

**Title: Financial Assistance Policy  
Название: Политика финансовой помощи**

**Home Department: Patient Financial Services  
Исполнительный отдел: отдел финансовых услуг для пациентов**

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (Policy and Procedure Manager, PPM) и могла быть изменена с момента его печати.**

**I. ЦЕЛЬ**

- a. Задача Cedars-Sinai Medical Center, Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital, врачей отделения неотложной помощи Cedars-Sinai при Community Urgent Care Medical Group, Inc., врачей факультета Cedars-Sinai, выступающих в этом качестве, врачей, которые осуществляют трудовую деятельность по найму в Cedars-Sinai Medical Care Foundation (далее — «CSMCF») и медицинских групп, заключивших эксклюзивный договор о предоставлении профессиональных услуг с CSMCF (далее — «Организация»), — оказывать всем пациентам надлежащий медицинский уход в соответствии со следующими принципами:
- i. следует относиться ко всем людям справедливо, с достоинством, уважением и состраданием;
  - ii. необходимо оказывать неотложную медицинскую помощь всем пациентам, независимо от того, могут ли они ее оплатить;
  - iii. нужно помогать пациентам, которые не могут оплатить лечение частично или полностью.
- b. Данная Политика демонстрирует приверженность Организации миссии, видению и принципам, которые предполагают удовлетворение потребностей незастрахованных пациентов с низким уровнем дохода и пациентов с недостаточным уровнем страхования. В рамках этой задачи Организация предоставляет необходимые по медицинским показаниям услуги бесплатно или по сниженной цене пациентам, которые соответствуют требованиям настоящей Политики.
- c. Настоящая Политика содержит рекомендации по выявлению пациентов, которые могут претендовать на финансовую помощь, и устанавливает критерии проверки платежеспособности для получения такой помощи. Критерии проверки платежеспособности, предусмотренные настоящей Политикой, основаны главным образом на нормах по федеральному прожиточному минимуму, установленных Министерством здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services).
- d. Настоящая Политика применяется ко всем видам неотложной и другой медицинской помощи, оказываемой в Организации.
- e. Настоящая Политика соответствует федеральным законам и законам штата.

**Title: Financial Assistance Policy  
Название: Политика финансовой помощи**

**Home Department: Patient Financial Services  
Исполнительный отдел: отдел финансовых услуг для пациентов**

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (Policy and Procedure Manager, PPM) и могла быть изменена с момента его печати.

**II. ПОЛИТИКА**

- a. **Определения.** В разделе «Определения» в конце данной Политики приведены пояснения использованных в ней терминов. Определяемые термины начинаются с заглавной буквы. Их пояснения можно найти в разделе «Определения» или в тексте этой Политики.
- b. **Учреждения, врачи и другие поставщики услуг, подпадающие под действие данной Политики.** Данная Политика распространяется только на услуги, которые предоставляет Организация. Политика также распространяется на врачей, которые заключили соглашение с Организацией и обязались применять ее.
- c. **Для учреждений, врачей и других поставщиков услуг, подпадающих под действие настоящей Политики, могут действовать отдельные политики финансовой помощи.** Другой медицинский персонал Организации также может обеспечивать финансовую помощь своим пациентам. На веб-сайте Организации будет приведен список таких врачей или медицинских групп с информацией о том: (i) будут ли они предоставлять пациентам с низким уровнем дохода, не имеющим страхования, такие же скидки на оплату своих услуг, как и Организация, на основании критериев, установленных в Политике; (ii) примут ли они условия Организации, по которым определяется наличие у пациентов права на финансовую помощь; (iii) будут ли они соблюдать все применимые законы штата, федеральные и местные законы, нормативные акты, постановления, а также распоряжения в отношении взыскания задолженностей по потребительским счетам. Организация не несет ответственности за администрирование программ финансовой помощи таких врачей или за их практику выставления счетов.
- d. **Критерии соответствия**
- i. **Финансовая помощь.** Финансовая помощь будет предоставляться пациентам, чьи семейный доход и активы не превышают 400 % федерального прожиточного минимума (Federal Poverty Level, FPL) за текущий год. Пациенты, чей доход составляет от 401 до 600 % FPL, также имеют право на скидку на медицинское обслуживание. Даже если доход включен в заявление о предоставлении финансовой помощи (далее — «Заявление»), он не будет учитываться при определении права на скидки. В приложении В приведено Заявление, а в приложении С — диапазон размеров финансовой помощи, предоставляемой Организацией.
- ii. **Предварительно записанные пациенты (плановая и (или) неэкстренная медицинская помощь).** Пациенты, которым назначены плановые стационарные или неэкстренные амбулаторные медицинские услуги, должны предварительно получить утверждение финансовой помощи от вице-президента, директора по вопросам финансов и финансовых данных пациентов (Vice President, Finance and Chief Revenue Cycle Officer) или уполномоченного лица. Подтверждение предоставляется только для процедур, необходимых по медицинским показаниям. Финансовая помощь для оплаты плановых процедур и последующего наблюдения после выписки предоставляется только пациентам, которые живут в районе, обслуживаемом

**Title: Financial Assistance Policy  
Название: Политика финансовой помощи**

**Home Department: Patient Financial Services  
Исполнительный отдел: отдел финансовых услуг для пациентов**

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (Policy and Procedure Manager, PPM) и могла быть изменена с момента его печати.**

Организацией, или по согласованию с вице-президентом, директором по вопросам финансов и финансовых данных пациентов или уполномоченным лицом. Организация оставляет за собой право в будущем не предоставлять финансовую помощь для оплаты предложенного пациенту неэкстренного и другого необязательного с медицинской точки зрения лечения, руководствуясь необходимостью разумно распределять финансовые и клинические ресурсы Организации.

- iii. **Дополнительные финансовые ресурсы и требуемое от пациентов содействие.** Пациенты, для которых одобрено выделение помощи в соответствии с этой Политикой, дают согласие на оказание постоянного содействия в процессе получения возмещения за услуги Организации от третьих сторон, таких как California Victims of Crime (Калифорнийский фонд жертв преступлений), County Trauma Program (Программа округа для помощи пациентам с травмами), программа Medi-Cal и планы медицинского страхования, которые предлагают покрытие через California Health Benefit Exchange (Биржа медицинского страхования штата Калифорния) (далее — «Биржа»). Заявление пациента об оплате затрат на медицинское обслуживание пациента третьей стороной не исключает его права на помощь в соответствии с этой Политикой. Одним из условий получения финансовой помощи является подача пациентом заявления о покрытии затрат на медицинское обслуживание по программам Medi-Cal, Healthy Families или County Trauma Program в зависимости от обстоятельств и, если применимо, через Биржу. Вышеизложенное применимо также к пациентам, которые живут за пределами штата и подают заявление на покрытие Medicaid в своих штатах.

Организация направляет пациентов в соответствующие местные окружные учреждения, включая Healthy Families, Covered California, Medi-Cal и другие программы, для установления их соответствия критериям участия в таких программах.

Организация имеет право выставить счет любой сторонней страховой компании, в которой застрахован пациент. Медицинским страховым компаниям и планам медицинского страхования запрещено уменьшать размер возмещения Организации по страховым требованиям, даже если Организация отказывается взыскивать плату по счету пациента (полностью или частично) согласно данной Политике.

