

POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

Revisão: 01/07/19

Válida em: 01/06/19

I. POLÍTICA

A. A Western Connecticut Health Network (a “Rede”) é uma entidade sem fins lucrativos isenta de impostos, que tem o compromisso de promover a saúde e o bem-estar dos indivíduos das suas comunidades pelo fornecimento de uma rede de atendimento de saúde integrada de alta qualidade e econômica. De maneira consistente com essa missão, a Rede reconhece a sua obrigação com as comunidades que atende de fornecer assistência financeira a pessoas extremamente pobres pertencentes a tais comunidades. Para os fins da presente Política, a Rede inclui o Danbury Hospital, o Norwalk Hospital (cada um deles designado como “Hospital”) e o Western Connecticut Medical Group. Os serviços fornecidos por profissionais baseados na comunidade não são cobertos pela presente Política.

B. No desenvolvimento da sua missão de caridade, a Rede fornecerá (i) tratamento de emergência a qualquer pessoa que necessite tal atendimento; e (ii) tratamento essencial *não de emergência* a pacientes que residam nas suas áreas primárias de atendimento e satisfaçam as condições e critérios estabelecidos na presente Política, independentemente da capacidade do paciente de pagar por tal atendimento. Procedimentos eletivos geralmente não são considerados atendimento essencial não de emergência e não são elegíveis para Assistência Financeira.

C. A Rede revisará regularmente a presente Política de Assistência Financeira para assegurar que sempre: (i) reflita a filosofia e a missão da Rede; (ii) explique os processos de decisão a respeito de quem é elegível para Assistência Financeira e de qual valor; e (iii) cumpra com todas as leis, regulamentos e normas estaduais e federais aplicáveis a respeito do fornecimento de assistência financeira a pacientes extremamente pobres. Caso alguma diretriz interpretativa altere, suplemente ou esclareça tais leis, regulamentos e normas estaduais e federais aplicáveis, a Rede modificará a presente Política e as suas práticas de maneira correspondente. A Rede mantém uma Política Financeira para Crédito e Cobranças separada. Uma cópia gratuita da mesma pode ser obtida entrando-se em contato com a Corporação de Assistência ao Paciente pelo telefone (203) 749-2650. A Política de Crédito e Cobranças estabelece as ações que podem ser tomadas em caso de falta de pagamento dos valores que se determine que sejam de responsabilidade do paciente nos termos da presente Política.

II. ELEGIBILIDADE E DETERMINAÇÃO DE DESCONTO

A. Elegibilidade: Um paciente é elegível para Assistência Financeira se: (i) viver na Área Primária ou Secundária de Atendimento definida pela Rede, (ii) tiver seguro de saúde limitado ou inexistente; (iii) requisitar assistência médica do governo (por exemplo, Medicare ou Medicaid), mas for considerado não elegível; (iv) cooperar com a Rede, fornecendo as informações e a documentação financeira solicitadas; e (v) demonstrar “necessidade financeira” com base no **Anexo 1**. Além disso, um paciente pode ser elegível para Assistência Financeira caso a Rede, a seu próprio critério, considerar que tal elegibilidade é adequada nas circunstâncias específicas do paciente (incluindo possível adversidade médica). Pode-se considerar a existência de dívida médica substancial e solicitar documentação adicional relacionada a patrimônio e despesas cotidianas. Para os fins da presente Política, o termo “paciente” é utilizado com relação ao paciente ou a fonte de pagamento aplicável ao atendimento do paciente (por exemplo, pai, mãe, tutor ou outro responsável).

B. Necessidade financeira: Será considerado que um paciente tem necessidade financeira com base nas Diretrizes Federais de Nível de Pobreza (“FPG”) em vigor em tal momento. A tabela a seguir estabelece as exigências de renda e o desconto de assistência financeira correspondente nas tarifas dos serviços prestados pela Rede. Renda inclui salário e ganhos, valores pagos por determinação legal, salário desemprego, seguro contra acidentes de trabalho, dividendos, juros recebidos e outras fontes de renda recorrente.

