

Dienstbereich: Corporate Business Services	YALE NEW HAVEN HEALTH SYSTEM – RICHTLINIEN UND VERFAHREN	
Titel: Richtlinie zur Inanspruchnahme der finanziellen Unterstützungsprogramme		
Genehmigt am: 20.9.2013	Genehmigt durch: Treuhändergremien Senior Vice President, Finanzabteilung	
Gültig ab: 20.9.2013 1.1.2017 Lawrence + Memorial Hospital sowie Westerly Hospital	Überprüfung/Überarbeitung am: 21.1.2015, 30.9.2016, 16.12.2016, 1.6.2017, 15.7.2018, 1.1.2020	
Verteiler: MCN-Richtlinienmanager	Richtlinientyp (I oder II): Typ I	
Ersetzt: Finanzielle Unterstützungsprogramme für Krankenhausdienste (NC:F-4), Yale New Haven Hospital Finanzielle Unterstützungsprogramme für Krankenhausdienste (9-13), Bridgeport Hospital Überblick der finanziellen Unterstützungsprogramme für Krankenhausdienste, Greenwich Hospital Gemeinnützige Versorgungsdienste bereitgestellt vom Lawrence + Memorial Hospital und Westerly Hospital, finanzielle Unterstützungsprogramme, Richtlinien hinsichtlich zweckgebundener Mittel für die stationäre bzw. ambulante medizinische Versorgung		

ZWECK

Das Yale New Haven Health System („YNHHS“) erkennt, dass Patienten/innen mitunter nicht in der Lage sind, ohne Finanzhilfen medizinisch notwendige gesundheitliche Leistungen zu bezahlen. Im Sinne der Mission des Krankenhauses nimmt sich YNHHS in die Pflicht, Überlegungen zur Zahlungsfähigkeit bei der Preisgebung für Notbehandlungen und medizinisch notwendige Versorgungsleistungen sorgfältig abzuwägen.

Um die selbstdefinierte Mission, Finanzhilfen bei Notfällen und anderen medizinisch notwendigen Versorgungsdiensten bereitzustellen, zu realisieren, hat YNHHS die finanziellen Unterstützungsprogramme (*Financial Assistance Programs*, „FAP“) ins Leben gerufen. Die FAP-Ziele sind:

- (i) Alle im Rahmen der FAP verfügbaren finanziellen Hilfsleistungen im Einzelnen darzulegen;
- (ii) transparente Informationen zu den Teilnahmekriterien, Anforderungen bei der Antragstellung und den nach den finanziellen Unterstützungsprogrammen vorgesehenen Antragsverfahren darzulegen;
- (iii) die Berechnungsgrundlagen für die Summen, die FAP-qualifizierten Patienten/innen für Notbehandlungen oder andere medizinisch notwendige Versorgungsleistungen berechnet werden, zu erläutern; und
- (iv) die unter YNHHS-Regie durchgeführten Maßnahmen bei der allgemeinen Öffentlichkeitsarbeit in den von YNHHS betreuten Gemeinden über die Verfügbarkeit finanzieller Unterstützungsleistungen zu erläutern.

ANWENDBARKEIT

Diese Richtlinie gilt für alle mit YNHHS verbundenen und lizenzierten Krankenhäuser, u. a. Bridgeport Hospital („BH“), Greenwich Hospital („GH“), Lawrence + Memorial Hospital („LMH“), Yale-New Haven Hospital („YNHH“) und Westerly Hospital („WH“) (jeweils ein „Krankenhaus“).

