

Aide financière

Personne responsable : Directeur, Services de Cycle de revenus

Approuvé par : Conseil d'administration

23 mars 2017

Objectif

Androscoggin Valley Hospital (hôpital ou AVH) et/ou les politiques AVH Surgical Associates (ASA) en matière de conseils financiers, aide financière, de paiements de patients et de facturation et de perception pratiques.

Le but de cette politique est de fournir des orientations pour la détermination de la financial assistance pour les patients qui reçoivent des services médicalement nécessaires d'urgence et d'autres à l'hôpital de la vallée de Androscoggin et sont incapables de payer les soldes après assurance et pour lesquels il n'y a aucun autres sources de financement disponibles.

Responsabilité

Le service client est chargé de traiter toutes les demandes d'aide financière.

Champ d'application de la politique

Aux fins de la présente politique, les demandes d'assistance financière se rapportent à la fourniture de services de soins de santé délivrés par AVH et/ou ASA aux soins émergente et médicalement nécessaires. Cette politique se limite aux frais facturés par l'AVH/ASA et n'inclut pas de médecin, pathologie ou frais accessoires ne pas facturés par AVH/ASA (annexe D).

Générales

Androscoggin Valley Hospital s'engage à fournir une aide financière aux personnes qui ont des besoins de soins de santé et sont autrement incapable de payer, pour des soins médicalement nécessaires, basé sur leur situation financière individuelle et insuffisamment assurés et non assurés. L'octroi de l'aide financière doit reposer sur une détermination individualisée des besoins financiers et ne prennent pas en compte l'âge, le sexe, race, sociaux ou statut d'immigrant, orientation sexuelle ou l'appartenance religieuse. Conformément à sa mission de livrer de compassion, de haute qualité, des services de soins de santé abordables, l'hôpital s'efforce de faire en sorte que la capacité financière des personnes qui ont besoin de services de santé ne les empêche pas de chercher ou de recevoir des soins. L'hôpital offrira, sans discrimination, des soins pour les conditions médicales d'urgence aux personnes indépendamment de leur admissibilité à l'aide financière ou à l'aide gouvernementale.

En conséquence, cette politique écrite :

- Comprend les critères d'admissibilité à l'aide financière.
- Décrit la base pour calculer les montants facturés aux patients de bénéficier d'une aide financière en vertu de cette politique.
- Décrit la méthode par laquelle les patients peuvent demander une aide financière.
- Décrit comment l'hôpital va faire largement connaître la politique au sein de la collectivité desservie par l'hôpital.

Ne constitue pas une aide financière pour se substituer à la responsabilité personnelle. Les patients devraient coopérer avec les procédures de l'hôpital pour obtenir une aide financière ou autres formes de paiement ou de l'aide et à contribuer au coût de leurs soins basés sur leurs aptitudes individuelles à payer.

Afin de gérer ses ressources de façon responsable et pour permettre à l'hôpital fournir le niveau approprié d'aide au plus grand nombre de personnes dans le besoin, le Conseil d'administration a établi les lignes directrices suivantes pour la fourniture de l'aide financière.

Dans le but de cette politique, les termes ci-dessous sont définis comme suit :

Montant facturé en général (AGB) – Le montant facturé généralement pour urgence ou autres soins médicalement nécessaires aux personnes qui ont une assurance couvrant de tels soins.

Éléments d'actif sont définis comme l'épargne, certificats de dépôt, comptes courants, comptes de placement, comptes de retraite, résidence principale, automobiles, véhicules récréatifs et autres biens.

Jours lorsqu'ils sont référencés s'entend jours calendaires, sauf indication contraire dans les présentes.

Services électifs sont définis comme les services qui ne sont pas émergente ou médicalement nécessaire.

Conditions médicales d'urgence sont définis par l'article 1867 de la sécurité sociale agir (42 U.S.C. 1395dd) comme un état pathologique qui se manifeste par des symptômes aigus suffisamment graves (y compris douleurs sévères) tels que l'absence de soins médicaux immédiats puisse vraisemblablement se traduire par :

- Placer la santé de l'individu (ou, en ce qui concerne une femme enceinte, de la santé de la femme ou son enfant à naître) en grave danger,
- atteinte grave aux fonctions corporelles, ou
- un dysfonctionnement grave à tout organe corporel ou de la partie, ou
- en ce qui concerne la femme enceinte ;
- qu'il y a des temps insuffisant pour effectuer un transfert dans un autre hôpital avant l'accouchement, ou
- que le transfert peut constituer une menace pour la santé ou la sécurité de la femme ou l'enfant à naître.

Actions de Collection extraordinaire (CCE) tel que proposé par le biais de la Internal Revenue Code Section 501®, sont des actions qui nécessitent un processus juridique ou judiciaire, y compris sans s'y limiter, les privilèges sur les résidences, brefs de saisie du corps, saisies sur la propriété, saisir un compte bancaire, des actions civiles contre un individu, saisie-arrêt, les ventes de la dette et l'arrestation des salaires.

