



Extraordinary care for every generation.

Tytuł polityki: Polityka pomocy finansowej
Rodzaj polityki: Prawa i etyka organizacyjna
Numer polityki: AP.130

Dyrektor operacji: Directors of Revenue Cycle
Właściciel polityki: Director of Revenue Cycle

Ostatnia data zatwierdzenia: kwiecień 2025 r.

Polityka POMOCY FINANSOWEJ

- Cel:** Covenant Medical Center (Covenant) angażuje się w zapewnienie Pomocy finansowej pacjentom, którzy mają potrzeby zdrowotne i są nieubezpieczeni, ubezpieczeni w niewystarczającym zakresie, nie kwalifikują się do programów rządowych albo z innego powodu nie są w stanie zapłacić za opiekę medyczną ze względu na swoją sytuację finansową. Covenant chce zapewnić, że sytuacja finansowa nie uniemożliwia osobom szukania lub otrzymywania potrzebnej im pomocy medycznej. Covenant będzie świadczył, bez dyskryminacji, opiekę medyczną w nagłych wypadkach ludziom niezależnie od tego, czy są w stanie zapłacić. Korzystając z niniejszej Polityki pomocy finansowej i określonych w niej wymagań, Covenant będzie współpracować z pacjentami, którzy nie są w stanie zapłacić i nie kwalifikują się do zewnętrznych programów pomocy finansowej ani rządowych programów opieki zdrowotnej.
- Zakres:** Wszystkie placówki Covenant. Obejmuje to placówki Covenant Cooper, kampusy Harrison i Mackinaw, Covenant Medical Group, MedExpress Offices i Mary Free Bed w Covenant. Informacje na temat niezatrudnionych świadczeniodawców można znaleźć w Załączniku C.
- Polityka:** Pomoc finansowa zostanie zaproponowana pacjentom, którzy kwalifikują się do niej na podstawie niezdolności do zapłacenia, zgodnie z zasadami U.S. Federal Poverty Guidelines (wytyczne rządu federalnego USA dotyczące ubóstwa) i którzy spełniają kryteria wyszczególnione w niniejszej Polityce. Pomoc finansowa nie może zastępować odpowiedzialności osobistej. Oczekuje się, że pacjenci ubiegający się o pomoc finansową będą współpracować zgodnie z wymaganiami Covenant w ramach ubiegania się o pomoc finansową. Takie działania obejmują, ale nie ograniczają się, do wypełniania wniosków o inne opcje finansowania, wypełnienia formularza wniosku o pomoc finansową i pokrycie kosztów swojej opieki w możliwym do opłacenia zakresie. Niniejsza

polityka została opracowana po to, aby zapewnić dostęp do opieki medycznej dla wszystkich potrzebujących pacjentów.

Definicje: **Rodzina:** zgodnie z definicją Census Bureau jest to grupa dwóch lub więcej osób, które żyją razem i które są związane ze sobą poprzez urodzenie, małżeństwo lub adopcję. Zgodnie z zasadami IRS (Internal Revenue Service), jeżeli pacjent uznaje kogoś za osobę zależną w swoim rozliczeniu podatkowym, może uznać tę osobę za osobę zależną na potrzeby niniejszej Polityki pomocy finansowej.

Dochód gospodarstwa domowego: dochód gospodarstwa domowego jest określany zgodnie z definicją Census Bureau, która uwzględnia następujące źródła dochodów:

- zarobki/wynagrodzenie, ujęte w Załączniku C (Formularz IRS 1040 dla osób prowadzących działalność na własny rachunek), zasiłek dla bezrobotnych, odszkodowanie pracownicze, ubezpieczenie społeczne (Social Security), uzupełniający dochód gwarantowany (Supplemental Security Income), pomoc publiczna, świadczenia dla weteranów, renta wdowia, emerytury i renty, odsetki, dywidendy, czynsze, tantiemy, dochody z majątków, fundusze powiernicze, pomoc edukacyjna, alimenty, świadczenia alimentacyjne na dzieci, pomoc spoza gospodarstwa domowego i inne źródła niewymienione powyżej;
- świadczenia bezgotówkowe (takie jak bony żywnościowe i dodatki mieszkaniowe) nie są wliczane;
- na podstawie kwoty przed odliczeniem podatku;
- z wyłączeniem zysków lub strat kapitałowych; oraz
- jeżeli osoba mieszka z rodziną, należy uwzględnić dochód wszystkich członków rodziny, którzy mieszkają razem w ramach jednej rodziny. Osoby dzielące lub podnajmujące mieszkanie nie są uwzględniane.