- iv. **Пациенты, которые оплачивают лечение собственными средствами.** Основываясь на предыдущем опыте и текущих тенденциях в страховании, Организация предполагает, что пациенты, у которых нет страховки, не могут себе ее позволить. Организация изначально полагает, что эти пациенты соответствуют критериям программ финансовой помощи, и готова предоставить помощь всем таким пациентам, если только данные лица не дадут других распоряжений относительно услуг, оказываемых им в Организации.

1. Пациенты, которые оплачивают лечение собственными средствами, автоматически получают скидки, размер которых определяется полной суммой затрат, умноженной на коэффициент сумм, на которые обычно выставляются счета (Amounts Generally Billed,

**Title: Financial Assistance Policy  
Название: Политика финансовой помощи**

**Home Department: Patient Financial Services  
Исполнительный отдел: отдел финансовых услуг для пациентов**

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (Policy and Procedure Manager, PPM) и могла быть изменена с момента его печати.**

AGB) за соответствующие стационарные услуги, услуги отделения неотложной помощи или амбулаторные неэкстренные услуги Организации.

2. Пациенты, которые оплачивают лечение собственными средствами, имеют право на эти скидки без подачи заявления. Данная финансовая помощь не распространяется на плановые процедуры, кроме случаев, когда достигнута отдельная договоренность между Организацией и пациентом.

- v. **Неплатежеспособные пациенты(не соответствующие прочим критериям).** Неплатежеспособные пациенты, не соответствующие критериям предоставления финансовой помощи согласно этой Политике, также могут запросить финансовую помощь в порядке, описанном в данной Политике. Запрос о предоставлении финансовой помощи в связи с медицинской неплатежеспособностью должен быть одобрен вице-президентом, директором по вопросам финансов и финансовых данных пациентов или уполномоченным лицом на их усмотрение.

- e. **Программа финансовой помощи.** Финансовая помощь по данной программе предоставляется на основе Заявления, которое подается один раз. Процесс разработан таким образом, чтобы дать каждому заявителю возможность получать максимально допустимую финансовую помощь. Пациенту, обратившемуся за финансовой помощью, предлагается заполнить Заявление.

- i. **Начало процесса подачи Заявления о предоставлении финансовой помощи.** Процесс подачи Заявления может быть инициирован пациентом или любым сотрудником Организации. Для этого следует обратиться в отдел защиты финансовых интересов пациентов (Patient Financial Advocates) по номеру 310-423-5071 или по электронной почте [patient.billing@cshs.org](mailto:patient.billing@cshs.org). Этот процесс включает перечисленные ниже шаги.

1. Пациенту предоставляется формуляр заявления, включая заявление Medi-Cal и информацию о консультациях по кредитованию.
2. Заявителям предлагается содействие в заполнении форм в отделе защиты финансовых интересов пациентов по адресу Cedars-Sinai South Tower, Room 1740.
3. Заявление может быть заполнено устно при помощи сотрудников Организации, но при этом пациент или его представитель должны поставить свои подписи.

- ii. **Рассмотрение Заявления**

1. **Окончательное решение.** При расчетах в качестве критерия соответствия требованиям используется текущий уровень FPL.
2. **Решения, вынесенные аффилированными лицами и одобренными партнерами сообщества.** Пациенты, заявления на получение финансовой помощи которых недавно

**Title: Financial Assistance Policy  
Название: Политика финансовой помощи**

**Home Department: Patient Financial Services  
Исполнительный отдел: отдел финансовых услуг для пациентов**

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (Policy and Procedure Manager, PPM) и могла быть изменена с момента его печати.**

были одобрены определенными аффилированными лицами или партнерами Организации, могут быть одобрены Организацией в ускоренном порядке по ее усмотрению. Организация сообщит пациентам, подающим Заявление о предоставлении финансовой помощи, о возможности такой ускоренной обработки запроса.

3. **Активы.** Учет активов при установлении соответствия критериям ограничен определением, приведенным в данной Политике.
  4. **Доход.** Доход за неполные периоды должен быть включен в учетную ведомость в пересчете на год.
  5. **Вычеты.** Будут учтены финансовые обязательства, в том числе расходы на проживание и другие обоснованные и необходимые затраты.
  6. **Максимальные расходы, оплаченные собственными средствами пациента.** Все платежи пациента за услуги, на которые распространяется эта Политика, не могут превышать сумму AGB.
  7. **Повторная оценка.** Организация может оценивать соответствие критериям повторно, если произойдет одно из нижеуказанных событий.
    - a. Изменится доход пациента.
    - b. Изменится размер семьи пациента.
    - c. Если будет обнаружено, что какая-либо часть Заявления о предоставлении финансовой помощи содержит неправдивые сведения или искажает факты, первоначальное решение о предоставлении финансовой помощи может быть отменено с обратной силой.
- iii. **Предоставление необходимых документов.** Организация требует, чтобы пациенты, подавшие Заявление о предоставлении финансовой помощи, представили различные документы для подтверждения их соответствия критериям. К этим документам относятся, помимо прочего:
1. Заполненная форма заявления.
  2. Документы о доходе, в частности:
    - a. квитанции о начислении зарплаты за текущий период;
    - b. налоговая декларация за прошлый год;
    - c. письменное объяснение.

**Title: Financial Assistance Policy  
Название: Политика финансовой помощи**

**Home Department: Patient Financial Services  
Исполнительный отдел: отдел финансовых услуг для пациентов**

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (Policy and Procedure Manager, PPM) и могла быть изменена с момента его печати.**

3. Документы об активах, в частности:
  - a. копии выписок о состоянии банковского счета за прошлый месяц (все страницы);
  - b. выписки с депозитных счетов денежного рынка;
  - c. акции;
  - d. облигации;
  - e. депозитные сертификаты;
  - f. брокерские счета (не запрашиваются документы, касающиеся планов пенсионного страхования и планов отсроченной компенсации (как отвечающие, так и не отвечающие критериям IRS));
  - g. квитанции о начислении пособий по безработице, социальному обеспечению или инвалидности.
  
- iv. **Подача заполненного заявления.** Если пациент подаст заполненное заявление в течение периода приема заявления, Организация будет действовать нижеописанным образом.
  1. Незамедлительно предпримет все возможные рациональные действия для приостановления или отмены каких-либо чрезвычайных мер по взысканию задолженности (ECA), принятых против пациента с целью получения платы за медицинское обслуживание. Такие возможные рациональные действия обычно включают, среди прочего, рекомендации коллекторским агентствам прекратить взыскание долгов, меры по аннулированию судебного решения против пациента, по отмене любых взысканий или залогов на имущество пациента и по удалению из кредитной истории пациента всей негативной информации, которая была сообщена агентству по сбору данных о кредитоспособности потребителей или кредитному бюро.
  2. В приемлемый срок вынесет решение о соответствии критериям или определит, что Заявление является неполным или требует дополнительной информации.
  3. Незамедлительно уведомит пациента в письменном виде о решении относительно соответствия критериям (включая, если применимо, сведения о помощи, на которую имеет право пациент) и основаниях для такого решения.
  4. Если пациент соответствует критериям получения финансовой помощи, Организация письменно уведомит пациента об этом, а также о доступной помощи, основании для вынесенного решения и даты обслуживания.
    - a. В противном случае никакие дальнейшие шаги не требуются, кроме компенсации выплаченных сумм, как указано в разделе «Возврат средств». Если на счету остались средства, Организация уведомит пациента в письменном виде о сумме,

**Title: Financial Assistance Policy  
Название: Политика финансовой помощи**

**Home Department: Patient Financial Services  
Исполнительный отдел: отдел финансовых услуг для пациентов**

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (Policy and Procedure Manager, PPM) и могла быть изменена с момента его печати.**

которую необходимо заплатить за обслуживание, и о том, каким образом пациент может получить дополнительную информацию о счете.

