Advocate Health

Effective: 1/1/2025

Polityka pomocy finansowej

Revised: 7/8/2026

Atrium Health, Aurora Health Care, Advocate Health Care oraz ich podmioty powiązane (zwane dalej łącznie Advocate Health) są zobowiązane do dbania o zdrowie i dobrostan wszystkich pacjentów, niezależnie od ich zdolności do zapłaty. Advocate Health zobowiązuje się pomagać kwalifikującym się pacjentom w społecznościach, na rzecz których świadczy usługi, w uzyskaniu pokrycia kosztów leczenia w ramach różnych programów oraz udzielać wsparcia finansowego osobom, które tego potrzebują, zgodnie z niniejszą Polityką. W niniejszym dokumencie przedstawiono procedurę, wymagania i kryteria kwalifikowalności do programów pomocy finansowej Advocate Health.

Advocate Health oferuje kwalifikującym się osobom wsparcie w zakresie pokrycia kosztów leczenia oraz pomoc finansową, realizując następujące cele:

- Przejawianie podstawowej wartości Advocate Health jaką jest „Troska”;
- Zapewnienie, by pacjenci wyczerpali inne możliwości pokrycia kosztów leczenia przed zakwalifikowaniem się do pomocy finansowej;
- Zapewnienie pomocy finansowej w zależności od zdolności pacjenta do zapłaty;
- Zapewnienie zgodności działalności Advocate Health z obowiązującymi przepisami federalnymi i/lub stanowymi dotyczącymi pomocy finansowej;
- Ustanowienie procesów minimalizujących obciążenie pacjentów oraz efektywnych pod względem kosztów administracyjnych.

Zgodnie z federalnymi przepisami EMTALA Advocate Health zawsze zapewnia opiekę w nagłych wypadkach niezależnie od zdolności pacjenta do zapłaty.

Niniejsza Polityka ma zastosowanie do usług medycznych rozliczanych przez:

- Podmiot należący do Advocate Aurora Health, Inc. lub uczestniczącego świadczeniodawcę, którego usługi zostały zapewnione przez szpital Aurora Health Care w Wisconsin;
- Pracownika medycznego zatrudnionego przez Wisconsin Aurora Health Care;
- Świadczeniodawcę uczestniczącego w programie w stanie Wisconsin;
- Szpital Advocate Health w stanie Illinois;
- Pracownika medycznego zatrudnionego przez Advocate Health w stanie Illinois lub świadczeniodawcę uczestniczącego w programie w stanie Illinois;
- Placówkę Atrium Health lub grupę medyczną Atrium Health.

Lista placówek i grup świadczeniodawców, którzy nie są zatrudnieni przez Advocate Health i nie są objęci polityką pomocy finansowej Advocate Health, jest dostępna na naszych stronach internetowych dotyczących pomocy finansowej:

Atrium Health: https://atriumhealth.org/for-patients-visitors/financial-assistance
Advocate Health Care: http://www.advocatehealth.com/financialassistance
Aurora Health Care: http://www.aurorahealthcare.org/patients-visitors/billing-payment/financial-assistance

Mieszkańców Karoliny Północnej prosimy o zapoznanie się z Załącznikiem A oraz polityką Atrium Health *NC Medical Debt Mitigation*. Załącznik A oraz polityka Atrium Health *NC Medical Debt Mitigation* zastępują niniejszą Politykę w odniesieniu do mieszkańców Karoliny Północnej w zakresie celów inicjatywy *NC Medical Debt Mitigation*.

Definicje

Terminy użyte w niniejszym dokumencie należy interpretować w następujący sposób:

Kwoty zwykle naliczane (Amounts Generally Billed, AGB): kwoty zwykle naliczane za opiekę w nagłych przypadkach lub inną opiekę niezbędną z medycznego punktu widzenia świadczoną na rzecz osób, które posiadają ubezpieczenie obejmujące taką opiekę. Osoby kwalifikujące się do otrzymania pomocy finansowej nie będą obciążane kwotami wyższymi niż kwoty zwykle naliczane w odniesieniu do pacjentów ubezpieczonych. Kwoty AGB są obliczane corocznie przy użyciu metody analizy retrospektywnej na podstawie uśrednionych kwot roszczeń zatwierdzonych przez Medicare oraz prywatnych ubezpieczycieli zewnętrznych za usługi szpitalne niezbędne z medycznego punktu widzenia rozliczone w okresie 12 miesięcy. Informacje dotyczące obliczeń kwot AGB znajdują się w polityce rozliczeń „Advocate Health Billing and Collections" (Rozliczenia i windykacja należności Advocate Health) na stronie internetowej Advocate Health, można je też uzyskać dzwoniąc do Działu Obsługi Klienta pod numer 1-800-326-2250 w przypadku placówek i świadczeniodawców Aurora Health Care w stanie Wisconsin, 847-795-2300 w przypadku placówek i świadczeniodawców Advocate Health w stanie Illinois oraz 704-512-7171 w przypadku placówek i świadczeniodawców Atrium Health.

Usługi dodatkowe: usługi, które według opinii zlecającego nie są niezbędne lub mają charakter kosmetyczny.

Kwalifikujący się pacjent: pacjent, który spełnia warunki kwalifikacji do otrzymania pomocy finansowej określone w niniejszej Polityce.

Opieka w nagłych przypadkach: opieka zapewniana doraźnie, która według opinii świadczeniodawcy jest niezbędna, by zapobiec poważnemu zagrożeniu zdrowia pacjenta, poważnemu upośledzeniu funkcji organizmu, poważnej dysfunkcji narządów lub części ciała.