Osoba nieubezpieczona: pacjent nie ma żadnego ubezpieczenia ani wsparcia podmiotu zewnętrznego, który mógłby pomóc w spłaceniu zobowiązań.

Osoba niedostatecznie ubezpieczona: pacjent ma pewien poziom ubezpieczenia lub pomoc podmiotu zewnętrznego, ale wydatki własne nadal przekraczają jego możliwości finansowe.

Poza siecią: plan ubezpieczeniowy pacjenta nie ma umowy z Covenant Medical Center, Inc. Pacjenci poza siecią będą kwalifikować się do wnioskowania o pomoc finansową.

Współpłatności / współubezpieczenie / udział własny pacjenta – te sytuacje odzwierciedlają finansowe zobowiązania pacjenta po przetworzeniu roszczenia w ramach planu ubezpieczeniowego. Pacjenci z takimi zobowiązaniami

finansowymi kwalifikują się do składania wniosku o pomoc finansową zgodnie z niniejszą polityką.

Wyczerpane świadczenia: pacjenci objęci ubezpieczeniem, w ramach którego ich świadczenia zostały wyczerpane, mogą ubiegać się o pomoc finansową zgodnie z wytycznymi zawartymi w niniejszej polityce.

Ustawa Michigan Public Act 280 Social Welfare Act – Covenant Medical Center uznaje te przepisy i będzie ich przestrzegać.

Stany wymagające nagłej pomocy medycznej: zdefiniowane zgodnie ze znaczeniem sekcji 1867 ustawy Social Security Act (42 U.S.C. 1395dd).

Pacjenci płacący z własnej kieszeni: osoby przyjmujące świadczenia medyczne, które nie korzystają z żadnego programu ubezpieczenia zdrowotnego i które nie mają zewnętrznego płatnika przejmującego zobowiązanie finansowe za świadczenia medyczne. Wszyscy potwierdzeni pacjenci płacący z własnej kieszeni kwalifikują się do zniżki dla płatności z własnej kieszeni zgodnie z parametrami polityki administracyjnej numer 1.18.

Świadczenia planowe: zaplanowane przyjęcia, zabiegi chirurgiczne i procedury. Anulowanie lub przełożenie takiego zaplanowanego przyjęcia, zabiegu chirurgicznego lub procedury nie stanowi zagrożenia dla życia.

Kwota zazwyczaj fakturowana – kwota zazwyczaj fakturowana (AGB) za ratunkowe i inne niezbędne świadczenia będzie obliczana co roku za pomocą metody retrospektywnej zatwierdzonej przez Internal Revenue Service.

- Kwota AGB będzie obliczana poprzez uwzględnienie wszystkich wcześniejszych roszczeń z poprzedniego roku podatkowego, które zostały opłacone w pełni placówce szpitalnej za medycznie niezbędną opiekę w ramach płatności za usługę Medicare łącznie ze wszystkimi roszczeniami opłaconymi przez prywatne firmy ubezpieczenia zdrowotnego. Może to obejmować współubezpieczenia, współpłatności i udział własny. Kwota AGB za opiekę w nagłych wypadkach lub niezbędną medycznie opiekę udzieloną osobie kwalifikującej się do pomocy finansowej jest wyznaczana poprzez przemnożenie opłat brutto za tę opiekę przez odsetek opłat brutto (zwany odsetkiem AGB). Odsetek AGB jest obliczany nie rzadziej niż raz do roku poprzez podzielenie sumy roszczeń ubezpieczenia Medicare i ubezpieczenia komercyjnego zapłaconych w pełni i zatwierdzonych dla placówki szpitalnej przez sumę związanych opłat brutto za te roszczenia. Wartość odsetka AGB z ostatniej daty takiego obliczenia wynosi 30%.