- b. После одобрения предоставления пациенту финансовой помощи в течение периода утверждения с пациента не будет взиматься плата за неотложную или другую необходимую по медицинским показаниям помощь, превышающая сумму AGB, указанную в данной Политике.
- c. Утверждение соответствия критериям на получение финансовой помощи может производиться только лицами, специально уполномоченными Организацией, а именно вице-президентом, директором по вопросам финансов и финансовых данных пациентов или другим уполномоченным лицом.
- v. **Пациенты, доступная информация о которых ограничена.** Отсутствие у Организации информации о финансовом положении пациента не исключает его права на финансовую помощь. При оценке всех факторов, которые касаются клинической, личной и демографической ситуации пациента, и прочих документов (включая сведения, предоставленные другими благотворительными организациями) Организация может установить, что пациент имеет право на получение финансовой помощи, сделав разумные предположения относительно доходов такого пациента.
- vi. **Неполное Заявление.** В случае подачи неполного заявления Организация незамедлительно направляет пациенту письменное уведомление, в котором приводится дополнительная информация и (или) перечень документов, необходимые для Заявления, а также контактные данные лица, уполномоченного рассматривать запрос. Если пациент впоследствии внесет в Заявление необходимые данные в течение периода подачи заявления (или более длительного периода времени по усмотрению Организации), Заявление будет считаться заполненным.
- vii. **Завершение внесения данных в неполное Заявление.** Если пациент, который подал неполное Заявление в период подачи, впоследствии до конца заполнит его в разумные сроки, данные ему для ответа на запрос дополнительной информации и (или) документов, считается, что пациент подал Заявление полностью, и Организация прилагает разумные усилия для установления того, соответствует ли пациент критериям, и принимает иные меры, которые требуются согласно этой Политике в отношении до конца заполненных Заявлений.
- viii. **Правило противодействия злоупотреблениям для Заявлений с сомнительной информацией.** Организация не выносит решений о соответствии пациента критериям предоставления финансовой помощи на основании информации, относительно которой есть причина полагать, что она ненадежна, неправильна либо получена от пациента под давлением или с помощью принудительных методов. Принудительные методы включают отсрочку или отказ в неотложной медицинской помощи пациенту, пока он не предоставит информацию,

**Title: Financial Assistance Policy**  
**Название: Политика финансовой помощи**

**Home Department: Patient Financial Services**  
**Исполнительный отдел: отдел финансовых услуг для пациентов**

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (Policy and Procedure Manager, PPM) и могла быть изменена с момента его печати.**

запрошенную, чтобы определить, имеет ли пациент право на финансовую помощь для оплаты медицинского обслуживания, которое задерживается или в котором отказано.

- ix. **Обработка неполных заявлений.** Организация может учитывать факт непредоставления пациентом обоснованной и необходимой документации при принятии решения о предоставлении финансовой помощи. Однако Организация будет действовать разумно и вынесет оптимальное решение по мере возможности с учетом имеющейся информации.
- x. **Предположительное соответствие критериям.** Организация может установить, что пациент соответствует критериям получения финансовой помощи для оплаты текущих услуг на основании информации, полученной или оцененной без предоставления пациентом всех данных, необходимых в обычном процессе рассмотрения Заявления, или ввиду того, что пациент не имеет медицинской страховки. При этом могут учитываться прежние решения Организации относительно соответствия критериям, сведения, полученные от другой организации, предоставляющей услуги пациенту, или общая оценка информации, имеющейся у персонала Организации. В таких случаях Организация обязуется: а) уведомить пациента об основаниях для предоставления предварительного права на помощь и о том, каким образом можно подать заявление о предоставлении более обширной помощи в соответствии с этой Политикой; б) дать пациенту сто двадцать (120) дней на то, чтобы он подал Заявление о предоставлении более обширной помощи. Если пациент подаст заполненное Заявление о предоставлении более обширной помощи, Организация определит, имеет ли пациент право на нее, и примет другие меры в отношении заполненных Заявлений, необходимые согласно этой Политике. Пациентам, которые оплачивают медицинские услуги собственными средствами и получают скидки, описанные в этой Политике, такое уведомление отправляется в виде краткого изложения Политики простым языком (см. «Приложение А»), напечатанного на их платежных документах.
- xi. **Отказ пациента не освобождает Организацию от обязательств предпринимать разумные усилия.** Получение от пациента письменного или устного отказа, например, подписанного заявления о том, что пациент не желает подавать Заявление о предоставлении финансовой помощи в соответствии с Политикой или получать информацию, которая должна предоставляться пациентам согласно этой Политике, не является само по себе признанием несоответствия пациента критериям и не отменяет требования о приложении разумных усилий для определения того, отвечает ли пациент критериям, прежде чем принимать в отношении него ЕСА.
- xii. **Планы оплаты.** Если установлено, что пациент соответствует критериям получения финансовой помощи и на его счету остались средства, то у него есть возможность произвести оплату по плану с запланированным сроком. Организация обсудит с пациентом возможные варианты и разработает планы платежей, которые рассчитаны на не более чем двенадцать (12) месяцев и являются беспроцентными.



**Title: Financial Assistance Policy  
Название: Политика финансовой помощи**

**Home Department: Patient Financial Services  
Исполнительный отдел: отдел финансовых услуг для пациентов**

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (Policy and Procedure Manager, PPM) и могла быть изменена с момента его печати.**

- xiii. **Разрешение споров.** В случае возникновения спора относительно соответствия критериям получения финансовой помощи пациент может подать в Организацию письменную апелляцию с запросом пересмотра решения. В письменной апелляции следует объяснить причину спора и приложить подтверждающие документы. Вице-президент, директор по вопросам финансов и финансовых данных пациентов или другое уполномоченное лицо незамедлительно рассмотрит апелляцию и предоставит пациенту письменное решение. Если пациент считает, что после первой апелляции спор не был разрешен, он может в письменном виде запросить пересмотр дела вице-президентом, директором по вопросам финансов и финансовых данных пациентов или другим уполномоченным лицом, которое рассмотрит его и вынесет окончательное письменное решение.
  - xiv. **Конфиденциальность информации, содержащейся в Заявлении.** Организация будет обращаться со всеми данными, полученными от пациентов для определения их права на финансовую помощь в соответствии с этой Политикой, как с конфиденциальной информацией. Информация, которая касается дохода и активов, полученная в процессе подачи, а также проверки заявления, будет храниться в файле отдельно от данных, которые могут использоваться для взыскания задолженности пациента.
  - xv. **Срок заполнения заявления (далее — «Период подачи Заявления»).** Пациентам дается двести сорок (240) дней на заполнение Заявления. Период подачи заявления начинается с даты первого предоставления медицинской помощи, являющейся предметом Заявления (с начала последнего курса лечения, если применимо несколько дат предоставления услуг).
- f. **Срок действия.**
- i. Первоначальное решение о предоставлении помощи пациентам, которые соответствуют финансовым критериям, действует в течение шести (6) месяцев с даты подачи Заявления. По запросу пациента может быть проведена повторная оценка его соответствия критериям по истечении периода действия первоначального решения. На усмотрение Организации очередной шестимесячный (6-месячный) период может быть утвержден без подачи нового Заявления. Через двенадцать (12) месяцев пациент должен подать новое Заявление. Начиная с даты утверждения последнего заявления задолженность по открытым счетам, соответствующим требованиям, будет списана за счет финансовой помощи в зависимости от ее уровня. В дальнейшем задолженность по соответствующим требованиям счетам за будущие шесть (6) месяцев будет списываться в рамках финансовой помощи.