RICHTLINIE

I. Geltungsrahmen und Leistungsanbieterliste

- A. **Notfälle und andere medizinisch notwendige Versorgung.** Die *FAP* sind auf notfallbedingte und medizinisch notwendige Versorgungsleistungen anwendbar, u. a. auf die von einem der teilnehmenden Krankenhäuser berechneten stationären und ambulanten Dienste. Ausgeschlossen sind: (a) Privatzimmer oder private Krankenpfleger; (b) medizinisch nicht notwendige Leistungen, z. B. wahlweise kosmetische Eingriffe; (c) andere wahlweise Gebühren, die während des Aufenthalts auflaufen, z. B. TV- oder Fernsprechgebühren, und (d) weitere Rabatte oder Preisnachlässe auf nicht ausdrücklich in diesen Richtlinien erläuterte Gebühren.
- B. **Leistungsanbieterliste.** Eine Aufstellung der Anbieter von notfallbedingten und anderen medizinisch notwendigen Versorgungsleistungen an einem teilnehmenden Krankenhaus kann aufgerufen werden bei:
https://www.ynhh.org/~media/files/ynhhs/forms/financial/011117/ynhh_fap_policy_list_2017.pdf
In der Liste ist vermerkt, ob ein Anbieter unter die Vorgaben der finanziellen Unterstützungsprogramme fällt. Gehört er nicht zu den nach dieser Richtlinie zur Inanspruchnahme der finanziellen Unterstützungsprogramme anerkannten Leistungsanbieter, kontaktieren Sie bitte die entsprechende Praxis eines solchen Anbieters und erkundigen sich, ob andere Finanzhilfen angeboten werden und, sofern dies der Fall ist, wie umfassend diese Hilfen sind.
- C. **Einhaltung des EMTALA.** Krankenhäuser sind verpflichtet, den Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (Gesetz zur Notfallbehandlung und Entbindung; EMTALA) in Übereinstimmung mit ihren Richtlinien einzuhalten, und es ist ihnen untersagt, Maßnahmen zu ergreifen, die eine Einzelperson daran hindern würden, Notfalldienste in Anspruch zu nehmen.

II. Finanzielle Unterstützungsprogramme und Berechtigung zur deren Inanspruchnahme

Finanzielle Unterstützung ist verfügbar für US-Staatsbürger und -bürgerinnen, Einzelpersonen, die im Besitz einer Aufenthaltsberechtigung für die USA sind, Personen, die einen Antrag auf finanzielle Unterstützung gestellt haben und die die zusätzlichen Anforderungen, die sie zur Inanspruchnahme solcher Leistungen berechtigen, wie nachstehend beschrieben, erfüllen.

- A. **Kostenlose Versorgung (Free Care).** Das kostenlose Versorgungsprogramm bietet Patienten/innen des Krankenhauses mit einem jährlichen Bruttofamilieneinkommen von höchstens 250 % der bundesstaatlich festgesetzten Armutsgrenze kostenlose Versorgungsleistungen (siehe Anhang 1). Patienten/innen, die im Ermessen des Krankenhauses möglicherweise zur Inanspruchnahme medizinischer Hilfsleistungen berechtigt sind, müssen einen staatlichen Bescheid vorlegen, der nicht älter als 6 Monate ist.

Financial Assistance Programs Policy - German

Zusätzlich verwendet YNHHS im Namen des Bridgeport-, Greenwich- und Yale New Haven-Krankenhauses handelnd ein von einem Dritten angebotenes Screening-Tool zur Identifizierung von Einzelpersonen mit Selbstbehaltsständen, die zwar keine finanzielle Unterstützungsleistungen beantragt haben, sich jedoch unter oder bei 250 % der bundesstaatlich festgesetzten Armutsgrenze befinden (und damit ein Anrecht auf eine kostenlose Versorgung haben). Sofern ein/e Patient/in mittels dieses Prozesses identifiziert wird, können noch unbezahlte Krankenhausrechnungen zu gemeinnützigen (sprich: kostenlosen) Versorgungsleistungen geändert werden.

