



ORTHOPAEDIC HOSPITAL OF WISCONSIN КРАТКИЕ СВЕДЕНИЯ О ПОЛИТИКЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Orthopaedic Hospital of Wisconsin («ОHOW») берет на себя обязательство проявлять уважение к достоинству каждого человека, уделяя при этом особое внимание тем лицам, которые испытывают трудности при получении доступа к услугам здравоохранения. ОHOW в равной мере заинтересован в использовании своих медицинских ресурсов для обслуживания нужд всей общины. Следуя своим принципам, ОHOW обеспечивает финансовую помощь отдельным лицам, которые получают в ОHOW лечение, необходимое по медицинским показаниям. В данном документе кратко изложена Политика финансовой помощи ОHOW.

Кто имеет право на помощь?

Право на получение финансовой помощи получают лица без медицинской страховки. Размер финансовой помощи обычно определяют при сравнении общего семейного дохода с федеральным прожиточным минимумом. Если сумма вашего дохода равна 250% федерального прожиточного минимума или менее нее, вы получите 100% списание расходов на лечение в больнице в рамках благотворительности. Если сумма вашего дохода выше 250% федерального прожиточного минимума, но не превышает 400% федерального прожиточного минимума, вы можете рассчитывать на льготные условия оплаты по скользящей шкале. Размер сумм, выставляемых пациентам, которые имеют право на получение финансовой помощи, не будет превышать сумм, которые обычно выставляются пациентам с медицинской страховкой.

Какие услуги будут покрыты?

Политика финансовой помощи распространяется на лечение, которое необходимо по медицинским показаниям. Эти понятия определены в Политике финансовой помощи.

Как я могу подать заявку?

Чтобы подать заявку на получение финансовой помощи, обычно необходимо заполнить письменную заявку и предоставить подтверждающие документы, как описано в Политике финансовой помощи и Заявке на получение финансовой помощи.

Кто мне может помочь при заполнении заявки?

Если вам нужна помощь при заполнении Заявки на получение финансовой помощи, позвоните в Отдел финансовых услуг ОHOW по телефону 414 961-6880.

Где я могу получить больше информации?

Копию Политики финансовой помощи и бланк Заявки на получение финансовой помощи можно найти на сайте ОHOW.com или получить, отправив запрос на почту:

Orthopaedic Hospital of Wisconsin
ATTN: Financial Service
475 W. River Woods Parkway
Glendale, WI 53212

Дополнительную информацию о Политике финансовой помощи также можно получить, позвонив в Отдел финансовых услуг ОHOW по номеру 414 961-6880.



ORTHOPAEDIC HOSPITAL OF WISCONSIN
ПОЛИТИКА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ
август 2019 г.

ПОЛИТИКА:

Данная политика Orthopaedic Hospital of Wisconsin («ОHOW») служит для обеспечения социальной справедливости в области предоставления в учреждениях ОHOW лечения, необходимого по медицинским показаниям. Эта политика была специально разработана, чтобы определить право на финансовую помощь для пациентов, которым необходима финансовая помощь и которые находятся на лечении в ОHOW.

1. Вся финансовая помощь будет свидетельствовать о нашем серьезном подходе и почтительном отношении к человеческому достоинству каждого лица и общественному благу. Мы разделяем чувство солидарной ответственности и озабочены проблемами людей, которые живут в бедности или относятся к другим уязвимым слоям населения, и наш долг — распределять блага равномерно между людьми в обществе.
2. Эта политика применима ко всем услугам, предоставляемым в ОHOW, которые являются необходимыми по медицинским показаниям. Эта политика не относится к организации платежей за необязательные процедуры или другое лечение, которое не является необходимым по медицинским показаниям.
3. В список поставщиков услуг, на которых распространяется данная Политика финансовой помощи (Приложение В), включены все поставщики услуг, которые проводят лечение в учреждениях ОHOW, с указанием видов мед. услуг, которые учтены в Политике финансовой помощи и тех, которые не входят в нее.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ:

«501(r)» — означает Раздел 501(r) Налогового законодательства США и нормативные акты, которые оно вводит в силу.

«Обычно выставяемая сумма или AGB» — означает, относительно неотложной помощи или другого лечения, необходимого по медицинским показаниям, сумму, которая обычно выставяется за услуги лицам, которые имеют страховку, покрывающую такое лечение.