RENDA DO PACIENTE	DESCONTO
Igual ou inferior a 300% das FPG	100% ou atendimento gratuito
Entre 301% e 350% das FPG	75% de desconto
Entre 351% e 400% das FPG	Desconto dos AGB Montantes normalmente faturados (AGB) (A porcentagem varia anualmente por Hospital, vide detalhes no Anexo 1)

C. Cálculo dos valores a faturar: Em nenhum caso um paciente que seja elegível para assistência financeira nos termos da presente Política receberá cobrança acima dos montantes normalmente faturados (“AGB”) em cada Hospital da Rede para atendimento de emergência ou clinicamente necessário e menos que as tarifas brutas por todos os outros atendimentos médicos. A Rede calcula os próprios AGB utilizando o “método retrospectivo” baseado em tarifas comerciais e do Medicare. O valor líquido a ser faturado de um paciente que se qualifique para assistência financeira nos termos do presente será determinado por (i) cálculo das tarifas brutas pelos serviços prestados ao

paciente e (ii) aplicação do desconto adequado (conforme determinado anteriormente e no Anexo 1). Não obstante o precedente, no entanto:

1. Nos termos do Lei Pública de Connecticut nº 03-266, nenhum paciente não segurado (conforme definido pela Lei) do Hospital cuja renda (isolada, independentemente do patrimônio disponível) ficar abaixo de **250%** das FPG receberá cobrança acima do custo do Hospital para o fornecimento de serviços ao paciente.

III. PROCEDIMENTOS E OBRIGAÇÕES PARA A DETERMINAÇÃO DE ELEGIBILIDADE PARA ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

A. Todos os pacientes serão informados da disponibilidade de assistência financeira nos termos da presente Política. Pacientes com saldo para pagamento individual esperado ou real serão encaminhados ao Departamento de Aconselhamento Financeiro da Rede.

B. Como um paciente não é elegível nos termos da presente Política até que tenha requisitado e seja considerado elegível para os programas federais e estaduais de assistência do governo, o Departamento de Aconselhamento Financeiro da Rede auxiliará o paciente com a inscrição para os programas federais e estaduais de assistência do governo, incluindo, entre outros, os Programas de Bolsa de Saúde. Pode-se entrar em contato com conselheiros financeiros e outros profissionais treinados pelo número (203) 739-7773 (Danbury Hospital ou Western Connecticut Medical Group), (203) 852-3028 (Norwalk Hospital) ou (860) 210-5427 (unidade New Milford Hospital) para a obtenção do auxílio necessário para o preenchimento da Requisição de Assistência Financeira ou com quaisquer outros materiais requeridos pela Rede nos termos da presente Política.

C. Embora a Rede tente determinar a elegibilidade durante o pré-registro ou antes da alta, pode ser que isso não seja possível, seja porque o paciente não forneça a documentação necessária, ou as circunstâncias do paciente se alterem após a alta ou em outros casos nos quais se identifiquem as circunstâncias ou necessidades de determinado paciente. **Um paciente pode solicitar a consideração a qualquer momento e a Rede avaliará a elegibilidade do paciente nos termos da presente Política conforme solicitado, incluindo consideração durante a fase de cobrança e processo legal.** Os pacientes são incentivados a entrar em contato com o Departamento de Serviços Financeiros se as próprias circunstâncias mudarem ou se houver identificação de necessidade adicional. Os Conselheiros Financeiros da Rede analisarão todas as informações fornecidas e as circunstâncias relevantes relacionadas à necessidade de Assistência Financeira, determinarão a elegibilidade e notificarão o

paciente a respeito de suas obrigações financeiras, se houver alguma, conforme estabelecido a seguir.

D. Procedimento administrativo

1. A equipe da Rede encaminhará imediatamente aos conselheiros financeiros do Hospital uma cópia do registro de pré-internação de qualquer paciente que não tenha seguro. Os conselheiros financeiros entrarão em contato com o paciente para marcar uma entrevista financeira assim que possível, mas idealmente antes da internação em um atendimento não de emergência clinicamente necessário e antes da alta em uma internação de emergência. Para serviços de emergência, a Rede não atrasará a triagem nem o tratamento de um quadro clínico de emergência no aguardo de tal entrevista financeira.

