano de pagamento desenvolvido individualmente, nenhuma ação de cobrança será realizada.

G. Manutenção de registros

1. Um registro, impresso ou eletrônico, será mantido, refletindo a autorização da assistência financeira, juntamente com cópias de todos os formulários de pedido e planilhas.

2. Informações de resumo sobre pedidos processados e assistência financeira concedida serão mantidas por um período de sete anos. As informações de resumo incluem o número de pacientes que solicitaram assistência financeira na AHS, quantos pacientes receberam assistência financeira, o montante da assistência financeira fornecida para cada paciente e a conta total para cada paciente.

3. O custo da assistência financeira será relatado anualmente no relatório de benefício comunitário. A assistência financeira (por caridade) será relatada como custo dos cuidados prestados (não cobrança), usando os custos operacionais mais recentes e disponíveis e o custo associado à taxa de cobrança.

H. Subordinada à Lei: A prestação de assistência financeira pode agora ou no futuro, estar sujeita à lei federal, estadual ou municipal. Tais leis exercem governança na medida em que impõe requisitos mais rigorosos que esta política.