- B. Verbilligte Versorgung (Discounted Care).** Ist ein/e Krankenhauspatient/in nicht krankenversichert und beträgt das jährliche Bruttofamilieneinkommen eines/r solchen Patienten/in 251-550 % der auf bundesstaatlicher Ebene festgesetzten Armutsgrenze, gewährt das Krankenhaus einen Rabatt auf den allgemein vom Krankenhaus für eine gegebene Leistung berechneten Betrag (*Amount Generally Billed, AGB*) (siehe Definition, Abschnitt III weiter unten und entsprechend [Anhang 1](#)).
- C. Zweckgebundene Mittel für die subventionierte stationäre medizinische Versorgung (Hospital Bed Funds).** Sie haben möglicherweise ein Anrecht darauf, zweckgebundene Mittel aus dem Fonds für eine subventionierte medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen. Dies sind Spendenmittel, die dem Krankenhaus für die Bereitstellung medizinischer Versorgungsleistungen zugunsten berechtigter Patienten/innen zur Verfügung gestellt werden. Die Inanspruchnahme dieser Mittel ist nicht an besondere Einkommensgrenzen gebunden. Die Fonds-Nominatoren entscheiden aufgrund finanzieller Härtekriterien von Fall zu Fall, ob ein/e Antragsteller/in zum Empfang solcher Mittel berechtigt ist. Alle Patienten und Patientinnen, die den erforderlichen Antrag zur Inanspruchnahme finanzieller Unterstützungsleistungen ausfüllen, werden automatisch für die zweckgebundenen Mittel berücksichtigt.
- D. Andere an das Krankenhaus gebundene finanzielle Unterstützungsprogramme:**
- (i) Yale New Haven Hospital-Programm für Mutter und Kind (Yale New Haven Hospital Me & My Baby).** Dieses Programm steht Patientinnen des Yale New Haven Hospital offen. Geboten werden kostenlose Schwangerschaftsvorsorgeleistungen, Betreuungsdienste beim Eintreten der Wehen und bei der Entbindung sowie die Versorgung nach der Geburt. Wenn Sie Ihren Wohnsitz in New Haven County haben, nicht krankenversichert sind und Ihr Familieneinkommen höchstens das 2½-Fache der auf bundesstaatlicher Ebene festgesetzten Armutsgrenze beträgt, qualifizieren Sie sich möglicherweise für diese Leistungen. Erkundigen Sie sich beim Yale New Haven Hospital Women's Center nach weiteren Informationen, oder lassen Sie sich ein Antragsformular geben. Sie können das Women's Center auch telefonisch unter der Rufnummer 203-688-5470 erreichen.
 - (ii) Die Greenwich Hospital-Ambulanz (Greenwich Hospital Outpatient Clinic)** betreut Patienten/innen, die über Medicare, Medicaid oder Programme, die von Access Health CT angeboten werden, krankenversichert sind und deren Familieneinkommen höchstens das Vierfache der auf bundesstaatlicher Ebene festgesetzten Armutsgrenze beträgt. Ferner bietet die Krankenhausambulanz verbilligte Versorgungsleistungen für Einzelpersonen, die zwar nicht zur Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen berechtigt sind, jedoch in Greenwich ihren Wohnsitz haben und deren Familieneinkommen höchstens das Vierfache der auf bundesstaatlicher Ebene festgesetzten Armutsgrenze beträgt. Rufen Sie die Telefonnummer 203-863-3334 an, um sich nach weiteren Einzelheiten zu erkundigen und um ein Antragsformular anzufordern.

III. Gebührenobergrenzen – FAP-berechtigten Patienten/innen berechnete Beträge

Sofern die offiziell genehmigte finanzielle Unterstützung die von YNHHS für eine Leistung berechneten