«Община» — означает округ Milwaukee и Ozaukee.

«Лечение, необходимое по медицинским показаниям» — означает лечение, которое определено как необходимое по медицинским показаниям после клинической оценки лицензированным поставщиком услуг. Если наблюдающий врач считает, что лечение, запрошенное Пациентом, на которого распространяется данная политика, не является необходимым по медицинским показаниям, то такое заключение должно быть также подтверждено дежурным или направившим врачом.

«Пациент» — означает тех незастрахованных лиц, которые получают в ОHOW лечение, необходимое по медицинским показаниям, а также лицо, которое несет финансовую ответственность за лечение пациента.

1. Предусмотренная финансовая помощь

- 1.1. Пациенты, сумма дохода которых ниже или равна 250% федерального прожиточного минимума («FPL»), получают 100% списание расходов на лечение в больнице в рамках благотворительности относительно той части расходов за услуги, за которую несет ответственность Пациент.
- 1.2. В минимальной степени, Пациенты с доходом выше 250% уровня FPL, но который не превышает 400% уровня FPL, получают скидку по скользящей шкале относительно той части расходов за оказанные услуги, за которую несет ответственность Пациент после оплаты страховой компанией, если таковые расходы будут присутствовать. Пациент, который имеет право получить скидку по скользящей шкале, не будет обязан заплатить больше рассчитанных сумм AGB. Скидки по скользящей шкале показаны ниже:

	Уровень благотворительной помощи при лечении и % FPL			
Размер семьи	100%	90%	80%	67%
	250%	300%	350%	400%
	Уровень дохода не превышает			
1	\$ 31 225	\$ 37 470	\$ 43 715	\$ 49 960
2	\$ 42 275	\$ 50 730	\$ 59 185	\$ 67 640
3	\$ 53 325	\$ 63 990	\$ 74 655	\$ 85 320
4	\$ 64 375	\$ 77 250	\$ 90 125	\$ 103 000
5	\$ 75 425	\$ 90 510	\$ 105 595	\$ 120 680
6	\$ 86 475	\$ 103 740	\$ 121 065	\$ 138 360
7	\$ 97 525	\$ 117 030	\$ 136 535	\$ 156 040
8	\$ 108 575	\$ 130 290	\$ 152 005	\$ 173 720
9	\$ 119 625	\$ 143 550	\$ 167 475	\$ 191 400
10	\$ 130 675	\$ 156 810	\$ 182 945	\$ 209 080

- 1.3. Ситуация для пациентов с явными финансовыми потребностями и доходом выше 400% уровня FPL может быть рассмотрена в процессе «Проверки нуждаемости» со всесторонней оценкой их платежеспособности, чтобы они могли получить некоторую скидку на оплату услуг в ОНОВ. Пациент, который имеет право на скидку согласно «Проверке нуждаемости», не будет обязан заплатить больше рассчитанных сумм AGB.
- 1.4. Пациентам, которые имеют право на 100% списание расходов на лечение в рамках благотворительности, может быть выставлен номинальный счет за услуги по фиксированной ставке в \$0.
- 1.5. Право на получение финансовой помощи может быть определено в любой момент цикла получения доходов и может включать применение предположительной оценки платежеспособности, чтобы определить право на получение помощи, несмотря на то, что заявитель не заполнил заявку на получение финансовой помощи («Заявка FAP»).
- 1.6. Право на получение финансовой помощи должно быть определено для любой

оставшейся суммы, за которую пациент несет финансовую ответственность.

- 1.7. Финансовые обязательства, ликвидированные в процессе процедур банкротства, будут признаны благотворительной помощью. Освобождение от обязательств по причине банкротства будет считаться адекватным доказательством соответствия поручителя критериям на получение благотворительной помощи.

2. Другая помощь для пациентов, которые не имеют права на получение Финансовой помощи

Пациенты, которые не имеют права на получение описанной выше финансовой помощи, все еще могут претендовать на другие виды помощи, предлагаемой в ОНОВ. В интересах полноты изложения, эти другие типы помощи перечислены здесь, хотя они и не обоснованы на критерии необходимости и не предназначены для трактовки с учетом Раздела 501(r), но они включены в данный документ для удобства общины, которую обслуживает ОНОВ.