**Title: Financial Assistance Policy  
Название: Политика финансовой помощи**

**Home Department: Patient Financial Services  
Исполнительный отдел: отдел финансовых услуг для пациентов**

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (Policy and Procedure Manager, PPM) и могла быть изменена с момента его печати.**

**g. Уведомления, письменные сообщения и заявления**

- i. Организация предоставляет нижеуказанные уведомления и информацию о финансовой помощи.
  - a. Эта Политика.
  - b. Краткое изложение Политики простым языком. Краткое изложение Политики простым языком — это ясный, сжатый и простой для понимания документ, который информирует пациентов и других лиц о том, что Организация предлагает финансовую помощь в соответствии с этой Политикой. Краткое изложение Политики простым языком должно быть написано так, чтобы представить важную информацию, в частности требуемую законами штата и федеральными законами, например, критерии, по которым определяется наличие права на получение помощи, виды предлагаемой помощи в соответствии с этой Политикой, краткое описание процедуры подачи заявления для получения помощи в соответствии с этой Политикой и информацию о том, как получить дополнительные сведения и содействие, включая материалы на других языках.
  - c. Список поставщиков, которые могут предоставлять финансовую помощь пациентам Организации.
  - d. Заявление.
  - e. Политика Организации относительно взыскания долгов.
- ii. Данные материалы должны предоставляться различным образом, в том числе нижеперечисленными способами.
  - a. **Веб-сайт.** Политика финансовой помощи (Financial Assistance Policy), Заявление о предоставлении финансовой помощи (Financial Assistance Application) и краткое изложение Политики финансовой помощи простым языком (Financial Assistance Policy – Plain Language Summary) доступны на веб-сайте Организации. Ссылки на эти материалы можно также найти на веб-сайте.
  - b. **Электронные (отправляются на эл. почту) и бумажные экземпляры.** Чтобы получать экземпляры документов, упомянутых в этой Политике, отправьте запрос в службу поддержки по номеру 323-866-8600 или на адрес [patient.billing@cshs.org](mailto:patient.billing@cshs.org). Вы также можете посетить веб-страницу: <https://www.cedars-sinai.org/billing-insurance/financial-assistance.html>.

**Title: Financial Assistance Policy  
Название: Политика финансовой помощи**

**Home Department: Patient Financial Services  
Исполнительный отдел: отдел финансовых услуг для пациентов**

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (Policy and Procedure Manager, PPM) и могла быть изменена с момента его печати.**

- с. **Объявления на территории учреждения.** Краткое изложение Политики будет размещено в отделении неотложной помощи, приемном отделении, финансовом отделе, центральных и децентрализованных зонах регистрации и в других амбулаторных отделениях, включая палаты наблюдения.
- iii. **Уведомления о регистрации и выставлении счетов.** Пациенты будут получать различную информацию и уведомления в сообщениях о регистрации и выставлении счетов. Примеры приведены в Политике Организации относительно взыскания долгов.
- iv. **Уведомления для местного населения.** Организация обязуется принимать различные меры для широкого освещения своих программ финансовой помощи, например распространять информацию в целевых общественных организациях, а также принимать другие меры по оповещению пациентов Организации о наличии программ финансовой помощи.
- h. **Перевод.** Сообщения для пациентов должны отвечать требованиям Организации. Не ограничивая вышеизложенное, уведомления, формальные сообщения и объявления, предусмотренные этой Политикой, должны предлагаться на английском и дополнительно на других языках в соответствии с законами штата и федеральными законами. Такими дополнительными языками являются фарси, русский и испанский.
- i. **Решения, основанные на необходимости обслуживания по медицинским показаниям и клиническим заключениям.** Оценка необходимости медицинского обслуживания пациента будет основываться на клиническом суждении, независимо от его страхового или финансового состояния. Если состояние пациента требует неотложной медицинской помощи, любая оценка финансовых условий будет осуществляться только после соответствующего медицинского скринингового обследования и принятия необходимых мер по стабилизации пациента согласно всем применимым законам штата и федеральным законам.
- j. **Возврат средств.** Организация возместит пациентам уплаченные ими суммы, которые превышают причитающиеся согласно этой Политике платежи, включая все выплаченные проценты, по ставке десять процентов (10 %) годовых. Если сумма, подлежащая возврату пациенту, менее 5,00 долларов (или другой суммы, установленной Федеральным налоговым управлением (Internal Revenue Service)), Организация не обязуется возмещать пациенту эту сумму или выплачивать проценты. Организация возвратит средства пациенту в течение 30 дней.
- k. **Взыскание задолженностей.** С дополнительной информацией о мерах по взысканию задолженностей можно ознакомиться в Политике относительно взыскания долгов.
- l. **Отчетность.** Организация будет представлять данную Политику в Department of Health Care Access and Information (Департамент информирования и обеспечения доступа к услугам здравоохранения) (далее — «HCAI») каждые два года до 1 января или в течение тридцати (30) дней после внесения изменений в

**Title: Financial Assistance Policy  
Название: Политика финансовой помощи**

**Home Department: Patient Financial Services  
Исполнительный отдел: отдел финансовых услуг для пациентов**

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (Policy and Procedure Manager, PPM) и могла быть изменена с момента его печати.**

данную Политику. Если с момента представления предыдущей версии Политики изменений не произошло, Организация должна уведомить HCAI в течение тридцати (30) дней до 1 января следующего двухгодичного отчетного периода Организации.

**m. Смежные Политики и планы**

- i. Политика взыскания долгов.
- ii. Указания Американской ассоциации больниц относительно выставления счетов пациентам (American Hospital Association Patient Billing Guidelines).

n. Контактная информация. Вопросы по этой Политике следует адресовать вице-президенту, директору по вопросам финансов и финансовых данных пациентов или другому уполномоченному лицу.

**III. Утверждение Политик советом директоров и их постоянные проверки.** Настоящая Политика, Политика взыскания долгов и все существенные изменения в них должны быть утверждены советом директоров Организации. Организации следует регулярно пересматривать настоящую Политику вместе с Политикой взыскания долгов, а также меры по взысканию долгов, чтобы убедиться, что они наилучшим образом отвечают потребностям пациентов и местного сообщества.

**IV. Определения**

- a. **Суммы, на которые обычно выставляются счета (AGB)** — суммы, на которые обычно выставляются счета за неотложную или иную необходимую по медицинским показаниям помощь пациентам со страховкой, покрывающей такое обслуживание, по определению C.F.R. (Свод федеральных нормативных актов США) № 26, § 1.501(r)-5(b). Ежегодно обновляемые значения AGB и дополнительная информация о том, как Организация рассчитывает их, приведены в Приложении D к этой Политике и публикуются на веб-сайте State of California Department of Health Care Access and Information (Департамент информирования и обеспечения доступа к услугам здравоохранения штата Калифорния) <https://syfphr.hcai.ca.gov/>.
- b. **Заявление** — заявление, которое подается в Организацию для получения финансовой помощи.
- c. **Активы** — только денежные активы, которые легко переводятся в наличные, например, банковские счета и котирующиеся на бирже акции. К активам не относятся планы пенсионного страхования и планы отсроченной компенсации (как отвечающие, так и не отвечающие критериям IRS). Активами не считаются первые десять тысяч (10 000) долларов денежных активов пациента и пятьдесят процентов (50 %) денежных активов пациента свыше первых десяти тысяч (10 000) долларов.
- d. **Соответствующий критериям** означает, что пациент отвечает установленным требованиям и имеет право на финансовую помощь согласно этой Политике.