2. Para determinar se um paciente é elegível para Assistência Financeira, o paciente terá que preencher a Planilha Financeira do Paciente (**Anexo 2**). A Planilha estará facilmente disponível para os pacientes por métodos que incluem (entre outros) a publicação no site do Hospital, a distribuição nas áreas de registro e internação de pacientes dos Hospitais e nos escritórios de Serviços Financeiros ao Paciente, assim como a inclusão nas pastas informativas presentes nos quartos dos pacientes.

3. Os pacientes devem enviar a Planilha ao conselheiro financeiro no envelope endereçado e selado fornecido pela Rede em até dez (10) dias. A falta do fornecimento das informações requeridas de maneira oportuna resultará na recusa da solicitação do paciente de fornecimento de Assistência Financeira. Os pacientes têm a obrigação de cooperar e fornecer rapidamente todas as informações necessárias. A Rede fará esforços razoáveis para oferecer e proporcionar auxílio aos pacientes para o preenchimento da Planilha. No entanto, se houver necessidade de auxílio para coletar as informações necessárias ou os materiais solicitados como parte do processo de qualificação para Assistência Financeira, os pacientes são incentivados a entrar em contato com um dos conselheiros financeiros treinados da Rede pelo número (203) 739-7773 (Danbury Hospital), (203) 852-3028 (Norwalk Hospital) ou (860) 210-5427 (unidade New Milford Hospital). Os conselheiros financeiros também estão disponíveis para auxiliar o paciente a avaliar a própria situação financeira, a coletar informações solicitadas pela Rede e auxiliar com tarefas similares.

4. Como parte do processo de entrevista financeira, os conselheiros financeiros solicitarão a documentação a seguir a fim de processar e validar as requisições de Assistência Financeira:

Documentação de apoio requerida	Exemplos de documentos aceitáveis
Confirmação de renda anual	Declaração de imposto de renda federal mais recente Últimos 4 contracheques W-2 ou 1099 mais recente Carta de atribuição de benefícios sociais Extrato de salário desemprego Carta de atribuição de seguro contra acidentes de trabalho
Verificação de número de seguro social (SSN) e/ou data de nascimento	Carteira de motorista Cartão de identificação emitido pelo estado Cartão de seguro social Certidão de nascimento Certidão de batismo Certificado de dispensa militar Histórico escolar
Verificação de residência	Extrato de hipoteca Contrato de aluguel Fatura de imposto Declaração de acomodação e estadia Fatura de serviços públicos Verificação escrita do proprietário do imóvel alugado

- E.** Embora as informações anteriores sejam requeridas dos pacientes que busquem Assistência Financeira, a Rede, a seu próprio critério, pode decidir não requerer alguns ou todos os documentos, dependendo das circunstâncias e da capacidade do paciente de obter os documentos. A Rede pode basear-se em documentos recebidos de organizações de crédito ou outras entidades externas, incluindo Norwalk Community Health Center, Americares e Good Samaritans, para determinar a elegibilidade de um paciente para a Assistência Financeira.
- F.** Os pacientes têm a obrigação de fornecer as informações solicitadas de maneira razoável pela Rede para que a mesma possa determinar a elegibilidade do paciente para a Assistência Financeira. **Se um paciente alegar que não tem condições de pagar, mas não fornecer as informações solicitadas de maneira razoável pela Rede, não haverá fornecimento de Assistência Financeira e os esforços normais de cobrança poderão ser realizados a critério exclusivo da Rede.**
- G.** Elegibilidade e processo de notificação:
1. Ao receber a Planilha Financeira de um paciente, o Departamento de Serviços Financeiros analisará a requisição do paciente para determinar

que esteja completa, incluindo toda a documentação requerida. Se não estiver completa, a requisição será devolvida ao paciente para que seja completada. Se a Rede devolver uma requisição a um paciente por estar incompleta, o conselheiro financeiro tentará entrar em contato com o paciente pelo telefone. Se o conselheiro não puder entrar em contato com o paciente pelo telefone, oferecerá ao paciente uma entrevista em pessoa ou pelo telefone para determinar a elegibilidade de tal paciente para a Assistência Financeira. Se a Rede não puder entrar em contato com o paciente pelo telefone, ou se não houver um número de telefone indicado, o conselheiro financeiro enviará uma carta para o paciente que detalhe o que é necessário e explique ao paciente que ele é responsável por entrar em contato com o Departamento de Aconselhamento Financeiro da Rede até dez (10) dias após o recebimento da carta. Os conselheiros financeiros treinados da Rede se oferecerão para reunir-se com o paciente para auxiliar no preenchimento da requisição, para que o Hospital tenha todas as informações necessárias para determinar a elegibilidade do paciente para a Assistência Financeira.