Famille/ménage est défini en utilisant les règles internes du revenu Service(IRS) qui définissent qui peut être demandé comme une exemption/personne à charge pour fins fiscales sont utilisés comme ligne directrice pour valider la taille de la famille dans l'octroi de soutiens financiers.

Revenu de la famille/ménage est calculé en utilisant les directives fédérales de la pauvreté qui sont fondent sur ; rémunération, indemnisation du chômage, accidents, sécurité sociale, revenu de sécurité supplémentaire, assistance publique, paiements aux anciens combattants, prestations de survivant, pension ou revenu de retraite, intérêt, dividendes, loyers, redevances, revenu de successions, fiducies, pension alimentaire, gains en capital et autres sources diverses ;

Directives de pauvreté fédéral (FPG) sont mis à jour annuellement dans le Federal Register par les États-Unis Département de Health and Human Services en vertu du paragraphe (2) de la Section 9902 du titre 42 du Code des États-Unis. Les lignes directrices actuelles peuvent être référencés à <http://aspe.hhs.gov/poverty/>. L'hôpital va examiner et actualiser des allocations d'Assistance financières basé sur le FPG actuel le 1er février de chaque année.

Frais bruts sont le total frais au taux plein de l'Organisation des services de santé du patient avant d'indemnités contractuelles, d'autres déductions du revenu ou des remises négociées sont appliquées.

Médicalement nécessaires dans le but de cette politique sera définie à l'aide de New Hampshire règlements qui définissent les services médicalement nécessaires comme « services de santé qui fournirait un dispensateur de soins agréé, exercice de jugement clinique prudente, conformément aux normes généralement acceptées de la pratique médicale, à un destinataire aux fins d'évaluer, diagnostiquer, prévenir ou traiter une maladie aiguë ou chronique, les blessures, les maladies, ou ses symptômes et qui sont :

1. sur le plan clinique appropriée en ce qui concerne le type, la fréquence d'utilisation, étendue, site et la durée et compatibles avec le diagnostic établi ou le traitement de la maladie du destinataire, blessure, maladie ou ses symptômes ;
2. pas d'abord pour la commodité du bénéficiaire ou du destinataire famille, aidants naturels ou fournisseur de soins de santé ;

3. pas plus coûteux que d'autres éléments ou services qui produiraient l'équivalent diagnostiques, thérapeutiques, ou des résultats de traitement comme liés à la maladie du destinataire, blessure, maladie ou ses symptômes ; et
4. non expérimentale, d'enquête, cosmétique ou redondantes dans la nature. »

Présomptive admissibilité est défini comme les patients qui peuvent être présumés ou réputés bénéficier d'une aide financière basée sur leur inscription dans d'autres programmes ou sur l'information qui n'est pas fournie directement par le patient.

Patients non assurés (également connu sous le nom péage) est défini comme une personne sans assurance maladie active au moment du service pour couvrir les coûts des services fournis par l'hôpital de la vallée de Androscoggin.

Sous-assuré Patient est défini comme un individu ayant l'assurance maladie qui ne couvre pas l'intégralité des coûts des services fournis par l'hôpital de la vallée de Androscoggin.

Conseils financiers

AVH fera tous les efforts raisonnables pour fournir des conseils financiers aux patients avant tout rendez-vous, l'essai ou la procédure. Pour les entrées non programmées AVH fera tous les efforts raisonnables pour fournir financier conseils dans les deux jours ouvrables.

Financière consultation consistera en une discussion sur la responsabilité éventuelle, aide financière disponible, échéanciers et comptabiliser applicant à Medicaid, handicap et du marché plans offerts par le biais de l'Affordable Care Act.

Aide financière

AVH/ASA a aide financière disponible pour les services médicalement nécessaires, aux personnes qui ont des besoins de soins de santé et sont non assuré et insuffisamment et incapable de payer, basé sur leur situation financière. Si les déposants sont une aide financière approuvée il s'appliquera aux soldes jusqu'à 240 jours de déclaration initiale et un 1 an à compter de la date d'application pour les futurs services.

Détermination de l'admissibilité à l'aide financière

Résidence du patient va être pris en compte dans la détermination des services actualisés en vertu de la politique d'aide financière :

RÉSIDENCE :

Services non programmées - aucune condition de résidence.

Services planifiés, réguliers, non urgents - ID de licence licence ou non-conducteur de conduire seront requis si l'adresse sur les documents justificatifs n'est pas dans les zones de desserte énumérées ci-dessous.

ZONE DE COUVERTURE :

Services non programmées - aucune condition de résidence.

Planifié, réguliers et non urgents services - Coos, Grafton et comté de Carroll, NH, Oxford County ME et le comté d'Essex, Vermont.

Une lettre d'accompagnement est joint à la demande d'aide financière indiquant les pièces justificatives nécessaires pour rendre une décision d'aide financière (annexe B).

Admissibilité à une aide financière est considérée pour les personnes qui sont non assurés ou peu assurés et qui sont incapables de payer le solde de leurs soins, basée sur la détermination de leurs besoins financiers conformément à cette politique.