**Title: Financial Assistance Policy**  
**Название: Политика финансовой помощи**

**Home Department: Patient Financial Services**  
**Исполнительный отдел: отдел финансовых услуг для пациентов**

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (Policy and Procedure Manager, PPM) и могла быть изменена с момента его печати.**

- e. **Основные расходы на проживание** — это расходы на арендную плату или оплату и обслуживание жилья, питание и хозяйственные товары, коммунальные услуги и телефон, одежду, медицинские и стоматологические услуги, страховку, оплату обучения или ухода за детьми, алименты на содержание ребенка или супруга (-и), а также затраты на транспорт и собственный автомобиль (включая страхование, топливо и ремонт), платежи в рассрочку, затраты на услуги прачечной и уборки и другие непредвиденные расходы.
- f. **Чрезвычайные меры по взысканию задолженности (ЕСА)** — коллекторская деятельность, которую Организация будет проводить только после того, как предпримет все разумные усилия для определения соответствия пациента критериям получения финансовой помощи в соответствии с этой Политикой. ЕСА отдельно описаны в Политике взыскания долгов.
- g. **Семья** означает следующее: 1) для лиц, которым исполнилось 18 лет — супруг (-а), сожитель (-ница) и дети-иждивенцы младше 21 года, проживающие или не проживающие с ними; 2) для лиц младше 18 лет — родители, родственники-опекуны и другие дети родителей или родственников-опекунов младше 21 года.
- h. **Федеральный прожиточный минимум (FPL)** — показатель, используемый для определения бедности в США, который ежегодно публикует Department of Health and Human Services (Департамент здравоохранения и социальных служб) (далее — «DHHS») на своей веб-странице <http://www.dhhs.gov/poverty>.
- i. **Пациент, соответствующий финансовым критериям** — это пациент, который запросил финансовую помощь от Cedars-Sinai, заполнил и подал Заявление, по результатам проверки которого было установлено, что пациент имеет право на полную или частичную финансовую помощь, и Заявление которого было утверждено в соответствии с этой Политикой, а также пациент, признанный Организацией предварительно соответствующим критериям получения финансовой помощи согласно данной Политике.
- j. **Финансовая помощь** — условия для предоставления пациентам медицинских услуг бесплатно или по сниженной цене в соответствии с этой Политикой. Услуги обычно предоставляются пациенту по сниженной цене в рассрочку или на основании автоматической скидки для пациентов, которые оплачивают лечение собственными средствами.
- k. **Высокие медицинские затраты** — это расходы, оплачиваемые за год пациентом из собственных средств, если доход его семьи превышает установленные Организацией пороговые значения для оказания финансовой помощи. Эти расходы считаются высокими медицинскими затратами, если они: (i) понесены пациентом в больнице Организации и превышают меньшую из двух величин: текущий доход семьи пациента или доход семьи за предыдущие двенадцать (12) месяцев или (ii) являются медицинскими расходами, оплачиваемыми из собственных средств, превышают десять процентов (10 %) от дохода семьи пациента, если пациент предоставляет документальное подтверждение таких расходов за предыдущие двенадцать (12) месяцев.

**Title: Financial Assistance Policy**  
**Название: Политика финансовой помощи**

**Home Department: Patient Financial Services**  
**Исполнительный отдел: отдел финансовых услуг для пациентов**

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (Policy and Procedure Manager, PPM) и могла быть изменена с момента его печати.

- l. **Медицинская неплатежеспособность** — неспособность пациента, который не имеет права на финансовую помощь в соответствии с этой Политикой, оплатить услуги вследствие непредвиденно высокой стоимости обслуживания.
- m. **Пациент** — существующий или потенциальный пациент.
- n. **План оплаты** — это письменное соглашение между Организацией и пациентом, в котором Организация предлагает, а пациент принимает возможность оплаты своих обязательств посредством внесения ежемесячных платежей, не превышающих 10 % месячного дохода семьи пациента за вычетом основных расходов на проживание.
- o. **К законам штата и федеральным законам** относятся, в частности, следующие нормативно-правовые акты:
- i. U.S. Internal Revenue Code (Закон США о налогообложении), раздел 501(r)(3).
  - ii. Раздел 127400–127462 (Hospital Fair Pricing Policies and Emergency Physician Fair Pricing Policies) (Политики справедливого ценообразования за услуги больниц и врачей отделения неотложной помощи) California Health and Safety Code (Кодекс законов о здравоохранении и безопасности штата Калифорния).
  - iii. California Assembly Bill 1020: Health Care Debt and Fair Billing (Законодательный акт штата Калифорния 1022 «О справедливом выставлении счетов и взыскании долгов за медицинские услуги») от 1 января 2022 г.
  - iv. California Assembly Bill 532: Fair Billing Policies (Законодательный акт штата Калифорния 532 «О Политике справедливого выставления счетов») от 1 января 2022 г.
  - v. Распоряжения Office of General Inspector, Department of Health and Human Services (Отдела генерального инспектора Департамента здравоохранения и социальных служб) (далее — «OIG») относительно пациентов с недостаточным страхованием или без него, а также нормы, установленные IRS.
  - vi. Любые нормативные акты и рекомендации учреждений, касающиеся вышеперечисленных положений.

**Title: Financial Assistance Policy  
Название: Политика финансовой помощи**

**Home Department: Patient Financial Services  
Исполнительный отдел: отдел финансовых услуг для пациентов**

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Официальная версия этого документа содержится в системе управления политикой и процедурами (Policy and Procedure Manager, PPM) и могла быть изменена с момента его печати.

**ПЕРЕЧЕНЬ ПРИЛОЖЕНИЙ**

- A. Summary of Financial Assistance Policy — Plain Language Summary (Политика финансовой помощи — краткое изложение простым языком)
- B. Financial Assistance Application (Заявление о предоставлении финансовой помощи)
- C. Financial Assistance Discount (Скидка в рамках предоставления финансовой помощи)
- D. Amounts Generally Billed (Суммы, на которые обычно выставляются счета)

**ИСТОРИЯ ИЗМЕНЕНИЙ**

**ПЕРВОЕ ИЗДАНИЕ: 01.05.2003**

**ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ ТЕКУЩЕЙ ВЕРСИИ ПОЛИТИКИ:**

**ДАТЫ ПОСЛЕДНИХ РЕДАКЦИЙ: 13.10.2022, 20.11.2020, 16.11.2019, 23.05.2016, 30.12.2014, 14.02.2011, 01.09.2010, 28.12.2009, 30.09.2009, 01.12.2007, 12.12.2006, 21.06.2006, 11.01.2006, 10.11.2005, 29.08.2005**

**Attachment A**  
**Приложение А**

**Summary of Financial Assistance Policy – Plain Language Summary**  
**Политика финансовой помощи — краткое изложение простым языком**



**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE  
AND SURPRISE BILLING PROTECTIONS**

**КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ПОЛИТИКИ  
ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ И СРЕДСТВ  
ЗАЩИТЫ ОТ НЕОЖИДАННЫХ СЧЕТОВ**

В рамках своей миссии Cedars-Sinai Medical Center, Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital и Cedars-Sinai Medical Care Foundation (далее — Организация) обязуются обеспечить местному населению доступ к высококачественным медицинским услугам и относиться ко всем нашим пациентам с уважением их достоинства и состраданием. Учитывая это, в соответствии с нашей политикой финансовой помощи (далее — «Политика») мы предоставляем услуги бесплатно или по значительно сниженным ценам пациентам, которые не могут позволить себе оплатить лечение. Кроме того, мы предлагаем нашим пациентам различные планы оплаты в рассрочку и варианты оплаты, соответствующие их финансовому положению, даже если на них не распространяется действие Политики. В этом документе представлено краткое изложение Политики (далее — «Краткое изложение») простым языком.