Ograniczenia:

Pomoc finansowa firmy Covenant nie obejmuje wszystkich kosztów, które mogą być związane ze świadczeniami medycznymi. Poniżej przedstawiono przykłady pozycji lub usług, które nie są objęte naszym programem pomocy finansowej:

- Transport i zakwaterowanie: pacjent jest odpowiedzialny za koszty związane z transportem do placówki Covenant.
- Planowe procedury medyczne, tj. procedury, które nie są nagłymi wypadkami lub które są medycznie niezbędne. Przykład: Świadczenia w zakresie autyzmu, usługi kosmetyczne i hydroterapia (nie jest to lista kompletna)
- Jedzenie (poza posiłkami w ramach hospitalizacji).
- Trwały sprzęt medyczny: opieka społeczna może mieć ograniczoną liczbę kuponów, które mogą pomóc pokryć koszty związane z trwałym sprzętem medycznym.
- Recepty realizowane w dowolnej aptece ambulatoryjnej.
- Domowa opieka medyczna i usługi zapewniane przez podmioty inne niż Covenant nie są objęte niniejszą Polityką. Opiekę następczą można koordynować za pośrednictwem opieki społecznej, ale zatwierdzenie pomocy finansowej ogranicza się do usług świadczonych na miejscu i rozliczanych przez podmioty Covenant.

Procedura: pomoc finansowa jest dostępna dla osób, które są nieubezpieczone lub ubezpieczone w niewystarczającym zakresie i które nie są zdolne do zapłacenia za udzieloną im opiekę na podstawie ich potrzeb finansowych. W załączniku A przedstawiono skalę ruchomą. Pomoc finansowa zależy od indywidualnej sytuacji każdej osoby i nie zależy od wieku, płci, pochodzenia rasowego i etnicznego, orientacji płciowej i wyznawanej religii. Świadczenia kwalifikujące się w ramach niniejszej Polityki będą dostępne dla pacjenta zgodnie ze skalą ruchomą, zależnie od potrzeb finansowych określonych na podstawie federalnych poziomów ubóstwa (FPL) obowiązujących w momencie złożenia wniosku / decyzji. Pacjenci mogą być kierowani do pomocy finansowej przez dowolnego członka personelu Covenant lub personelu medycznego, w tym lekarzy, pielęgniarki, doradców finansowych, pracowników rejestracji, pracowników społecznych i osoby prowadzące przypadek. Wniosek o pomoc finansową może być złożony przez pacjenta lub członka rodziny, bliskich przyjaciół lub znajomych pacjenta zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi prywatności. Wnioski można składać przed, w trakcie lub po udzieleniu świadczenia medycznego. Załącznik B zawiera listę miejsc, w których można uzyskać formularz.

Pomoc finansowa zostanie obliczona na podstawie skali ruchomej, która jest aktualizowana co roku w biurach Covenant Central Business Office. Aby móc się zakwalifikować, pacjent musi spełnić następujące warunki:

1. Otrzymać odmowę Medicaid ze względu na zbyt wysoki dochód lub zbyt wysoki majątek, odmowę od medycznego zespołu oceniającego Medicaid, odmowę z alternatywnego programu powiązanego lub nie być osobą niepełnosprawną, a nie odmowę ze względu na nieukończenie przez pacjenta procesu składania wniosku o Medicaid. Wyjątki mogą być dopuszczone na podstawie zatwierdzenie administracyjnego przez dyrektora Covenant lub dział Patient Administration (lub w przypadku organizacji Covenant Visiting Nurse Association, jej dyrektor lub wyznaczona przez niego osoba).
 - a. Jeżeli pacjent jest objętym ubezpieczeniem Medicaid i jest odpowiedzialny za świadczenia nierefundowane (tj. leki podawane samodzielnie, edukacja dotycząca porodu), Covenant uzna te opłaty za kwalifikujące się do wyrównania w ramach pomocy finansowej. W przypadku pacjentów, którzy kwalifikują się do programów PlanFirst/Spenddown w ramach Medicaid, wymagane jest wypełnienie wniosku o pomoc finansową, aby możliwe było podjęcie decyzji.
 - b. Jeżeli pacjent kwalifikuje się zgodnie z sekcją 400.105b ustawy Public Act 280, odpowiedzialność cywilna pacjenta będzie obliczona na podstawie tego, jaka byłaby oczekiwana potencjalna płatność Medicaid za to świadczenie.
2. Otrzymać wypełniony wniosek pacjenta o finansach wraz z dokumentami potwierdzającymi (w tym m.in. dokumenty potwierdzające wymienione we wniosku, aktualne paski wypłat (3 ostatnie okresy wypłaty), wyciągi bankowe, deklaracje podatkowe za ostatni rok, podpisane pismo od pracodawcy i czeki z ubezpieczenia społecznego lub z tytułu niepełnosprawności) jak wyszczególniono we wniosku lub w trakcie wewnętrznej weryfikacji.
3. Pomoc finansowa Covenant HealthCare jest przeznaczona dla pacjentów, będących obywatelami Stanów Zjednoczonych, posiadających wizę pracowniczą lub prawo pobytu stałego w Stanach Zjednoczonych Ameryki.

4. Pacjent / gospodarstwo domowe musi spełniać wytyczne pomocy finansowej Covenant.
 - a. Musi spełniać wymagania dotyczące potrzeb finansowych określone na podstawie indywidualnych ocen, które mogą obejmować:
 - i. Procedurę składania wniosku. Może być wymagane, aby pacjent lub opiekun pacjenta podał dane osobowe, finansowe i inne niezbędne informacje o finansach wraz z dokumentami potwierdzającymi (w tym m.in. dokumenty potwierdzające wymienione we wniosku, aktualne paski wypłat (3 ostatnie okres wypłaty), wyciągi bankowe, deklaracje podatkowe z ostatniego roku, podpisane pismo od pracodawcy i czeki z ubezpieczenia społecznego lub z tytułu niepełnosprawności) jak wyszczególniono we wniosku. Niedostarczenie wymaganych dokumentów może skutkować odmową udzielenia pomocy finansowej.
 - ii. Analiza publicznie dostępnych danych, które zawierają informacje o zdolności płatniczej pacjenta lub sponsora pacjenta (takie jak ocena zdolności kredytowej i oceny zwyczajów płatniczych).
 - iii. Uzasadnione starania firmy Covenant w celu znalezienia innych źródeł płatności i objęcia publicznymi i prywatnymi programami płatności. Mogą zostać podjęte odpowiednie starania, aby pomóc pacjentom w ubieganiu się o udział w tych programach. Covenant HealthCare będzie pomagać pacjentom w składaniu wniosku o objęcie programem Medicaid. Oczekuje się, że pacjenci będą współpracować w procedurach ubiegania się o objęcie programami.
 - iv. Uwzględnienie dostępnych aktywów pacjenta i innych zasobów finansowych dostępnych dla pacjenta; oraz
 - v. Analiza niezapłaconych rachunków pacjenta za wcześniejsze usługi i historia płatności pacjenta.
5. Zidentyfikowanie nietypowych wydatków medycznych lub tragicznych wydarzeń w profilu finansowanym pacjenta.
 - a. W celu przeprowadzenia oceny niedyskryminacyjnej Covenant uwzględni dochód gospodarstwa domowego.
 - b. Covenant HealthCare rozumie, że poważne zdarzenia zdrowotne mogą skutkować katastrofalnym obciążeniem finansowym dla pacjenta i jego rodziny. Z tego względu Covenant HealthCare zastrzega sobie prawo do analizy katastrofalnych przypadków na indywidualnych zasadach. Przez katastrofalne obciążenie finansowe rozumie się takie, które skutkuje obciążeniem

finansowym odpowiadającym co najmniej 25% rocznego dochodu gospodarstwa domowego. (Przed wydaniem decyzji wszystkie wymagania podane w sekcji procedury muszą zostać spełnione.)