AVH/ASA ne fournit pas d'aide financière pour des services purement électives ou patiente commodité. La détermination dont les services sont considérés comme électives réside uniquement avec l'AVH/ASA. Exemples de services et fournitures qui ne sont pas admissibles à l'aide financière se trouvent à l'annexe C (exclus des procédures/services/fournitures).

Besoins financiers seront déterminé conformément aux procédures qui impliquent une évaluation individuelle ; et la volonté :

A. inclure une demande (annexe B), processus dans lequel le patient ou garant du patient sont tenus de coopérer et fournir des personnels, financiers et autres renseignements et documents pertinents à l'égard de la détermination de leurs besoins financiers. Si un patient est incapable de remplir le formulaire de demande, le personnel de Service à la clientèle aidera le patient à l'achèvement de l'application. AVH certifie que toutes les informations contenues dans ou jointe à la demande ne serviront à déterminer l'admissibilité pour le programme d'aide financière de l'hôpital. AVH et ses employés ne sortira pas un patient demande ou pièces jointes sans autorisation documentée du ou des candidats.

B. inclure des efforts raisonnables de l'hôpital d'explorer les sources alternatives appropriées de paiement et de la couverture de programmes publics et privés et d'aider les patients à appliquer pour ces émissions.

C. prendre en compte les disponibilités du patient, revenus, investissements, équité dans une propriété immobilière dans les lignes directrices du programme et toutes les autres ressources financières disponibles pour le patient.

D. présomptive admissibilité sera déterminée à l'aide d'une copie de l'avis du ménage de la décision du département de Health and Human Services. L'avis doit être daté et complète dans les 6 derniers mois de la date d'application. L'avis doit indiquer le calcul des revenus et de ressources et ne peut indiquer que le patient ont retiré leur demande d'assistance. Dans le cas où le ménage est déterminé admissibles de l'avis de décision ils recevront un agrément valable pour la période d'application de 240 jours et 60 jours prospectivement. Si un patient souhaite continuer à recevoir FA puis ils devront pour achever le processus de demande de FAP.

AVH permet une réduction de 100 % aux demandeurs qui est revenu du ménage, gagné et non protégé, est inférieure à 300 % du seuil de pauvreté (annexe A)

Détermination du revenu de ménage : Revenu du ménage est calculé en utilisant le total brut du revenu gagné et non acquis, pendant une période de 12 mois, tous les membres du ménage, y compris les actifs non protégés.

Déterminer les biens du ménage : La valeur des actifs pris en compte dans la présente politique est ajoutée ensemble, ou dans le cas des comptes bancaires en moyenne plus de trois mois. Si les actifs du patient dépassent 2500 \$ pour un ménage d'une ou de \$ 4 000 pour un ménage de deux ou plus, le montant supplémentaire s'ajoutera au revenu du ménage. La valeur actuelle des comptes de retraite d'un membre du ménage sera abritée jusqu'à 100 000 \$ des fonds, et le montant supplémentaire sera ajouté au revenu du ménage. Deuxièmement, Troisièmement, propriété etc. ne sera pas protégée. Cependant, si le patient est seulement un copropriétaire dans la propriété par défaut (hérité) et peut prouver qu'il ne contribue pas financièrement à la propriété, l'actif ne doivent pas être comptée.

Les patients et les cautions seront informées de l'état de leur demande d'aide financière par écrit. Une fois approuvé une détermination de l'aide financière est bon pour un 1 an suivant la date de la demande devant un patient ou un garant est tenu de présenter une nouvelle demande

Demandes d'aide financière doivent être traitées rapidement et l'hôpital doit en aviser le patient ou le demandeur par écrit dans les 30 jours suivant la réception d'une demande dûment remplie et toutes les pièces justificatives. Le traitement de la demande peut être retardé si les informations nécessaires n'a pas été fournies ou le patient a une détermination de l'admissibilité Medicaid en attendant.

Une fois un patient est déterminé pour être admissible à une aide financière, le patient va recevoir une lettre par courrier expliquant le montant de l'escompte qu'ils sont admissibles à la date d'expiration de leur assistance et un état détaillé reflétant le montant de l'aide financière, AGB (le cas échéant) ainsi que le montant par patient.

Refus ou révocation de l'aide financière

L'aide financière sera refusée ou révoquée dans les cas suivants :

- Le patient fournit de fausses informations sur l'application.
- Le patient ne répond pas aux critères d'admissibilité en vertu de cette politique.
- AVH se réserve l'aide financière future du droit de révoquer la famille améliorer la situation financière ou qu'ils aient un changement dans la taille de la famille.
- Aide financière n'est accordée qu'après ont épuisé toutes les autres sources de paiement.

Patients/individus peuvent présenter une nouvelle demande d'aide financière à tout moment si les circonstances changent. Une nouvelle demande accompagnée des pièces justificatives est nécessaire. Veuillez communiquer avec le Service à la clientèle à (603) 326-5628 pour toute question.