Financial Assistance Programs Policy - German

Gebühren nicht vollständig (100 %) deckt, dürfen die Gebühren, die Patienten mit einem Anrecht auf die Inanspruchnahme finanzieller Hilfen maßgeblich dieser Richtlinien berechnet werden, nicht diejenige Summe überschreiten, die die Krankenhäuser krankenversicherten Patienten/innen allgemein für dieselbe Leistung in Rechnung stellen (*Amounts Generally Billed, AGB*). YNHHS berechnet den AGB-Wert auf Jahresbasis mithilfe des „Rückblick-Verfahrens“ (Look Back Method) und den von Medicare erhobenen Einzelleistungstarifen (*Fee-for-Service, FFS*), u. a. die Beträge der Medicare-Begünstigtenkostenbeteiligung und aller privaten Versicherer, die im Vorjahreszeitraum für jede Krankenhauseinrichtung Ansprüche beglichen haben. YNHHS weist den prozentualen Rabatt u. U. je nach dem Krankenhaus zu oder entscheidet, denjenigen prozentualen Rabatt zu verwenden, der für YNHHS-Patienten/innen am günstigsten ist. Informationen zu den allgemein berechneten Beträgen (*AGB*) sind Anhang 1 zu entnehmen.

Entsprechend der Begriffsverwendung am angegebenen Ort haben die Begriffe „allgemein berechneter Betrag“ und „Rückblickverfahren“ jeweils die laut Steuergesetzgebung festgelegte Bedeutung (Internal Revenue Code §501(r)(5) und 1.501(r)-5).

IV. Antragsverfahren zur Inanspruchnahme finanzieller Unterstützung

Um sich für die Finanzhilfen zu qualifizieren, muss der/die Patient/in den erforderlichen finanziellen Unterstützungsantrag („Antrag“) ausfüllen. Der Antrag enthält (i) die Aufstellung der *FAP* und die entsprechenden Qualifikierungskriterien; (ii) die Aufstellung der notwendigen Dokumente zur Feststellung der Berechtigung des/der Antragstellers/in; und (iii) die Kontaktinformationen für das finanzielle Unterstützungsprogramm. Der Antrag gibt ferner an, (i) dass das Krankenhaus auf jeden Antrag mit einer schriftlichen Antwort reagiert; (ii) dass Patienten/innen jederzeit maßgeblich der *FAP*-Vorgaben erneut finanzielle Unterstützungsleistungen beantragen können; und dass (iii) jedes Jahr zusätzliche Mittel zur Verwendung im Rahmen der zweckgebundenen Mittel für die subventionierte stationäre bzw. ambulante medizinische Versorgung verfügbar gemacht werden. Die Krankenhäuser dürfen die Genehmigung von Finanzhilfen, die maßgeblich der *FAP* beantragt werden, nicht mit der Begründung ablehnen, dass Informationen oder Dokumente fehlen, sofern diese gemäß den *FAP* oder dem Antragsformular nicht zwingend als Teil des Antrags erforderlich sind.

Die YNHHS-Krankenhäuser werden zumutbare Anstrengungen unternehmen, um die finanzielle Leistungsberechtigung eines/r Antragstellers/in festzustellen und etwaige Ergebnisse im Rahmen der zutreffenden Patientenkonten zu vermerken. Wenn das Krankenhaus eine/n Patienten/in als leistungsberechtigt maßgeblich der *FAP* identifiziert hat, führt das Krankenhaus folgende Schritte aus:

- (i) Ausstellung einer Abrechnung, aus der genau hervorgeht, welchen Betrag die Einzelperson als *FAP*-leistungsberechtigte/r Patient/in schuldet, u. a. auch wie dieser Betrag zustande gekommen ist; ferner eine Beschreibung, wie eine solche Person Informationen zu der Höhe der allgemein für eine solche Leistung berechneten Beträge erhalten kann;
- (ii) Rückerstattung der von der Person bezahlten Beträge, die die Summe überschreiten, für die die Person als *FAP*-leistungsberechtigte/r Patient/in laut Feststellung persönlich haftet, es sei denn, eine solche Überschreitung des Zahlungsbetrags beträgt weniger als \$5 oder einen anderen vom US-Finanzamt (IRS) festgelegten Betrag; und
- (iii) Zumutbare Maßnahmen zur Stornierung etwaiger außerordentlicher Beitreibungen.

