



APÓLICE DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA DOS HOSPITAIS NUVANCE HEALTH

Data de entrada em vigor:

I. APÓLICE

A. Histórico: A Nuvance Health (“Nuvance”) é uma entidade sem fins lucrativos, isenta de impostos, comprometida com o avanço da saúde e do bem-estar de suas comunidades, fornecendo serviços de saúde de alta qualidade e com boa relação custo-benefício. Consistente com esta missão, a Nuvance está empenhada em fornecer assistência financeira para permitir o recebimento de tratamento médico necessário e de emergência nos hospitais da Nuvance, independentemente da capacidade de pagamento. Esta Apólice de Assistência Financeira (“Apólice” ou “AAP”) aplica-se ao atendimento de pacientes internados e ambulatoriais fornecido pelos seguintes hospitais Nuvance (individualmente, um “hospital” e, coletivamente, os “hospitais”):

- Hospital Danbury (incluindo o campus do Hospital New Milford)
- Hospital Norwalk
- Hospital Sharon
- Centro Médico Vassar Brothers
- Putnam Hospital Center:
- Hospital Northern Dutchess

Esta apólice se aplica aos hospitais e seus funcionários, mas não se aplica a todos os fornecedores que possam prestar serviços a pacientes dentro dos hospitais. Uma lista de provedores que fornecem cuidados de emergência e clinicamente necessários dentro dos Hospitais, com informações sobre se tais provedores são cobertos por esta Apólice, está anexada à Apólice como Apêndice 1.

B. Serviços cobertos: Em prol de sua missão de caridade, a Nuvance fornece assistência financeira, incluindo, sem limitação, atendimento gratuito ou com desconto (“Assistência Financeira”) para pacientes elegíveis que recebem tratamento médico de emergência ou outro tratamento clinicamente necessário (conforme determinação de acordo com os padrões de medicina geralmente aceitos na comunidade) de acordo com esta Política. Esta política exclui serviços clinicamente desnecessários, como procedimentos cosméticos eletivos, quartos privados ou enfermeiras privadas e serviços eletivos fornecidos por comodidade.

C. Intenção: A Nuvance revisa regularmente esta Apólice para sempre garantir que: (i) reflita a filosofia e missão da Nuvance; (ii) explique o processo de obtenção da Assistência Financeira; e (iii) cumpra todas as leis, regras e regulamentos estaduais e federais aplicáveis relativos à prestação de Assistência Financeira a pacientes



elegíveis, incluindo, sem limitação, a Seção 501 (r) do Código da Receita Federal de 1986, conforme alterado, e o Regulamentos do Tesouro emitidos nos termos deste. No caso de as leis, regras ou regulamentos aplicáveis serem alterados, complementados ou esclarecidos por meio de orientação interpretativa, a Nuvance modificará esta Apólice e suas práticas em conformidade, e implementará esta Apólice de acordo com as leis, regras, regulamentos e orientações aplicáveis que regem os Hospitais. Na medida em que houver qualquer inconsistência entre esta Apólice e as leis, regras e regulamentos aplicáveis, esta Apólice deverá ser interpretada de forma a estar em conformidade com as leis, regras e regulamentos aplicáveis.

D. A Nuvance mantém uma Apólice de Crédito e Cobrança separada, cuja cópia gratuita pode ser obtida entrando em contato **com os Serviços Financeiros do Paciente pelo telefone (203) 730-5800**. A Apólice de Crédito e Cobrança estabelece as ações e os prazos de tais ações que podem ser tomadas em caso de não pagamento de valores determinados como responsabilidade do paciente, de acordo com esta Política. Conforme observado abaixo, a Nuvance não iniciará ações de cobrança contra um paciente antes de permitir que ele solicite Assistência Financeira (ou enquanto tal solicitação estiver pendente).

