HSS Northern NJ SURGERY CENTER

Политика благотворительной помощи/финансовой поддержки

Изменено: 10 февраля 2025 года

Если Вы обеспокоены тем, что не сможете оплатить свое лечение, возможно мы сможем Вам помочь. **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** предоставляет финансовую помощь на необходимые по медицинским показаниям и экстренные услуги на основании финансовых потребностей пациента и включает в себя скользящую шкалу скидок для пациентов, которые соответствуют требованиям. Помощь может быть доступна пациентам, не имеющим страховки, а также тем, кто застрахован недостаточно. Возможно, мы сможем помочь Вам организовать приемлемый план платежей.

Наша политика финансовой помощи распространяется только на услуги, предоставляемые **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**.

Полный текст политики приведен ниже. На нашем веб-сайте можно ознакомиться с полным текстом политики, заявлением и дополнительной информацией, включая полный список поставщиков, которые участвуют в программе финансовой помощи **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**. Посетите www.hss.edu/hss-northern-nj-surgery-center.asp, чтобы узнать подробнее. Вы также можете позвонить в отдел финансовых консультаций **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** по телефону 212.606.1505, и мы будем рады предоставить Вам подробную информацию и ответить на любые вопросы.

ЦЕЛЬ

Целью данной Политики является обеспечение последовательной и справедливой оценки и обработки всех запросов на финансовую помощь, в поддержку миссии хирургического центра **HSS Northern NJ**, и с достоинством, состраданием и уважением. **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** обязуется предоставлять финансовую помощь независимо от возраста, пола, религии, расы, сексуальной ориентации или иммиграционного статуса. Настоящая Политика вступает в силу с 10 февраля 2025 года. Поправки к Политике, внесенные после первоначальной даты вступления в силу, будут действовать с даты пересмотра, указанной выше.

HSS Northern NJ SURGERY CENTER будет предоставлять финансовую помощь лицам, отвечающим квалификационным требованиям, описанным в настоящей политике. Политика финансовой помощи («FAP» или «Полис») и процедуры будут поддерживаться и осуществляться в соответствии со всеми применимыми законами.

СФЕРА ДЕЙСТВИЯ И ПРИМЕНИМОСТЬ

1. Что такое финансовая помощь?

Финансовая помощь — это термин, используемый для описания необходимых с медицинской точки зрения и экстренных услуг, предоставляемых **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** и его наемным персоналом («Покрываемые поставщики») по сниженной стоимости нуждающимся лицам. Она не подразумевает замену имеющегося страхового покрытия, программ пособий или других программ помощи.

2. Кто имеет право на финансовую помощь?

Для того, чтобы иметь право на получение финансовой помощи в **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**, пациенты должны соответствовать финансовым критериям и критериям покрытия, которые описаны ниже. Кроме того, некоторые лица, которые не имеют права на получение финансовой помощи, могут иметь право на её получение в рамках программы специального доступа **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**, также описанной ниже:

A. Финансовым критериям соответствуют следующие лица:
   1. Жители США (в том числе студенты), чей валовой годовой доход не превышает семикратного размера текущих рекомендаций Министерства здравоохранения и социальных служб США по уровню бедности для размера семьи (с учетом всех освобождений, заявленных в федеральной налоговой декларации) и населенного пункта («Федеральный уровень бедности» или «FPL»), и которые удовлетворяют требованиям теста на активы, описанного ниже, где это применимо.

2. Жители иностранных государств, но только те, кто направлен в рамках программы специального доступа, чей валовой годовой доход не превышает семикратного уровня FPL.

B. Следующие лица соответствуют критериям покрытия:
   1. Жители США, не имеющие какой-либо страховки (государственной или коммерческой). Этих людей называют «незастрахованными».
   2. Лица, имеющие страховое покрытие, которое распространяется на услуги в **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** (как услуги в сети, так и через точку обслуживания или внесетевое покрытие), но имеющие также расходы из своего кармана, которые являются ответственностью пациента в рамках такого покрытия. Таких людей называют «недозастрахованными».