V. Zahlungsver säumnis – Beschreibung des Rechtswegs

Ein Krankenhaus (und etwaige Schuldeneintreiber oder andere Parteien, an die das Krankenhaus die Schuld übertragen hat) wird vor Ablauf von 120 Tagen nach Ausstellung der ersten Rechnung nach Entlassung für die

Financial Assistance Programs Policy - German

Versorgung keine außerordentlichen Beitreibungsmaßnahmen einleiten (*Extraordinary Collection Action, ECA*), ohne vorher zumutbare Schritte zu unternehmen, um festzustellen, ob ein/e Patient/in oder andere Einzelperson, die die finanzielle Verantwortung für ein Selbstbehaltskonto trägt (zahlungsverantwortliche Einzelperson(en)), zur Inanspruchnahme der FAP berechtigt ist. Außerordentliche Beitreibungsmaßnahmen sind vom Vice President, Corporate Business Services, oder einer oder mehrerer durch diesen designierte Person(en) zu genehmigen, wobei die jeweilige(n) Person(en) vor Genehmigung bestätigen muss/müssen, dass die in dieser FAP vorgeschriebenen zumutbaren Schritte unternommen wurden.

Das Krankenhaus hält die A/R-Rechnungsperiode gemäß den internen betrieblichen Prozessen und Praktiken ein. Teil solcher Prozesse und Praktiken ist es, dass das Krankenhaus Patient/innen mindestens an dem Datum, an dem Versorgungsleistungen erbracht werden, und während der gesamten A/R-Rechnungsperiode über die FAP in Kenntnis setzt (oder wiederholt für die Dauer eines solchen Zeitraums, der gesetzlich vorgesehen ist, je nachdem welcher länger ist), indem

1. allen Patienten/innen eine einfach verständliche Zusammenfassung und ein Antragsformular für die Beantragung der finanziellen Unterstützung im Rahmen des Entlassungs- oder Aufnahmeverganges aus dem oder ins Krankenhaus angeboten wird.
2. mindestens 3 separate Beitreibungsankündigungen für Selbstbehaltskonten an die letzte bekannte Postadresse oder an die letzte bekannte E-Mail-Adresse des/der Patienten/in und etwaige weitere zahlungsverantwortliche Einzelperson(en) gesendet werden; jedoch vorausgesetzt, dass keine weiteren Ankündigungen versendet werden müssen, nachdem die zahlungsverantwortliche Einzelperson(en) einen vollständigen Antrag zur Inanspruchnahme finanzieller Unterstützungsleistungen eingereicht oder das Konto vollständig beglichen hat; wobei der Zeitraum zwischen der ersten und der letzten der 3 Ankündigungen mindestens 60 Tage beträgt. Es obliegt der/den zahlungsverantwortlichen Einzelperson(en), zum Zeitpunkt der Leistungserbringung oder bei einem Umzug eine korrekte Postadresse anzugeben. Sofern ein Konto nicht mit einer gültigen Adresse in Verbindung gebracht werden kann, gilt dies als Feststellung, dass eine „zumutbare Anstrengung“ zur Kontaktaufnahme vorgenommen wurde und fehlgeschlagen ist. Alle Kontoauszüge der Selbstbehaltskonten von Einzelpatienten/innen enthalten u. a. folgende Hinweise, ohne jedoch hierauf beschränkt zu sein:
 - a. Eine korrekte Zusammenfassung der durch den Auszug abgedeckten Krankenhausedienste;
 - b. Die Gebühren für solche Dienste;
 - c. Die Höhe des von der/den zahlungsverantwortlichen Einzelperson(en) zahlbaren Betrags (oder, sofern eine solche Summe nicht bekannt ist, ein in redlicher Absicht geschätzter Betrag mit Stand zum Stichtag des ersten Auszugs); und
 - d. Eine auffällige, schriftliche Benachrichtigung, die die zahlungsverantwortliche Einzelperson(en) darüber in Kenntnis setzt, dass finanzielle Hilfen maßgeblich den *FAP* verfügbar sind, einschließlich der Telefonnummer der zuständigen Abteilung und einer direkten Website-Adresse, über die Exemplare der entsprechenden Dokumente erhältlich sind.
3. Mindestens eine der per Post oder per E-Mail versendeten Ankündigungsschreiben enthält einen schriftlichen Hinweis, der die zahlungsverantwortliche(n) Einzelperson(en) über die geplante *ECA* in Kenntnis setzt, die eingeleitet wird, wenn die zahlungsverantwortliche Einzelperson(en) es versäumt, Finanzhilfe maßgeblich den *FAP* zu beantragen oder den zahlbaren Betrag bis zum Ende der Rechnungsfrist zu entrichten. Ein solches Ankündigungsschreiben muss der/den zahlungsverantwortlichen Einzelperson(en) mindestens 30 Tage vor Ablauf der in dem Schreiben spezifizierten Frist zugestellt werden. Dem Schreiben wird eine einfach verständliche