Méthode par laquelle les Patients peut-être demander une aide financière

Les patients peuvent obtenir des demandes d'aide financière aux endroits suivants :

Androscoggin Valley Hospital
Service à la clientèle, 1er étage
59 Page Hill Rd
Berlin, NH 03570

Androscoggin Valley Hospital
Département de l'enregistrement
Région de salle d'urgence, 2e étage
59 Page Hill Rd
Berlin, NH 03570

Applications peuvent également être demandées à n'importe quel endroit de l'enregistrement au sein de l'hôpital et professionnel du Androscoggin vallée hôpital chirurgical associé bâtiment.

Les applications sont également disponibles en téléchargement sur www.avnh.org.

Un patient ou autre personne désignée peut contacter le conseiller financier au (603)326-5653 ou le spécialiste financier à (603)326-5661 pour avoir une demande envoyée à eux.

Aide pour remplir la demande est disponible par téléphone au (603)326-5653 ou au (603) 326-5661 or en personne.

Générale à bec (AGB) s'élève et remises

Les hôpitaux AGB est déterminée à l'aide de la méthode rétrospective en divisant ce nombre les charges totales brutes moins les indemnités du contrat par le total des frais. Tout assuré admissibles une aide financière ou le patient insuffisamment paieront pas davantage pour des soins médicalement nécessaires ou d'urgence que l'AGB.

Non assurés (pure péage) patients sont admissibles à un rabais de patients non assuré sur tous les comptes à l'exception des services électifs pour se conformer à la Loi de l'État.

Un rabais de 10 % est également disponible pour toutes les balances de péage due par les patients lorsque le solde est versé dans les 25 jours de la date d'envoi de la déclaration initiale du patient.

Paiements de patients

AVH/ASA recueillera co-paiement approprié ou dépôt tel que déterminé par le Patient d'enregistrement et les départements du Service client sur, avant ou au moment du service, sauf dans le cas d'une urgence médicale selon le traitement médical d'urgence et labor Act (EMTALA). Dans le cas d'une urgence médicale, paiement ne sera pas perçu jusqu'à ce que le patient a été trié, stabilisé ou déchargé à domicile.

Chaque fois que possibles patients doivent être avisés avant leur responsabilité potentielle et à un minimum patients sont qu'on leur dise que co pays seront recueillies au moment de service lors de la planification. Un patient n'aura pas à effectuer le paiement au moment de la signification s'ils ont été approuvés pour une aide financière.

AVH/ASA personnel est responsable de s'assurer que les paiements sont traités de manière rapide et efficace, des espèces établies suivants procédures de traitement. Le gestionnaire de comptes de Patient, ainsi que toute les gestionnaires du ministère ou administration pour les zones où les recouvrements sont acceptés, ont la responsabilité générale de veiller à ce que les paiements perçus au moment de la signification sont traités selon la procédure et de veiller au respect du personnel avec des règles de collecte.

Les patients qui indiquent une incapacité de respecter leurs obligations financières doivent être adressés au département de Service à la clientèle. Si le patient est déjà prévu pour un test ou de procédure de la commande fournisseur est consulté pour voir si le patient peut être reporté jusqu'à ce que le patient puisse être approuvé pour une aide financière ou un régime de paiement peut être fait. Si le patient ne doit pas être replanifié, département de Service après-vente continuera de travailler avec le patient au sujet des qualités de l'aide financière ou de modalités de paiement.

Plans de paiement

Un plan de paiement mensuel peut être établi avec les directives suivantes :

Les paiements seront structurés afin de prévoir le paiement intégral dans les 24 mois de la date, que le régime de paiement ou paiement minimum de 50,00 \$, la plus grande. Si une personne demande une quantité inférieure de paiement que le minimum de 50,00 \$, l'échelle suivante peut être utilisé. L'objectif de cette politique est de mettre en place le paiement plus élevé possible dégager des soldes combinés individuels dans le plus bref délai de temps. Pour un paiement en dessous du minimum de 50,00 \$ ne faut pas obtenir l'approbation de la responsable du Service clientèle si l'échelle suivante est utilisée :

Soldes moins que le paiement minimum de \$400,00 \$25,00 par mois

Soldes moins que le paiement minimum de 800,00 \$40,00 \$ par mois

Combiné balance 800,00 \$ à \$ 1 200,00 paiement minimum de 50,00 \$ par mois

Une demande pour un plus long terme de paiement doit être reçue, le responsable du Service clientèle aura le pouvoir discrétionnaire d'approuver la demande fondée sur l'attestation autonome les patients des ressources. Ces demandes seront approuvés pour une durée maximale de 36 mois. Toute approbation au-delà de 36 mois doit être discutée avec et approuvée par le directeur des Services administratifs.

Les comptes individuels de membre de la famille peuvent être combinées (femme, mari, enfants mineurs). Lorsque les personnes demandent d'ajouter de nouveaux équilibres à leur compte du régime de paiement existants, le paiement mensuel minimum devra être revu pour assurer le remboursement à l'aide des lignes directrices ci-dessus. Le compte du régime de paiement doit être dans un état actuel afin d'ajouter des nouveaux équilibres pour le compte du régime de paiement.