EMTALA: Advocate Health zapewnia, bez jakiejkolwiek dyskryminacji, opiekę w nagłych przypadkach, niezależnie od zdolności pacjenta do zapłaty czy spełnienia przez niego kryteriów niniejszej Polityki. Opieka ta będzie świadczona zgodnie z federalną ustawą o pomocy medycznej w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia i w przypadku porodu (Federal Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA) oraz zgodnie z artykułem 1867 ustawy o ubezpieczeniach społecznych (the Social Security Act) (42 U.S.C. 1395dd).

Federalne wytyczne dotyczące ubóstwa (Federal Poverty Guidelines, FPG): obowiązujące progi dochodu gospodarstwa domowego ustalane okresowo w Rejestrze Federalnym przez Departament Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych (U.S. Department of Health and Human Services) na mocy 42 U.S.C. §9902(2).

Rzecznicy finansowi / doradcy finansowi: członkowie zespołu Advocate Health, którzy udzielają wsparcia pacjentom (zarówno ubezpieczonym, jak i nieubezpieczonym) poprzez analizę ich obecnej sytuacji finansowej w celu określenia dostępnego pokrycia kosztów leczenia i programów pomocy finansowej, pomagają pacjentom w zapisaniu się do tych programów, edukują pacjentów w zakresie kosztów opieki i zarządzania ich zobowiązaniami finansowymi.

Ocena kwalifikowalności do pomocy finansowej (Financial Assistance Score, FAS): informacje na temat pacjenta przekazywane przez zewnętrznych dostawców w celu określenia z wyprzedzeniem w sposób spójny i automatyczny jego sytuacji finansowej.

Ogólnie przyjęte standardy praktyki medycznej: standardy oparte na wiarygodnych dowodach naukowych opublikowanych w recenzowanej literaturze medycznej powszechnie uznawanej przez odnośne środowiska medyczne, w tym na zaleceniach stowarzyszenia Physician Specialty Society, opiniach lekarzy praktykujących w danym obszarze klinicznym oraz wszelkich innych istotnych czynnikach.

Gospodarstwo domowe: pacjent i wszelkie osoby (np. współmałżonek, dzieci, inne osoby pozostające na utrzymaniu), które mogą zostać uwzględnione w federalnym zeznaniu podatkowym, niezależnie od tego, czy pacjent składa zeznanie podatkowe.

Dochód gospodarstwa domowego: suma dochodów ze wszystkich źródeł, uzyskanych w okresie 12 miesięcy przez określone osoby mieszkające w gospodarstwie domowym, w tym m.in:

- Roczne dochody brutto z pracy;
- Zasiłek dla bezrobotnych;
- Odszkodowania pracownicze z tytułu wypadków przy pracy (Workers' Compensation);
- Świadczenia z ubezpieczeń społecznych (Social Security) i uzupełniające świadczenia socjalne (Supplemental Security Income);
- Świadczenia dla weteranów;
- Emerytury i renty;
- Inne źródła dochodu, np. czynsze, świadczenia alimentacyjne na rzecz byłego małżonka, świadczenia alimentacyjne na dzieci, wszelkie inne dochody niezależnie od źródła.

Pacjenci ubezpieczeni: pacjenci posiadający ubezpieczenie zdrowotne u zewnętrznego ubezpieczyciela i objęci ochroną ubezpieczeniową.

Grupa medyczna: świadczeniodawcy zatrudnieni przez Advocate Health świadczący profesjonalne usługi medyczne.

Usługi niezbędne z medycznego punktu widzenia: usługi opieki zdrowotnej, które świadczeniodawca, kierując się racjonalnym osądem klinicznym, zapewniłby pacjentowi w celu oceny, diagnozy lub leczenia choroby, urazu, schorzenia lub ich objawów, i które są zgodne z ogólnie przyjętymi standardami praktyki medycznej i/lub z klinicznego punktu widzenia odpowiednie pod względem rodzaju, częstotliwości, zakresu, miejsca i czasu trwania oraz uznane za skuteczne w przypadku choroby, urazu lub schorzenia pacjenta.

Inne opcje pokrycia kosztów leczenia: opcje finansowania leczenia pacjenta przez zewnętrzne podmioty, określane na podstawie weryfikacji pod kątem możliwości udzielenia pacjentowi pomocy w zakresie pokrycia kosztów leczenia i pomocy finansowej, w tym m.in: płatności z funduszu odszkodowań pracowniczych z tytułu wypadków przy pracy, programy rządowe, takie jak Medicare i Medicaid, programy agencji stanowych/federalnych, pomoc dla ofiar przestępstw, itp., odszkodowania wynikające z odpowiedzialności cywilnej z tytułu wypadków samochodowych lub innych.

Uczestniczący świadczeniodawcy: niezależni dostawcy usług opieki zdrowotnej, którzy zobowiązali się przestrzegać zasad określonych w niniejszej Polityce w odniesieniu do podlegających rozliczeniu usług świadczonych w szpitalach Advocate Health. Aby sprawdzić, czy świadczeniodawcy są świadczeniodawcami uczestniczącymi w programie, można kontaktować się bezpośrednio z nimi.

Uproszczone streszczenie (Plain Language Summary, PLS): streszczenie niniejszej Polityki, uproszczone w celu umożliwienia zrozumienia kryteriów kwalifikacyjnych oraz sposobu ubiegania się o pomoc finansową.

Wstępna kwalifikowalność: ustalenie, zgodnie z prawem stanowym, czy pacjent kwalifikuje się do otrzymania pomocy finansowej, na podstawie określonych kryteriów, których spełnienie świadczy o potrzebie finansowej nieubezpieczonego pacjenta, bez konieczności składania przez niego wniosku o pomoc finansową.