Financial Assistance Programs Policy - German

Zusammenfassung beigelegt. Es obliegt der/den zahlungsverantwortlichen Einzelperson(en), zum Zeitpunkt der Leistungserbringung oder bei einem Umzug eine korrekte Postadresse anzugeben. Sofern ein Konto nicht mit einer gültigen Adresse in Verbindung gebracht werden kann, gilt dies als Feststellung, dass eine „zumutbare Anstrengung“ zur Kontaktaufnahme vorgenommen wurde und fehlgeschlagen ist.

4. Vor der Einleitung einer ECA wird ein mündlicher Versuch unternommen, um mit der zahlungsverantwortliche(n) Einzelperson(en) Kontakt aufzunehmen, insbesondere fernmündlich unter der zuletzt bekannten Telefonnummer, sofern zutreffend, und mindestens einmal im Verlauf des Zeitraums, in dem die Ankündigungsschreiben per Post oder per E-Mail versendet werden, solange das Konto im Zahlungsverzug ist. Bei allen Gesprächen wird/werden die zahlungsverantwortliche(n) Einzelperson(en) darüber informiert, dass Finanzhilfen existieren, die möglicherweise im Rahmen der FAP zur Verfügung stehen.
5. Vorausgesetzt, dass die Vorschriften dieser Richtlinie eingehalten wurden, kann das YNHHS-Krankenhaus unter Umständen außerordentliche Maßnahmen zur Beitreibung von Schulden jeweils gemäß Anhang 2 dieser Richtlinie einleiten, um die Bezahlung für geleistete medizinische Versorgungsdienste zu erlangen.

VI. Möglichkeiten zur Richtlinieneinsicht

Exemplare der FAP, eine einfach verständliche Zusammenfassung der FAP und die entsprechenden Antragsformulare finden Sie unter <https://www.ynhhs.org/billing-insurance.aspx>.

Auf Anfrage überlässt Ihnen jedes Krankenhaus kostenlose Exemplare der FAP, eine einfach verständliche Zusammenfassung der FAP und die entsprechenden Antragsformulare. Sie können sich diese Unterlagen per Post zuschicken lassen oder diese persönlich in der Notaufnahme und an allen Patienten-Anmeldungsstellen abholen (jeweils als Ausdruck in englischer Sprache und als Übersetzung in die primäre Sprache anderer Bevölkerungsgruppen mit begrenzten Englischkenntnissen, die entweder 1000 Personen oder mindestens 5 % der vom Krankenhaus bedienten Patientengruppen ausmachen, wobei der jeweils geringere Wert Geltung hat). Eine Aufstellung der Sprachen befindet sich in Anhang 3.