Si un compte de plan de paiement mensuel a tout solde ajouté au compte qui sont moins de 240 jours depuis la première déclaration, seulement ces soldes sera admissibles à une aide financière si le patient devient FAP admissible. N'importe quel compte patient qui est plus de 240 jours à compter de la déclaration initiale ne considérera pas d'aide financière.

Communication du programme d'aide financière aux Patients et au sein de la communauté

Notification de l'aide financière, y compris les numéros de contact, se trouve, mais ne sont pas limitée à, le Service à la clientèle, la zone d'urgence, l'enregistrement de divertissement AVH/ASA, en ligne à www.avnh.org, les déclarations patients et les écrans de télévision AVH/ASA dans les bâtiments et autres lieux publics (lien de Service, Coos County Family Health Service). CT. Le résumé en langage clair (PLS), cette politique d'assistance financière (FAP) et le formulaire de demande sont tous situés sur le site web de l'hôpital à www.avnh.org. Le PLS, le FAP et la demande sont disponibles en anglais et en Français.

Facturation et processus de collecte

AVH/ASA fera des efforts concertés pour engager les patients en aide financière et de la détermination de l'admissibilité à l'aide financière.

AVH

À partir du 1er jour des patients ayant un solde de péage cycle instruction vous enverra une déclaration. Il y aura une série de déclarations de 3 trois et deux 2 tente de joindre par téléphone dans les 90 premiers jours. À ou vers 90 jours, un avis final sera envoyé donner au patient trente 30 jours pour prendre des arrangements de paiement, de demander une aide financière ou de discuter d'autres options qui peuvent être mis à leur disposition afin d'éviter leur compte en place avec une Agence de recouvrement et soumis à des efforts possibles extraordinaire collection. Après jour 120, compte sera placé chez une Agence de recouvrement extérieur.

Il y aura une série de 3 trois déclarations dans les premiers jours de 89. À ou vers 90 jours, une déclaration et lettre préalablement viré seront envoyés au patient. La lettre préalablement virée donnera 30 jours afin de discuter de paiement mensuel ou aide financière. Après jour 120, compte sera placé chez une Agence de recouvrement extérieur.

AVH/ASA

Déclarations de patient/garant indiquera une aide financière, un plan de paiement ou d'autres options peuvent être disponibles et donner des informations sur la personne à contacter ou étaient une demande peut être obtenue. www.avnh.org site web de l'hôpital figure également sur la déclaration. Le Personnel de Service à la clientèle est disponible pour discuter des options et d'aider le patient avec l'aide financière, mise en place un plan de paiement ou avec l'application d'autres sources de paiement.

Pour les patients non assurés ou peu assurés, une demande d'aide financière est acceptée et souscrite pour approbation vers le haut à 240 jours suivant la date de la déclaration initiale. Tous les comptes placés avec une Agence de recouvrement extérieur entre 120 et 240 jours seront retournées par l'Agence de recouvrement et financière sera appliquée. Comptes ne sont pas signalés à un Agence de l'Agence de recouvrement externe d'évaluation du crédit.

Patient/garant comptes sont documentées au sujet de la nature de la conversation pendant et après chaque appel téléphonique ou rendez-vous au Service clientèle.

L'hôpital n'imposera pas des actions comme la saisie-arrêt sur salaire, des privilèges sur les résidences principales ou des autres actions en justice pour tout patient sans premiers faisant des efforts raisonnables pour déterminer si ce patient est admissible à une aide financière extraordinaire collection. Comptes ne se placera pas avec un avocat pour collection jusqu'après les 240 jours de la déclaration initiale au patient. Une déclaration de l'avis final ou une lettre sera envoyé au patient 30 jours avant la mise en place avec une Agence de recouvrement extérieur ou un procureur.

Exigences réglementaires

Dans la mise en œuvre de cette politique, la gestion hospitalière et installations respecte toutes les autres lois fédérales, étatiques et locales, les règles et les règlements pouvant s'appliquer aux activités menées en vertu de cette politique.

Annulation

Ce document annule et remplace la politique du Conseil d'administration, politique d'aide financière, daté date 25 février 2016.

Leslie Haddy
Directeur, recettes Cycle Services

Suzanne L. Landry, CPCO
SR., directeur,
administration et services liés au Cycle des recettes

Randall Labnon
Présidente du Comité des finances

Donna Goodrich
Président du Conseil d'administration

Année de révision	2018		2019		2020		2021	
	Initiales	Date	Initiales	Date	Initiales	Date	Initiales	Date
Personne responsable								
Senior Manager								

Pièce jointe A

AVH et ASA
Allocations d'aide financière - 2017
Compter 26/01/17

SEUILS DE REVENU BRUT DE 2017

Taille de la famille	Remise de 100 % basé 300 % des lignes directrices de la pauvreté
1	\$ 36 180
2	\$ 48 720
3	\$ 61 260
4	\$ 73 800
5	\$ 86 340
6	\$ 98 880
7	\$ 111 420
8	\$ 123 960

Ajouter la quantité suivante pour chaque membre de la famille supplémentaire (plus de 8) : \$ 12 540

2017 la pauvreté lignes directrices publiées dans le 31 janvier 2017, Federal Register.