Ubezpieczyciele zewnętrzni: podmioty zapewniające pokrycie kosztów leczenia pacjenta, w tym firmy ubezpieczeniowe, fundusze odszkodowań pracowniczych z tytułu wypadków przy pracy, programy rządowe, takie jak Medicare i Medicaid, programy agencji stanowych/federalnych, pomoc dla ofiar przemocy lub odszkodowania wynikające z odpowiedzialności cywilnej z tytułu wypadków samochodowych lub innych. Programy podziału kosztów opieki zdrowotnej, w tym między innymi MediShare, nie są uznawane za ubezpieczyciela zewnętrznego.

Saldo do samodzielnej zapłaty przez pacjenta: część rachunku pacjenta, którą on sam lub jego gwarant jest prawnie zobowiązany zapłacić po uwzględnieniu ewentualnych rabatów.

Pacjent nieubezpieczony: pacjent, który nie jest objęty w całości lub w części ubezpieczeniem przez zewnętrznego ubezpieczyciela i nie jest beneficjentem publicznego lub prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego lub innego programu ubezpieczenia zdrowotnego (w tym między innymi ubezpieczenia prywatnego, Medicare, Medicaid lub pomocy dla ofiar przestępstw) i którego obrażenia nie kwalifikują się do odszkodowania z funduszu odszkodowań pracowniczych z tytułu wypadków przy pracy, ubezpieczenia komunikacyjnego, ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ani innego ubezpieczenia zapewnianego przez ubezpieczycieli zewnętrznych. Status pacjenta nieubezpieczonego ustala Advocate Health na podstawie dokumentów i informacji przekazanych przez pacjenta lub uzyskanych z innych źródeł, w celu określenia odpowiedzialności za zapłatę za usługi medyczne świadczone przez Advocate Health.

Pacjenci nieubezpieczeni

Pacjenci nieubezpieczeni będą oceniani pod kątem możliwości uzyskania pomocy finansowej w procesie automatycznej weryfikacji lub podczas konsultacji z rzecznikiem/doradcą finansowym Advocate Health. Przed podjęciem decyzji o przyznaniu pomocy finansowej nieubezpieczonym pacjentom ubiegającym się o pomoc rzecznicy/doradcy finansowi Advocate Health sprawdzą, czy kwalifikują się oni do innych możliwości pokrycia kosztów leczenia.

Proces pomocy w zakresie pokrycia kosztów leczenia

- Pacjenci nieubezpieczeni przyjęci do szpitala lub korzystający z usług ambulatoryjnych, które skutkują wysokimi kosztami, odbędą rozmowę z zespołem rzeczników/doradców finansowych Advocate Health. Rozmowa obejmuje zebranie informacji potrzebnych do oceny kwalifikowalności pacjenta do opcji pokrycia kosztów leczenia w ramach ubezpieczenia (np. Medicaid), a także informacji potrzebnych do określenia uprawnienia do pomocy finansowej.
- Jeśli pacjenci nieubezpieczeni nie odbędą takiej rozmowy przed wypisem ze szpitala, zespół rzeczników/doradców finansowych Advocate Health podejmie próbę skontaktowania się z pacjentem w celu zebrania informacji niezbędnych do przeprowadzenia rozmowy. Pacjenci mogą również sami zainicjować rozmowę, dzwoniąc pod numer podany w korespondencji od zespołu rzeczników/doradców finansowych, dzwoniąc do Działu Obsługi Klienta lub pobierając wniosek i wysyłając go pocztą do zespołu rzeczników/doradców finansowych.
- Jeśli proces pomocy w zakresie pokrycia kosztów leczenia wykaże wysokie prawdopodobieństwo, że pacjent kwalifikuje się do innych możliwości pokrycia kosztów leczenia (np. Medicaid), wówczas pacjent, przy wsparciu zespołu rzeczników/doradców finansowych, będzie zobowiązany do podjęcia próby uzyskania takiego pokrycia kosztów leczenia przed zakwalifikowaniem go do uzyskania pomocy finansowej Advocate Health.[1]
- **Jeśli pacjent będzie w pełni współpracował w procesie ubiegania się o wykorzystanie opcji pokrycia kosztów leczenia**, ale zostanie uznane, że nie kwalifikuje się do żadnej z takich opcji z powodów innych niż nieprzestrzeganie przez niego zaleceń, Advocate Health określi, czy pacjent kwalifikuje się do otrzymania pomocy finansowej.
- **Pacjenci nieubezpieczeni, którzy nie będą w pełni współpracować w procesie pomocy w zakresie pokrycia kosztów leczenia, zostaną uznani za nieuprawnionych do pomocy finansowej**. Pełna współpraca obejmuje pełną współpracę z zespołem rzeczników/doradców finansowych oraz z urzędami stanowymi i federalnymi w procesie ubiegania się o pokrycie kosztów leczenia w ramach Medicaid lub innych opcji pokrycia kosztów leczenia.

- Pacjenci uznani za nieuprawnionych do pomocy finansowej z powodu braku pełnej współpracy w ramach procesu pomocy w zakresie pokrycia kosztów leczenia mogą skontaktować się z Działem Obsługi Klienta w celu omówienia opcji płatności.

[1] Mieszkańców Karoliny Północnej prosimy o zapoznanie się z Załącznikiem A oraz polityką Atrium Health *NC Medical Debt Mitigation*. Załącznik A oraz polityka Atrium Health *NC Medical Debt Mitigation* zastępują niniejszą Politykę w odniesieniu do mieszkańców Karoliny Północnej w zakresie celów inicjatywy *NC Medical Debt Mitigation*.

