

Ambito di servizio: Corporate Business Services	YALE NEW HAVEN HEALTH SYSTEM POLITICHE E PROCEDURE
Titolo: Politica dei programmi di sostegno finanziario	
Data di approvazione: 09/20/2013	Approvato da: YNHHS Board of Trustees
Data di inizio validità: 09/20/2013 1/1/2017 Lawrence + Memorial Hospital e Westerly Hospital	Data di revisione/modifica: 01/21/2015, 09/30/2016, 12/16/2016, 6/1/2017, 7/15/2018, 6/15/2020
Distribuzione: MCN Policy Manager	Tipo di politica (I o II): Tipo I
Sostituisce: Programmi di sostegno finanziario per le prestazioni ospedaliere Yale New Haven Hospital (NC:F-4) Programmi di sostegno finanziario per le prestazioni ospedaliere Bridgeport Hospital (9-13) Programmi di sostegno finanziario per le prestazioni ospedaliere Greenwich Hospital Politica di assistenza medica benefica, sostegno finanziario, fondo di assistenza gratuita Lawrence + Memorial Hospital e Westerly Hospital	

FINALITÀ

Yale New Haven Health ("Yale New Haven Health" o "YNHHS") si impegna a fornire cure mediche necessarie offrendo sostegno finanziario ai soggetti bisognosi che ne abbiano diritto. La finalità della presente Politica di sostegno finanziario (Financial Assistance Policy o "FAP") è di:

1. Illustrare il tipo di sostegno economico fornito in base alla FAP;
2. Descrivere i soggetti che hanno diritto al sostegno e le modalità per richiederlo;
3. Descrivere la modalità di calcolo delle spese per le cure di emergenza o per altre cure mediche necessarie prestate ai pazienti ritenuti idonei secondo la FAP;
4. Individuare gli operatori che sono riconosciuti oppure no dalla FAP;
5. Descrivere le iniziative svolte dagli ospedali YNHHS per dare maggiore visibilità alla presente FAP all'interno del bacino d'utenza di YNHHS; e
6. Illustrare le azioni di riscossione attivabili per il mancato pagamento delle fatture Yale New Haven Health.

APPLICABILITÀ

La presente politica si applica ad ogni ospedale autorizzato affiliato a YNHHS, tra cui il Bridgeport Hospital ("BH"), il Greenwich Hospital ("GH"), il Lawrence + Memorial Hospital ("LMH"), lo Yale New Haven Hospital ("YNHH") e il Westerly Hospital ("WH") (ciascuno indicato come "Ospedale").

POLITICA

1. Funzionario responsabile. Il vicepresidente senior dell'ufficio Finanze (Senior Vice President, Finance) di YNHHS o un suo delegato vigilerà sulla FAP di YNHHS.

2. Ambito ed elenco degli operatori

A. Cure di emergenza ed altre cure mediche necessarie. La presente FAP si applica alle cure di emergenza e ad altre cure mediche necessarie, comprese le prestazioni erogate in regime ambulatoriale e di degenza, fatturate da un Ospedale. Sono escluse: (a) le tariffe per camere o servizi infermieristici privati; (b) le prestazioni non necessarie dal punto di vista medico, come la chirurgia estetica elettiva; (c) altre tariffe per servizi di elezione, come la fruizione di programmi televisivi o servizi telefonici, e (d) altri sconti o sgravi applicati ai costi non espressamente descritti nella presente politica.

B. Elenco degli operatori. Un elenco degli operatori che prestano cure di emergenza ed altre cure mediche necessarie presso l'Ospedale è reperibile qui:
https://www.ynhh.org/~media/files/ynhhs/forms/financial/011117/ynhh_fap_policy_list_2017.pdf

L'elenco indica se l'operatore è convenzionato in base alla FAP. Se l'operatore non è convenzionato in base alla presente FAP, i pazienti dovranno contattare lo studio dell'operatore per sapere se questi offre sostegno finanziario e, in tal caso, per sapere che cosa comprende tale sostegno.

C. Conformità all'EMTALA. Gli Ospedali sono tenuti a rispettare la legge sul trattamento medico riservato in situazioni di emergenza e a travaglio in corso (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act o EMTALA) conformemente alle proprie politiche e nella maniera più assoluta non possono intraprendere attività che scoraggerebbero un individuo dal richiedere cure mediche di emergenza. Nulla nella presente FAP pone dei limiti agli obblighi di un Ospedale sanciti dall'EMTALA di curare pazienti in condizioni mediche di emergenza.