C. Следующие лица НЕ соответствуют критериям покрытия:
   1. Лица, имеющие медицинскую страховку (государственную или частную), по которой **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** не входит в определенную сеть, а их страховщик не предоставляет покрытие вне сети.
   2. Лица, не проживающие в США, за исключением лиц, направленных по программе специального доступа.

D. Программа специального доступа.
   Лица, удовлетворяющие финансовым критериям, но не удовлетворяющие критериям покрытия, всё равно могут иметь право на получение финансовой помощи в рамках программы специального доступа, но только те лица, которым, как ожидается, не потребуются услуги за пределами **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**. В рамках программы специального доступа финансовая помощь предоставляется следующим группам лиц при условии, что они отвечают финансовым критериям:
   1. Жители США, имеющие медицинскую страховку, которая не покрывает услуги в **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** (и нет покрытия вне сети), но необходимые пациенту услуги не доступны (и не покрывается планом пациента) ближе к месту жительства пациента, чем **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**. Обычно это правило относится к высокоспециализированной помощи, которая не предоставляется в большинстве больниц, но доступна в **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**.
   2. Жители США, имеющие медицинскую страховку, которая не покрывает услуги в **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** (и нет покрытия вне сети), но не удовлетворяющие требованиям предыдущего пункта (2)(D)(1), и лица, не проживающие в США, не имеющие соответствующего покрытия и направленные в **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** врачами, которые являются участниками врачебно-больничной организации HSS (PHO), при условии, что такое направление одобрено **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**.

3. Какие услуги покрываются полисом?
   A. Финансовая помощь предоставляется для снижения финансового бремени, связанного с необходимыми по медицинским показаниям и экстренными услугами. Косметические и экспериментальные услуги, и услуги для удобства, не могут считаться необходимыми с медицинской точки зрения в рамках данного Полиса, а проезд и связанные с ним расходы не покрываются в рамках данного Полиса. Необходимость по медицинским показаниям или «медицинская необходимость» будет определяться в соответствии с Статутом штата Нью-Джерси 17B:30-50 (2023), который означает или описывает медицинскую услугу, которую поставщик медицинских услуг, руководствуясь своим разумным клиническим суждением, предоставил бы покрытому лицу с целью оценки, диагностики или лечения заболевания, травмы, болезни или их симптомов, и которая: соответствует общепринятым стандартам медицинской практики; клинически целесообразна с точки зрения типа, частоты, степени, места и продолжительности и считается эффективной для заболевания, травмы или болезни застрахованного лица; не в первую очередь для удобства застрахованного лица или поставщика медицинских услуг; и не дороже, чем альтернативная услуга или последовательность услуг, которые, по крайней мере, с такой же вероятностью дадут эквивалентные терапевтические или диагностические результаты в отношении диагностики или лечения заболевания, травмы или болезни застрахованного лица.

   B. Настоящий полис распространяется на все услуги, предоставляемые **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** и его Покрываемыми поставщиками. В приложении A приведен список поставщиков, предоставляющих необходимые с медицинской точки зрения услуги в **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**, с указанием того, какие из таких поставщиков (или групп поставщиков) подпадают под действие настоящего Полиса, а какие не подпадают под действие настоящего Полиса. Список приложения A будет пересматриваться не реже одного раза в квартал.

C. Право на получение финансовой помощи не гарантирует, что пациент сможет обратиться к какому-либо конкретному врачу или сделать это в какие-либо конкретные сроки.

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОЛИТИКЕ И ЗАЯВКЕ

1. Уведомление о политике финансовой помощи будет происходить следующим образом:
   A. При регистрации и выписке все пациенты получат копии краткого описания FAP («Описание»). Кроме того Описание будет предоставляться по запросу. В описании будет содержаться информация о том, как пациенты могут получить полный текст FAP, форму заявления на FAP и дополнительную информацию о финансовой помощи.