<u>Pomoc w zakresie pokrycia kosztów leczenia: kryteria kwalifikowalności do pomocy finansowej</u>

- Pacjenci nieubezpieczeni mieszkający w Illinois, Wisconsin[1], Karolinie Północnej, Karolinie Południowej, Georgii lub Alabamie;
- Pacjenci nieubezpieczeni korzystający z niezbędnych z medycznego punktu widzenia usług w placówce Advocate Health lub u świadczeniodawcy uczestniczącego w programie Advocate Health;
- Pacjenci nieubezpieczeni, którzy w pełni współpracują w procesie ustalania innych opcji pokrycia kosztów leczenia (np. Medicaid) i ubiegania się o ich wykorzystanie[2];
- Pacjenci nieubezpieczeni, którzy nie kwalifikują się do wszystkich innych opcji pokrycia kosztów leczenia w odniesieniu do analizowanych kont;
- Kwalifikowalność do otrzymania pomocy finansowej zostanie określona poprzez porównanie całkowitego dochodu gospodarstwa domowego pacjenta z federalnymi wytycznymi dotyczącymi ubóstwa (FPG) obowiązującymi w momencie oceny.
- Pacjenci nieubezpieczeni spełniający wszystkie powyższe kryteria, z dochodem gospodarstwa domowego między 0% a 300% kwoty określonej w federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa (FPG), kwalifikują się do otrzymania 100% pomocy finansowej.
- Pacjenci Atrium Health: pacjenci nieubezpieczeni spełniający wszystkie powyższe kryteria, z dochodem gospodarstwa domowego między 301% a 400% kwoty określonej w federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa (FPG), kwalifikują się do otrzymania 75% zniżki od całkowitych kosztów brutto.
- WYŁĄCZNIE pacjenci ze stanu Illinois: pacjenci nieubezpieczeni spełniający wszystkie powyższe kryteria, z dochodem gospodarstwa domowego między 301% a 600% kwoty określonej w federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa (FPG), kwalifikują się do zniżki na podstawie przepisów stanowych Illinois (HUPDA[3] IL).

[1] Pacjenci nieubezpieczeni mieszkający w Michigan w pobliżu sąsiadujących placówek Advocate Health lub świadczeniodawców uczestniczących w programie Advocate Health.

[2] Mieszkańców Karoliny Północnej prosimy o zapoznanie się z Załącznikiem A oraz polityką Atrium Health *NC Medical Debt Mitigation*. Załącznik A oraz polityka Atrium Health *NC Medical Debt Mitigation* zastępują niniejszą Politykę w odniesieniu do mieszkańców Karoliny Północnej w zakresie celów inicjatywy *NC Medical Debt Mitigation*.

[3] Zgodnie z ustawą Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act (210 ILCS 89/1) (HUPDA) obowiązującą od 1 kwietnia 2009 r. uprawnienie do pomocy finansowej dla pacjentów o dochodach rodziny w przedziale od czterokrotności do sześciokrotności (4-6) kwoty określonej w FPG jest ograniczone do pacjentów mieszkających w stanie Illinois i ponoszących opłaty za usługi niezbędne z medycznego punktu widzenia. Advocate Health porównał zniżki, dla wskaźnika kosztów szpitala do naliczanych opłat (cost-to-charge ratio) wynoszącego 135% z kwotami AGB i zastosował zniżki korzystniejsze dla pacjentów. Zgodnie z HUPDA kwota pobierana od pacjenta nie przekroczy 20% jego rocznego dochodu brutto, jeśli pacjent powiadomi Advocate Health o wcześniejszym zatwierdzeniu pomocy finansowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Ocena kwalifikowalności do otrzymania pomocy finansowej (Financial Assistance Scoring, FAS)

Pacjenci nieubezpieczeni z niskim saldem za usługi ambulatoryjne będą automatycznie oceniani pod kątem możliwości skorzystania z pomocy finansowej, z wykorzystaniem zewnętrznych narzędzi elektronicznych.

- W procesie tym identyfikowani są pacjenci spełniający kryteria przyznania 100% pomocy finansowej, zgodnie z niniejszą Polityką.
- Pacjenci nie muszą składać wniosku w odniesieniu do usług ocenianych w ramach procesu FAS.

Kwalifikowalność w ramach FAS

- Pacjenci nieubezpieczeni mieszkający w Illinois, Wisconsin, Karolinie Północnej, Karolinie Południowej, Georgii lub Alabamie;
- Pacjenci nieubezpieczeni korzystający z niezbędnych z medycznego punktu widzenia usług ambulatoryjnych w placówce Advocate Health lub u świadczeniodawcy uczestniczącego w programie Advocate Health;
- Pacjenci nieubezpieczeni, którzy w pełni współpracują w procesie ustalania innych opcji pokrycia kosztów leczenia (np. Medicaid) i ubiegania się o ich wykorzystanie;[1]
- Pacjenci nieubezpieczeni, którzy nie kwalifikują się do wszystkich innych opcji pokrycia kosztów leczenia w odniesieniu do analizowanych kont;
- Pacjenci nieubezpieczeni spełniający wszystkie powyższe kryteria, z dochodem gospodarstwa domowego między 0% a 300% kwoty określonej w federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa (Federal Poverty Guidelines, FPG).

[1] Mieszkańców Karoliny Północnej prosimy o zapoznanie się z Załącznikiem A oraz polityką Atrium Health *NC Medical Debt Mitigation*. Załącznik A oraz polityka Atrium Health *NC Medical Debt Mitigation* zastępują niniejszą Politykę w odniesieniu do mieszkańców Karoliny Północnej w zakresie celów inicjatywy *NC Medical Debt Mitigation*.