E. Pacientes, familiares ou outros que tenham dúvidas sobre esta Apólice ou outras políticas da Nuvance sobre descontos e pagamentos de cuidados, podem entrar em contato com o Departamento de Aconselhamento Financeiro da Nuvance em:

- Hospital Danbury (203) 739-7773
24 Hospital Avenue Danbury, CT 06810
Unidade de negócios da Tower Lobby 5º andar (atendimento de segunda a sexta, das 9h00 às 16h00.)
- Hospital Norwalk: (203) 852-1579
34 Maple Street, Norwalk, CT 06856
Trefz Lobby 1º andar (Atendimento de segunda a sexta-feira, das 09h00 às 16h00).
- Hospital New Milford: (860) 210-5427
21 Elm Street, New Milford, CT 06776
- Hospital Sharon: (860) 364-4275
50 Hospital Hill Road, Sharon, CT 06069
1º andar (Atendimento de segunda a sexta-feira, das 08h00 às 16h30.)
- Vassar Brothers Medical Center: (845) 431-5693
45 Reade Place, Poughkeepsie, NY 12601
Community Circle 2º andar (Atendimento de segunda a sexta-feira, das 08h30 às 17h00.)
- Putnam Hospital Center: (845) 279-5711, x4789
670 Stoneleigh Avenue, Carmel Hamlet, NY 10512
Lobby 1º andar (Atendimento de segunda a sexta-feira, das 07h30 às 16h00.



- Hospital Northern Dutchess: (845) 871-4347, 6511 Spring Brook Avenue, Rhinebeck, NY 12572
Lobby Principal (Atendimento de segunda a sexta-feira, das 08h00 às 16h00.)

Esta Apólice, seu Resumo em Linguagem Simples e a Apólice de Crédito e Cobrança da Nuvance também estão disponíveis online em:

WWW.NUVANCEHEALTH.ORG/FINANCIALASSISTANCE

II. ELEGIBILIDADE E DETERMINAÇÃO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

A. Elegibilidade: Um paciente pode ser elegível para Assistência Financeira se: (i) tem seguro saúde limitado ou nenhum seguro saúde; (ii) não é elegível para programas governamentais de assistência médica (por exemplo, Medicaid); ou (iii) é de outra forma incapaz de pagar por cuidados com base em suas circunstâncias financeiras individuais (incluindo devido a dificuldades médicas em potencial). Para obter Assistência Financeira, o paciente deve cooperar com a Nuvance a fim de fornecer as informações e documentação financeira solicitadas, demonstrar “necessidade financeira” com base nos critérios da AAP, incluindo o **Anexo 1**, e esgotar todas as possibilidades de pagamento de terceiros razoavelmente disponíveis. Ao determinar as circunstâncias financeiras individuais de um paciente, a Nuvance pode considerar a existência de dívida médica substancial, requisitos de franquia do plano e documentação adicional sobre ativos e despesas de manutenção podem ser solicitadas de acordo com esta Política (desde que a Nuvance não considere como ativos da residência principal de um paciente, valores mantidos em contas de poupança para aposentadoria com impostos diferidos ou comparáveis, contas de poupança para universidades ou carros usados regularmente pelo paciente ou parentes próximos). Para dirimir dúvidas, Nuvance de Nova York os Hospitais não examinarão ou levarão em consideração os ativos de um indivíduo (isto é, além das formas atuais de renda descritas em II(B) abaixo) ao tomar uma decisão sobre a disponibilidade de Assistência Financeira quando proibida por lei estadual, e os hospitais de Connecticut da Nuvance somente examinarão ou levarão em consideração os ativos de um indivíduo se isso permitir que o indivíduo se torne elegível para, ou aumente o montante da assistência financeira sob esta Apólice. Para os fins desta Apólice, o termo “paciente” é usado com relação ao paciente ou a fonte de pagamento aplicável para o atendimento do paciente (*por exemplo*, pai, tutor, cônjuge ou outra parte responsável), e as referências a “renda” devem se referir à renda familiar, exceto quando indicado de outra forma.

B. Necessidade financeira: Um paciente será considerado como tendo necessidade financeira com base nas então vigentes Diretrizes Federais de Baixa Renda (“FPG”) emitidas pelo Departamento de Saúde e Serviços Sociais dos Estados Unidos. A tabela a seguir apresenta os requisitos de receita e o desconto correspondente sobre os encargos de serviços prestados pela Nuvance. A renda inclui salários e remunerações, taxas, indenizações ou outros prêmios de sentenças judiciais, indenização por desemprego, indenização trabalhista, dividendos, cheques de juros e outras fontes recorrentes de renda, conforme documentado pelos pacientes de acordo com esta Política.