   B. **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** обеспечит доступность данного Полиса, формы заявления на получение FAP и описания FAP доступным языком на своем веб-сайте; по запросу; и на стойке регистрации **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**, а также будет уведомлять и информировать пациентов **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** и общественность о FAP.

2. Как подать заявление на получение финансовой помощи.
   A. **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** будет рассматривать любое свидетельство неспособности платить как возможный запрос на финансовую помощь. Первые запросы могут быть сделаны в письменном виде или по телефону, но для принятия окончательного решения необходимо будет заполнить форму заявления FAP. Как только человек обращается за финансовой помощью, его информируют о данной политике и высылают копию соответствующих форм заявления, а также Описание FAP.

   B. Несмотря на вышесказанное, при определенных обстоятельствах, HSS Northern NJ SURGERY CENTER может предоставить финансовую помощь до подачи заявления на получение такой помощи. (См. раздел «Предположительное право на получение помощи» ниже).

   C. Запрос на получение финансовой помощи может быть сделан в любое время. Это означает, что человек может подать запрос до, во время или после получения услуг, в том числе после начала действий коллекторского агентства в отношении его. Однако, если пациент получил одобрение на получение финансовой помощи на основании предположительного права (о котором речь пойдет ниже), у него есть до тридцати (30) дней после уведомления об этом, чтобы подать заявление на получение большей помощи в отношении конкретных услуг, к которым была применена презумпция приемлемости.

ЗАПОЛНЕНИЕ ЗАЯВЛЕНИЯ

Заявление может быть заполнено самим человеком или его законным опекуном. Если у Вас возникли вопросы по заполнению заявления на получение финансовой помощи, свяжитесь с сотрудниками FAP по телефону (212) 606-1505.

1. В заявлении FAP запрашивается следующая информация:

   a. Дата официального запроса
   b. Кем запрашивается (родителем или опекуном в случае с несовершеннолетним)
   c. Имя пациента
   d. Дата рождения пациента
   e. Адрес пациента
   f. Телефон
   g. Количество человек в семье (как определено и заявлено в федеральной налоговой декларации).
   h. Доход семьи за последние двенадцать (12) месяцев и последние (3) месяца.
   i. Доступные активы для лиц с доходом выше 400% от FPL
   j. Идентификационные данные Вашего страховщика/третьей стороны-плательщика и описание покрытия
   k. Тип клинической услуги, запрашиваемой или предоставляемой **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** или покрываемыми поставщиками
   l. В заявлении должна быть дата и подпись.

2. В заявлении FAP также запрашивается следующая информация, которую HSS Northern NJ SURGERY CENTER может использовать для проверки годового валового дохода семьи заявителя. Заявителям не нужно предоставлять пункты, указанные ниже, если информация недоступна:

3. Один из разделов заявления FAP будет посвящен запросу информации, специфичной для программы специального доступа, например, почему соответствующее обслуживание не доступно ближе к месту жительства пациента или какой врач HSS Northern NJ SURGERY CENTER направил пациента. См. разделы D(1) и D(2) выше в разделе «Сфера действия и применимость».

4. Если заявление FAP подана и не заполнена полностью, хирургический центр HSS Northern NJ должен в течение тридцати (30) дней после подачи заявления письменно уведомить заявителя о том, что заявление не заполнена полностью, и сообщить заявителю о недостающей информации. Заявителю предоставляется разумный срок (не менее тридцати (30) дополнительных дней) для предоставления недостающей информации.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРАВА НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ И ЕЕ РАЗМЕРА

За исключением определения предположительного права на получение финансовой помощи (см. ниже), определение права на получение финансовой помощи и её размера производится только после предоставления заполненной формы заявления на получение финансовой помощи с приложением необходимых документов. Форма должна быть представлена в Программу финансовой помощи Финансового отдела, куда можно обратиться по телефону 212-606-1505. **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** должен задокументировать определенную информацию в форме заявления, а заявители должны предоставить конкретную информацию. Это описано выше в разделе «ЗАПОЛНЕНИЕ ЗАЯВЛЕНИЯ».