3. Programma di sostegno finanziario

Il sostegno finanziario è a disposizione dei pazienti residenti negli Stati Uniti che compilano la domanda richiesta di sostegno e soddisfano gli ulteriori requisiti di ammissibilità descritti più avanti. Tutti i pazienti saranno invitati a esaminare con attenzione tutte le risorse di sostegno finanziario disponibili, inclusi i programmi di assistenza governativi e privati.

Le decisioni riguardanti il sostegno finanziario vengono prese esaminando i singoli casi e sulla base esclusiva delle particolari esigenze economiche. Le decisioni non terranno mai conto di fattori come l'età, il sesso, l'etnia, il colore, l'origine nazionale, lo stato civile, lo status sociale o di immigrazione, l'orientamento sessuale, l'identità o l'espressione di genere, l'appartenenza religiosa, la disabilità, lo status di militare o reduce o qualsiasi altro fattore vietato dalla legge. Il Programma di sostegno finanziario delinea i documenti richiesti per verificare la composizione e il reddito del nucleo familiare. YNHHS o un Ospedale potrà, a propria discrezione, approvare il sostegno finanziario al di fuori dell'ambito della presente Politica.

- A. Assistenza gratuita.** Se si accerta che il reddito lordo annuo familiare è pari o inferiore al 250% del reddito stabilito dalle Linee guida federali come soglia di povertà (*vedere l'Allegato 1*), il paziente potrà avere diritto all'assistenza gratuita (sconto del 100% sul saldo delle spese del paziente).
- B. Assistenza a costo agevolato.** Se si accerta che il reddito lordo annuo familiare è compreso tra il 251 e il 550% del reddito stabilito dalle Linee guida federali come soglia di povertà, il paziente potrà avere diritto a un'agevolazione su scala indicizzata, come illustrato nell'*Allegato 1*. Nel caso di pazienti in possesso di un'assicurazione, l'agevolazione sarà applicata al saldo delle spese residue al netto dei pagamenti versati dall'assicurazione o da pagatori terzi.
- C. Fondi di assistenza dell'Ospedale.** È possibile ricevere il sostegno finanziario garantito da fondi di assistenza ospedalieri, ovvero da fondi che sono frutto di donazioni all'Ospedale destinate per prestare cure mediche ai pazienti che potrebbero non essere in grado di permetterselo. L'ammissibilità è determinata caso per caso e tiene conto delle restrizioni volute dai donatori e, ove previsto, dai nomi dei candidati presentati dai designatori dei fondi. Tutti i pazienti che compilano la domanda di sostegno finanziario richiesta verranno presi automaticamente in considerazione per l'assegnazione dei fondi di assistenza ospedalieri.
- D. Altri programmi di sostegno finanziario specifici di un Ospedale.**
- (i) Programma "Me & My Baby" dello Yale New Haven Hospital.** Questo programma è a disposizione delle pazienti dello Yale New Haven Hospital. Fornisce prestazioni di assistenza prenatale e al momento del travaglio e parto, oltre ad alcune forme di assistenza gratuita post-parto. Possono averne diritto le pazienti residenti nella contea di New Haven che non possiedono alcun tipo di assicurazione sanitaria e il cui reddito familiare è inferiore di 2 volte e $\frac{1}{2}$ la soglia federale di povertà (Federal Poverty Level, FPL). Per ulteriori informazioni o per presentare la domanda per il programma, consultare i rappresentanti del Centro per la donna (Women's Center) dello Yale New Haven Hospital o chiamare il numero 203-688-5470.
 - (ii) La Greenwich Hospital Outpatient Clinic** eroga prestazioni a pazienti in possesso di assicurazione Medicare, Medicaid o di assicurazioni offerte tramite Access Health CT il cui reddito familiare è inferiore di 4 volte quello stabilito dalle Linee guida federali per la soglia di povertà. La clinica, inoltre, fornisce assistenza a costo agevolato ai pazienti residenti nella contea di Greenwich che non hanno diritto all'assicurazione e il cui reddito familiare è inferiore di 4 volte la soglia federale di povertà. Per ulteriori informazioni o per ottenere un modulo di richiesta, chiamare il numero 203-863-3334.
- E. Indigenza dal punto di vista medico.** Si potrà prendere in considerazione il sostegno finanziario anche per i pazienti che non soddisfano i criteri, ma le cui fatture mediche superino una determinata percentuale del reddito o del patrimonio familiare.

