

Франкфорд госпиталь

Правила администрации

Предмет: **Милосердие и финансовая помощь**

ДАТА: August 30, 2004

ЦЕЛЬ:

Следуя миссии, Франкфорд госпиталь рассматривает индивидуально возможности каждого больного оплачивать лечение и оказывает медицинскую помощь не зависимо от финансового положения и с одинаковым достоинством для каждого. Намерение Франкфорд госпиталя установить минимальный стандарт для получения бесплатного обслуживания или финансовой помощи больным, не имеющим медицинского покрытия. Программа рассчитана для пациентов, остро нуждающихся в медицинском обслуживании (плановая косметическая операция не подлежит под закон о милосердии и финансовой помощи) и живущих в районе Франкфорд Франкфорд, Франфорд Торресдаил и Бакс (исключение составляют больные, нуждающиеся в срочном медицинском обслуживании и необходимости пребывания в госпитале для дальнейшего лечения). Следуя административным правилам медицинской экспертизы, стабилизирующее лечение и соответствующие перемещения, Франкфорд госпиталь обеспечит услуги срочной/чрезвычайной медицинской помощи не зависимо от финансовой способности больного.

Процедура

1. Франкфорд госпиталь предоставит помощь пациентам в получении медицинской страховки от частных и государственных финансируемых организаций (такие, как Медикейд), если это возможно. Финансовый сервис госпиталя и отдел доступа пациента должны предоставить необходимую документацию, соответствующую административным правилам, чтобы определить статус пациента без мед. покрытия, в целях помощи получения иншуренса или помощи получения милосердия и финансовой помощи для тех, кому отказано в получении медицинского иншуренса.
2. Финансовый сервис и отдел доступа пациента определит возможность получения милосердия или финансовой помощи для тех, кому отказано в получении иншуренса.
 - (a) **Помощь милосердия-** Больным, у которых нет иншуренса и необходима срочная медицинская помощь, кому отказано в государственном фонде на медицину и доход семьи которых не превышает 200% Федерального уровня бедности, смогут получить 100% бесплатную помощь милосердия (не включая персональные расходы т.к телефонный сервис и т.д)
 - (b) **Финансовая помощь-** Больным без иншуренса, кому отказано в государственном фонде на покрытие медицинских расходов, доход семьи которых не менее 200%, но не превышает 500% Федерального уровня бедности, смогут получить частичную финансовую помощь. Пациенты,

подходящие под этот статус, должны будут подписать соглашение об уплате долга, оставшегося после оплаты финансовой помощи. Больной получит чек с объяснением, где будет указано сколько оплачено и каков остаток для оплаты больного и сроки оплаты.

3. Больные, кто не окажет содействия в заполнении и предоставлении правильной, акуратной финансовой информации, не будут подлежать помощи милосердия и финансовой помощи.
4. Заявления вне рукаводящих правил, могут быть рассмотрены на основании эксраординарных обстоятельств с документальной подписью и одобрением административного директора бухгалтерского учёта и вице-президента финансирования.
5. Долг пациента, получившего финансовую помощь, должен быть составлен в соответствии с правилами Франкфорд госпиталя.
6. Копии правил и инструкций, а также дальнейшая информация предлагаются на Испанском, Русском и Корейском языках, на Франкфорд госпитале вебсайт и во всех ключевых отделениях Франкфорд госпиталя. Госпитальные счета тоже содержат информацию о том, как получить милосердие или финансовую помощь.

Для дальнейшей информации или по вопросам получения форм на помощь, пожалуйста, свяжитесь с нами:

Бакс оффис :	215- 949- 5062
Франкфорд оффис:	215- 831- 2111
Торресдале оффис:	215 –612- 3393 или 612-2667

ФРАНКФОРД ГОСПИТАЛЬ

**ПОМОЩЬ МИЛОСЕРДИЯ И ФИНАНСОВАЯ
ПОМОЩЬ
НОРМЫ СЕМЕЙНОГО ДОХОДА
ВСЕ ПАЦИЕНТЫ
ЯНВАРЬ 23 / 2008**

РАЗМЕР	100%	75%	50%	25%
СЕМЬИ	ПОСОБИЕ	ПОСОБИЕ	ПОСОБИЕ	ПОСОБИЕ
1	\$20,800.00	\$31,200.00	\$41,600.00	\$52,000.00
2	\$28,000.00	\$42,000.00	\$56,000.00	\$70,000.00
3	\$35,200.00	\$52,800.00	\$70,400.00	\$88,000.00
4	\$42,400.00	\$63,600.00	\$84,800.00	\$106,000.00
5	\$49,600.00	\$74,400.00	\$99,200.00	\$124,000.00
6	\$56,800.00	\$85,200.00	\$113,600.00	\$138,400.00
7	\$64,000.00	\$96,000.00	\$128,000.00	\$152,800.00
8	\$71,200.00	\$106,800.00	\$142,400.00	\$178,000.00