За исключением определений предполагаемой пригодности (рассматривается ниже), **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** будет следовать нижеприведенным процедурам при рассмотрении заявления на финансовую помощь. Определения будут рассматриваться в каждом конкретном случае, но должны обрабатываться последовательно в соответствии с Политикой:

1. Определение права на получение финансовой помощи и, если применимо, определение её размера должно быть сделано в течение 10 дней после получения заполненной полностью заявления. Заявка будет считаться заполненной, когда вся запрошенная информация и документы будут получены Финансовым отделом.

2. HSS Northern NJ SURGERY CENTER определит, имеет ли заявитель право на финансовую помощь по Полису, в соответствии со следующим:
    1. **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** сравнит доход пациента и его размер семьи с действующим FPL.
    2. **Где применимо, HSS Northern NJ SURGERY CENTER** рассчитает чистые активы в соответствии со следующим:
        a. Доступные чистые активы определяются как ликвидные активы и не включают основное место жительства пациента, активы, хранящиеся на отложенном по налогообложению или сопоставимом пенсионном сберегательном счете, сберегательном счете для оплаты обучения в колледже или автомобили, регулярно используемые пациентом или ближайшими членами семьи.
        b. Доступные чистые активы не будут учитываться для любого лица, уровень дохода которого составляет 400% или менее от FPL.
    3. Обычно выставляемая сумма («AGB») будет рассчитываться путем применения среднего коэффициента сбора Medicaid к взимаемой сумме. (физические лица могут получить конкретные проценты AGB и описание расчетов по запросу у контактного лица Программы финансовой помощи, указанного ниже, или на веб-сайте **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**.

    4. Для расчета годового дохода **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** обычно умножает доход за последние 3 месяца на четыре (4) и сравнивает результат с полными 12-месячными показателями.

Меньшая сумма будет использоваться для определения права на финансовую помощь.

5. **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** определит, применима ли Программа специального доступа.

3. Предполагая, что лицо считается имеющим право на получение финансовой помощи, **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** определит сумму предлагаемой помощи.
   A. Если доход пациента при размере семьи составляет 500% или ниже FPL, **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** предоставит услуги незастрахованным пациентам бесплатно. (для пациентов с недостаточным страхованием ответственность пациента будет снижена до нуля.)
   B. Для тех, у кого доход составляет от 501% до 700 % от FPL, **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** предоставит скидку в размере 50%. Скидка будет применена к обязательству пациента, которое для незастрахованных пациентов представляет собой AGB, основанный на сумме, которую Medicaid заплатит за услугу (или для недостаточно застрахованных пациентов — на франшизе и обязательстве по доплате (см. пункт (D) ниже для корректировки обязательства по франшизе и доплатам).
   C. Для лиц, доход которых составляет от 401% до 700% от FPL, и которые имеют достаточно чистых активов для оплаты некоторых или всех своих больничных счетов, **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** для целей применения своей скользящей шкалы будет рассматривать одну треть чистых активов как годовой доход.
   D. Для лиц, имеющих право на финансовую помощь, максимальная сумма, подлежащая уплате лицом за любую услугу, составляет AGB. (Для пациентов с недостаточным страхованием, если сумма, которая будет уплачена путем применения уровня скидки по скользящей шкале (описанного выше) к обязательству пациента по франшизам и доплатам за применимую помощь, превышает уровень оплаты AGB, обязательство пациента будет уменьшено до суммы AGB.)

4. Затем скидки рассчитываются HSS Northern NJ SURGERY CENTER на основе всего вышеизложенного. HSS Northern NJ SURGERY CENTER документирует определение в форме о финансовой помощи. Форма определения финансовой помощи (описано ниже).