RENDA FAMILIAR DO PACIENTE	DESCONTO
Igual ou inferior A 300% do FPG	100% ou atendimento isento
De 300% a 350% do FPG	75% de desconto
De 350% a 400% do FPG	Desconto AGB Valores Geralmente Cobrados (% varia anualmente para cada hospital - ver Anexo 1 para detalhes)

C. Cálculo dos valores a serem cobrados: Em nenhum caso um paciente elegível para Assistência Financeira sob esta Apólice será cobrado por cuidados de emergência e clinicamente necessários além dos valores geralmente cobrados (“AGB”) por cada Hospital para indivíduos com seguro com cobertura para tal emergência ou cuidados clinicamente necessários, e com relação a todos os outros cuidados médicos, um valor igual ou superior aos encargos brutos por tais cuidados. A Nuvance calcula o AGB usando o “Método Retroativo”, com base nas taxas comerciais e nas taxas por serviço do Medicare. O valor líquido a ser cobrado de um paciente qualificado para a assistência financeira aqui apresentada será determinado por (i) cálculo dos encargos brutos pelos serviços prestados ao paciente, e (ii) aplicação do desconto apropriado (conforme determinado de acordo com o exposto acima e com o Anexo 1).

Não obstante o acima exposto, a Nuvance pode estender descontos ou preços específicos para pacientes elegíveis para AAP que atendam a critérios específicos em Connecticut ou Nova York com base nas leis e regulamentos aplicáveis nesses estados, incluindo o seguinte:

Nova York

Pacientes com renda igual ou inferior a 100% do FPG são elegíveis para receber serviços de saúde de emergência e clinicamente necessários sem custo ou a nível de pagamento nominal para serviços específicos definidos pelo Departamento de Saúde de Nova York.

Connecticut

De acordo com a Conn. Gen. Stat. § 19a-673, um hospital em Connecticut não cobrará de um paciente não segurado (conforme definido nessa lei) cujo rendimento (sozinho, sem considerar os ativos disponíveis) seja igual ou inferior a 250% do FPG, mais do que o custo de fornecimento de serviços ao paciente (calculado como os encargos publicados pelo Hospital no momento do faturamento, multiplicado pela relação custo/tarifa do Hospital relatada ao Escritório de Estratégia da Saúde no último arquivamento financeiro anual disponível do Hospital).

D. Elegibilidade presumida: Pacientes hospitalares com renda igual ou inferior a 300% do FPG serão considerados supostamente elegíveis para Assistência Financeira de acordo com esta Apólice. Quando as circunstâncias de um paciente indicarem que o paciente pode ser elegível para Assistência Financeira abaixo, mas um Hospital não conseguir obter documentação financeira suficiente ou informações suficientes para fazer uma determinação de elegibilidade AAP, a Nuvance pode utilizar uma determinação de elegibilidade para Assistência Financeira anterior, fontes de terceiros, ou informação cedida pelo próprio paciente referente às suas circunstâncias para determinar uma elegibilidade presumida para Assistência Financeira, incluindo, sem limitação, quando um paciente é sem-teto, parte em falência aprovada por decisão judicial ou falecido sem cônjuge ou espólio. Tais fontes de terceiros podem incluir, sem limitação, programas de software do setor de saúde que incorporam dados de registros públicos para calcular uma pontuação de capacidade socioeconômica e financeira que, por sua vez, pode ser usada para avaliar a elegibilidade para Assistência Financeira.

E. Não Discriminação: A Nuvance não levará em consideração raça, sexo, idade, orientação sexual, afiliação religiosa, deficiência, nacionalidade, situação social ou de imigração, condição médica (além das limitações ou exclusões comuns com base na necessidade médica ou no benefício clínico/terapêutico de um procedimento ou tratamento), ou condição de veterano ao fornecer cuidados de saúde ou ao fazer determinações de elegibilidade segundo esta Apólice.

III. PROCEDIMENTOS E OBRIGAÇÕES PARA OBTER ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

A. Aviso aos pacientes: Todos os pacientes serão informados da disponibilidade de Assistência Financeira de acordo com esta Apólice.