**Соответствие условиям Политики: полноценные скидки и снижение стоимости услуг**

Финансовая помощь будет предоставляться пациентам, которым назначены процедуры по медицинским показаниям и чьи доходы и денежные активы (далее в совокупности — «Доход») не превышают 400 % федерального прожиточного минимума (federal poverty level, FPL) за текущий год. Пациенты, чей доход составляет от 401 до 600 % FPL, также имеют право на скидку на медицинское обслуживание. Предоставляемые пациентам скидки определяются по скользящей шкале на основании размера семьи, уровня доходов и статуса страховки. Если пациент хочет, чтобы в рамках Политики финансовой помощи покрывались плановые медицинские услуги, ему следует предварительно получить подтверждение вице-президента отдела предоставления финансовых услуг пациентам (Patient Financial Services) или его уполномоченного лица. Подтверждение предоставляется только для процедур, необходимых по медицинским показаниям. Финансовая помощь для оплаты плановых процедур и последующего наблюдения после выписки предоставляется только пациентам, которые живут в зоне обслуживания Организации. Если пациент не соответствует критериям бесплатного оказания всех услуг, но имеет право на скидку согласно Политике, оплачиваемая им сумма не должна превышать сумму, на которую Организация обычно выставляет счет за оказание неотложной или другой необходимой по медицинским показаниям помощи.

*продолжение*



**Attachment A (Continued)**  
**Приложение А (продолжение)**



**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE  
AND SURPRISE BILLING PROTECTIONS**

**КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ПОЛИТИКИ  
ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ И СРЕДСТВ  
ЗАЩИТЫ ОТ НЕОЖИДАННЫХ СЧЕТОВ**

**Услуги врачей и другие услуги**

Действие Политики распространяется на предоставляемые Организацией услуги, включая только услуги врачей отделения неотложной помощи Cedars-Sinai при Community Urgent Care Medical Group, Inc., врачей факультета Cedars-Sinai, выступающих в этом качестве, и врачей, являющихся сотрудниками Cedars-Sinai Medical Care Foundation (CSMCF) или медицинских групп, заключивших эксклюзивный договор о предоставлении профессиональных услуг с CSMCF.

**Подача Заявления о предоставлении финансовой помощи**

Пациенты, которые хотят получить бесплатное медицинское обслуживание или скидку на него согласно данной Политике, должны заполнить форму заявления о предоставлении финансовой помощи (далее — «Заявление») и подать все необходимые документы. Организация рассмотрит заявление и документы.

**Контактная информация для получения формы Заявления, условий Политики или дополнительных сведений**

Бесплатные экземпляры данного Краткого изложения политики, условий Политики или формы Заявления предоставляются на английском, русском и испанском языках, а также на фарси. Чтобы запросить экземпляры вышеназванных документов или получить дополнительные сведения, в том числе ответы на вопросы о процессе предоставления финансовой помощи, можно:

- обратиться к сотрудникам за стойкой регистрации и приема;
- позвонить в отдел финансовых услуг для пациентов (Patient Financial Services) по номеру 323-866-8600;
- посетить веб-сайт Организации по адресу [cedars-sinai.org/billing-insurance/financial-assistance.html](http://cedars-sinai.org/billing-insurance/financial-assistance.html).

**Порядок оплаты медицинских услуг за счет собственных средств**

Пациенты, которые не имеют права на бесплатное медицинское обслуживание или скидки в соответствии с условиями Политики, могут воспользоваться иными программами Организации. Пациенты, у которых нет страховки, могут получить значительные скидки, подобные тем, которые мы предоставляем по планам страхования регулируемого медицинского обслуживания. Льготные услуги включают стационарное, амбулаторное лечение и неотложную помощь.

*продолжение*

**Attachment A (Continued)**  
**Приложение А (продолжение)**



**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE  
AND SURPRISE BILLING PROTECTIONS**

**КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ПОЛИТИКИ  
ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ И СРЕДСТВ  
ЗАЩИТЫ ОТ НЕОЖИДАННЫХ СЧЕТОВ**

**Информация о соответствии коллекторской деятельности нормативным требованиям**

Мы передаем данные по некоторым просроченным счетам в сторонние коллекторские агентства. Эти агентства должны соблюдать все законы штата Калифорния и федеральные законы, а также условия политик и процедуры Организации. Более подробно о деятельности по взысканию долгов вы можете узнать, обратившись в Federal Trade Commission (Федеральная торговая комиссия) по номеру 877-FTC-HELP (877-382-4357). Если ваш счет передан в коллекторское агентство и у вас возникли проблемы, обратитесь в отдел финансовых услуг для пациентов (Patient Financial Services) по номеру 323-866-8600.

**Средства защиты от неожиданных счетов за медицинские услуги.**

Все пациенты могут рассчитывать на защиту от неожиданных счетов за медицинские услуги. См. раздел «Уведомление для пациентов. Ваши права и средства защиты от неожиданных счетов за медицинские услуги» (Notice to Patients — Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills) на нашем веб-сайте [cedars-sinai.org/patients-visitors/resources/patient-rights.html](http://cedars-sinai.org/patients-visitors/resources/patient-rights.html) или попросите его печатный экземпляр.

**Ниже приведены дополнительные источники информации и сведения о процедуре выставления счетов, прозрачности тарифов и цен.**

- Пациенты могут соответствовать критериям участия в государственных программах помощи, таких как Medi-Cal, или на субсидированное покрытие через California Health Benefit Exchange (Covered California) (Биржа медицинского страхования Калифорнии). По вопросам, касающимся этих программ, страховых покрытий или других организаций, которые могут оказать помощь, обращайтесь в отдел защиты финансовых интересов пациентов (Patient Financial Advocates Office) по номеру 310-423-5071.
- По вопросам, касающимся коммерческого медицинского страхования, оплаченного собственными средствами, обращайтесь по номеру 800-233-2771.
- Чтобы получить информацию о ценообразовании и об инструменте для выбора услуг, перейдите по ссылке [cedars-sinai.org/billing-insurance.html](http://cedars-sinai.org/billing-insurance.html).
- Health Consumer Alliance (Альянс потребителей медицинских услуг, HCA) оказывает бесплатную помощь пациентам, которым необходимо получить или сохранить медицинское страховое покрытие и решить проблемы, связанные с планами страхования. Подробнее об этом можно узнать на странице [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org).