2. O Departamento de Serviços Financeiros preencherá o Formulário de Determinação de Elegibilidade para Assistência Financeira apresentado no **Anexo 3** e determinará o valor devido pelo paciente, se houver algum. O Departamento de Serviços Financeiros informará o paciente da sua elegibilidade para a Assistência Financeira e do valor de tal Assistência Financeira até dez (10) dias úteis após a determinação.
3. Uma determinação de elegibilidade nos termos da presente Política será válida por um (1) ano. No final de tal período, espera-se que qualquer paciente que continue necessitando serviços médicos essenciais faça uma nova requisição ou atualize a requisição anterior a fim de permitir que a Rede faça uma determinação a respeito da continuidade da elegibilidade do paciente para a Assistência Financeira.

IV. COMUNICAÇÃO

A Rede comunicará a disponibilidade de Assistência Financeira aos seus pacientes e ao público em geral por medidas que incluem o fornecimento ou a publicação de cópias da presente Política, resumos da mesma (se forem mais conducentes ao entendimento dos pacientes), cartazes e/ou folhetos adequados no site da Rede; nos prontos-socorros dos Hospitais; nas áreas de registro e internação de pacientes; nos Departamentos de Serviços Financeiros ao Paciente; em outras áreas de espera espalhadas pelos Hospitais (conforme razoavelmente viável e adequado); nas pastas informativas para o paciente incluídas nos quartos; e nas contas e extratos enviados aos pacientes.

Materiais pertinentes serão fornecidos em inglês, português e espanhol, que são os idiomas adequados para as comunidades atendidas pela Rede. Outros idiomas serão adicionados conforme necessário, caso haja mudanças na população de pacientes da Rede. Todos esses materiais incluirão números de telefone de contato e/ou endereços de e-mail pertinentes para dar aos pacientes recursos adequados para o preenchimento da Planilha e solucionar quaisquer dúvidas que possam ter a respeito do Programa de Assistência Financeira da Rede.

V. DOCUMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE REGISTROS

A. 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 dos casos de Assistência Financeira, juntamente com a documentação de apoio. A documentação de apoio incluirá pelo menos o seguinte: (i) o número de requerentes de serviços gratuitos e com custo reduzido; (ii) o número de requerentes aprovados; (iii) o total e a média das tarifas e custos do valor de atendimento fornecido gratuitamente e com custo reduzido; (iv) qualquer outra informação requerida ou necessária para permitir relatórios completos e precisos de acordo com as leis federais e estaduais aplicáveis (incluindo, entre outras, a Lei Pública de CT nº 03-266).

B. O Diretor do Ciclo de Renda analisará regularmente a situação do programa de Assistência Financeira com o Diretor Executivo (CEO) ou o respectivo representante. O Diretor Executivo ou o respectivo representante será responsável por apresentar a presente Política de Assistência Financeira ao Conselho de Administração pelo menos uma vez por ano. Tal apresentação incluirá uma declaração detalhada a respeito de qual é a política da Rede em termos de Assistência Financeira, o impacto da presente Política de Assistência Financeira nas operações da Rede e o nível de necessidades e benefícios concedidos à comunidade no programa de Assistência Financeira da Rede.

C. Informações sobre o valor de Assistência Financeira fornecido nos termos da Política de Assistência Financeira da Rede serão apresentadas em conformidade com as leis e normas federais e estaduais para o relato de informações.