B. Assistência ao paciente: Todos os pacientes serão informados da disponibilidade de Assistência Financeira de acordo com esta Apólice. Conselheiros financeiros e outro pessoal capacitados poderão ser contatados para auxiliar no preenchimento da Solicitação de Assistência Financeira ou quaisquer outros documentos exigidos pela Nuvance de acordo com esta Apólice:

- Hospital Danbury: (203) 739-7773
- Hospital Norwalk: (203) 852-1579
- Hospital New Milford: (860) 210-5427
- Hospital Sharon: (860) 364-4275
- Vassar Brothers Medical Center: (845) 431-5693
- Putnam Hospital Center: (845) 279-5711, x4789
- Hospital Northern Dutchess: (845) 871-4347

C. Prazo para as determinações: A Nuvance fará o possível para fazer uma determinação de elegibilidade ao AAP durante o pré-registro ou antes da alta. Entretanto, **o paciente pode solicitar consideração a qualquer momento após a alta ou a data do atendimento, e a Nuvance avaliará a elegibilidade do paciente de acordo com esta Apólice, conforme solicitado, até e incluindo consideração durante a fase de coleta e julgamento.** Os pacientes poderão entrar em contato com o Departamento de Aconselhamento Financeiro da Nuvance caso haja mudança em sua situação ou se for identificada necessidade adicional. Os conselheiros financeiros da Nuvance analisarão todas as informações fornecidas e as circunstâncias relevantes relacionadas à necessidade de assistência financeira e farão uma determinação da elegibilidade, notificando o paciente de suas obrigações financeiras, se existirem, conforme estabelecido abaixo.

D. Procedimentos administrativos:

1. A equipe do hospital encaminhará imediatamente aos conselheiros financeiros da Nuvance uma cópia do registro de pré-admissão de qualquer paciente que não tenha seguro. Os conselheiros financeiros entrarão em contato com o paciente para agendar uma entrevista financeira assim que possível, preferencialmente antes da admissão para um serviço não emergencial e clinicamente necessário e antes da alta ou liberação para uma admissão emergencial ou serviço ambulatorial. Para atendimentos emergenciais, a Nuvance não atrasará a triagem ou tratamento de uma condição médica de emergência para conduzir esta entrevista financeira ou por qualquer outro motivo relacionado a esta Apólice. Cada Hospital deverá cumprir integralmente suas obrigações sob a Lei de Tratamento Médico de Emergência e Tratamento Ativo (“EMTALA”) no tratamento de pacientes que apresentam uma condição médica de emergência (conforme definido pela EMTALA). Para determinar se um paciente é elegível para Assistência Financeira, ele deverá preencher a Planilha Financeira do Paciente (ver **Anexos 2-CT e 2-NY**). A planilha estará prontamente disponível para os pacientes por meio de diferentes meios, incluindo (sem limitação) postagem no site do Hospital, distribuição nas áreas de Registro e Admissão de Pacientes dos Hospitais e nos escritórios de Aconselhamento Financeiro do Paciente, além de inclusão nas pastas informativas fornecidas nos quartos dos pacientes.

2. Os pacientes deverão devolver a Planilha ao consultor financeiro no envelope selado e autoendereço fornecido pelo Hospital no prazo de vinte (20) dias após o recebimento da mesma. Se um paciente não fornecer as informações necessárias em tempo hábil, a Nuvance considerará a solicitação do paciente inativa e não concederá Assistência Financeira, a menos que o paciente seja de outra forma considerado elegível (contanto que o paciente tenha a oportunidade de reabrir uma solicitação inativa, se inscrever novamente para Assistência Financeira, recorrer de uma negação da Nuvance e que possa fornecer informações adicionais para dar suporte a uma solicitação de Assistência Financeira a qualquer momento). Os pacientes são obrigados a cooperar e fornecer todas as informações necessárias em tempo hábil. A Nuvance envidará todos os esforços necessários para oferecer e fornecer assistência aos pacientes em relação ao preenchimento da Planilha. No entanto, se houver necessidade de assistência na coleta das informações necessárias ou materiais solicitados como parte do processo de qualificação de Assistência Financeira, conselheiros financeiros estão disponíveis para ajudar os pacientes a avaliar sua situação financeira, reunir informações solicitadas pela Nuvance e auxiliar em tarefas semelhantes:

- Hospital Danbury: (203) 739-7773
- Hospital Norwalk: (203) 852-1579
- Hospital New Milford: (860) 210-5427
- Hospital Sharon: (860) 364-4275
- Vassar Brothers Medical Center: (845) 431-5693
- Putnam Hospital Center: (845) 279-5711, x4789
- Hospital Northern Dutchess: (845) 871-4347

3. Como parte do processo de entrevista financeira, os conselheiros financeiros solicitarão a seguinte documentação para processar e validar os pedidos de Assistência Financeira:

Documentação de apoio necessária	Exemplos de documentos aceitáveis Documentação
Comprovante de renda anual	Última declaração do imposto de renda (opcional e não pode ser exigido de pacientes de Nova York) Últimos 4 recibos de pagamento semanais ou 2 últimos recibos de pagamento quinzenais Formulário W-2 ou 1099-MISC mais recente Comprovante de pagamento de benefício da Previdência Social Declaração de desemprego Comprovante de auxílio doença Ex-combatentes Carta ou declaração de benefícios

Verificação do Número da Previdência Social e/ou Data de Nascimento	Carteira de habilitação Documento de identidade oficial Passaporte Cartão de previdência social Certidão de nascimento Certificado de batismo Certificado de reservista Cartão de estrangeiro residente permanente (Green Card) Registros Escolares Oficiais
Atestado de residência	Declaração de hipoteca Contrato de aluguel Guia de recolhimento de imposto Declaração de Alojamento e Alimentação Conta de serviços públicos Verificação por escrito do locador

E. A documentação de apoio listada acima é exigida de pacientes que buscam assistência financeira. No entanto, a Nuvance, a seu critério, pode dispensar a exigência de apresentação de parte ou toda a documentação, dependendo das circunstâncias e da capacidade do paciente de obtê-la. A Nuvance pode se basear em documentação recebida de organizações de crédito ou outras entidades externas, incluindo seus parceiros da comunidade, para determinar a elegibilidade de um paciente para Assistência Financeira.

F. Os pacientes têm a obrigação de fornecer as informações solicitadas com razoabilidade pela Nuvance em tempo hábil para permitir que ela determine a elegibilidade de um paciente para Assistência Financeira. **Se um paciente afirmar que não tem meios de pagar, sem no entanto fornecer as informações solicitadas com razoabilidade pela Nuvance, e não atender aos critérios para uma determinação de elegibilidade presuntiva, nenhuma Assistência Financeira será concedida, e os esforços normais de cobrança poderão ser efetuados a critério exclusivo da Nuvance, de acordo com a Apólice de Crédito e Cobrança.**

G. Processo de elegibilidade e notificação:

1. Após o recebimento da Planilha Financeira do Paciente, o Departamento de Aconselhamento Financeiro analisará o formulário do paciente para determinar se ele está completo, incluindo toda a documentação necessária. Se não estiver completa, a solicitação será devolvida ao paciente para preenchimento. Caso a Nuvance retorne uma solicitação incompleta a um paciente, o consultor financeiro tentará entrar em contato com esse paciente por telefone. Caso o consultor consiga entrar

em contato com o paciente por telefone, ele oferecerá ao mesmo uma entrevista pessoal ou telefônica para determinar sua elegibilidade para Assistência Financeira. Se a Nuvance não conseguir entrar em contato com o paciente por telefone, ou se não houver um número de telefone listado disponível, o consultor financeiro enviará uma carta ao paciente detalhando o que é necessário e explicando ao paciente que é sua responsabilidade entrar em contato com o Departamento de Consultoria Financeira ou, de outra forma, fornecer as informações que faltam no prazo de trinta (30) dias após o recebimento da carta. Os conselheiros financeiros capacitados da Nuvance se oferecerão para se encontrar com o paciente para ajudá-lo a preencher o requerimento, de modo que a Nuvance tenha todas as informações necessárias para determinar a elegibilidade do paciente para Assistência Financeira.