Pièce jointe B

Androscoggin Valley Hospital

Cher Patient :

Si le paiement des frais de soins de santé pourrait créer des difficultés financières s'il vous plaît remplir le formulaire ci-joint si vous avez ou avait un service planifié, régulier et non urgents et un résident vivant dans Coos, Grafton ou comté de Carroll dans NH, comté d'Oxford, ME ou le comté d'Essex, Vermont. Si vous aviez des services non programmées, aucune exigence de résidence s'appliquent. Pour plus d'informations, veuillez contacter le département de Service après-vente en composant le (603) 326-5628 ou visiter le Service clientèle situé au premier étage de l'hôpital. Recherchez les signes Customer Service/Financial Counseling.

L'application et la documentation nécessaire qui nous aidera à déterminer si vous êtes admissible à une aide financière à Androscoggin Valley Hospital (AVH) et/ou Androscoggin vallée Surgical Associates (ASA). Il s'agit d'un programme en revenus et actifs. Les informations fournies sont confidentielles. Veuillez utiliser la liste de contrôle ci-dessous pour s'assurer que toutes les informations nécessaires pour traiter la demande a été incluses pour tous les membres vivant dans le ménage ou incluses sur la déclaration de revenus fédérale.

S'il vous plaît appeler si une clarification est nécessaire avant le dépôt de que la demande aux numéros de téléphone mentionnés ci-dessus.

1. dûment signé par tous les membres du ménage/famille de 18 ans ou plu.
2. preuve de résidence – permis de conduire ou sans pilote ID sera requise si l'adresse sur les documents justificatifs n'est pas dans les zones de desserte énumérées ci-dessus.
3. remplir la copie du plus récent des revenus fédéraux (c.-à-d. 2014 retour seront acceptées jusqu'au 18 avril 2016 à moins que le retour de 2015 est disponible) avec tous les horaires d'et W-2.
4. copie des talons de chèque de paie consécutives plus récents 4 quatre ou une déclaration de l'employeur indiquant le revenu brut total pour un mois.
5. copie de toutes les pages de relevés bancaires plus récents 3 trois (c.-à-d. épargne, vérification, compte de marché monétaire, certificat de dépôt). Vérification des dépôts de plus de 5 000 \$ peut être exigée.
6. copie des derniers États de retraite ou d'investissement (p. ex., 401 k, 403B, IRA, fonds communs de placement, actions, obligations).
7. copie de toutes les sources de revenu (c.-à-d. annuel de sécurité sociale, des anciens combattants (VA) ou pension bénéficient des lettres, lettre d'indemnisation chômage ou travailleurs, déclarations de prestation compensation handicap, etc.).
8. copie de la lettre de l'assistance médicale (c'est-à-dire Dept. of Health and Human Services) ou de la carte d'assurance maladie.
9. copie de facture d'impôt foncier actuel avec valeur estimée et copie de la déclaration d'hypothèque avec solde actuel pour les biens à l'exclusion de la résidence principale (c'est-à-dire 2ème maison, chalet, camp, terrain, location etc.).

Vous continuerez d'être financièrement responsable pour tout service que vous recevez jusqu'à ce que l'admissibilité est déterminée. Si vous n'avez pas reçu une décision dans les trente 30 jours de soumettre votre demande dûment remplie et des informations supplémentaires ou si vous avez besoin d'aide pour remplir la demande, veuillez communiquer avec le Service à la clientèle au (603) 326-5628.

Les demandes dûment remplies et pièces justificatives doivent être renvoyés à : Androscoggin Valley Hospital,
ATTENTION : Service à la clientèle, 59 Page Hill Road, Berlin, 03570 NH.



Pièce jointe B (suite)

Demande d'aide financière les informations de

1. Informations du patient:

Nom de famille	Prénom	Initiale	Numéro de sécurité sociale	Date de naissance			
Adresse de rue		Ville	Etat	Code postal	Durée de à l'adresse		
Adresse postale		Ville	État	Code postal			
Numéro de téléphone	Numéro de téléphone au travail						
<input type="checkbox"/> Unique	<input type="checkbox"/> Marié	<input type="checkbox"/> Union Civile	<input type="checkbox"/> Séparé	<input type="checkbox"/> Divorcé	<input type="checkbox"/> Veug	<input type="checkbox"/> Citoyen américain	<input type="checkbox"/> NH Resident

2. Personne responsable du paiement du projet

Nom de famille	Prénom	Initiale	Relation avec le patient	Numéro de sécurité sociale
Adresse si différente de la du patient		Téléphonie résidentielle de	Numéro de téléphone au travail	
Nom de la Compagnie d'assurance	Date d'effet			

3. ** S'il vous plaît indiquer toutes les personnes vivant dans le ménage , y compris demandeur:

(Utiliser une feuille de papier supplémentaire si nécessaire.)