Proces FAS

- Kwalifikowalność do automatycznego przyznawania pomocy finansowej jest określana indywidualnie dla każdego konta.
- Informacje wykorzystywane do określenia kwalifikowalności są uzyskiwane od zewnętrznego dostawcy zajmującego się obsługą kont nieubezpieczonych pacjentów ambulatoryjnych.
- Kwalifikowalność do uzyskania pomocy określana jest na podstawie informacji od zewnętrznego dostawcy, wskazujących na prawdopodobieństwo, że dochód pacjenta spełnia kryteria FPG uprawniające do 100% pomocy finansowej.
- Przed przyznaniem pomocy finansowej, konta mogą być sprawdzane pod kątem kwalifikowania się do Medicaid lub innych możliwości pokrycia kosztów leczenia.
- Kontom, które zakwalifikują się w procesie FAS, zostanie przyznana 100% pomoc finansowa.
- Pacjenci, którzy nie zakwalifikują się do otrzymania pomocy finansowej w ramach procesu FAS w odniesieniu do usług szpitalnych, otrzymają pismo odmowne z informacją o sposobie ubiegania się o ponowne rozpatrzenie wniosku o przyznanie pomocy finansowej.
- Pacjenci nieubezpieczeni uznani w ramach procesu FAS za nieuprawnionych do pomocy finansowej mogą złożyć wniosek o ponowne rozpatrzenie możliwości udzielenia pomocy finansowej. Przyznanie pomocy finansowej będzie uzależnione od pełnej współpracy pacjenta w procesie ubiegania się o pokrycie kosztów leczenia w ramach Medicaid lub innych możliwości pokrycia kosztów leczenia.

[1] Mieszkańców Karoliny Północnej prosimy o zapoznanie się z Załącznikiem A oraz polityką Atrium Health *NC Medical Debt Mitigation*. Załącznik A oraz polityka Atrium Health *NC Medical Debt Mitigation* zastępują

niniejszą Politykę w odniesieniu do mieszkańców Karoliny Północnej w zakresie celów inicjatywy *NC Medical Debt Mitigation*.

Pacjenci ubezpieczeni

Pomoc finansowa dla pacjentów ubezpieczonych jest dostępna po otrzymaniu przez pacjenta rachunku. Pacjenci mogą rozpocząć proces, składając wniosek pocztą lub zwracając się telefonicznie do Działu Obsługi Klienta o przeprowadzenie oceny pod kątem pomocy finansowej.

Kryteria kwalifikowalności do pomocy finansowej dla pacjentów ubezpieczonych:

- Pacjenci ubezpieczeni mieszkający w Illinois, Wisconsin, Karolinie Północnej, Karolinie Południowej, Georgii lub Alabamie;
- Pacjenci ubezpieczeni korzystający z niezbędnych z medycznego punktu widzenia usług w placówce Advocate Health lub u świadczeniodawcy uczestniczącego w programie Advocate Health;
- Pacjenci ubezpieczeni korzystający z ubezpieczenia w sieci[1] (in-network) zgodnie z programem świadczeń ubezpieczyciela zewnętrznego pacjenta w placówce Advocate Health lub u świadczeniodawcy Advocate Health (lub świadczeniodawcy uczestniczącego), z wyjątkiem usług świadczonych na oddziale ratunkowym Advocate Health;
- Pacjenci ubezpieczeni, których roszczenia ubezpieczeniowe zostały w pełni rozliczone, z saldem do samodzielnej zapłaty;
- Pacjenci ubezpieczeni, którzy w pełni współpracowali z ubezpieczycielem zewnętrznym w celu rozwiązania ewentualnych problemów związanych z płatnościami (np. koordynacja świadczeń, informacje o wypadkach, itp.);
- Pacjenci ubezpieczeni, którzy w pełni współpracują przy określaniu innych opcji dodatkowego pokrycia kosztów leczenia;[2]
- Pacjenci ubezpieczeni uznani za niekwalifikujących się do wszystkich innych opcji dodatkowego pokrycia kosztów leczenia w odniesieniu do analizowanych kont;
- Pacjenci ubezpieczeni spełniający wszystkie powyższe kryteria, z dochodem gospodarstwa domowego w przedziale od 0% do 300% kwoty określonej w federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa (FPG), otrzymają 100% pomoc finansową na pokrycie analizowanego salda do samodzielnej zapłaty.

[1] W ramach inicjatywy *NC Medical Debt Mitigation*, pacjenci ubezpieczeni, będący mieszkańcami Karoliny Północnej i korzystający z usług w szpitalu Atrium Health w Karolinie Północnej, mogą zakwalifikować się do pomocy finansowej niezależnie od statusu ich programu ubezpieczeniowego w sieci (network status).

[2] Mieszkańców Karoliny Północnej prosimy o zapoznanie się z Załącznikiem A oraz polityką Atrium Health *NC Medical Debt Mitigation*. Załącznik A oraz polityka Atrium Health *NC Medical Debt Mitigation* zastępują niniejszą Politykę w odniesieniu do mieszkańców Karoliny Północnej w zakresie celów inicjatywy *NC Medical Debt Mitigation*.

Usługi kwalifikujące się do pomocy finansowej

- Do usług kwalifikujących się do pomocy finansowej należą usługi w nagłych przypadkach oraz niezbędne z medycznego punktu widzenia usługi świadczone w szpitalu lub placówce powiązanej z Atrium Health, Aurora Health Care lub Advocate Health Care (zwanymi dalej łącznie Advocate Health).
- Chirurgia plastyczna (kosmetyczna) nie kwalifikuje się do pomocy finansowej.