6. Lekarz kierujący/prowadzący musi ustalić, kiedy świadczenia dla pacjenta są konieczne ze względów medycznych.
7. **Można** wykorzystać ocenę domniemaną w celu określenia kwalifikowalności do pomocy finansowej.

Po spełnieniu powyższych wymagań podjęte zostaną następujące działania:

1. Ostateczna decyzja zostanie podjęta w ciągu czternastu (14) dni kalendarzowych.
2. Decyzja o pomocy finansowej będzie ważna i użyteczna przez sześć (6) miesięcy od daty zatwierdzenia.
3. Decyzja o pomocy finansowej będzie podjęta na podstawie najlepszych dostępnych informacji po wyczerpaniu wszelkich możliwości skontaktowania się z pacjentem i uzyskania informacji finansowych. Decyzja może zostać podjęta w trakcie procesu windykacji, jeżeli możliwości zbierania informacji zostaną wyczerpane w takim czasie.
4. Preferowane, ale niewymagane, jest, aby złożenie wniosku o pomoc finansową i określenie potrzeb finansowych odbyło się przed wszelkimi zaplanowanymi wcześniej świadczeniami, które są niezbędne medycznie, a które nie wynikają ze względów nagłych. Potrzeba pomocy finansowej może zostać oceniona w późniejszym terminie lub w momencie uzyskania dodatkowych informacji związanych z kwalifikacją do pomocy finansowej.
5. Za udzielenie kwalifikującym się pacjentom wszystkich niezbędnych informacji i dokumentów związanych z pomocą finansową odpowiadają wyznaczone do tego programy/departamenty. Osoba wyznaczona w ramach programu jest odpowiedzialna za zapewnienie, że spełnione są wszystkie niezbędne kryteria, za przyznanie dodatku i przetworzenia wyrównania. Progi przyznania wyrównania są określone w arkuszu wniosku o pomoc finansową. Wszelkie dokumenty dotyczące pomocy finansowej przechowuje osoba wyznaczona w ramach programu/departamentu. Klasyfikacja pomocy finansowej będzie zgodna z zaleceniami biura Central Business Office firmy Covenant i zatwierdzona przez upoważnionego do tego administratora, za zgodą Director of Revenue Cycle.

6. Jeżeli pacjent nie jest w stanie dokonać znacznej wpłaty lub zobowiązać się do planu płatności w celu uregulowania zatwierdzonego, obniżonego rachunku za leczenie, wszystkie planowe i niepilne zabiegi szpitalne oraz związane z nimi usługi mogą zostać odroczone.
7. Fałszowanie informacji, kłamstwo lub złożenie niepełnej dokumentacji przez pacjenta, sponsora pacjenta lub odpowiedzialny podmiot może skutkować odmową pomocy finansowej.
8. Mając na uwadze powyższe, kwoty pobierane za usługi medyczne w nagłych wypadkach i niezbędne usługi medyczne udzielane pacjentom, którzy kwalifikują się do pomocy finansowej na mocy niniejszej Polityki, nie będą wyższe niż kwoty zazwyczaj naliczane osobom posiadającym ubezpieczenie obejmujące takie samo świadczenie.

Powody odmowy:

Covenant może odmówić wniosku o pomoc finansową z szeregu powodów, w tym między innymi:

1. wystarczający dochód;
2. wystarczający poziom aktywów;
3. pacjent nie chce współpracować lub nie reaguje na starania zachęcające do współpracy;
4. nieuzupełniony wniosek o pomoc finansową pomimo uzasadnionych wysiłków podejmowanych w celu współpracy z pacjentem;
5. oczekujące na rozpatrzenie roszczenie ubezpieczeniowe lub z tytułu odpowiedzialności cywilnej, które może być źródłem płatności;
6. wstrzymywanie płatności z tytułu ubezpieczenia i/lub środków z tytułu ugody ubezpieczeniowej, w tym płatności z tytułu ubezpieczenia wysłanych do pacjenta w celu pokrycia kosztów usług świadczonych przez Covenant oraz roszczeń związanych z obrażeniami ciała i/lub wypadkami.