NOM	LIEN AVEC DU PATIENT	DATE DE NAISSANCE	SOC. SÉCURITÉ #	Application Oui / Non
1	Soi			
2				
3				
4				
5				
6				

4. Est-ce l'application pour des services futurs ou passés? Avenir passé Date(s) de services:

5. S'il vous plaît remplir si quelqu'un dans votre ménage a l'assurance:

L'assurance maladie (Plan / Nom), _____, Compte d'épargne santé (cercle) - Oui / Non Qui: _____

Politique # / ID #: _____ Montant Franchise: _____

Medicare Part A____, Medicare Part B____ Reçoit une aide pour payer Medicare Part B_____ Qui: _____

6. Est-ce que quelqu'un dans votre ménage appliquée pour Medicaid? Oui Non

Qui: _____ Si oui et refusé, s'il vous plaît fournir une copie du refus avis Medicaid.

7. Avez-vous demandé une aide financière à un autre établissement? Oui Non

8. Est-ce que quelqu'un dans votre ménage enceinte? Oui Non Si oui, où: _____

9. Est-ce que quelqu'un dans votre ménage a servi dans l'armée? Oui Non Qui: _____

10. Avez-vous récemment déposé une compensation ou d'un véhicule à moteur de réclamation d'accidents de travailleurs?

Oui Non Date: _____

11. Est-ce que quelqu'un dans votre ménage admissible aux prestations de sécurité sociale? Oui Non Qui: _____

12. Est-ce que quelqu'un d'autre vous demande sur leur déclaration d'impôt sur le revenu? Oui Non Qui: _____

13. DÉPENSES MÉNAGÈRES

	PERSONNE 1	PERSONNE 2	PERSONNE 3
*Nom de chaque membre du ménage:	_____	_____	_____
Nom de l'employeur:	_____	_____	_____
Revenu mensuel brut à partir de:			
Emploi:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Auto-emploi:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Comptes de placement:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Location Immobilier:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Chômage: (depuis (___/___/___))	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Retraite:			
(Soc. Sécurité , retraite , rente)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Alimony / Child Support:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Assistance publique , Food Stamps:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Autres revenus:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Épargne et placements:			
Compte soldes Vérification des comptes	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Savings & CD Balances	\$ _____	\$ _____	\$ _____
IRA , 403B , 401K:			
Spécifier:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Autres D'autres économies et investissements:			
Spécifier:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Autres:			
Automobile: Année , Marque, Modèle ?	_____	_____	_____
Véhicule récréatif: Année , Marque, Modèle ?	_____	_____	_____

14. DÉPENSES DES MÉNAGES

Loyer mensuel Paiement: \$ _____ ou de paiement d'hypothèque: \$ _____ Solde du prêt Hypothèque \$ _____

Impôt foncier Montant non inclus dans le montant du paiement Ci-dessus: \$ _____ Valeur de la maison: \$ _____

Êtes-vous le propriétaire de biens autres que la résidence principale? Oui Non Si oui, la valeur \$ _____

Hypothécaire solde: \$ _____

Si d'autres biens est une entreprise, adresse de la liste: _____

Paiement de prêt mensuel: \$ _____ Payé à: _____ Pour: _____

Medicare Part D déduit du chèque de sécurité sociale: Oui Non Montant: \$ _____

Utilitaires \$ _____ Assurance (Auto / Vie / Immobilier) \$ _____

Alimony / pensions alimentaires pour enfants \$ _____ Santé Prime d'assurance \$ _____

Garde d'enfants \$ _____ Healthcare Bills \$ _____

Vivre (gaz, nourriture, vêtements) \$ _____ Médicaments \$ _____

Autres: \$ _____ Autres: \$ _____ Autres: \$ _____

15. CESSIION DES DROITS Lire attentivement

En signant ci-dessous, j'autorise la demande de mon rapport de crédit et / ou déclaration de revenus. Je comprends qu'une déclaration de revenus est nécessaire pour traiter cette demande et que plus d'informations peuvent être demandées avant mon admissibilité peut être déterminée. Dans le cas où je ne l'ai pas complètement divulgués, ou ont incorrectement représenté, tout revenu ou d'actifs, tout accord pour vous offrir un rabais de soins de bienfaisance serait nulle et non avenue et serait rétroactif à la date à laquelle les factures étaient dus. Je peux être responsable de tout / tous les frais juridiques au cours du processus de collecte. Tous les membres adultes du ménage qui signent ci-dessous autorisent la libération de tout, l'information financière ou de l'emploi médical qui se rapporte directement à leurs soins de santé ou à leur aide admissibilité financière. Cette information peut être communiquée à tous les fournisseurs de soins de santé dont les membres du ménage ont cherché des services de soins de santé ou de l'aide financière. Toutes les informations fournies resteront confidentielles en vertu des dispositions de la réglementation fédérale HIPAA. Les interventions non urgentes ne seront pas pris en compte pour l'assistance. Je suis d'accord que je vais rembourser le prix complet d'aide financière si je reçois le paiement d'aucune sorte pour les services médicaux couverts par la présente demande, pour les paiements par exemple d'assurance, les paiements de programme du gouvernement, attribution d'une action en justice ou tout autre paiement. Si je reçois l'aide financière, je suis d'accord pour dire l'organisation d'abord où j'ai appliqué de tout changement qui pourrait avoir une incidence sur l'admissibilité, y compris modifications apportées à la taille de la famille, le revenu et la couverture d'assurance-maladie. Je comprends que si mon / notre situation médicale change de sorte que je / nous pourrions être admissible à un programme d'aide publique, je vais avoir besoin d'appliquer à ce programme et fournir une preuve d'application.