- 2.1. Пациенты, которые не имеют права на получение финансовой помощи, получают скидку в 20% в случае оплаты за счет собственных средств.
- 2.2. Пациенты, которые не могут претендовать на финансовую помощь, могут получить скидку в 20% в случае быстрой оплаты 20%. Скидка в случае быстрой оплаты может быть предложена в дополнение к скидке для незастрахованных лиц, описанной в непосредственно предшествующем пункте.
- 2.3. Застрахованные и незастрахованные Пациенты с доходом выше 400% уровня FPL могут получить помощь на основании «Проверки нуждаемости».

3. Ограничения по расходам для пациентов, которые имеют право на финансовую помощь

- 3.1. Пациенты, которые имеют право на получение Финансовой помощи, не будут обязаны самостоятельно заплатить больше, чем суммы AGB за лечение, необходимое по медицинским показаниям, и больше, чем валовые затраты на все другие виды медицинского лечения. ОНОВ рассчитывает одну или более сумм AGB с помощью ретроспективного метода и включая сделанный способ оплаты Medicare и все частные медицинские страховые компании, которые оплачивают ОНОВ страховые требования, согласно Разделу 501(r) (Приложение А). Чтобы получить бесплатную копию документа с процентным соотношением и описанием расчета сумм AGB, направьте запрос по адресу:

Orthopaedic Hospital of Wisconsin
Attn: Chief Financial Officer
475 W. Riverwoods Pkwy
Glendale, WI 53212

4. Подача заявки на финансовую помощь

- 4.1.1. Право Пациента на получение финансовой помощи может быть подтверждено с помощью предположительной оценки платежеспособности или путем подачи заполненной Заявки FAP. Пациенту могут отказать в финансовой помощи, если Пациент предоставит ложные сведения в Заявке FAP или для предположительной оценки платежеспособности. Чтобы получить Заявку FAP и инструкции по заполнению Заявки FAP по услугам больницы, позвоните по номеру (414)961-6880 или загрузите документ с нашего сайта (ohow.com).

5. **Выставление счетов и взыскание задолженности**

5.1. Действия, которые ОНОВ может предпринять в случае отсутствия оплаты, описаны в отдельной политике выставления счетов и взыскания задолженности (Приложение С). Чтобы получить бесплатную копию политики выставления счетов и взыскания задолженности, направьте запрос по адресу:

Orthopaedic Hospital of Wisconsin
Attn: Chief Financial Officer
475 W. Riverwoods Pkwy
Glendale, WI 53212

6. **Толкование**

6.1. Эта политика предназначена для соответствия требованиям Раздела 501(r), за исключением отдельно обозначенных случаев. Толкование и применение этой политики, вместе со всеми применимыми процедурами, должно выполняться согласно Разделу 501(r), за исключением отдельно обозначенных случаев.



Приложение А

ORTHOPAEDIC HOSPITAL OF WISCONSIN РАСЧЕТ ОБЫЧНО ВЫСТАВЛЯЕМОЙ СУММЫ август 2019 г.

Orthopaedic Hospital of Wisconsin рассчитывает одно процентное соотношение AGB с помощью ретроспективного метода и включая сдельный способ оплаты Medicare и все частные медицинские страховые компании, которые оплачивают ОНОВ страховые требования, согласно Разделу 1.501(r)-5(b)(3), 1.501(r)-5(b)(3)(ii)(B) и 1.501(r)-5(b)(3)(iii) законодательства Налогового управления США. Ниже описано процентное соотношение и расчет AGB.

Процентное соотношение AGB для ОНОВ указано ниже”

AGB: 44%

Это процентное соотношение AGB получают путем деления суммы всех страховых требований ОНОВ за проведенное лечение по медицинским показаниям, которое было разрешено системой платных услуг Medicare и всеми частными медицинскими страховыми компаниями, которые оплачивают ОНОВ страховые требования, на сумму связанных валовых затрат по этим страховым требованиям. Для целей определения AGB будут использованы только те страховые требования, которые были недавно разрешены страховой компанией.



Приложение В

ORTHOPAEDIC HOSPITAL OF WISCONSIN СПИСОК ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ, НА КОТОРЫХ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ДЕЙСТВИЕ ПОЛИТИКИ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ август 2019 г.