Polityki dotyczące windykacji:

Kierownictwo Covenant ma polityki i procedury dotyczące postępowania windykacyjnego, w tym działań, które może podjąć szpital w przypadku braku płatności ze strony pacjenta. Te działania windykacyjne obejmują ewentualne zgłoszenie do agencji oceny zdolności kredytowej. Polityki te uwzględniają stopień, w jakim pacjent kwalifikuje się do pomocy finansowej, jego starania w dobrej wierze w ramach ubiegania się o pomoc finansową z programu rządowego lub od Covenant oraz jego starania dotyczące przestrzegania umów płatniczych z Covenant. W przypadku pacjentów, którzy kwalifikują się do pomocy finansowej i którzy współpracują w dobrej wierze w celu uregulowania swoich obniżonych rachunków medycznych, Covenant może zaproponować wydłużone plany spłacania, nie będzie wysyłać niezapłaconych rachunków do zewnętrznych firm windykacyjnych i wstrzyma wszelkie działania windykacyjne.

Covenant nie będzie stosować nadzwyczajnych działań windykacyjnych, takich jak zajęcia wynagrodzenia, zastawy na głównych miejscach zamieszkania lub inne działania prawne wobec pacjentów, bez podjęcia wcześniej starań w uzasadnionym zakresie w celu określenia, czy pacjent kwalifikuje się do pomocy finansowej zgodnie z niniejszymi Politykami. Uzasadniony zakres działań obejmuje:

1. Zweryfikowanie wysokości niezapłaconych rachunków pacjenta oraz sprawdzenie, czy wszystkie zewnętrzne źródła płatności zostały zidentyfikowane i obciążone przez szpital.
2. Próba zaoferowania pacjentowi możliwości wnioskowania o pomoc finansową zgodnie z wytycznymi zawartymi w niniejszej Polityce. Jeżeli pacjent nie spełnił wymagań szpitala dotyczących wniosku, starania te zostaną udokumentowane.
3. Zaoferowanie pacjentowi planu płatności. Jednak niespełnienie warunków tego planu przez pacjenta zostanie udokumentowane.

Żadne z postanowień niniejszej Polityki nie uniemożliwia Covenant ubiegania się o zwrot kosztów od płatników zewnętrznych, z ugód w sprawie odpowiedzialności cywilnej osób trzecich lub od innych prawnie odpowiedzialnych podmiotów zewnętrznych.

Covenant nie będzie podejmować nadzwyczajnych działań windykacyjnych przed podjęciem starań w uzasadnionym okresie w celu określenia, czy pacjent kwalifikuje się do pomocy finansowej zgodnie z niniejszą Polityką. Jeżeli pacjent nie złoży wniosku o pomoc finansową w okresie powiadomienia (120 dni od pierwszego pisma z rozliczeniem), Covenant może podjąć wobec niego działania

windykacyjne. Działania windykacyjne będą przeprowadzane zgodnie z osobną Polityką windykacji (numer polityki Covenant PTAG025, Polityka windykacji wewnętrznej i zgłaszania złych długów), z którą można się zapoznać w jednym z miejsc wymienionych w Załączniku B (za darmo) lub na stronie www.covenanthealthcare.com/main/financialassistance.aspx