5. Использование планов платежей разрешено для оплаты непогашенных остатков. Ежемесячный платеж по такому плану не должен превышать 5% от валового ежемесячного дохода и должен быть ограничен максимальной продолжительностью в 5 лет. Проценты по данному графику платежей не взимаются.

6. Если пациент направлен в HSS Northern NJ SURGERY CENTER через признанную стороннюю благотворительную программу, которая предлагает условия, отличающиеся от вышеизложенных, HSS Northern NJ SURGERY CENTER может принять участие в программе, и настоящая Политика будет считаться измененной по мере необходимости для соответствия стандартам программы для пациентов в той мере, в какой это не противоречит законодательству штата Нью-Джерси и федеральному законодательству в отношении политики скидок на благотворительность.

7. Любой пациент, который по результатам рассмотрения заполненного заявления признан имеющим право на финансовую помощь в соответствии с настоящей Политикой, сохраняет право (без необходимости каких-либо дополнительных действий) на определенный таким образом уровень помощи в течение двух (2) лет с даты определения, за исключением случаев, указанных ниже в настоящем пункте. Датой принятия решения является дата первоначального определения или дата определения после завершения апелляции, если апелляция была подана. Несмотря на вышеизложенное, при изменении обстоятельств, при которых пациент считает, что ему необходима дополнительная финансовая помощь, он может подать заявление снова в течение двух (2) лет и может получить дополнительную финансовую помощь в соответствии с Политикой, если применимо. Пациент, который признан имеющим право на основании процедуры предполагаемого соответствия критериям, имеет право на эту помощь только в отношении применимого открытого остатка. Пациент, имеющий право на получение помощи по Программе специального доступа, имеет право на этом основании только на соответствующий эпизод лечения.

8. Ожидается, что если у пациента, получающего финансовую помощь в рамках Полиса, впоследствии произойдут существенные изменения ситуации (например, он изменит свой статус с незастрахованного на застрахованного), то пациент уведомит об этом Центр хирургии/Программу финансовой помощи HSS Northern NJ по телефону (212) 606-1505, чтобы это могло быть учтено в будущем. Подобные позитивные изменения обстоятельств не будут применяться для уменьшения уже предоставленной финансовой помощи. Кроме того,

нежелательно, чтобы пациент сообщал о незначительных изменениях ситуации, а только в том случае, если очевидно, что эти изменения могут существенно повлиять на определение финансовой помощи.

9. Если HSS Northern NJ SURGERY CENTER узнает, что заявитель на получение финансовой помощи предоставил существенно ложную информацию, это может быть принята во внимание HSS Northern NJ SURGERY CENTER при рассмотрении заявления или при дальнейшем предоставлении права на получение финансовой помощи.

10. HSS Northern NJ SURGERY CENTER будет принимать определения HSS, в отношении пациента HSS, и применять эти определения к пациентам HSS Northern NJ SURGERY CENTER.

ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ПРИЕМЛЕМОСТЬ

При некоторых обстоятельствах HSS может предоставить Финансовую поддержку до подачи или без какого-либо заявления на получение такой поддержки. В HSS это будет сделано в процессе скрининга – неоплаченный счет проверят, используя коммерчески доступное приложение по предсказанию дохода, чтобы определить, могут ли лица соответствовать критериям для Финансовой поддержки на основании таких переменных, как адрес, возраст и пол («Предполагаемое соответствие критериям»). HSS также проведет скрининг Предполагаемого соответствия критериям на счетах до их направления на Экстремальные действия по сбору платежей (англ. ECA) (определено ниже в разделе «ДЕЙСТВИЯ ПО СБОРУ ПЛАТЕЖЕЙ»).