4. Limitazione alle spese

Se in virtù della presente politica ad un paziente viene riconosciuto il diritto all'assistenza a costo agevolato, ma non all'assistenza gratuita, tale paziente non sarà tenuto a pagare altri costi oltre gli importi normalmente addebitati (amounts generally billed o "AGB") ai pazienti provvisti di copertura assicurativa per tali cure.

- A. Metodo di calcolo.** Ogni anno YNHHS calcola gli AGB per ciascun Ospedale ricorrendo a un metodo di riferimento retroattivo ("look back") secondo la normativa fiscale federale e in base alle tariffe per prestazione Medicare, compresi gli importi di compartecipazione ai costi dei beneficiari Medicare e quelli di tutte le compagnie di assicurazioni sanitarie private che liquidano risarcimenti a ciascun Ospedale riferiti all'anno fiscale precedente. YNHHS potrà applicare la percentuale di sconto praticata dall'Ospedale oppure scegliere di usare la percentuale di sconto più favorevole ai pazienti YNHHS. Gli sconti AGB sono illustrati nell'Allegato 1.

5. Domanda di sostegno finanziario

- A. Modalità di presentazione.** Per richiedere il sostegno finanziario, è necessario compilare la domanda di sostegno finanziario YNHHS ("Domanda"), tranne nei casi previsti più avanti. È possibile richiedere la Domanda:
- (1) Online sul sito www.vnhhs.org/financialassistance e sul sito di ciascun Ospedale YNHHS.
 - (2) Di persona presso l'area di accettazione o registrazione dei pazienti di qualsiasi Ospedale YNHHS. Cartelli e opuscoli sul sostegno finanziario saranno disponibili nei reparti di pronto soccorso e nelle aree di registrazione dei pazienti di ogni Ospedale.
 - (3) Per posta, contattando l'ufficio per i servizi finanziari ai pazienti (Patient Financial Services) al numero (855) 547-4584 e richiedendo una copia gratuita.
- B. Domanda.** La Domanda descrive (i) i programmi di sostegno finanziario e i requisiti di ammissibilità, (ii) la documentazione richiesta per stabilire l'ammissibilità e (iii) i recapiti per ricevere assistenza sulla FAP. La Domanda inoltre precisa che (i) l'Ospedale fornirà una risposta scritta ad ogni Domanda, (ii) i pazienti potranno ripresentare in qualsiasi momento la richiesta di sostegno finanziario definita dalla FAP, e che (iii) ogni anno saranno resi disponibili altri fondi di assistenza. Gli Ospedali non potranno negare il sostegno finanziario definito dalla FAP a causa della mancata fornitura delle informazioni o dei documenti che non sono richiesti a corredo della Domanda né dalla FAP né dalla Domanda stessa.
- C. Pazienti ammissibili secondo la FAP.** Gli Ospedali YNHHS faranno tutto il possibile per determinare l'ammissibilità e documentare le decisioni sull'ammissibilità al sostegno finanziario nei confronti dei pazienti in questione. Una volta che avrà determinato l'ammissibilità di un paziente secondo la FAP, l'Ospedale dovrà:

- (i) Fornire una fattura che indichi l'importo dovuto dal soggetto in questione quale paziente ammissibile secondo la FAP, comprensiva del metodo utilizzato per determinare l'importo, e che fornisca o descriva la procedura con cui il paziente può richiedere le informazioni riguardanti gli AGB per le cure;
- (ii) Rimborsare al paziente qualsiasi importo già versato per le cure ricevute che superi l'importo da questi personalmente dovuto quale paziente ammissibile secondo la FAP, purché tale importo non sia inferiore a \$5 o ad altro importo simile stabilito dall'IRS; e
- (iii) Adottare tutte le misure del caso per revocare eventuali azioni di riscossione straordinaria.

D. Idoneità presuntiva. YNHHS potrà determinare l'ammissibilità all'assistenza gratuita o a costo agevolato secondo la presente Politica sulla base delle informazioni riguardanti la situazione personale di un paziente ottenute da fonti diverse dal richiedente il sostegno finanziario, comprese le fonti seguenti o simili:

- (i) YNHHS per conto di ciascun Ospedale si serve di un programma di screening di terzi per individuare i pazienti con spese da saldare autonomamente che non hanno richiesto il sostegno finanziario, ma il cui reddito è inferiore o pari al 250% della soglia federale di povertà (*ovvero*, sono ammissibili all'assistenza gratuita). I saldi insoluti nei confronti dell'ospedale di un paziente individuato attraverso questo processo potranno essere stornati in funzione dell'assistenza benefica (gratuita).
- (ii) YNHHS è affiliato alla Yale University ed è il centro medico universitario della Yale School of Medicine. I pazienti privi di assicurazione che si rivolgono a cliniche di assistenza sanitaria di base per pazienti a basso reddito gestite da studenti della Yale University, compresa la Haven Free Clinic, possono essere ammessi in via presuntiva all'assistenza gratuita o a costo agevolato senza dover compilare la domanda di sostegno finanziario, dopo che YNHHS abbia ricevuto conferma, in una forma ritenuta accettabile dal vicepresidente senior dell'ufficio Finanze, che il soggetto in questione è paziente della clinica.
- (iii) YNHHS potrà avvalersi delle precedenti decisioni riguardanti l'ammissibilità per determinare in via presuntiva che il soggetto in questione sia ancora ammissibile all'assistenza benefica prevista dalla presente Politica.

6. Relazione con le procedure di riscossione di YNHHS

L'Ospedale (e qualsiasi agenzia o altro soggetto a cui abbia affidato la riscossione del debito) non avvierà alcuna azione di riscossione straordinaria (extraordinary collection action o "ECA") prima che siano trascorsi 120 giorni dall'emissione della prima fattura post-dimissione per le cure e prima che sia stato fatto tutto il possibile per determinare se il paziente o un altro soggetto responsabile del pagamento delle spese da saldare autonomamente (Obbligato) possa essere ammesso al sostegno finanziario secondo la presente FAP. Qualsiasi ECA dovrà essere approvata dal vicepresidente senior dell'ufficio Finanze o da un suo delegato, il quale prima dell'approvazione dovrà confermare che è stato effettuato ogni ragionevole tentativo previsto dalla FAP.

L'Ospedale seguirà il proprio ciclo di fatturazione in conto creditori conformemente alle procedure e prassi operative interne. Nell'ambito di queste procedure e prassi, l'Ospedale renderà nota ai pazienti, come minimo, la propria FAP a partire dalla data in cui vengono prestate le cure e durante tutto il ciclo di fatturazione in conto creditori (oppure durante l'intervallo di tempo sancito per legge, a seconda di quale termine sia più lungo) secondo queste modalità:

1. A tutti i pazienti verrà fornito un riepilogo in forma semplificata e un modulo di richiesta del sostegno finanziario previsto dalla FAP durante la procedura di ricovero o di dimissione dall'Ospedale.
2. Saranno spedite per posta ordinaria o per posta elettronica all'ultimo indirizzo noto del paziente e dell'altro Obbligato (o degli altri Obbligati) almeno tre distinte comunicazioni per la riscossione dei conti da saldare autonomamente; a condizione, tuttavia, che non debbano essere inviate ulteriori comunicazioni dopo che l'Obbligato (o gli Obbligati) abbia presentato la domanda di sostegno compilata prevista dalla FAP o abbia saldato il conto. Dovranno trascorrere almeno 60 giorni tra la prima e l'ultima delle tre comunicazioni richieste. Spetta all'Obbligato (o agli Obbligati) fornire un indirizzo di spedizione corretto al momento della prestazione o dopo il trasferimento. Se a un conto non è abbinato un indirizzo valido, sarà presa la decisione per un "tentativo ragionevole". In ogni comunicazione dei conti da saldare autonomamente dal paziente saranno forniti, ma non solo:
 - a. Un riepilogo accurato delle prestazioni ospedaliere coperte dalla comunicazione;
 - b. I costi di tali prestazioni;
 - c. L'importo che dovrà saldare l'Obbligato (o gli Obbligati) (o, se l'importo non è noto, una stima in buona fede delle spese alla data della prima comunicazione);
 - e
 - d. Un chiaro avviso scritto che notifichi e informi l'Obbligato (o gli Obbligati) circa la disponibilità del sostegno finanziario previsto dalla FAP, oltre al numero telefonico del reparto o all'indirizzo web diretto in cui è possibile reperire le copie dei documenti.
3. Almeno una delle comunicazioni spedite per posta ordinaria o per posta elettronica includerà l'avviso con cui si rendono note all'Obbligato (o agli Obbligati) le ECA che saranno avviate se questi non presenta la richiesta di sostegno finanziario prevista dalla FAP o non saldi l'importo dovuto entro la data di scadenza della fattura. Tale comunicazione dovrà essere fornita all'Obbligato (o agli Obbligati) almeno 30 giorni prima della data di scadenza indicata in fattura. Insieme a questa comunicazione verrà fornito un riepilogo in forma semplificata. Spetta all'Obbligato (o agli Obbligati) fornire un indirizzo di spedizione corretto al momento della prestazione o dopo il trasferimento. Se a un conto non è abbinato un indirizzo valido, sarà presa la decisione per un "tentativo ragionevole".