Określenie uprawnienia pacjentów nieubezpieczonych i ubezpieczonych do pomocy finansowej

- Rzecznicy/doradcy finansowi starają się przeprowadzić rozmowy z pacjentami nieubezpieczonymi w celu zebrania informacji potrzebnych do oceny kwalifikowalności pacjenta do opcji pokrycia kosztów leczenia w ramach ubezpieczenia (np. Medicaid), a także informacji potrzebnych do określenia uprawnienia do pomocy finansowej. Pacjenci, z którymi nie przeprowadzono rozmowy, mogą sami się na nią zgłosić, dzwoniąc pod numer podany w korespondencji od zespołu rzeczników/doradców finansowych, dzwoniąc do Działu Obsługi Klienta lub pobierając wniosek i wysyłając go pocztą do zespołu rzeczników/doradców finansowych.
- Pacjenci ubezpieczeni[1] mogą złożyć wniosek po otrzymaniu rachunku, dzwoniąc do Działu Obsługi Klienta lub pobierając wniosek i wysyłając go pocztą do zespołu rzeczników/doradców finansowych.
- Dodatkowo, poza informacjami uzyskanymi od pacjenta, w celu ustalenia, czy pacjent kwalifikuje się do uzyskania pomocy finansowej, mogą zostać wykorzystane informacje pochodzące ze źródeł zewnętrznych, w tym między innymi:
  - Szacunkowy dochód gospodarstwa domowego w odniesieniu do kwoty określonej w FPG;
  - Portale stanowe i/lub bazy danych zapewniające informacje o publicznych świadczeniach zdrowotnych;
  - Narzędzia do sprawdzania i weryfikacji uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego, Medicaid i pomocy publicznej.
  - W stosownych przypadkach informacje ze źródeł zewnętrznych zostaną wykorzystane do potwierdzenia informacji podanych przez pacjenta podczas rozmowy i/lub we wniosku o pomoc finansową. W przypadku rozbieżności między informacjami pochodzącymi ze źródeł zewnętrznych a informacjami podanymi przez pacjenta, pacjent może zostać poproszony o przedłożenie dodatkowej dokumentacji, w tym między innymi następujących dokumentów:
  - zeznania podatkowe pacjenta za ostatni rok, formularze W-2, dokumentacja dotycząca podatku dochodowego pacjenta, odcinki czeków, zaświadczenia o bezrobociu lub pisma dotyczące ubiegania się o wsparcie finansowe (w przypadku braku dochodu). Jeśli w rodzinie pacjenta jest więcej niż jedna zatrudniona osoba, każda z nich może zweryfikować swoje informacje finansowe, korzystając z tych samych opcji weryfikacji.
  - Pacjent może potwierdzić swoje miejsce zamieszkania w danym stanie, przedstawiając dowolne dwa (2) z wymienionych poniżej ważne dokumenty wskazujące ten sam adres: wydane przez stan prawo jazdy (lub inny dokument tożsamości ze zdjęciem, np. legitymacja studencka lub wojskowa), rachunki za media (gaz, prąd, wodę), wyciągi bankowe, dowody rejestracyjne samochodów lub inna korespondencja urzędowa z aktualną datą i adresem.
  - Sprawozdania finansowe i weryfikacja dochodów oraz dokumentacja przekazana przez zewnętrznych dostawców będą przechowywane przez Advocate Health przez okres 10 lat lub zgodnie z wymogami prawnymi. Fałszowanie informacji finansowych, w tym zatajanie informacji, stanowi podstawę do odmowy przyznania pomocy finansowej.
- Pacjent zostanie powiadomiony o decyzji dotyczącej pomocy finansowej pocztą, ustnie lub osobiście, w zależności od sytuacji.
- Jeśli pacjent zostanie zakwalifikowany do otrzymania pomocy finansowej, płatności dokonane za usługi objęte programem przed złożeniem przez pacjenta wniosku zostaną poddane przeglądowi w celu ustalenia, czy pacjentowi przysługuje zwrot kosztów.
- Pacjenci uznani za niekwalifikujących się do otrzymania pomocy finansowej mogą skontaktować się z Działem Obsługi Klienta w celu ustalenia planu spłaty pozostałego salda do samodzielnej zapłaty. Salda do samodzielnej zapłaty przez pacjenta podlegają polityce rozliczeń i windykacji należności Advocate Health (Advocate Health Billing and Collections Policy).

[1] W ramach inicjatywy *NC Medical Debt Mitigation*, mieszkańcy Karoliny Północnej aktywnie uczestniczący w programie Medicaid i korzystający z usług szpitala w Karolinie Północnej otrzymają 100-procentową

pomoc finansową w pokryciu wszystkich zaległych zobowiązań medycznych sięgających 1 stycznia 2014 r. Obejmuje to wszelkie zadłużenia objęte planem spłaty, na który pacjent wyraził wcześniej zgodę.