Определение Предполагаемого соответствия критериям будет применяться только к неоплаченному(ым) балансу(ам), который(ые) был(и) выявлен(ы) в процессе скрининга. Если лицо отвечает критериям в соответствии с предполагаемой методологией в отношении неоплаченного(ых) баланса(ов), и доход лица составляет 500% или меньше от ФУБ согласно расчету во процессе скрининга, то HSS предоставит максимальный уровень поддержки, иным образом разрешенный в отношении неоплаченной суммы (т.е. бесплатное лечение). Если рассчитанный доход лица находится между 501% и 700% от ФУБ, то HSS предоставит 50% скидку. Лица, которым оказывается Финансовая поддержка в соответствии с Предполагаемым соответствием критериям, которым не предоставлено бесплатное лечение, будет направлено уведомление о возможности подать заявление на получение дополнительной поддержки в соответствии с Политикой. Если Предполагаемое соответствие критериям предоставлено на основании скрининга неоплаченных балансов, превышающих 240 дней, то в течение тридцати (30) дней со дня предоставления Предполагаемого соответствия критериям лица могут подать заявление на получение дополнительной Финансовой поддержки на услуги, к которым применяется определение Предполагаемой приемлемости.

УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОПРЕДЕЛЕНИИ

HSS Northern NJ SURGERY CENTER должен заполнить следующую информацию в Форме определения финансовой помощи после рассмотрения каждого заполненного Запроса на финансовую помощь и принятия решения:

a. Дата определения
b. Имя пациента
c. Номер счета ЦЕНТРА ХИРУРГИИ
d. Дата первоначального обслуживания
e. Определение права (одобрено/отклонено) соответствующим уполномоченным лицом
f. Сумма, утвержденная для скидки

Если запрос на финансовую помощь был ОДОБРЕН, **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** выдаст или отправит пациенту или законному представителю письмо об определении финансовой помощи, в котором будет указана утвержденная скидка, метод определения и способ получения дополнительной информации относительно определения.

Если запрос на финансовую помощь был ОТКЛОНЕН, **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** задокументирует причину отклонения запроса в форме определения финансовой помощи и выдаст или отправит письмо об отказе пациенту или законному представителю. Уведомление об отказе будет включать информацию о праве пациента и процессе обжалования решения об отказе.

HSS Northern NJ SURGERY CENTER приложит копии уведомлений (отказ или одобрение) к заполненному заявлению на получение финансовой помощи.

ПАЦИЕНТЫ МОГУТ ОБЖАЛОВАТЬ ОТКАЗ В финансовой помощи и МОГУТ ТАКЖЕ обжаловать уровень помощи. Если пациент подает апелляцию, **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** пересмотрит документацию пациента, включая любые вновь представленные материалы, и снова задокументирует свое одобрение или отклонение и уведомит пациента в соответствии с настоящим разделом в течение тридцати (30) дней с момента подачи апелляции.

Пациентам, которые постоянно пытаются обжаловать отказы без предоставления дополнительной информации или при отсутствии изменения обстоятельств, может быть отказано в упрощенном порядке. После упрощенного отказа или отказа по апелляции решение **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** является окончательным и не подлежит обжалованию.

Все письменные уведомления или сообщения от **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** в соответствии с настоящей Политикой могут быть предоставлены по электронной почте или с помощью других форм электронной связи, если лицо указало, что оно предпочитает получать уведомления и сообщения в электронном виде.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПОЛИТИКИ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Персонал регистратуры несет ответственность за распространение Описание во время регистрации и выписки пациента. **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** будет информировать лиц, интересующихся стоимостью услуг **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** , о FAP, а также информация о FAP будет размещена в месте регистрации и других соответствующих местах, включая залы ожидания. **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** может обновлять настоящую Политику и Приложение A.

ОБУЧЕНИЕ

HSS Northern NJ SURGERY CENTER будет тренировать, обучать и контролировать соответствующий персонал (тех, кто взаимодействует с пациентами, или сотрудников, которые несут ответственность за выставление счетов или взыскание долгов) по FAP.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПО СБОРУ ПЛАТЕЖЕЙ

HSS Northern NJ SURGERY CENTER (или его агент) получит письменное согласие от коллекторских агентств, действующих от имени **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**, на соблюдение настоящей Политики, включая соглашение о предоставлении пациентам информации о том, как подать заявление на финансовую помощь в соответствующих случаях.