2. O Departamento de Aconselhamento Financeiro preencherá o Formulário de Determinação de Elegibilidade para Assistência Financeira anexado como **Anexo 3**, e determinará o valor devido pelo paciente, se houver. O Departamento de Orientação Financeira informará ao paciente sua elegibilidade para Assistência Financeira e o valor de tal Assistência Financeira, no prazo de trinta (30) dias a partir da determinação.
3. Qualquer paciente que fornece todas as informações solicitadas e for negado sob esta Apólice terá o direito de apelar de tal decisão, por escrito, ao Departamento de Aconselhamento Financeiro. A carta de negação deve incluir informações detalhando o processo de recurso disponível para o paciente. Cada recurso deve ser atribuído a um supervisor do Departamento de Aconselhamento Financeiro para reconsideração. Uma determinação por escrito de um recurso deve ser enviada ao paciente dentro de trinta (30) dias do recebimento de sua solicitação.
4. A determinação de elegibilidade sob esta Apólice será válida por um (1) ano. Após esse período, os pacientes que ainda precisarem de serviços médicos necessários ou que se apresentarem para tratamento médico de emergência deverão se inscrever novamente ou atualizar suas inscrições anteriores de acordo com esta Apólice, a fim de permitir que a Nuvance faça uma nova determinação em relação à contínua elegibilidade do paciente para Assistência Financeira; desde que, no entanto, de acordo com a EMTALA, nenhum Hospital retarde, negue ou limite qualquer tratamento de uma condição médica de emergência para determinar a elegibilidade ao AAP.

H. A Nuvance não encaminhará nenhum paciente para cobrança, ou de outra forma iniciará ações de cobrança contra um paciente, antes de permitir que ele se inscreva para Assistência Financeira de acordo com esta Apólice, ou enquanto a sua inscrição para Assistência Financeira estiver pendente ou sob revisão.

I. Oportunidades adicionais de assistência financeira à comunidade

Além dos processos de assistência financeira estabelecidos acima, a Nuvance poderá estender a assistência financeira na forma de descontos ou atendimento gratuito para pacientes em circunstâncias específicas, conforme acordado com organizações comunitárias, a fim de garantir a membros vulneráveis de sua comunidade o acesso contínuo aos cuidados médicos. Para fins de exemplo não exaustivo, a Nuvance tem acordos financeiros especiais em vigor para pacientes encaminhados pela Americares para serviços hospitalares ambulatoriais, e com o Centro de Saúde Comunitário de Norwalk (para cujos pacientes a Nuvance honrará a tabela de taxas variáveis do Centro de Saúde em certas circunstâncias). O Departamento de Aconselhamento Financeiro da Nuvance fornecerá informações adicionais mediante solicitação sobre descontos potenciais, ou caso um acordo com uma organização comunitária se aplique.

IV. COMUNICADO

A. Disponibilidade de assistência: A Nuvance comunicará a disponibilidade de Assistência Financeira aos seus pacientes e ao público em geral por meio de medidas que incluem o fornecimento e publicação de cópias desta Apólice, um resumo em linguagem acessível da mesma, o formulário de Assistência Financeira, sinalização apropriada e brochuras no site da Nuvance e em suas instalações; nos Departamentos de Emergência de cada Hospital; dentro das Áreas de Cadastro de Pacientes e Admissões; nos Departamentos de Aconselhamento Financeiro de Pacientes; em outras áreas de espera em todas as instalações do Hospital (no que for razoavelmente viável e apropriado); em pastas informativas de pacientes incluídas em quartos de pacientes; na documentação de alta; e nas contas e extratos enviados aos pacientes. A Nuvance comunicará ao público formas de obter cópias da Apólice, resumo em linguagem acessível e solicitações de Assistência Financeira por correio e sem custos. Além disso, esta Apólice, seu Resumo em Linguagem Acessível e a Apólice de Crédito e Cobrança da Nuvance também estão disponíveis online em:

WWW.NUVANCEHEALTH.ORG/FINANCIALLASSISTANCE

B. Amplamente disponível: A Apólice e os documentos relacionados (incluindo a planilha de inscrição e um resumo em linguagem acessível) serão disponibilizados aos pacientes e suas famílias em inglês, espanhol, português e qualquer outro idioma diferente do inglês falado por pelo menos 5% da comunidade atendida pelo Hospital, ou falada por indivíduos que não falam inglês, compreendendo pelo menos um por cento da população da área de serviço primária de um Hospital ou totalizando pelo menos 1.000 indivíduos. Outros idiomas serão adicionados conforme necessário, caso haja alterações na população de pacientes de um Hospital. Todos esses materiais incluirão números de telefone de contato pertinentes e/ou endereços de e-mail para permitir que os pacientes acessem os recursos apropriados para o preenchimento da



Planilha e respostas a quaisquer outras perguntas que possam ter sobre a Apólice de Assistência Financeira da Nuvance.

V. DOCUMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE REGISTROS

A. Registros: O Departamento de Aconselhamento Financeiro manterá toda a documentação de Assistência Financeira no arquivo de Assistência Financeira do Hospital. O arquivo de Assistência Financeira incluirá um total acumulado de casos de Assistência Financeira, juntamente com a documentação de apoio. A documentação de apoio incluirá, no mínimo, o seguinte: (i) O número de candidatos a serviços gratuitos e de custo reduzido; (ii) o número de candidatos aprovados; (iii) os encargos e custos totais e médios do valor dos cuidados prestados gratuitamente e a custo reduzido; (iv) quaisquer outras informações exigidas por, ou necessariamente para permitir relatórios completos e precisos de acordo com as leis federais e estaduais aplicáveis (incluindo, sem limitação, Connecticut Estatuto Geral § 19a-673c, N.Y. Lei de Saúde Pública § 2807-k(9), e I.R.C. §501(r)).

B. Revisão anual: O Diretor Financeiro revisará o status do programa de Assistência Financeira com o Diretor Executivo, ou seu representante, regularmente. O Diretor-Presidente ou seu designado será responsável por apresentar esta Política de Assistência Financeira ao Conselho de Administração pelo menos uma vez por ano. Essa apresentação incluirá uma declaração detalhada sobre a Política de Assistência Financeira da Nuvance, o impacto da Apólice nas operações da Nuvance e o nível de necessidade e benefícios conferidos à comunidade no âmbito do programa de Assistência Financeira.

C. Relatórios: As informações sobre o valor total da assistência financeira fornecida aos pacientes da Nuvance serão fornecidas de acordo com as leis e regulamentos federais e estaduais.

ANEXO 1

DIRETRIZES DE ELEGIBILIDADE PARA ASSISTÊNCIA FINANCEIRA com base nas Diretrizes Federais de Baixa Renda de 2021*

Tamanho da família**	Diretrizes Federais de Baixa Renda (2021)	Até 300% Diretrizes Federais de Baixa Renda (100% de isenção)	>300% - 350% Diretrizes de Baixa Renda (75% de isenção)	>350% - 400% Diretrizes de Baixa Renda (desconto AGB) ***
1	\$12.880	\$0 a \$38.640	\$38.641 a \$45.080	\$45.081 a \$51.520
2	\$17.420	\$0 a \$52.260	\$52.261 a \$60.970	\$60.971 a \$69.680
3	\$21.960	\$0 a \$65.880	\$65.881 a \$76.860	\$76.861 a \$87.840
4	\$26.500	\$0 a \$79.500	\$79.501 a \$92.750	\$92.751 a \$106.000
5	\$31.040	\$0 a \$93.120	\$93.121 a \$108.640	\$108.641 a \$124.160
6	\$35.580	\$0 a \$106.740	\$106.741 a \$124.530	\$124.531 a \$142.320
7	\$40.120	\$0 a \$120.360	\$120.361 a \$140.420	\$140.421 a \$160.480
8	\$44.660	\$0 a \$133.980	\$133.981 a \$156.310	\$156.311 a \$178.640

*** Este Anexo deverá ser atualizado regularmente para refletir os FPGs mais atuais emitidos pelo Departamento de Saúde e Serviços Sociais dos Estados Unidos.**

**** Para unidades *familiares* com mais de 8 membros, para determinar o valor básico da diretriz federal de baixa renda, acrescente \$ 4.540,00 para cada membro adicional.**

***** O desconto AGB varia de acordo com cada hospital:**

- **Hospital Danbury** **59.89%**
- **Hospital Norwalk:** **61.86%**
- **Hospital New Milford:** **59.89%**
- **Hospital Sharon:** **55.53%**
- **Vassar Brothers Medical Center:** **56,70%**
- **Putnam Hospital Center:** **58.83%**
- **Hospital Northern Dutchess:** **53,34%**