Согласно Разделу 1.504(r)-4(b)(1)(iii)(F) законодательства и Уведомлению 2015-46, в этом списке указано, на каких поставщиков услуг, необходимых по медицинским показаниям и оказываемых в больничном учреждении, распространяется Политика финансовой помощи (FAP). Необязательные процедуры и другое лечение, которое не является необходимым по медицинским показаниям, не будет учтено в политике FAP для любых поставщиков услуг.

Поставщики услуг, на которых распространяется действие политики FAP	Поставщики услуг, на которых не распространяется действие политики FAP
<ul style="list-style-type: none"> • Orthopaedic Hospital of Wisconsin 	<ul style="list-style-type: none"> • Blount Orthopaedic Associates
<ul style="list-style-type: none"> • Orthopaedic Hospital of Wisconsin Cedarburg Physical Therapy 	<ul style="list-style-type: none"> • Hand to Shoulder Specialists of Wisconsin
<ul style="list-style-type: none"> • Orthopaedic Hospital of Wisconsin Shorewood Physical Therapy 	<ul style="list-style-type: none"> • Orthopaedic Consultants
<ul style="list-style-type: none"> • Orthopaedic Hospital of Wisconsin New Berlin Physical Therapy 	<ul style="list-style-type: none"> • Milwaukee Hand Center
<ul style="list-style-type: none"> • Orthopaedic Hospital of Wisconsin Greenfield Physical Therapy 	<ul style="list-style-type: none"> • Milwaukee Orthopaedic Group, Ltd.
	<ul style="list-style-type: none"> • Wisconsin Bone & Joint, SC
	<ul style="list-style-type: none"> • Milwaukee Spinal Specialists
	<ul style="list-style-type: none"> • Aspen Orthopaedic & Rehabilitation Specialists, SC
	<ul style="list-style-type: none"> • Watertown Pain Consultants, SC
	<ul style="list-style-type: none"> • John A. Roffers, MD SC
	<ul style="list-style-type: none"> • Advanced Pain Management
	<ul style="list-style-type: none"> • Glendale Anesthesia Associates
	<ul style="list-style-type: none"> • Wisconsin Radiology Specialists
	<ul style="list-style-type: none"> • Medical College of Wisconsin



ORTHOPAEDIC HOSPITAL OF WISCONSIN
ПОЛИТИКА ВЫСТАВЛЕНИЯ СЧЕТОВ И ВЗЫСКАНИЯ ЗАДОЛЖЕННОСТИ
август 2019 г.

ПОЛИТИКА:

Данная политика Orthopaedic Hospital of Wisconsin («ОНОВ») служит для обеспечения социальной справедливости в области предоставления в учреждениях ОНОВ лечения, необходимого по медицинским показаниям, согласно ее Политике финансовой помощи (FAP). Эта Политика выставления счетов и взыскания задолженности была специально разработана для решения вопросов выставления счетов и взыскания задолженности для Пациентов, которые нуждаются в финансовой помощи и проходят лечение в ОНОВ.

Все процедуры выставления счетов и взыскания задолженности будут свидетельствовать о нашем серьезном подходе и почтительном отношении к человеческому достоинству каждого лица и общественному благу. Мы разделяем чувство солидарной ответственности и озабочены проблемами людей, которые живут в бедности или относятся к другим уязвимым слоям населения, и наш долг — распределять блага равномерно между людьми в обществе. Сотрудники и представители ОНОВ обязаны вести себя подобающим образом с учетом политик и ценностей учреждения, финансируемого католической церковью, включая обращение с Пациентами и их семьями с уважением и сочувствием.

Политика выставления счетов и взыскания задолженности применима ко всем услугам, которые ОНОВ оказывает в связи с медицинской необходимостью. Политика выставления счетов и взыскания задолженности не применяется к условиям оплаты необязательных процедур.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ:

«501(R)» — Раздел 501(r) Налогового законодательства США и нормативные акты, которые оно вводит в силу.

«Период подачи заявки» — период, в течение которого можно подать заявку FAP в ОНОВ. Отсчет Периода подачи заявки начинается с ранней из двух дат: дата подачи Заявки FAP или дата предоставления лечения. Дата окончания этого периода указана в Извещении о завершении периода подачи заявки.

