

## Podsumowanie zasad dotyczących pomocy finansowej

Jeśli potrzebują Państwo pomocy w opłaceniu usług świadczonych przez szpital Hospital for Special Care, mogą Państwo złożyć podanie o udział w **Programie pomocy finansowej** prowadzonym przez szpital. Prawo do uczestnictwa w programie jest uzależnione od poziomu dochodów, dostępnych zasobów płatniczych (takich jak ubezpieczenie lub program Medicaid) oraz rozmiaru rodziny. Aby przystąpić do programu, pacjent musi podać te dane we wniosku i spełniać kryteria udziału określone w zasadach.

Program pomocy finansowej dotyczy TYLKO usług świadczonych przez naszych pracowników w placówkach szpitalnych i ambulatoryjnych i może nie obejmować rachunków wystawionych przez niezależnych lekarzy lub innych specjalistów świadczących usługi w naszych placówkach. Pacjenci kwalifikujący się do pomocy finansowej nie zostaną obciążeni większą kwotą niż ta, którą są zazwyczaj obciążani pacjenci z ubezpieczeniem w zakresie opieki niezbędnej z medycznego punktu widzenia. Szpital Hospital for Special Care odpowie na każdy wniosek na piśmie. W przypadku odrzucenia wniosku pacjenci mogą złożyć wniosek ponownie w dowolnym momencie.

### Gdzie znaleźć informacje

Aby uzyskać więcej informacji i kopię formularzy, proszę zadzwonić do przedstawiciela pacjentów HSC (numery telefonu podane poniżej) lub porozmawiać z biurem przyjęć lub pracownikiem rejestracji w naszej przychodni pod adresem 2150 Corbin Avenue.

Każdy członek personelu HSC może udzielić Państwu telefonicznej pomocy w wypełnieniu i złożeniu wniosku, a także wysłać papierową kopię zasad i formularzy.

Mogą Państwo także odwiedzić naszą witrynę <http://hfsc.org>, aby przeczytać więcej o Programie pomocy finansowej i pobrać formularz wniosku o przystąpienie do Programu pomocy finansowej.

### Przedstawiciele pacjentów

- Numer telefonu przedstawiciela pacjentów, który jest za Państwa odpowiedzialny, jest uzależniony od Państwa nazwiska.
- Wszyscy przedstawiciele pacjentów dysponują poufną pocztą głosową.

#### Usługi ambulatoryjne dla pacjentów, których nazwisko zaczyna się na:

A – F	860.832.6265
G – N	860.827.4717
O – Z	860.827.4714
Wszyscy ubezpieczeni w Medicaid	860.827.4813

#### Usługi szpitalne dla pacjentów, których nazwisko zaczyna się na:

A – G	860.612.6352
H – M	860.827.4975
N – Z	860.832.6237

*Niniejsze podsumowanie, pełne zasady dotyczące pomocy finansowej i formularze wniosków są dostępne w wielu językach dla pacjentów, którzy nie znają języka angielskiego.*