APÊNDICE I

Elegibilidade presumida à Assistência Financeira

Há casos nos quais um paciente pode parecer elegível aos descontos de atendimento de caridade, mas não há um formulário de assistência financeira no arquivo e falta a documentação de apoio correspondente. No entanto, com frequência há informações adequadas fornecidas pelo paciente ou por fontes externas que fornecem evidências suficientes para oferecer assistência de atendimento de caridade ao paciente. Caso não haja evidências concretas para apoiar a elegibilidade de um paciente para o atendimento de caridade, a Western Connecticut Health Network pode usar fontes externas para determinar *presumidamente* a elegibilidade ao atendimento de caridade. Uma vez determinada, dada a natureza inerente das circunstâncias presumidas, o desconto concedido será uma dedução de 100% do saldo da conta. A elegibilidade presumida pode ser determinada com base em circunstâncias da vida do indivíduo, incluindo:

- (1) sem-teto ou recebeu atendimento em uma clínica para sem-teto;
- (2) falecido sem cônjuge e sem espólio;
- (3) aprovado pelo tribunal de falência.

APÊNDICE II

AmeriCares

Como uma organização sem fins lucrativos, a Western Connecticut Health Network tem um compromisso com a saúde e o bem-estar da comunidade e fornece atendimento aos pacientes, independentemente da capacidade de pagamento. As Clínicas Gratuitas do AmeriCares fornecem atendimento de saúde primário gratuito a residentes de Connecticut que não tenham seguro de saúde e com renda que não ultrapasse 300% do Nível de Pobreza Federal. Ao trabalhar em conjunto, as duas organizações podem garantir um atendimento de saúde mais abrangente aos residentes mais necessitados das comunidades que normalmente atendem.

A Western Connecticut Health Network concorda em fornecer atendimento ambulatorial gratuito aos pacientes que o AmeriCares encaminhar para tratamento. Os serviços incluídos são todos os serviços sem internação *cobertos pelo Medicaid*, exceto infusões, tratamentos de radiação, serviços hiperbáricos e serviços dentários ambulatoriais. Serviços com internação não são cobertos por este acordo. Pacientes que necessitem tais serviços não cobertos serão encaminhados ao pessoal de Aconselhamento Financeiro da própria Western Connecticut.

APÊNDICE III

Norwalk Community Health Center

O Norwalk Community Health Center é um centro de saúde qualificado pelo governo federal, que fornece atendimento de saúde abrangente aos pacientes, utilizando um modelo de atendimento médico em casa focado no paciente. Fornece atendimento tanto a pacientes segurados quanto não segurados. Os pacientes não segurados são encaminhados à equipe de elegibilidade, cujos membros também são conselheiros certificados para o requerimento do Access Health de Connecticut. Pacientes que não possam obter um seguro de saúde através do Estado ou da bolsa de saúde são colocados em uma tabela progressiva com o Norwalk Community Health Center. A Western Connecticut Health Network honra a tabela progressiva determinada pelo Norwalk Community Health Center para todos os serviços sem internação *cobertos pelo Medicaid*, exceto infusões, tratamentos de radiação, serviços hiperbáricos e serviços dentários ambulatoriais. Serviços com internação não são cobertos por este acordo. Pacientes que necessitem tais serviços não cobertos trabalharão diretamente com a equipe de Aconselhamento Financeiro do próprio Western Connecticut.

ANEXO 1

DIRETRIZES DE ELEGIBILIDADE PARA ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