Jeżeli firma windykacyjna zidentyfikuje pacjenta jako osobę spełniającą kryteria kwalifikowalności do programu pomocy finansowej Covenant, konto pacjenta może zostać uznane za wymagające pomocy finansowej do 120 dni od zgłoszenia go do działań windykacyjnych (łącznie 240 dni, licząc od momentu pierwszego pisma z rozliczeniem). Działania windykacyjne zostaną zawieszone dla tych kont, a Covenant wyśle dodatkowe zawiadomienie do pacjenta zawierające dodatkowe informacje lub dokumentację do wypełnienia na potrzeby procedury przyznania pomocy finansowej. Jeżeli cała zaległość na koncie zostanie wyrównana, konto zostanie zwrócone do firmy Covenant. Jeżeli wyrównanie będzie częściowe lub pacjent nie będzie współpracować w ramach procedury przyznania pomocy finansowej lub jeśli pacjent nie kwalifikuje się do pomocy finansowej, działania windykacyjne zostaną wznowione.

Informowanie pacjentów i społeczności o Polityce pomocy finansowej:

Covenant jest zaangażowany w oferowanie pomocy finansowej kwalifikującym się do tego pacjentom, którzy nie są w stanie zapłacić za udzielone im świadczenia medyczne. Placówki Covenant Medical Center i Covenant HealthCare System będą informować o niniejszej Polityce w placówkach i społecznościach, które obsługuje. Informacje można także znaleźć w Internecie na stronie www.covenanthealthcare.com.

Między innymi dwujęzyczne streszczenie pisane prostym językiem zostanie zamieszczone w głównych punktach rejestracyjnych szpitali. Będzie zawierać instrukcje na temat tego, jak zdobyć drukowane wersje niniejszej Polityki oraz wniosku o pomoc finansową. Powiązane placówki zamieszczą pisane prostym językiem streszczenie niniejszej Polityki na swoich stronach internetowych oraz udostępnią egzemplarz niniejszej Polityki poprzez zamieszczenie go na stronie internetowej z możliwością jego pobrania bez dodatkowych opłat. Osoby w obsługiwanej społeczności będą mogły uzyskać egzemplarz niniejszej Polityki we wszystkich placówkach powiązanych z Covenant lub na żądanie. Covenant zamieści również pisane prostym językiem streszczenia niniejszej Polityki w pismach do pacjentów.

Równe szanse:

Covenant zobowiązuje się do przestrzegania licznych praw federalnych i stanowych, które zapobiegają dyskryminacji ze względu na rasę, płeć, wiek, religię, pochodzenie narodowe, stan cywilny, orientację seksualną,

niepełnosprawność, służbę wojskową lub jakąkolwiek inną cechę chronioną przez prawa federalne, stanowe i lokalne.

Covenant nie będzie uwzględniać złego długu, korekt umownych, domniemanych niedopłat za działalność, programów publicznych, przypadków opłaconych ze zbiorów pomocowych, zniżek związanych z uprzejmością zawodową, programów społecznych lub pomocowych ani statusu zatrudnienia przy podejmowaniu decyzji o pomocy finansowej.

Wymagania regulacyjne:

Wdrażając niniejszą Politykę, kierownictwo i placówki Covenant będą przestrzegać wszelkich innych federalnych, stanowych i lokalnych przepisów, zasad i regulacji, które mogą dotyczyć działań przeprowadzanych zgodnie z niniejszą Polityką.

Poufność:

Personel Covenant będzie chronić poufność i indywidualną godność każdego pacjenta. Covenant będzie przestrzegać wszystkich wymagań HIPAA dotyczących obchodzenia się z danymi osobowymi dotyczącymi zdrowia.

Zatwierdzenie i ocena Rady:

Niniejsza polityka została przyjęta przez Zarząd Covenant Medical Center, Inc. (dnia 22 lipca 2013 r.) i podlega rokrocznie ocenie Zarządu.

Data wejścia w życie: lipiec 2013 r.

Data oceny: kwiecień 2026 r.

Aktualizacja: kwiecień 2025 r.

Sprawdzono i zatwierdzono przez:

Zespół kierowniczy

Zarząd

Załącznik A

Skala ruchoma na rok 2024, obowiązująca od 1 lutego 2024 r.

