

В **HSS / Госпитале специальной хирургии (HSS)** есть Программа финансовой поддержки, которая помогает определенным пациентам с ограниченным страховым покрытием или без страхового покрытия, которые отвечают определенным требованиям. Политика покрывает только необходимые с медицинской точки зрения услуги, в том числе услуги Госпиталя и некоторые услуги, предоставляемые определенными врачами и другими работниками Госпиталя. Политика применяется в отношении услуг, предоставленных в отделениях в Нью-Йорке, Нью-Джерси и Коннектикуте. Политика будет применяться согласованно, независимо от расы, цвета кожи, вероисповедания, половой ориентации, этнического происхождения или иммиграционного статуса.

СООТВЕТСТВИЕ КРИТЕРИЯМ

Чтобы соответствовать критериям для получения Финансовой поддержки, лица должны отвечать как Финансовым критериям, так и Критериями покрытия.

Чтобы соответствовать Финансовым критериям, ваш годовой валовой доход не должен в семь раз превышать Уровень бедности, установленный Министерством здравоохранения и социальных служб США. Чтобы соответствовать Критериям покрытия, вы должны быть (i) незастрахованным жителем США; (ii) застрахованным жителем США с покрытием, которое хотя бы в некоторой степени покрывает услуги в **HSS**; либо (iii) направлены по Программе специального доступа.

По Программе специального доступа застрахованные жители США, нуждающиеся в специализированном лечении, которое в разумных пределах не доступно ближе к их месту проживания, чем **HSS**, могут соответствовать критериям. Кроме того, в любом случае критериям могут соответствовать (i) застрахованные жители США и (ii) незастрахованные лица, не являющиеся жителями США, которые направлены врачом Больничной организации врачей **HSS** (англ. HSS Physician Hospital Organization, PHO) и соответствуют другим требованиям, содержащимся в полной версии Политики.

КАК ПОДАТЬ ЗАЯВЛЕНИЕ

Любой человек, делающий запрос на получение Финансовой поддержки, должен заполнить заявление. Заявитель должен предоставить документацию, подтверждающую нынешний уровень дохода его семьи, имеющееся в наличии имущество и демографическую информацию. Документы, подтверждающие нынешний уровень дохода, включают в себя квитанции о начислении заработной платы или отчеты о льготах социального страхования или недееспособности. Если вы не можете представить такие документы, вы все еще можете подать заявление. Со всеми заявлениями, подтверждающей документацией и коммуникацией будут обращаться конфиденциально.

В **HSS** используют показатели уровня бедности, установленные Министерством здравоохранения и социальных служб США, чтобы определить соответствие пациента критериям на получение финансовой поддержки. Сумма скидки отличается на основании вашего дохода и размера вашей семьи. Ниже указаны ограничения дохода на основании Федерального уровня бедности («ФУБ») 2021 г. в семикратном размере.

Размер семьи	Годовой семейный доход	Ежемесячный семейный доход	Еженедельный семейный доход
1	До \$ 95,130	До \$ 7,928	До \$ 1,829
2	До \$ 128,170	До \$ 10,681	До \$ 2,465
3	До \$ 161,210	До \$ 13,434	До \$ 3,100
4	До \$ 194,250	До \$ 16,188	До \$ 3,736
5	До \$ 227,290	До \$ 18,941	До \$ 4,371
6	До \$ 260,330	До \$ 21,694	До \$ 5,006
7	До \$ 293,370	До \$ 24,448	До \$ 5,642
8	До \$ 326,410	До \$ 27,201	До \$ 6,277

Заявителя уведомят в письменной форме о решении в течение 30 календарных дней с момента получения заполненного заявления. Вы можете не принимать во внимание никакие счета, в то время как рассматривается ваше заявление на скидку.

Вы можете апеллировать наше исходное решение о Финансовой поддержке – в полной версии политики предоставлено описание нашего апелляционного процесса.

СУММА ПОДДЕРЖКИ

Если ваш доход составляет 500% или ниже от ФУБ, и вы не застрахованы, то лечение будет предоставлено бесплатно. (Если вы застрахованы, то ваша ответственность как пациента будет снижена до нуля).

Для лиц, доход которых находится между 501% и 700% от ФУБ, **HSS** предоставит 50% скидку.

Скидка будет применяться к обязательству пациента, которое для незастрахованных пациентов основано на сумме, которую за эту услугу оплатила бы программа Medicaid. Для застрахованных пациентов скидка применяется к обязательству по франшизе и дополнительной плате. Ни в коем случае пациент, соответствующий критериям на получение Финансовой поддержки, не понесет дополнительных расходов за соответствующее лечение, превышающих сумму, которую Госпиталь обычно взимает на основании ставок Medicaid.

ДОСТУПНОСТЬ ПОЛИТИКИ ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКИ

Копия Политики финансовой поддержки и заявление доступны на сайте www.hss.edu/financial-assistance. Вы можете сделать запрос на получение копии Политики финансовой поддержки и заявления по электронной почте, телефону, факсу или лично по адресу:

HSS | Hospital for Special Surgery

Financial Assistance Program

535 East 70th Street

New York, NY 10021

Телефон: 212-606-1505

Факс: 212-774-2811

Запрошенные материалы будут бесплатно отправлены по почте.

Для получения более подробной информации о Программе финансовой поддержки или для помощи с процессом подачи заявления вы можете поговорить с сотрудником службы финансовой поддержки, с которым можно связаться по указанному выше контактному адресу, номеру телефона или местонахождению. При запросе, может быть предоставлен перевод с иностранных языков. Заполненные заявления следует подавать в Программу финансовой поддержки по указанному выше адресу.

Политика финансовой поддержки, заявление и это краткое описание также доступны на различных иностранных языках. По запросу могут быть предоставлены услуги переводчиков.

Лицам, полагающим, что Политика не была применена в соответствии с ее условиями, следует обратиться за помощью в Отделение корпоративного соблюдения нормативно-правового соответствия и внутреннего аудита в **HSS**. Жалобы следует направлять специалисту по вопросам корпоративного соблюдения нормативно-правового соответствия в **HSS** по телефону (212)-774-2398 или на конфиденциальную линию помощи по вопросам корпоративного соблюдения нормативно-правового соответствия по телефону (888) 651-6234.

При наличии жалобы вы также можете позвонить в Министерство здравоохранения штата Нью-Йорк по телефону (800) 804-5447.