«Извещение о завершении периода подачи заявки» — письменное извещение, где указан крайний срок, после которого ОНОВ не будет больше принимать и обрабатывать заявку FAP, которую подаст (или, если применимо, заполнит) Пациент за ранее оказанное рассматриваемое лечение. Крайний срок, указанный в письменном извещении, наступит не ранее, чем более поздняя из дат: (а) тридцать (30) дней с даты предоставления этого письменного извещения, (b) после того, как клиент более не будет в активном статусе, (c) в случае получения предположительного права Пациента на финансовую помощь в размере менее 100%, после чего истечет необходимый срок для подачи заявки на Финансовую помощь, как описано в этом документе. Извещение о завершении периода подачи заявки может быть

отдельным письменным документом или же может быть включено при передаче другого письменного извещения Пациенту.

«Чрезвычайные меры по взысканию задолженности» или «ЕСА» — любые из приведенных ниже мер по возврату задолженности, на которые распространяются ограничения Раздела 501(r):

1. Продажа долга Пациента другой стороне, за исключением случаев, когда на покупателя распространяются определенные ограничения, которые описаны ниже.
2. Передача негативной информации о Пациенте учреждениям, которые предоставляют отчетность по потребительскому кредитованию, или в бюро кредитных историй.
3. Отсрочка или отказ, или требование платежа перед предоставлением услуг, необходимых по медицинским показаниям, по причине отсутствия оплаты от Пациента по одному или более счетам за ранее оказанное лечение, на которое распространяется Политика FAP.
4. Действия, которые требуют проведения судебного процесса или судопроизводства, за исключением страховых требований, в отношении которых подается заявление о банкротстве или имеется судебное разбирательство в связи с причинением вреда жизни или здоровью. Эти действия включают, но не ограничиваются следующим:
 - 4.1. наложение ареста на собственность Пациента,
 - 4.2. лишение права пользования собственностью Пациента,
 - 4.3. взыскание долга путем подачи иска или наложения ареста на банковский счет Пациента или другое личное имущество,
 - 4.4. инициирование гражданского иска против Пациента, и
 - 4.5. наложение ареста на зарплату Пациента.

Несмотря на подраздел 4 выше, не при каких обстоятельствах ОНОВ не будет накладывать арест на место основного проживания пациента, если такой арест приведет к потере права выкупа заложенного имущества в виде личного жилья пациента или к его продаже.

Меры ЕСА не включают любое из следующего (даже если будут соблюдены критерии для ЕСА, установленные выше):

1. Продажа долга Пациента, если перед продажей, будет подписано письменное соглашение обязательного юридического характера с покупателем долга, согласно которому
 - 1.1 покупателю запрещено использовать любую меру ЕСА для получения оплаты за лечение;
 - 1.2. покупателю запрещено требовать проценты по долгу, размер которых превышает фактическую процентную ставку из Раздела 6621(a) (2) Налогового законодательства США на момент продажи долга (или другую процентную ставку, установленную в уведомлении или других рекомендациях, опубликованных в бюллетене внутренних государственных доходов);
 - 1.3. ОНОВ возвратило или отозвало требование оплаты долга после того, как ОНОВ или покупатель определили, что Пациент имеет право на финансовую помощь; и

- 1.4. покупатель обязан соблюдать процедуры, указанные в соглашении, чтобы гарантировать, что Пациент не заплатит и не имеет обязательства заплатить покупателю вместе с ОНОВ сумму, по которой он или она несет личную ответственность по оплате согласно FAP, если будет определено, что Пациент имеет право на Финансовую помощь и долг не был возвращен или отозван ОНОВ
2. Любое наложение ареста на имущество, которое ОНОВ имеет право использовать согласно государственному закону о судопроизводстве касательно решений суда, компромиссных решений споров или мировых сделок с Пациентом в результате причинения вреда жизни или здоровья, по которому было оказано лечение в ОНОВ.
3. Подача страхового требования в любом судопроизводстве о банкротстве.

«FAP» — Политика финансовой помощи ОНОВ, которая касается предоставления финансовой помощи незастрахованным пациентам, которые имеют на нее право, в соответствии с целями ОНОВ.

«Заявка FAP» — подача заявки на Финансовую помощь

«Финансовая помощь» — помощь, которую ОНОВ может оказать Пациенту согласно политике FAP ОНОВ.