HSS Northern NJ SURGERY CENTER воздержится от принятия ECA (определено ниже), если пациент подал заполненное заявление на финансовую помощь, включая любую необходимую подтверждающую документацию, а **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** определяет право пациента на такую помощь.

HSS Northern NJ SURGERY CENTER не должен начинать никаких действий по взысканию задолженности с пациента, доход которого ниже 400% от федерального прожиточного минимума (FPL). Никакая задолженность любого другого пациента не будет передана на взыскание, если пациенту не будет предоставлено уведомление о том, что задолженность будет передана на взыскание, по крайней мере за тридцать (30) дней до передачи. Никакие действия по взысканию задолженности не будут начаты менее чем через 180 дней после выставления соответствующего счета.

Взыскания не будут производиться ни с одного пациента, который был признан имеющим право на медицинскую помощь в соответствии с Medicaid на момент оказания услуг, и за которые доступна оплата Medicaid.

HSS Northern NJ SURGERY CENTER не будет участвовать в чрезвычайных действиях по взысканию («ECAs»), за исключением случаев, предусмотренных его Политикой выставления счетов и сбору платежей. (Политика выставления счетов и сбору платежей доступна по запросу в **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**/Программе финансовой помощи, контактная информация указана ниже.) ECAs включают следующее:

(i) начало любого правового разбирательства для сбора платежа с пациента (но это не включает в себя подачу иска в рассматриваемом деле по банкротству)

(ii) сообщение в кредитно-рейтинговое агентство

(iii) задержка или отказ в предоставлении услуг, за исключением случаев, когда пациент вносит предварительную плату (за исключением случаев, когда требование по предоплате не связано с невыполнением обязательства по оплате предыдущего счета)

(iv) использование права на наложение ареста на имущество должника (за исключением случаев, когда право на удержание собственности разрешено законом штата согласно постановлениям или решениям, связанным с вредом, причиненным личности, в связи с предоставленным лечением)

(v) присоединение или овладение каким-либо индивидуальным банковским счетом

(vi) наложение ареста на заработную плату

Любому коллекторскому агентству, используемому **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**, необходимо получить письменное согласие **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** до начала судебного разбирательства по взысканию сумм, причитающихся **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** от пациента.

HSS Northern NJ SURGERY CENTER не может принуждать к продаже или изъятию основного места жительства пациента для погашения непогашенного счета.

ОТЧЕТНОСТЬ И СОБЛЮДЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ

HSS Northern NJ SURGERY CENTER будет представлять необходимые отчеты штату Нью-Джерси в отношении финансовой помощи. **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** Отдел корпоративного соблюдения требований и внутреннего аудита и/или Совет управляющих **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** будут нести ответственность за ежегодную проверку **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** соблюдения настоящей Политики.

Лица, считающие, что Политика не применялась в соответствии с её условиями, должны обратиться за помощью в Отдел корпоративного соответствия и внутреннего аудита **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**. Жалобы следует направлять должностному лицу по вопросам соблюдения нормативных требований **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** по телефону 212.548.2481 или на конфиденциальную горячую линию по вопросам соблюдения нормативных требований **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** по телефону 888.651.6234.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Для того, чтобы получить дополнительную информацию о программе финансовой помощи **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** или запросить заявление на финансовую помощь, позвоните по телефону (212) 606-1505, чтобы поговорить со специалистом по финансовой помощи **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**. При необходимости предоставляется перевод на иностранные языки. Заявление также доступно на веб-сайте **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**, или Вы можете попросить сотрудника регистратуры выдать Вам бланк заявления.

Заявления следует высылать по адресу:

HSS Northern NJ SURGERY CENTER
Financial Assistance Program 535
East 70th Street
New York,

NY 10021 или

Факс: 212.774.2811