

В **HSS Palm Beach Ambulatory Surgery Center, LLC** (ООО «Амбулаторный хирургический центр Госпиталя специальной хирургии в Палм-Бич») 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, предоставляемые врачами и другими работниками **HSS Palm Beach Ambulatory Surgery Center, LLC**. 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 Финансовым критериям и Критериями покрытия.

Чтобы соответствовать Финансовым критериям, ваш годовой валовый доход не должен в четыре раза превышать Уровень бедности, установленный Министерством здравоохранения и социальных служб США. Чтобы соответствовать Критериям покрытия, вы должны быть (i) жителем США.

\* **HSS-Florida Physicians, LLC** (Госпиталь специальной хирургии – ООО «Флорида Фюзишенс» [Врачи Флориды]) предоставляет финансовую поддержку по таким же условиям, что и **HSS Palm Beach Ambulatory Surgery Center, LLC**. Однако решения относительно соответствия критериям и покрытия принимаются отдельно, и они могут различаться, в результате приводя к соответствию критериями в одном учреждении, но не в другом.

#### 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 Palm Beach Ambulatory Surgery Center, LLC** 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 четырехкратном размере.

Размер семьи	Годовой семейный доход	Ежемесячный семейный доход	Еженедельный семейный доход
1	До \$54,360	До \$4,530	До \$1,045
2	До \$73,240	До \$6,103	До \$1,408
3	До \$92,120	До \$7,677	До \$1,772
4	До \$111,000	До \$9,250	До \$2,135
5	До \$129,880	До \$10,823	До \$2,498
6	До \$148,760	До \$12,397	До \$2,861
7	До \$167,640	До \$13,970	До \$3,224
8	До \$186,520	До \$15,543	До \$3,587

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.

(см. на обороте)

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

### **СУММА ПОДДЕРЖКИ**

Если ваш доход составляет 200% 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 201% и 400% от ФУБ, **HSS Palm Beach Ambulatory Surgery Center, LLC** предоставит 50% скидку.

Скидка будет применяться к обязательству пациента, которое для незастрахованных пациентов основано на сумме, которую за эту услугу оплатила бы программа Medicare. 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 Medicare.

### **ДОСТУПНОСТЬ ПОЛИТИКИ ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКИ**

Копия Политики финансовой поддержки и заявление доступны на сайте [hss.edu/hss-florida-palm-beach-asc-financial-assistance](https://hss.edu/hss-florida-palm-beach-asc-financial-assistance).

Вы можете сделать запрос на получение копии Политики финансовой поддержки и заявления по электронной почте, телефону, факсу или лично по адресу:

#### **HSS Palm Beach Ambulatory Surgery Center Financial Assistance Program**

300 Palm Beach Lake Boulevard  
West Palm Beach FL 33401-2711  
Телефон: 561-725-4300  
Факс: 561-725-4310

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 вице-президенту, исполнительному директору HSS Florida по телефону 561 657 4765 или на конфиденциальную горячую линию отдела нормативно-правового соответствия по телефону 888 651 6234.