«Пациент» — лицо, которое лечат (или ранее лечили) в ОНОВ и любое другое лицо, которое несет финансовую ответственность за такое лечение (включая членов семьи и опекунов).

ПРОЦЕДУРА:

ОНОВ придерживается регламента регулярной выписки Пациентам платежных требований за оказанные услуги и общения с Пациентами. Если Пациент не будет оплачивать услуги, оказанные ОНОВ, ОНОВ может предпринять меры для получения такой оплаты, включая, но, не ограничиваясь попытками связаться с ним по телефону, электронной почте и лично и одной (1) или более мерами ЕСА, с учетом условий и ограничений, описанных в этой Политике выставления счетов и взыскания задолженности.

Согласно Разделу 501(r), эта Политика выставления счетов и взыскания задолженности описывает разумные усилия, которые ОНОВ должна предпринять, чтобы определить наличие права у Пациента на получение Финансовой помощи по FAP перед инициированием чрезвычайных мер по взысканию задолженности или ЕСА. После определения финансового положения Пациента ОНОВ может использовать одну или более мер ЕСА, как описано в данном документе

7. Обработка Заявок FAP — за исключением случаев описанных ниже, незастрахованный пациент может подать Заявку FAP в любой момент времени во время Периода подачи заявки. ОНОВ не будет обязано принимать Заявку FAP после окончания Периода подачи заявки, за исключением случаев, отдельно оговоренных в 501(r). Определение права на Финансовую помощь будет выполнено на основании следующих общих категорий.
 - 7.1. Заполнение заявки FAP — если незастрахованный Пациент подает заполненную Заявку FAP во время Периода подачи заявки, ОНОВ будет обязана своевременно приостановить все меры ЕСА, которые были использованы для получения оплаты за лечение, определить наличие или отсутствие права на помощь и отправить письменное уведомление, как описано ниже.

- 7.2. Предположительное определение права на помощь — если будет предположительно определено, что незастрахованный Пациент имеет право на менее чем самую щедрую помощь, доступную по FAP (например, определение права на помощь основано на заявке, поданной относительно предыдущего лечения), ОНОВ уведомит Пациента об основаниях для определения и даст Пациенту разумный срок, чтобы подать заявку на более щедрую помощь перед инициированием меры ЕСА.
- 7.3. Уведомление и процесс, когда заявка не была подана — за исключением случаев подачи полностью заполненной Заявки FAP или определения права на помощь по предположительным критериям из FAP, ОНОВ воздержится от инициирования мер ЕСА, по крайней мере, в течение 120 дней с даты отправки Пациенту первого платежного требования за проведенное лечение после выписки из больницы. В случае нескольких эпизодов лечения эти суммы из уведомлений могут быть аккумулированы, и в этом случае временные рамки будут основаны на самом недавнем эпизоде лечения, включенного в такую совокупность. Перед инициированием одной (1) или более мер ЕСА, чтобы получить оплату за лечение от Пациента, который не подал Заявку FAP, ОНОВ предпримет следующие меры:
 - 7.3.1. Направит Пациенту письменное уведомление, в котором сообщит о наличии Финансовой помощи для Пациентов, которые имеют на нее право, обозначит меры ЕСА, которые она будет намерена применить для получения оплаты за лечение, и укажет крайний срок, после которого такие меры ЕСА могут быть иницированы, но не ранее чем через 30 дней после предоставления письменного уведомления.
 - 7.3.2. Предоставит Пациенту изложение FAP на понятном языке
 - 7.3.3. Предпримет разумные усилия для устного извещения Пациента о программе FAP и процессе подачи Заявки FAP
- 7.4. Неполная заявка FAP — если Пациент подаст неполную Заявку FAP во время Периода подачи заявки, ОНОВ письменно уведомит Пациента о том, как заполнить Заявку FAP и даст Пациенту тридцать (30) календарных дней, чтобы сделать это. В этот период времени любые меры ЕСА должны быть приостановлены, а в письменном уведомлении (i) должна быть приведена дополнительная информация и/или дана документация, требуемая по FAP или Заявка FAP, которую необходимо заполнить для подачи заявки, и (ii) должна быть включена соответствующая контактная информация.
- 7.5. Окончание периода подачи заявки FAP — Период подачи заявки может быть завершен ОНОВ после доставки Пациенту Извещения о завершении периода подачи заявки.
8. Ограничения по отсрочке или отказ в лечении— в ситуациях, когда ОНОВ планирует отсрочить, отказать или затребовать оплату перед оказанием лечения, необходимого по медицинским показаниям, как определено в FAP, по причине того неуплаты Пациентом одного или более счетов за ранее оказанное лечение, покрытого этой политикой FAP, Пациент получит Заявку FAP и письменное уведомление, в котором будет указано, что Финансовая помощь доступна для Пациентов, которые соответствуют критериям. Пациенту также могут прислать Извещение о завершении периода подачи заявки.
9. Уведомление о принятии решения
 - 9.1. Принятие решения — После получения заполненной Заявки FAP от Пациента, ОНОВ оценит Заявку FAP, чтобы определить наличие права на помощь и уведомит