ДОБАВЬТЕ \$3,600 НА КАЖДОГО СЛЕДУЮЩЕГО ЧЛЕНА СЕМЬИ

ФРАНКФОРД ГОСПИТАЛЬ
ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПОМОЩИ МИЛОСЕРДИЯ И
ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

ДАТА _____

ИМЯ ПАЦИЕНТА: _____

СОУШЕЛ СЕКЮРИТИ # _____ ДАТА РОЖДЕНИЯ: _____

АДРЕС: _____

ГОРОД: _____ ШТАТ: _____ ИНДЕКС: _____

НОМЕР ТЕЛЕФОНА: _____ ИНШУРЕНСНАЯ ИНФО : _____

ДАТА/Ы ОБСЛУЖИВАНИЯ : _____

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД ДО СНЯТИЯ ТЕКСОВ

ВАШ : \$ _____ ИСТОЧНИК ДОХОДОВ: _____

СУПРУГИ : \$ _____ ИСТОЧНИК ДОХОДОВ: _____

ДРУГИЕ ЧЛЕНЫ СЕМЬИ : \$ _____ ИСТОЧНИК ДОХОДОВ: _____

ДРУГОЙ ИСТОЧНИК
ДОХОДОВ: \$ _____ ОПИШИТЕ: _____

ЧИСЛО ИЖДИВЕНЦЕВ В ВАШЕМ ДОМЕ: _____

(Включая себя)

ВЫ РАБОТАЕТЕ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ? ДА / НЕТ

ЕСЛИ НЕТ, КОГДА БЫЛ ВАШ ПОСЛЕДНИЙ ДЕНЬ? _____

НАСТОЯЩИЙ ИЛИ ПРОШЛЫЙ РАБОТОДАТЕЛЬ: _____

АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ: _____

НОМЕР ТЕЛЕФОНА : _____

Я понимаю, что подписывая этот документ, я прошу помощь милосердия или финансовую помощь у Франкфорд госпиталя. Я подтверждаю, что выше указанная информация правдивая и точная. Я также понимаю, что Франкфорд госпиталь может проверять данную мной информацию. Я обязуюсь сотрудничать с проверяющими сотрудниками Франкфорд госпиталя и обеспечивать все необходимые свидетельства, подтверждающие информацию, данную мной в этом заявлении.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ: _____ ДАТА: _____

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ФРАНКФОРД ГОСПИТАЛЯ: _____

ФРАНКФОРД ГОСПИТАЛЬ

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ПОМОЩИ МИЛОСЕРДИЯ/ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ. РАЗЪЯСНЕНИЯ

Имя пациента	Имя больного, обращающегося за финансовой помощью. Если больному меньше 18 лет, укажите имя родителей или ответственного лица.
Сошел секюрити #	Сошел секюрити номер пациента, обращающегося за финансовой помощью.
Дата рождения	Месяц, день и год рождения заявителя.
Адрес/ Город/Штат/Индекс/Номер телефона	Адрес и номер телефона лица, обращающегося за помощью.
Медицинское покрытие	Если больной имеет медицинское покрытие, укажите имя иншуренсной компании .Если нет, напишите "None"
Дата(ы) обслуживания	День, когда больной поступил в госпиталь и день, когда выписался (если различные дни.)
Месячный доход Ваш и Вашей/го супруга	Полный доход за месяц до уплаты тексов и других вычетов. Это включает все виды доходов- заработную плату, сошел секюрити бенефиты, пенсию и т.д. Эта сумма может быть средней месячной, если доход различен от месяца к месяцу. Заполните отдельно на каждой линии доход лица, подающего на финансовую помощь(себя) и его/её супруга.
Месячный доход других членов семьи	Если есть другие члены семьи, за которых проситель финансовой помощи оплачивает половину их ежегодных расходов, опишите их доход , если таковой имеется.
Другие источники доходов	Если лицо, подающее на финансовую помощь, имеет другие источники доходов, которые не включены выше, опишите их. Например: алименты, поддержка детей, велфер.
Количество иждивенцов в Вашем доме	Включая лицо, подающее на финансовую помощь, и все остальные, кто проживает в доме с этим человеком, и он/она оплачивает как минимум половину их ежегодных расходов.
Работаете ли Вы в настоящее время ?	Напишите " Да", если Вы работаете и "Нет", если не работаете.
Последний рабочий день	Если лицо, подающее на финансовую помощь, не работает в настоящее время поставьте последний рабочий месяц и год.
Настоящий или предыдущий работодатель	Имя компании, где лицо, оформляющее финансовую помощь, работает в настоящее время. Напишите " Self-employed", если он / она имеет собственный бизнес.
Рабочий адрес / телефон	Адрес предыдущего или настоящего места работы.