	100%	75%
Wielkość rodziny	200% federalnego poziomu ubóstwa lub mniej	od 201% do 300% federalnego poziomu ubóstwa
1	30 120	45 180
2	40 880	61 320
3	51 640	77 460
4	62 400	93 600
5	73 160	109 740
6	83 920	125 880
7	94 680	142 020
8	105 440	158 160

Skala ruchoma na 2025 r.

	100%	75%
Wielkość rodziny	200% federalnego poziomu ubóstwa lub mniej	od 201% do 300% federalnego poziomu ubóstwa
1	31 300	46 950
2	42 300	63 450
3	53 300	79 950
4	64 300	96 450
5	75 300	112 950
6	86 300	129 450
7	97 300	145 950
8	108 300	162 450
9	119 300	178 950
10	130 300	195 450

W przypadku rodzin / gospodarstw domowych liczących ponad 10 osób należy dodać 5500 USD za każdą dodatkową osobę.

Załącznik B

Polityka pomocy finansowej (FAP): uczestniczący świadczeniodawcy i sposoby pozyskania wniosku

Polityka FAP obejmuje usługi szpitalne świadczone w placówkach Covenant oraz usługi profesjonalne świadczone przez lekarzy zatrudnionych przez Covenant. Podmioty te wymieniono poniżej.

Wniosek FAP można pobrać ze strony

www.covenanthealthcare.com/main/FinancialAssistance.aspx

Formularze wniosków można także otrzymać w następujących miejscach:

- **Covenant HealthCare**
1447 N. Harrison
Saginaw, MI 48602
- **Covenant HealthCare**
515 N. Michigan Ave.
Saginaw, MI 48602
- **Covenant HealthCare**
5400 Mackinaw
Saginaw, MI 48604
- **Covenant HealthCare**
700 Cooper Ave.
Saginaw, MI 48602
- **Kliniki/gabinety lekarskie należące do Covenant Medical Group (wymienione poniżej)**

OPIEKA PODSTAWOWA

Bay Primary Care
Bridgeport Family Physicians
Colony Medical Group
CMG – Family Practice
CMG – West Branch
Covenant Primary Care – Birch Run
Covenant Primary Care – Freeland
Covenant Saginaw Family Physicians
Dawn R. Johnson, DO
Frankenmuth Family Care
Gratiot Family Practice
Gratiot Primary Care
Hemlock Family Medicine
Heritage Family Practice
Saginaw Bay Internal Medicine
Saginaw Township Family Physicians
Saginaw Valley Primary Care
Sebawing Primary Care
Silverwood Family Medicine

USŁUGI SPECJALISTYCZNE

Covenant Cardiology
Covenant Center for Advanced Orthopedics
Covenant Digestive Care Center
Covenant Med-Express
Covenant Neurology
Covenant Neurosurgery
Covenant Oncology
Covenant Pediatric Neurology
Covenant Pediatric Surgery
Covenant Physical Medicine & Rehabilitation
Covenant Plastic Surgery
Covenant Pulmonary and Critical Care
Covenant Sports Medicine
Covenant Wound Healing Center
Covenant Professional Radiology Services

Celem niniejszej listy jest zidentyfikowanie świadczeniodawców zatrudnionych przez Covenant, ale świadczeniodawcy zmieniają się często. Więcej informacji o konkretnym świadczeniodawcy można uzyskać telefonicznie: (989) 583-2959 lub (989) 583-6024. Pomoc można także uzyskać w biurach kasowych pod adresem 1447 N. Harrison lub 700 Cooper.

Załącznik C

Świadczeniodawcy niewspółpracujący

Świadczeniodawcy niewspółpracujący nie są objęci możliwością składania wniosków na podstawie Polityki pomocy finansowej Covenant HealthCare

- Team anesthesia (zespół anestezyjologiczny)
- Advanced Diagnostics (diagnostyka zaawansowana)
- Mackinaw Surgery Center
- CMU Physicians
- Pediatrics (Pediatrics)

Niniejsza lista może ulec zmianie i nie jest wyczerpująca.