**Attachment B**  
**Приложение В**

**FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION**  
**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ**

**FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION**  
**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ**

Отправьте заполненное заявление и подтверждающие финансовые документы на адрес:

Cedars-Sinai Medical Center  
Financial Assistance Processing Unit  
1801 W. Olympic Blvd.  
Pasadena, CA 91199-1688

График работы: в будние дни с 08:00 до 17:00  
Номер телефона: 323-866-8600 File 1688  
Круглосуточный факс: 323-866-3077  
Эл. почта: Patient.Billing@cshs.org

Подтверждающие финансовые документы для предоставления финансовой помощи

Вам необходимо предоставить все документы, указанные ниже. В противном случае рассмотрение вашего заявления может быть задержано или отклонено. Если вы не можете предоставить какой-либо документ, предоставьте объяснительное письмо.

Основные документы:

- Справка о доходах, включая доходы помимо заработной платы (как указано выше)
  - Чеки или квитанции от работодателя за предыдущие два месяца
  - Квитанции о начислении пособий по безработице, социальному обеспечению или инвалидности за последние два месяца
- Декларация об уплате федеральных налогов
  - Если вы не подавали декларацию об уплате федеральных налогов, вы можете предоставить последние формы W2 или 1099
  - Если вы не можете предоставить информацию о налоговой декларации из-за задержки с ее подачей, временной нетрудоспособности или безработицы, предоставьте форму о том, что вы не подаете декларацию. Получить копию формы можно по телефону 1-800-908-9946 или на сайте [www.irs.gov/individuals/get-transcript](http://www.irs.gov/individuals/get-transcript) (используйте форму 4506-T или 4506T-EZ).
- Выписки по банковскому счету для расчетного и сберегательного счетов, а также по счету в кредитном союзе (все страницы)
- Подтверждение аренды или ипотеки

Дополнительные документы:

- Подтверждение доходов помимо заработной платы
  - Отчет о доходах от алиментов
  - Отчет о доходах от предпринимательской деятельности
  - Отчет о доходах от алиментов на содержание ребенка
- Если вы состоите в браке или в гражданском браке, предоставьте нижеперечисленные документы, касающиеся вашего (-ей) супруга (-и) или партнера (-ши).
  - Справка о доходах, включая доходы помимо заработной платы (как указано выше)
  - Декларация об уплате федеральных налогов
    - Если вы не подавали декларацию об уплате федеральных налогов, вы можете предоставить последние формы W2 или 1099
    - Если вы не можете предоставить информацию о налоговой декларации из-за задержки с ее подачей, временной нетрудоспособности или безработицы, предоставьте форму о том, что вы не подаете декларацию. Получить копию формы можно по телефону 1-800-908-9946 или на сайте [www.irs.gov/individuals/get-transcript](http://www.irs.gov/individuals/get-transcript) (используйте форму 4506-T или 4506T-EZ).
  - Последние выписки для расчетного и сберегательного счетов, а также счета в кредитном союзе

Заполненное Заявление:

- Заполненное Заявление с датой и подписью

**Attachment B (Continued)**
**Приложение В (продолжение)**

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ			
Имя и фамилия пациента		Номер социального обеспечения	Дата рождения
Домашний адрес		Город	Штат   Почтовый индекс
Номер домашнего телефона	Номер мобильного телефона	Адрес электронной почты	
Предпочтительный способ связи <input type="checkbox"/> Почта США <input type="checkbox"/> Электронная почта <input type="checkbox"/> Домашний телефон <input type="checkbox"/> Мобильный телефон		Годовой доход семьи: _____ долл.	
Семейное положение: <input type="checkbox"/> В браке <input type="checkbox"/> Холост / не замужем <input type="checkbox"/> Раздельное проживание <input type="checkbox"/> В разводе <input type="checkbox"/> Вдовец/вдова		Количество членов семьи (как указано в налоговых документах):	
Занятость <input type="checkbox"/> Трудоустроен (-а) <input type="checkbox"/> Индивидуальный предприниматель <input type="checkbox"/> На пенсии <input type="checkbox"/> Лицо с ограниченными возможностями <input type="checkbox"/> Без работы (укажите дату последнего выхода на работу: _____)			
Имя и фамилия / название работодателя		Номер телефона	
Адрес работодателя		Город	Штат   Почтовый индекс

ИНФОРМАЦИЯ О СУПРУГЕ / СОЖИТЕЛЕ (-НИЦЕ) / ПАРТНЕРЕ (-ШЕ) / РОДИТЕЛЕ / ПОРУЧИТЕЛЕ			
Кем приходится пациенту <input type="checkbox"/> Супруг (-а) <input type="checkbox"/> Сожитель (-ница) <input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Поручитель <input type="checkbox"/> Другое:			
Имя и фамилия		Номер социального обеспечения	Дата рождения
Занятость <input type="checkbox"/> Трудоустроен (-а) <input type="checkbox"/> Индивидуальный предприниматель <input type="checkbox"/> На пенсии <input type="checkbox"/> Лицо с ограниченными возможностями <input type="checkbox"/> Без работы (укажите дату последнего выхода на работу: _____)			
Имя и фамилия / название работодателя		Номер телефона	
Адрес работодателя		Город	Штат   Почтовый индекс
Название медицинской страховки (предоставляемая работодателем; включая COBRA) <input type="checkbox"/> Медицинская страховка отсутствует			

СТРАХОВОЕ ПОКРЫТИЕ			
1. Соответствует ли вы критериям получения какого-либо страхового покрытия?			
<input type="checkbox"/> Медицинская страховка	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
<input type="checkbox"/> Покрытие от Veterans Administration (Управление по делам ветеранов)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
<input type="checkbox"/> Иностраный полис	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
Если да, предоставьте нижеуказанные сведения.			
Застрахованное лицо	Страховая компания	Номер полиса	
Застрахованное лицо	Страховая компания	Номер полиса	

**Attachment B (Continued)**
**Приложение В (продолжение)**

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ					
1. Получаете ли вы лечение в связи с одним из приведенных далее происшествий? <input type="checkbox"/> Авария <input type="checkbox"/> Преступление <input type="checkbox"/> Травма на рабочем месте <input type="checkbox"/> Другое:					
2. Нанимали ли вы адвоката, чтобы получить компенсацию за травму или болезнь? а. Если да, предоставьте нижеуказанные сведения. <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">Имя и фамилия адвоката</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">Номер телефона адвоката</td> </tr> </table>				Имя и фамилия адвоката	Номер телефона адвоката
Имя и фамилия адвоката	Номер телефона адвоката				
3. Подавали ли вы заявку на участие в программе Medi-Cal? (Мы, возможно, попросим вас сделать это)  <input type="checkbox"/> Да (ожидаю одобрения) <input type="checkbox"/> Да (не соответствую критериям) <input type="checkbox"/> Нет  а. Если нет, отметьте все подходящие варианты. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ваш возраст не превышает 19 лет</li> <li><input type="checkbox"/> Вам 65 лет или больше</li> <li><input type="checkbox"/> У вас слепота</li> <li><input type="checkbox"/> Вы принимаете препараты для контроля диабета, высокого давления или судорог</li> <li><input type="checkbox"/> У вас ограничены возможности согласно решению Social Security Administration (Управление социального обеспечения)</li> <li><input type="checkbox"/> Вы беременны</li> <li><input type="checkbox"/> С вами проживают дети младше 19 лет</li> </ul>					
ИНФОРМАЦИЯ О РАСХОДАХ И АКТИВАХ					
Текущий ежемесячный доход	Пациент	Супруг (-а)	В общей сложности		
Заработная плата до вычетов	долл.	долл.	долл.		
Чистый доход от индивидуального предпринимательства	долл.	долл.	долл.		
Проценты и дивиденды	долл.	долл.	долл.		
Доход от недвижимости, сдаваемой в аренду	долл.	долл.	долл.		
Выплаты по программе социального обеспечения, пенсия или пособие по инвалидности	долл.	долл.	долл.		
Алименты на содержание супруги/супруга или детей	долл.	долл.	долл.		
Прочее	долл.	долл.	долл.		
<b>Общий ежемесячный доход</b>	долл.	долл.	долл.		
Основные расходы на проживание	Пациент	Супруг (-а)	В общей сложности		
Аренда или ипотека	долл.	долл.	долл.		
Налоги на недвижимость	долл.	долл.	долл.		
Коммунальные услуги и телефон	долл.	долл.	долл.		