Ustalenie wstępnej kwalifikowalności

Decyzja o wstępnej kwalifikowalności może zostać podjęta zgodnie z obowiązującymi przepisami stanowymi i federalnymi. Pacjenci spełniający warunki określonych federalnych i stanowych programów pomocowych lub inne kryteria oparte na dochodach lub niezwiązane z dochodami mogą zostać uznani za wstępnie kwalifikujących się do otrzymania 100% pomocy finansowej bez konieczności składania wniosku. **Informacje na temat procesu i stanów uczestniczących znajdują się w Załączniku A.**

Okres kwalifikowalności

- Pacjenci nieubezpieczeni: pomoc finansowa będzie przysługiwać z mocą wsteczną w odniesieniu do wszystkich kwalifikujących się niezapłaconych sald do samodzielnej zapłaty przez pacjenta, obejmując również przyszłe świadczenia w okresie 180 dni.
    - Przyszłe usługi w okresie 180 dni mogą zostać zweryfikowane pod kątem możliwości uzyskania ubezpieczenia Medicaid lub innego rodzaju pokrycia kosztów leczenia. Pacjenci muszą w pełni współpracować w procesie pomocy w zakresie pokrycia kosztów leczenia, aby utrzymać uprawnienia do pomocy finansowej przez okres 180 dni, jeśli okaże się, że nie kwalifikują się do innych opcji pokrycia kosztów.
    - Jeśli w okresie kwalifikowalności nastąpią jakiekolwiek zmiany, pacjent ma obowiązek współpracować w procesie pomocy w zakresie pokrycia kosztów leczenia, aby nadal kwalifikować się do otrzymania pomocy finansowej.
    - Pacjent zobowiązany jest poinformować Advocate Health o wszelkich istotnych zmianach swojej sytuacji finansowej, które nastąpią w okresie 180 dni po zatwierdzeniu pomocy, a które mogą wpłynąć na jego kwalifikowalność. Informacje należy przekazać w ciągu trzydziestu (30) dni od momentu wystąpienia zmiany. Niezastosowanie się przez pacjenta do tego wymogu może skutkować unieważnieniem wszelkiej pomocy finansowej udzielonej przez Advocate Health po wystąpieniu istotnej zmiany.

- Pacjenci ubezpieczeni: pomoc finansowa będzie przysługiwać w odniesieniu do kwalifikujących się bieżących, nieopłaconych sald po rozliczeniu wszystkich płatności od osób trzecich. Pacjenci muszą ponownie złożyć wniosek o pomoc finansową w przypadku przyszłych usług medycznych o charakterze nagłym lub niezbędnym z medycznego punktu widzenia.

Oszustwa

Advocate Health zastrzega sobie przewidziane w niniejszej Polityce prawo do cofnięcia udzielonej pomocy finansowej, jeśli informacje podane przez pacjenta w trakcie procesu zbierania informacji były fałszywe lub jeśli Advocate Health dowie się, że pacjent otrzymał rekompensatę za usługi medyczne z innych źródeł nieujawnionych Advocate Health.

Wnioski o pomoc finansową

Wnioski o pomoc finansową są przeznaczone dla:

- Pacjentów nieubezpieczonych, z którymi rzecznik/doradca finansowy nie przeprowadził wcześniej rozmowy;

- Pacjentów nieubezpieczonych, którym odmówiono pomocy finansowej w ramach automatycznego procesu oceny kwalifikowalności i którzy chcą ubiegać się o ponowne rozpatrzenie ich kwalifikowalności do otrzymania pomocy finansowej;
- Pacjentów ubezpieczonych, którzy po otrzymaniu rachunku chcą ubiegać się o pomoc finansową.

Jak złożyć wniosek?

- Atrium Health
  - Online, korzystając z telefonu, tabletu lub komputera, za pośrednictwem linku dostępnego na stronie pomocy finansowej w witrynie Atrium Health lub na stronie https://ola.veritysource.com/atrium.
  - Pobrać wniosek o pomoc finansową ze strony https://atriumhealth.org/for-patients-visitors/financial-assistance i przesłać go pocztą na adres:
    Atrium Health Business Office
    ATTN: Coverage Assistance Services
    P.O. Box 32861
    Charlotte, NC 28232-2861
  - Zadzwonić pod numer 704-512-7171 lub 1-844-440-6536

- Illinois – Advocate Health Care
  - Pobrać wniosek o pomoc finansową ze strony http://www.advocatehealth.com/financialassistance i przesłać go pocztą na adres:
    Advocate Health Care Financial Advocates
    P.O. Box 3039
    Oak Brook, IL 60522-9908
  - Zadzwonić pod numer 847-795-2300

- Wisconsin – Aurora Health Care
  - Pobrać wniosek o pomoc finansową ze strony http://www.aurorahealthcare.org/patients-visitors/billing-payment/financial-assistance i przesłać go pocztą na adres:
    Aurora Health Care Financial Advocates
    P.O. Box 909996
    Milwaukee, WI 53209-0996
  - Zadzwonić pod numer 1-800-326-2250

Na złożenie wniosku o pomoc finansową pacjenci mają 240 dni od daty wystawienia pierwszego rachunku po wypisie ze szpitala.

Rozpatrywane będą tylko w pełni wypełnione wnioski o pomoc finansową. Wniosek uznawany jest za kompletny, jeśli wypełniono wszystkie pola we wniosku, dostarczono wszelkie wymagane dokumenty, a rzecznik/doradca finansowy po analizie informacji potwierdził, że pacjent nie kwalifikuje się do innych możliwości pokrycia kosztów leczenia. Po spełnieniu tych warunków, wniosek jest rozpatrywany pod kątem kwalifikowalności do uzyskania pomocy finansowej, a decyzja zostaje podjęta w odpowiednim czasie.

Niekompletne wnioski: Jeśli wniosek jest niekompletny lub pacjent nie przekazał wymaganych informacji lub nie podjął działań wymaganych przez przedstawiciela Advocate Health, rzecznik/doradca finansowy poinformuje pacjenta jakie dokumenty są potrzebne do jego uzupełnienia. Wymagane informacje należy podać Advocate Health w ciągu 30 dni od powiadomienia pacjenta, o ile Advocate Health nie zostanie poinformowany o wyjątkowych okolicznościach.