ANEXO 2-CT (Hospitais de Connecticut)
PLANILHA FINANCEIRA DO PACIENTE/FONTE DE PAGAMENTO

Nome do Paciente: _____
Número do familiares: _____

Número da conta _____

1A Cálculo da renda disponível

Salário/pensão mensal _____ x 12 _____
SSI/VA Mensal _____ x 12 _____
Renda total _____ x 12 _____ (AA)

1B Cálculo das despesas mensais

Aluguel _____
Energia Elétrica _____
Gás _____
Telefone _____
Água _____
Pagamento de parcelas de carro _____
Cartões de crédito _____
Seguro _____
Outro _____
Alimentação (\$100,00 por dependente) _____
Despesas mensais totais _____
Total despesas _____ x 12 _____ (BB)

1C Renda qualificada para contas hospitalares _____ (CC)
(AA – BB) (se menor que 0, considerar 1)

1D Estimativa de despesa hospitalar para o paciente _____ (DD)

1E Identificação de ativos líquidos

Contas bancárias _____
Títulos _____
Ações _____
CD's _____
Fundos mútuos _____
Total ativos líquidos _____ (EE)

1F Total devido pelo Paciente menos ativos líquidos (DD-EE) _____ (FF)

1G Renda elegível menos devido pelo Paciente (CC-FF) _____ (GG)

Nota: Se GG for um número negativo, o paciente não terá responsabilidade financeira.

_____ Atesto que as informações acima estão corretas.

_____ Atesto que o Paciente/Fonte de Pagamento está desempregado e não pode fornecer documentação de emprego.

Assinatura do Paciente/Fonte de Pagamento

Data

ANEXO 2-NY (Hospitais de Nova York)
PLANILHA FINANCEIRA DO PACIENTE/FONTE DE PAGAMENTO

Nome do Paciente: _____
Número do familiares: _____

Número da conta _____

1A Cálculo da renda disponível

Salário/pensão mensal _____ x 12 _____
SSI/VA Mensal _____ x 12 _____
Renda total _____ x 12 _____ (AA)

1B Cálculo das despesas mensais

Aluguel _____
Energia Elétrica _____
Gás _____
Telefone _____
Água _____
Pagamento de parcelas de carro _____
Cartões de crédito _____
Seguro _____
Outro _____
Alimentação (\$100,00 por dependente) _____
Despesas mensais totais _____
Total despesas _____ x 12 _____ (BB)

1C Renda qualificada para contas hospitalares _____ (CC)
(AA – BB) (se menor que 0, considerar 1)

1D Estimativa de despesa hospitalar para o paciente _____ (DD)

1G Renda elegível menos devido pelo Paciente (CC-FF) _____ (EE)
Nota: Se GG for um número negativo, o paciente não terá responsabilidade financeira.

_____ Atesto que as informações acima estão corretas.

_____ Atesto que o Paciente/Fonte de Pagamento está desempregado e não pode fornecer documentação de emprego.

Assinatura do Paciente/Fonte de Pagamento

Data

ANEXO 3

**FORMULÁRIO DE ELEGIBILIDADE E DETERMINAÇÃO
DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA**

Data: _____

A Nuvance conduziu uma determinação de elegibilidade para Assistência Financeira para:
Nome: _____

Número do histórico médico: _____

Com base nas informações fornecidas pelo paciente ou em nome do paciente, a seguinte determinação foi feita.

_____ Sua solicitação de Assistência Financeira foi negada porque sua renda excede o limite estabelecido na Política de Assistência Financeira da Nuvance.

_____ O seu pedido de Assistência Financeira foi aprovado para serviços prestados em _____: O saldo total será tratado como atendimento gratuito.

_____ O seu pedido de Assistência Financeira foi aprovado para serviços prestados em _____. Você receberá uma nova cobrança indicando seu novo saldo reduzido.

_____ Você se qualifica para um desconto em cobranças consistentes com a escala móvel da Nuvance. Entre em contato com o número de telefone em sua cobrança ajustada caso necessite parcelamento.

_____ Sua solicitação foi negada devido aos seguintes motivos:

_____ Outro (descreva em detalhes):

Se você tiver dúvidas sobre essa determinação, entre em contato com:

_____ em
_____, ramal _____.