Пациента в письменном виде об окончательном решении в течение сорока пяти (45) календарных дней. Уведомление будет включать решение по сумме, которую Пациент будет обязан заплатить. Если Заявка FAP будет отклонена, будет направлено уведомление с пояснением причины отказа.

- 9.2. Возмещение — ОНОВ возместит Пациенту сумму, которую он оплатил за лечение и которая превышает сумму, которую по решению Пациент обязан оплатить лично согласно FAP, за исключением случаев, когда такая сумма не превышает \$5.00
 - 9.3. Отмена мер ЕСА — если будет определено, что Пациент имеет право на получение Финансовой помощи по этой FAP, ОНОВ предпримет все разумные и доступные меры, чтобы отменить любые меры ЕСА, предпринятые против Пациента для получения оплаты за лечение. Такие разумные и доступные меры обычно включают, но не ограничиваются, мерами по аннулированию любого решения суда против Пациента, снятием любого ареста или взыскания с собственности Пациента и удалением любой негативной информации из кредитной истории Пациента, которая была передана учреждениям, которые предоставляют отчетность по потребительскому кредитованию, или кредитным бюро.
10. Взыскание задолженности — после завершения вышеописанных процедур ОНОВ может предпринять меры ЕСА против Пациентов без страховки и с недостаточной страховкой, которые имеют просроченные счета, как определено в процедурах ОНОВ касательно составления, обработки и мониторинга за платежными требованиями Пациентов и планами оплаты. С учетом ограничений, описанных в данном документе, ОНОВ может воспользоваться услугами солидного внешнего агентства по взысканию проблемной задолженности или других поставщиков услуг для обработки счетов сомнительной задолженности, при этом такие агентства или поставщики услуг обязаны соблюдать требования 501(r), применимые к третьим сторонам.



ORTHOPAEDIC HOSPITAL OF WISCONSIN ЗАЯВКА НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Благодарим за выбор Orthopaedic Hospital of Wisconsin для решения своих медицинских проблем. Вас заинтересовала подача заявки по программе финансовой помощи Orthopaedic Hospital of Wisconsin.

Чтобы заявка была рассмотрена, необходимо предоставить следующие документы в наш офис:

- заполненная заявка с подписью и датой
- доказательство ежемесячного дохода для пациента/гаранта и супруга(-и), включая: текущее место работы, поддержку детей, алименты, компенсацию по безработице, компенсационные выплаты работникам, выплаты фонда социального страхования, пенсию, пенсионный доход, другие проценты или дивиденды
- доход от сдачи недвижимости в аренду
- доказательство государственной помощи, включая продовольственные карточки, льготное жилье или программу WIC
- заполненную копию самой последней федеральной и государственной налоговой декларации, включая все приложения
- текущую копию выписки по чековому и сберегательному счету с указанием текущего баланса
- доказательство текущих активов, включая: депозитные сертификаты, ценные бумаги, страховку жизни, другой капитал в виде объектов недвижимости
- заполненное письмо с засвидетельствованными показаниями, если получаете помощь для расходов на жизнь.

НЕ присылайте оригиналы подтверждающих документов.

Невозможность предоставить заполненную заявку и запрошенные подтверждающие документы к указанному сроку приведет к немедленному отказу.