Baseadas nas diretrizes federais de pobreza de 2019

Tamanho da família	Diretrizes federais de pobreza (2019)	De 250% a 300% (ou menos) das diretrizes de pobreza (Dedução de 100%)	De 301% a 350% das diretrizes de pobreza (Dedução de 75%)	De 351% a 400% das diretrizes de pobreza (Desconto dos AGB) Danbury/New Milford: Desconto de 58,66% Norwalk: Desconto de 60,01%
1	US\$ 12.490	US\$ 31.225 a US\$ 37.470	US\$ 37.471 a US\$ 43.715	US\$ 43.716 a US\$ 49.960
2	US\$ 16.910	US\$ 42.275 a US\$ 50.730	US\$ 50.731 a US\$ 59.185	US\$ 59.186 a US\$ 67.640
3	US\$ 21.330	US\$ 53.325 a US\$ 63.990	US\$ 63.991 a US\$ 74.655	US\$ 74.656 a US\$ 85.320
4	US\$ 25.750	US\$ 64.375 a US\$ 77.250	US\$ 77.251 a US\$ 90.125	US\$ 90.126 a US\$ 103.000
5	US\$ 30.170	US\$ 75.425 a US\$ 90.510	US\$ 90.511 a US\$ 105.595	US\$ 105.596 a US\$ 120.680
6	US\$ 34.590	US\$ 84.350 a US\$ 103.770	US\$ 103.771 a US\$ 121.065	US\$ 121.066 a US\$ 138.360
7	US\$ 39.010	US\$ 97.525 a US\$ 117.030	US\$ 117.031 a US\$ 136.535	US\$ 136.536 a US\$ 156.040
8	US\$ 43.430	US\$ 108.575 a US\$ 130.290	US\$ 130.291 a US\$ 152.005	US\$ 152.006 a US\$ 173.720

**** Para famílias com mais de 8 membros, adicione US\$ 4.420,00 por membro adicional.**

Observação: Este anexo será atualizado periodicamente para refletir as FPG mais atualizadas emitidas pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanitários dos EUA.

ANEXO 2

PLANILHA FINANCEIRA DO PACIENTE/FONTE DE PAGADORA

Nome do paciente: _____

Número da conta: _____

Tamanho da família: _____

1A Cálculo de renda disponível

Salário/pensão mensal _____

_____ x 12 _____

SSI/VA mensal _____

_____ x 12 _____

Total da renda _____

_____ x 12 _____ (AA)

1B Cálculo de despesas mensais

Aluguel _____

Eletricidade _____

Gás _____

Telefone _____

Água _____

Prestações de automóvel _____

Cartões de crédito _____

Seguro _____

Outras _____

Alimentação (US\$ 100,00 x dependentes) _____

Total das despesas mensais _____

Total das despesas _____

_____ x 12 _____ (BB)

**1C Renda elegível para as faturas do Hospital
(AA – BB) (se for menos que 0, escreva 1)**

_____ (CC)

1D Fatura estimada do Hospital para o paciente

_____ (DD)

1E Identificação do patrimônio líquido

Contas bancárias _____

Títulos _____

Ações _____

Certificados de depósito _____

Fundos mútuos _____

Total do patrimônio líquido _____

_____ (EE)

1F Total devido pelo paciente menos patrimônio líquido (DD – EE)

_____ (FF)

1G Renda elegível menos valor devido pelo paciente (CC – FF)

_____ (GG)

Observação: Se GG for um número negativo, então o paciente não terá nenhuma responsabilidade financeira.

_____ Atesto que as informações acima são corretas.

_____ Atesto que o paciente/fonte pagadora está desempregado e não pode fornecer documentação de emprego.

Assinatura do paciente/fonte pagadora

Data

ANEXO 3

FORMULÁRIO DE DETERMINAÇÃO DE ELEGIBILIDADE PARA ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

Data: _____

A Western Connecticut Health Network realizou uma determinação de elegibilidade para a Assistência Financeira de:

Nome: _____

Ficha médica nº: _____

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

_____ A sua solicitação de Assistência Financeira foi rejeitada porque a sua renda supera o limite estabelecido pelas Diretrizes de Assistência Financeira da Western Connecticut Health Network.

_____ A sua solicitação de Assistência Financeira foi aprovada para os serviços prestados em _____. Todo o saldo será considerado como atendimento gratuito.

_____ A sua solicitação de Assistência Financeira foi aprovada em conformidade com os critérios da Lei Pública nº 03-266 para os serviços prestados em _____. Você receberá nova(s) fatura(s) indicando o novo saldo reduzido.

_____ Você se qualifica para um desconto nas tarifas de acordo com a tabela progressiva da Rede. Entre em contato com o número de telefone indicado na nova fatura ajustada para obter um plano de pagamento parcelado do saldo (se necessário).

_____ A sua solicitação foi rejeitada pelo seguinte motivo:

_____ Outra resposta (descreva detalhadamente):

Em caso de dúvida sobre a presente determinação, entre em contato com:

_____ pelo número (203) _____, ramal _____.