Wenden Sie sich an Corporate Business Services (gebührenfreie Telefonnummer: 855-547-4584), um sich nach den Programmen zu erkundigen, die Ihnen möglicherweise offen stehen, um ein Exemplar der FAP, eine einfach verständliche Zusammenfassung der FAP, ein Antragsformular oder ein Exemplar der Richtlinie für die Rechnungslegung und Schuldenbeitreibung anzufordern, welche Ihnen dann per Post zugehen. Oder kontaktieren Sie uns, wenn Sie ein in eine andere Sprache als Englisch übersetztes Exemplar der FAP, einer einfach verständlichen Zusammenfassung der FAP oder eines Antragsformulars benötigen. Weitere Informationen zur Aufnahme eines Verfahrens zur Beantragung von Leistungen, die durch die FAP bereitgestellt werden, sind bei der Patienten-Anmeldung (Patient Registration), Patienten-Finanzdiensten (Patient Financial Services) und Sozialen Diensten/Vorgangsverwaltung (Social Work/Case Management) erhältlich.

Weitere Anstrengungen im Rahmen einer breit angelegten Informationspolitik zu den FAP umfassen u. a. die Schaltung von Bekanntmachungen in Zeitungen mit einer breit gefächerten Leserschaft, die Bereitstellung schriftlicher Mitteilungen zu den FAP, die allen Rechnungs- bzw. Kontoauszügen beigelegt sind, mündliche Hinweise auf die FAP im Rahmen aller Kommunikationen mit Patienten/innen, wenn es um das Thema der Fälligkeit von Zahlungsbeträgen geht, und die Veranstaltungen zum „Tag der offenen Tür“ sowie andere Informationsveranstaltungen.

VII. Verwaltungsaufsichtsausschuss (Management Oversight Committee)

Die FAP werden vom Verwaltungsaufsichtsausschuss unter dem Vorsitz des Senior Vice President, YNHHS überwacht, der Vertreter der Abteilungen Corporate Business Services, Patienten-Finanzdienste (Patient Financial Services), Patientenbeziehungen (Patient Relations), Finanzen (Finance) und, je nach Bedarf, medizinische Vertreter umfasst. Dieser Ausschuss trifft mindestens einmal in jedem Quartal zusammen.

VIII. Befolgung der bundesstaatlichen Gesetzgebung

Jedes Krankenhaus hat die einschlägigen bundesstaatlichen Gesetze zu befolgen, einschließlich, ohne jedoch hierauf beschränkt zu sein, die Allgemeine Gesetzessammlung des US-Bundesstaates Connecticut (*Connecticut General Statutes*), durch welche die Beitreibungen der Krankenhäuser von Patienten ohne Versicherungsschutz (*Collections by Hospitals from Uninsured Patients*) geregelt werden, die in Art. 11.3 des bundesstaatlichen Standards für die Bereitstellung gemeinnütziger Versorgungsleistungen (*Statewide Standard for the Provision of Charity Care*) des US-Bundesstaates Rhode Island der Vorschriften und Verordnungen des Gesundheitsministeriums von Rhode Island zu Krankenhausumwandlungen (*Department of Health Rules and Regulations Pertaining to Hospital Conversions*) (den „RI Regulations“) und in Art. 11.4 des bundesstaatlichen Standards für die Bereitstellung nicht erstattungsfähiger Versorgungsleistungen (*Statewide Standard for the Provision of Uncompensated Care*) der RI Regulations dargelegt sind.

REFERENZEN

- Internal Revenue Code 501(c)(3)
- Internal Revenue Code 501(r)
- Conn. Gen. Stat. § 19a-673 ff.
- RI Regulations 11.3 und 11.4

VERWANDTE RICHTLINIEN

- YNHHS Billing and Collections Policy (xx)
- YNHHS EMTALA Policy: Medical Screening/Stabilization, On-Call and Transfer
- Yale-New Haven Hospital Policy – Distribution of Free Care Funds NC:F-2
- Greenwich Hospital Outpatient Center Policies and Procedures