Demandeur Signature

Date

Co-demandeur Signature

Date

Pièce jointe B (suite)
Additif de l'application

VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES POUR NOUS AIDER À RENDRE UNE DÉCISION SUR VOTRE DEMANDE.

Si la question ne s'applique pas s'il vous plaît répondre N/D:

Si vous êtes actuellement sans emploi, quelle a été votre dernier jour de travail ? ____

Êtes-vous admissible à une indemnisation chômage ? ____

Si vous êtes temporairement sans emploi, vous attendez-vous à reprendre le même emploi ? ____

If so, when? _____

Vous êtes un parent qui est incapable de travailler pour des raisons de santé ? ____

Êtes-vous un parent isolé avec plus de 50 % garde de vos enfants ? ____

Recevez-vous des prestations de sécurité sociale en raison d'un handicap ? ____

Vous avez des problèmes de santé qui limitent votre capacité à travailler ? ____

Avez-vous une politique d'assurance vie entière ? ____

Si vous ne pas joindre une copie de la déclaration de revenus de l'année dernière, veuillez en indiquer la raison :

____ Ne pas déposer - retraité.

____ N'a pas fait assez d'argent pour le fichier.

____ N'établissaient pas une copie de la déclaration de revenus de l'année dernière.

S'il vous plaît nous contacter à 326-5653 pour demander un relevé de notes du formulaire de déclaration de revenus.

Pièce jointe C

PATIENT – VOUS DEVEZ GARDER CETTE PAGE DE RÉFÉRENCE DE COUVERTURE

Exclus des procédures/Services/fournitures pour réduction des frais

Médecine bariatrique : exercer des programmes (le paiement est exigible avant le service).

Procédures cosmétiques/des services (services médicaux et hospitalisation connexe), inclure les frais de chirurgie plastique et esthétique, les injections de botox, laser traitement (épilation, varicosités, soin du visage et du cou, rides réduction, lésions pigmentaires, etc..).

Services dentaires.

Éducation diabétique pour perdre du poids uniquement. Doit avoir diagnostic valide (diabète, insuffisance rénale)

Experimental/recherche procédures (c'est-à-dire un traitement de fécondité et d'essais) sauf les frais de consultation initiale médecin.

Les réclamations émanant de sociétés d'assurance refusée faute de renvoi/pre-recertifications que le patient est tenu d'obtenir ou de non-présentation patiente information étant requise par la compagnie d'assurance.

Services de santé au travail.

Des examens physiques et des services connexes à des fins d'assurance ou travail ou tel que requis pour d'autres administratives ou des raisons de responsabilité.

Services ou procédures de toute condition, de maladie ou de blessures découlant d'ou dans le cadre de l'emploi, lorsque le membre a la possibilité d'être couvert par un programme d'indemnisation des travailleurs.

Services ou procédures à la suite de tout accident couvert par une assurance responsabilité civile.

Procédés de transformation de sexe et des services connexes.

Stérilisation et/ou stérilisation volontaire PCV. Frais de consultation de médecin pour la discussion de stérilisation possible et/ou de renversement seront couverts.

Fournitures, y compris mais non limité à : prothèse auditive pour activer et piles, custom ou autres boules quies, bandeau de natation, sérum botox, monter la couverture, de l'équipement médical durable.

Annexe D

Liste des fournisseurs

L'Androscoggin Valley Hospital (AVH) et la politique d'Assistance financière Androscoggin vallée hôpital chirurgical Associates (ASA) s'appliquera pas aux frais pour des soins d'urgence et médicalement nécessaires rendus à AVH/ASA, si ces frais ne sont pas facturés par AVH/ASA pour le fournisseur.

Fournisseurs, d'autres installations, fournir des soins d'urgence et médicalement nécessaires à AVH/ASA ne sont pas couverts par la politique d'aide financière AVH/ASA et les frais pour leurs services seront facturés par leur installation.

Couvert et installations de fournisseur non couverts sont énumérées ci-dessous :

Couverts

Androscoggin Valley Hospital
Androscoggin Valley Hospital Surgical Associates

Non couverts

Institut de cardiologie de Catholic Medical Center/Nouvelle Angleterre
Les Services de santé de famille du comté de Coos
Dartmouth Hitchcock Medical Center
Acuité visuelle Services ophtalmiques
Je rythme
Groupe de produits implantables (IPG)
Littleton Regional Health Care
Memorial Hospital
North Country dentaire
Upper Connecticut Valley Hospital
Centre médical de semaines