4. Se il conto non venisse ancora saldato, prima di avviare alcuna ECA verrà fatto un tentativo di contattare telefonicamente l'Obbligato (o gli Obbligati) all'ultimo numero conosciuto, se fornito, almeno una volta durante la serie di comunicazioni spedite per posta ordinaria o per posta elettronica. Nel corso di tutti i colloqui, il paziente o l'Obbligato (o gli Obbligati) verrà informato dell'eventuale sostegno finanziario disponibile secondo la FAP.
5. Fatto salvo il rispetto delle disposizioni della presente Politica, l'Ospedale YNHHS può avviare le ECA elencate nell'Allegato 2 della presente Politica per ottenere il pagamento delle prestazioni mediche erogate.

7. Disponibilità della politica

Copie della FAP, del riepilogo in forma semplificata della FAP e del modulo di richiesta sono disponibili sul sito www.ynhhs.org/financialassistance.

Ogni Ospedale fornisce gratuitamente le copie stampate della FAP, del riepilogo in forma semplificata della FAP e del modulo di richiesta a quanti le richiederanno per posta o recandosi presso il pronto soccorso dell'Ospedale e in tutti i punti di registrazione; tali copie saranno distribuite in lingua inglese e nella lingua della popolazione con limitata conoscenza dell'inglese che costituisce una minoranza di 1.000 persone o almeno il 5% del bacino d'utenza dell'Ospedale. Per un elenco delle lingue, vedere l'Allegato 3.

È possibile contattare l'ufficio per i servizi di business aziendali (Corporate Business Services) al numero verde (855) 547-4584 per informazioni riguardanti l'idoneità o i programmi eventualmente disponibili, per richiedere la spedizione per posta di una copia della FAP, del riepilogo in forma semplificata della FAP, del modulo di richiesta o della Politica di fatturazione e riscossione, o per richiedere una copia di questa documentazione in una lingua diversa dall'inglese. I pazienti possono inoltre chiedere all'ufficio di accettazione (Patient Registration), all'ufficio per i servizi finanziari ai pazienti (Patient Financial Services) e all'ufficio di gestione pratiche e assistenza sociale (Social Work/Case Management) di avviare la procedura per la richiesta del sostegno finanziario.

Tra le altre iniziative promosse per dare maggiore visibilità alla FAP vi sono la pubblicazione di avvisi nei quotidiani di massima diffusione; l'annotazione in fattura di avvisi riguardanti la FAP; le informazioni sulla FAP comunicate nel corso dei colloqui con i pazienti riguardanti l'importo dovuto; e l'organizzazione di eventi pubblici e altre sessioni informative al riguardo.

8. Conformità con le leggi dello Stato

Ogni Ospedale dovrà rispettare le leggi pertinenti dello Stato, tra cui, senza limitazioni, gli statuti generali del Connecticut (Connecticut General Statutes) che disciplinano la riscossione operata dagli ospedali nei confronti dei pazienti non assicurati, lo standard statale per la fornitura di assistenza benefica (*Statewide Standard for the Provision of Charity Care*) del Rhode Island sancito all'articolo 11.3 delle norme e dei regolamenti in materia di conversioni degli ospedali (Rules and Regulations Pertaining to Hospital Conversions) del Dipartimento per la salute del Rhode Island (i "Regolamenti RI") e lo standard statale per la fornitura di assistenza non risarcita (*Statewide Standard for the Provision of Uncompensated Care*) sancito all'articolo 11.4 dei Regolamenti RI.

RIFERIMENTI

Codice di diritto tributario (Internal Revenue Code) 501(c)(3)

Codice di diritto tributario (Internal Revenue Code) 501(r)

Stat. Gen. Conn. § 19a-673 et seq.