Anhang 1

250 % u. 550 % der bundesstaatlichen Richtlinien zur Feststellung der Armutsgrenze (*Federal Poverty Guidelines, FPG*):

Familien größe	100 %	250 %	550 %	
1	\$ 12.760	\$ 31.900	\$ 70.180	
2	\$ 17.240	\$ 43.100	\$ 94.820	
3	\$ 21.720	\$ 54.300	\$ 119.460	
4	\$ 26.200	\$ 65.500	\$ 144.100	
5	\$ 30.680	\$ 76.700	\$ 168.740	
6	\$ 35.160	\$ 87.900	\$ 193.380	
	Kostenlose Versorgung: Für jedes weitere Familienmitglied \$11.200 hinzuaddieren			
	Verbilligte Versorgung: Für jedes weitere Familienmitglied \$24.640 hinzuaddieren			

Allgemein berechnete Beträge (*Amounts Generally Billed, AGB*):

Patienten, die sich zur Inanspruchnahme finanzieller Unterstützungsleistungen gemäß der vorliegenden Richtlinie qualifizieren, erhalten wie folgt:

Alle YNHHS-Krankenhäuser:

Jahreseinkommen der Familie	Rabatthöhe % der Gebühren	Patient zahlt % der Gebühren
< oder = 250 % FPG	100 %	0
> 250 % – 550 %FPG	69 %	31 %*

**Für das Kalenderjahr 2020 allgemein berechnete Beträge (gestaffelt nach % der Gebühren): BH 32,4 %, GH 31,9 %, LMH 39,9 %, YNHH 33,3 % und WH 32,6 %*

Überarbeitet am 01.01.2020

Anhang 2

AUSSERORDENTLICHE MASSNAHMEN ZUR SCHULDENBEITREIBUNG:

Dingliche Eigentumsbelastung

Das Pfänden eines privaten Wohnsitzes ist nur zulässig wenn:

- (a) Der/die Patient/in die Möglichkeit hatte, zweckgebundene Mittel für die subventionierte stationäre bzw. ambulante medizinische Versorgung zu beantragen und dies entweder versäumte, sich weigerte dies zu tun oder als nicht berechtigt zur Inanspruchnahme solcher Mittel erklärt wurde;
- (b) Der/die Patient/in keinen Antrag zur Inanspruchnahme anderer finanzieller Hilfen maßgeblich der finanziellen Unterstützungsrichtlinie (*Hospital's Financial Assistance Policy*) als Hilfestellung bei der Bezahlung solcher Schulden gestellt hat bzw. sich dafür nicht qualifiziert hat, oder wenn er/sie sich zwar für teilweise Finanzhilfen qualifiziert, es jedoch versäumt hat, den Selbstbehalt zu bezahlen.
- (c) Der/die Patient/in keinen Versuch unternommen hat, um eine Zahlungsvereinbarung einzugehen oder sich entsprechend zu verpflichten, oder solche Zahlungsvereinbarungen, auf die sich das Krankenhaus und der/die Patient/in geeinigt haben, missachtet;
- (d) Der Gesamtkontostand über \$10,000 liegt, und der veranschlagte Wert des einem Pfandrecht unterliegenden Eigentums mindestens \$300,000 beträgt; und
- (e) Die Pfändung keine Grundpfandverfallserklärung des privaten Wohnsitzes zur Folge hat.

Anhang 3

**Bei begrenzten englischen Sprachkenntnissen:
Übersetzte Sprachen**

Albanisch
Arabisch
Vereinfachtes Chinesisch
Französisch
Französisch- Kreolisch (Haiti-Kreolisch)
Deutsch
Griechisch
Hindi
Italienisch
Japanisch
Koreanisch
Paschtu
Persisch-Dari
Persisch-Farsi
Polnisch
Portugiesisch
Portugiesisch- Creole (Kap-Verde- Creole)
Russisch
Spanisch
Kisuaheli
Tagalog
Tigrinisch
Türkisch
Vietnamesisch