**Attachment B (Continued)**

**Приложение В (продолжение)**

<b>FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ</b>			
<b>Основные расходы на проживание</b>	<b>Пациент</b>	<b>Супруг (-а)</b>	<b>В общей сложности</b>
Алименты на содержание супруги/супруга или детей	долл.	долл.	долл.
Кредитные или лизинговые платежи за автомобиль	долл.	долл.	долл.
Образование	долл.	долл.	долл.
Школа и (или) уход за детьми (несовершеннолетними иждивенцами)	долл.	долл.	долл.
Питание	долл.	долл.	долл.
Страхование	долл.	долл.	долл.
Прочие расходы	долл.	долл.	долл.
Общая сумма ежемесячных расходов	долл.	долл.	долл.
<b>Текущий долг за медицинские услуги</b>	<b>Пациент</b>	<b>Супруг (-а)</b>	<b>В общей сложности</b>
Непогашенный долг за медицинские услуги Cedars-Sinai	долл.	долл.	долл.
Другие долги за медицинские услуги	долл.	долл.	долл.
<b>Активы (за исключением пенсионных счетов)</b>	<b>Пациент</b>	<b>Супруг (-а)</b>	<b>В общей сложности</b>
Расчетные и сберегательные счета, а также счета в кредитном союзе	долл.	долл.	долл.
Акции и облигации	долл.	долл.	долл.
Депозитные счета денежного рынка и (или) брокерские счета	долл.	долл.	долл.
Депозитные сертификаты	долл.	долл.	долл.
Общая сумма активов	долл.	долл.	долл.

Настоящим удостоверяю, что, насколько мне известно, указанная в этом Заявлении информация является достоверной и полной. Я даю согласие подать заявление на получение любой помощи на уровне штата, а также местном и федеральном уровне, на которую я могу иметь право, чтобы облегчить расходы на оплату больничных счетов и счетов за услуги врачей-специалистов. Я понимаю, что предоставленная информация может быть проверена медицинским центром Cedars-Sinai Medical Center и (или) Marina Del Rey Hospital, и разрешаю CSMC/MDRH связаться с третьими лицами для проверки точности информации, предоставленной в данном Заявлении. Я понимаю, что в случае предоставления заведомо ложных сведений или Заявления с существенной ошибкой или упущением я потеряю право на получение финансовой помощи. Если я уже получаю финансовую помощь, она может быть отменена в тот же момент, и я буду отвечать за погашение всей задолженности.

Подпись лица, подающего Заявление о предоставлении финансовой помощи \_\_\_\_\_  
 Подпись супруга (-и), сожителя (-ницы), попечителя (если применимо) \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_  
 Дата: \_\_\_\_\_

**Attachment C**

**Приложение С**

**Financial Assistance Discount**  
**Скидка в рамках предоставления финансовой помощи**  
**2022 Federal Poverty Guidelines**  
**Нормы по федеральному прожиточному минимуму за 2022 г. для**  
**получения скидки в рамках финансовой помощи**

Скидка для незастрахованных пациентов	<u>100 %</u>	<u>95 %</u>	<u>90 %</u>	<u>85 %</u>	<u>85 %</u>
Скидка для лиц с недостаточным страховым покрытием	<u>100 %</u>	<u>90 %</u>	<u>80 %</u>	<u>70 %</u>	<u>60 %</u>

Размер семьи	Годовая зарплата, соответствующая FPL в 2022 г.					
1	13 590 долл.	54 360 долл.	61 155 долл.	67 950 долл.	74 745 долл.	81 540 долл.
2	18 310 долл.	73 240 долл.	82 395 долл.	91 550 долл.	100 705 долл.	109 860 долл.
3	23 030 долл.	92 120 долл.	103 635 долл.	115 150 долл.	126 665 долл.	138 180 долл.
4	27 750 долл.	111 000 долл.	124 875 долл.	138 750 долл.	152 625 долл.	166 500 долл.
5	32 470 долл.	129 880 долл.	146 115 долл.	162 350 долл.	178 585 долл.	194 820 долл.
6	37 190 долл.	148 760 долл.	167 355 долл.	185 950 долл.	204 545 долл.	223 140 долл.
7	41 910 долл.	167 640 долл.	188 595 долл.	209 550 долл.	230 505 долл.	251 460 долл.
8	46 630 долл.	186 520 долл.	209 835 долл.	233 150 долл.	256 465 долл.	279 780 долл.
За каждое дополнительное лицо добавить	4720 долл.					
		400 %	450 %	500 %	550 %	600 %

Примечание. Последняя редакция таблицы: 08.02.2022

**Attachment D**  
**Приложение D**

**Amounts Generally Billed**  
**Суммы, на которые обычно выставляются счета**

Суммы, на которые обычно выставляются счета (AGB) — суммы, на которые обычно выставляются счета за неотложную или иную необходимую по медицинским показаниям помощь пациентам со страховкой, покрывающей такое обслуживание, по определению С.F.R. (Свод федеральных нормативных актов США) № 26, § 1.501(r)-5(b).

Организация будет использовать ретроспективный метод для определения максимальной суммы счета, который будет выставлен соответствующему требованиям стационарному пациенту на основе средней ставки возмещения Medicare и ставки по коммерческой страховке (см. Приложение D). Чтобы соответствующий требованиям пациент получил дополнительные преимущества, при определении его обязательств Организация будет использовать меньшую из двух величин: AGB или сумму возмещения для клинко-статистических групп Medicare (Medicare Severity Diagnosis Related Groups, MS-DRG) за данный период лечения.

Организация будет использовать ретроспективный метод для определения максимальной суммы счета, который будет выставлен соответствующему требованиям амбулаторному пациенту на основе средней ставки возмещения Medicare и ставки по коммерческой страховке.

Организация будет использовать ретроспективный метод для определения максимальной суммы счета, который будет выставлен соответствующему требованиям пациенту отделения неотложной помощи на основе средней ставки возмещения Medicare и ставки по коммерческой страховке. Ставки возмещения расходов на стационарное, амбулаторное лечение и услуги отделения неотложной помощи рассчитываются не реже одного раза в год на основе закрытых счетов Medicare за последние 12 месяцев.

	<b>Скидки для незастрахованных пациентов, самостоятельно оплачивающих медицинские услуги <sup>(1)</sup></b>	<b>Процентная ставка возмещения (AGB)</b>
<b>Cedars-Sinai Medical Center</b>		
Лечение в отделении неотложной помощи	81 %	19 %
Стационарное лечение	84 %	16 %
Амбулаторное лечение	83 %	17 %
<b>Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital</b>		
Лечение в отделении неотложной помощи	78 %	22 %
Стационарное лечение	82 %	18 %
Амбулаторное лечение	81 %	19 %

Примечание. Документ вступает в силу 01.12.2021