Финансовая помощь не означает программу страхования. Финансовая помощь предназначена для оплаты счетов пациентов Orthopaedic Hospital of Wisconsin, у которых нет страховки. Отказ подачи заявки в государственные программы, в которых вы можете принимать участие, приведет к немедленному отказу в финансовой помощи. Вы получите свое решение в течение 10 дней с получения заполненной заявки на финансовую помощь и подтверждающих документов.

Финансовая помощь не покрывает следующие услуги:

- страховые франшизы или дополнительную плату
- затраты на судебные разбирательства (процессуальные действия по поводу компенсационных выплат работникам, транспортных аварий и т.д.)
- внешние группы выставления счетов, включая другие больницы, клиники, лаборатории, услуги врачей и транспортировку в карете скорой помощи.

Если у вас имеются вопросы, звоните по номеру 414 961-6880



**Заявка на получение медицинской помощи в Orthopaedic Hospital of Wisconsin по месту жительства
Информацию по дополнительному члену семьи или трудоустройству членов семьи укажите на задней
стороне заявки**

<u>Номер MR и номер клиента заполняется персоналом больницы</u>		Номер MR:		Номер(-а) клиентов:	
Просим заполнить следующие графы достоверно и в полном объеме. Эта информация будет проверена Следует заполнить все поля, если что-то не применимо в вашей ситуации, укажите Н/П					
Имя заявителя (имя, отчество, фамилия):		Номер социального страхования:		Дата рождения:	
Адрес:		Номера телефонов:		Мобильный: ()	
		Домашний: ()		Рабочий: ()	
Город/штат/индекс:		Есть ли у вас план медицинского страхования? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет			
		Название страховки			
Если в браке, укажите информацию о супруге и несовершеннолетних детях		Дата рождения каждого:		Номер соц. страхования:	
				Родство с пациентом:	
1.					
2.					
3.					
Доход: ежемесячный (пациент и супруг(-а), если в браке) или родителей, если заявитель несовершеннолетний			Укажите дополнительных работодателей сзади		
Семейный доход (до налогов) (W2 или 1099) Включает пособие по безработице		\$		Работодатель (заявитель) или Родитель (для несовершеннолетнего лица)	
Пенсия/социальное пособие/пособие по инвалидности		\$		Дата найма	
Получаемое пособие на ребенка/алименты Приложить доказательство ежемесячного пособия		\$		Дополнительные работодатели в календарном году	
Доход от сдачи недвижимости в аренду		\$		Дата найма	
Активы: баланс чекового/сберегательного счета Не включать баланс пенсионных счетов		\$			
Информация о трудоустройстве супруга(-и)		Номер телефона		Информация по дополнительному трудоустройству супругов в календарном году:	
Дата найма		Дата окончания		Дата найма	
				Дата окончания	

Я подтверждаю, что предоставленная выше информация о моем финансовом состоянии является точной и правдивой. Я также подтверждаю, что у этого пациента отсутствует дополнительное страховое покрытие, отличное от того, чтобы было указано при регистрации. Я понимаю, что предоставление ложной информации приведет к отказу в получении любого вида финансовой помощи от Orthopaedic Hospital of Wisconsin. Если я получу право на любые действия или компенсацию от третьих сторон, я обязуюсь предпринять любые действия, необходимые или требуемые Orthopaedic Hospital of Wisconsin, чтобы получить такую компенсацию и передать ее в пользу Orthopaedic Hospital of Wisconsin, и после я оплачу Orthopaedic Hospital of Wisconsin все полученные суммы для ликвидации всей задолженности по моему платежному требованию. В случае моего отказа подать заявку на такую компенсацию или следовать процессу подачи заявки или выполнять действия, разумно необходимые или требуемые Orthopaedic Hospital of Wisconsin, это может привести к отказу в рассмотрении заявки. Я также даю Orthopaedic Hospital of Wisconsin право проверить мою кредитную историю, если необходимо.

Заполненную заявку следует вернуть до _____, чтобы она была рассмотрена.

**Адрес для отправки: Orthopaedic Hospital of Wisconsin
475 W. River Woods Parkway
Glendale, WI 53212
ATTN: Chief Financial Officer**

Заявка, которая будет заполнена не полностью, может быть отклонена и возвращена для заполнения недостающей информации

Подпись Пациента (ответственная сторона) _____

Дата _____

Только для административного использования

Подпись утверждающего сотрудника _____ Дата _____