Regolamenti RI 11.3 e 11.4

POLITICHE CORRELATE

Politica di fatturazione e riscossione YNHHS

Politica EMTALA YNHHS: Screening medico/stabilizzazione, reperibilità e trasferimento

Politica Yale New Haven Hospital — Distribuzione di fondi di assistenza gratuita NC:F-2

Politiche e procedure Greenwich Hospital Outpatient Center

Allegato 1

Linee guida federali per la soglia di povertà (Federal Poverty Guidelines, FPG) e scala indicizzata del sostegno finanziario

Gli importi dei redditi stabiliti dalle FPG vengono aggiornati periodicamente nel Registro federale dal Dipartimento della salute e dei servizi sociali degli Stati Uniti (United States Department of Health and Human Services). Gli importi attualmente stabiliti dalle FPG sono disponibili sul sito <http://aspeAhs.gov/poverty-guidelines>.

Alla data del 15 gennaio 2020, sono i seguenti. *Questi importi sono soggetti a variazione.* I pazienti ammissibili al sostegno finanziario in base alla presente Politica riceveranno assistenza presso tutti gli Ospedali Yale New Haven Health come segue:

	Nome FAP	Assistenza gratuita	Assistenza a costo agevolato	Scala indicizzata A	Scala indicizzata B	Scala indicizzata C
	Ammissibilità in base alla copertura	Pazienti assicurati o non assicurati	Pazienti non assicurati	Pazienti assicurati	Pazienti assicurati	Pazienti assicurati
	Sconto FAP	100%	69%	35%	25%	15%
	Ammissibilità in base al reddito lordo	0% - 250% della FPL	251% - 550% della FPL	251% - 350% della FPL	351% - 450% della FPL	451% - 550% della FPL
N. familiari	1	\$0 - \$31.900	\$31.901 - \$70.180	\$31.901 - \$44.660	\$44.661 - \$57.420	\$57.421 - \$70.180
N. familiari	2	\$0 - \$43.100	\$43.101 - \$94.820	\$43.101 - \$60.340	\$60.341 - \$77.580	\$77.581 - \$94.820
N. familiari	3	\$0 - \$54.300	\$54.301 - \$119.460	\$54.301 - \$76.020	\$76.021 - \$97.740	\$97.741 - \$119.460
N. familiari	4	\$0 - \$65.500	\$65.501 - \$144.100	\$65.501 - \$91.700	\$91.701 - \$117.900	\$117.901 - \$144.100
N. familiari	5	\$0 - \$76.700	\$76.701 - \$168.740	\$76.701 - \$107.380	\$107.381 - \$138.060	\$138.061 - \$168.740
N. familiari	6	\$0 - \$87.900	\$87.901 - \$193.380	\$87.901 - \$123.060	\$123.061 - \$158.220	\$158.221 - \$193.380

Calcolo degli AGB

Le percentuali di AGB sono calcolate ogni anno. Per l'anno 2020, gli AGB (% delle spese) per Ospedale sono: BH 32,4%, GH 31,9%, LMH 39,9%, YNHHS 33,3% e WH 32,6%. Di conseguenza, per il 2020 la percentuale di sconto più favorevole riservata ai pazienti YNHHS aventi diritto all'assistenza a costo agevolato in base alla presente Politica consisterà nel versare non più del 31% delle spese lorde.

Allegato 2

AZIONI DI RISCOSSIONE STRAORDINARIA

Ipotecche su immobili

Sono consentite le ipoteche sugli immobili personali soltanto se:

- a) Il paziente ha avuto l'opportunità di presentare la richiesta per i fondi di assistenza gratuita e non ha risposto, ha rifiutato o è stato ritenuto non ammissibile a tali fondi;
- b) Il paziente non ha presentato la richiesta o non è risultato ammissibile ad altri programmi previsti dalla Politica di sostegno finanziario dell'Ospedale per il sostegno al pagamento del suo debito, oppure è risultato parzialmente ammissibile, ma non ha saldato la parte di cui era responsabile;
- c) Il paziente non ha provato a stipulare o accettare un accordo di pagamento, oppure non rispetta gli accordi di pagamento concordati con l'Ospedale;
- d) Il saldo aggregato dei conti supera \$10.000 e il valore stimato dell'immobile (o degli immobili) è di almeno \$300.000; e
- e) L'ipoteca non comporterà il pignoramento di una residenza personale.

Allegato 3

Lingue con limitata conoscenza dell'inglese

Albanese
Arabo
Cinese semplificato
Francese
Creolo francese (Creolo haitiano)
Tedesco
Greco
Hindi
Italiano
Giapponese
Coreano
Pashto
Dari persiano
Farsi persiano
Polacco
Portoghese
Creolo portoghese (Capoverdiano)
Russo
Spagnolo
Swahili
Tagalog
Tigrinya
Turco
Vietnamita