Przekazywanie informacji na temat niniejszej Polityki

Aby rozpowszechnić wśród pacjentów Advocate Health oraz szerszej społeczności wiedzę o możliwości uzyskania pomocy finansowej, Advocate Health podejmuje następujące działania mające na celu przekazanie informacji na temat polityki i procesów dotyczących pomocy w zakresie pokrycia kosztów leczenia i pomocy finansowej:

- Rzecznicy/doradcy finansowi przeprowadzają działania informacyjne i rozmowy kwalifikacyjne w celu oceny kwalifikowalności pacjentów do możliwości pokrycia kosztów leczenia (np. w ramach Medicaid) oraz pomocy finansowej.
- Advocate Health umieszcza uproszczone streszczenie programów pomocy finansowej we wszystkich oddziałach ratunkowych, rejestracjach pacjentów oraz na rachunkach pacjentów. Uproszczone streszczenie zawiera informacje o dostępnych programach pomocy finansowej w ramach niniejszej Polityki, instrukcję składania wniosku, numer telefonu do działu, który może udzielić informacji o polityce pomocy finansowej, oraz informacje o sposobie uzyskania egzemplarza polityki pomocy finansowej.
- Informacje o dostępnych programach pomocy finansowej, instrukcja składania wniosku, numery telefonów do działów, które mogą udzielić informacji o pomocy finansowej, uproszczone streszczenie polityki pomocy finansowej, jej pełna wersja, formularze wniosków oraz polityka rozliczeń i windykacji należności są udostępniane na stronach internetowych Advocate Health, Aurora Health Care i Atrium Health.
- Advocate Health zapewnia możliwość kontaktu z Działem Obsługi Klienta w celu uzyskania dodatkowych informacji.

Działania w przypadku braku płatności

Informacje na temat praktyk Advocate Health w zakresie rozliczeń i windykacji należności znajdują się w odrębnej polityce rozliczeń i windykacji należności dostępnej na stronach internetowych Advocate Health, Aurora Health Care i Atrium Health. Bezpłatną kopię tej polityki można również otrzymać pocztą, kontaktując się z Działem Obsługi Klienta w następujący sposób:

- Atrium Health
  - Wejść na stronę https://atriumhealth.org/for-patients-visitors/financial-assistance
  - Zadzwonić pod numer 704-512-7171 lub 1-844-440-6536
- Illinois – Advocate Health Care
  - Wejść na stronę http://www.advocatehealth.com/financialassistance
  - Zadzwonić pod numer 847-795-2300
- Wisconsin – Aurora Health Care
  - Wejść na stronę http://www.aurorahealthcare.org/patients-visitors/billing-payment/financial-assistance
  - Zadzwonić pod numer 1-800-326-2250

Zapewnienie jakości i pozostałe postanowienia

Zapewnienie jakości: członkowie zespołu Advocate Health mają zakaz udzielania rekomendacji i/lub rozpatrywania wniosków o pomoc finansową na rzecz członków rodziny, przyjaciół, znajomych i współpracowników. Dział Zapewnienia Jakości Usług Finansowych dla Pacjentów (Patient Financial Services Quality Assurance Department) będzie przeprowadzał okresowe audyty kont weryfikowanych pod kątem możliwości zapewnienia pomocy finansowej, aby zapewnić zgodność z polityką i procedurami.

Dostosowania kryteriów kwalifikacyjnych: Advocate Health może okresowo dostosowywać kryteria kwalifikacyjne określone w niniejszej Polityce na podstawie analiz potrzeb zdrowotnych społeczności, badań dotyczących poprawy jakości usług i/lub w celu zapewnienia zgodności z obowiązującymi przepisami prawa, regulacjami i/lub umowami okręgowymi.

Przepis dotyczący stanu zagrożenia publicznego: alternatywne źródła finansowania dostępne w okresie zagrożenia zdrowia publicznego NIE uniemożliwią nieubezpieczonym pacjentom otrzymania pomocy finansowej na pokrycie pozostałych sald kwalifikujących się na podstawnie niniejszej Polityki. W ramach zaangażowania Advocate Health na rzecz naszej społeczności, pomoc finansowa może również obejmować udzielanie wsparcia w pokryciu kosztów udziału własnego dla pacjentów ubezpieczonych, które zostały umorzone, ale nie zostały zwrócone przez ubezpieczycieli, lub gdy w okresie zagrożenia zdrowia publicznego pojawią się sprzeczne wytyczne dotyczące rozliczeń.

Załącznik A

W niektórych stanach pacjenci objęci określonymi federalnymi i stanowymi programami pomocowymi lub spełniający inne kryteria niezwiązane z dochodami mogą kwalifikować się do 100% pomocy finansowej bez konieczności składania wniosku.

Wstępna kwalifikowalność w Karolinie Północnej

- Zgodnie z inicjatywą *NC Medical Debt Mitigation* w odniesieniu do pacjentów będących mieszkańcami Karoliny Północnej i korzystających z usług szpitalnych w placówkach Atrium Health na terenie tego stanu ustalana będzie wstępna kwalifikowalność. Pacjenci spełniający warunki określonych federalnych i stanowych programów pomocowych lub inne kryteria niezwiązane z dochodami zostaną uznani za wstępnie kwalifikujących się do otrzymania 100% pomocy finansowej bez konieczności składania wniosku.
- Decyzja o wstępnej kwalifikowalności może zostać podjęta w przypadku pacjentów spełniających kryteria inne niż dochodowe, w tym między innymi:
  - Bezdomność;
  - Przystąpienie do programów pomocy rządowej uzależnionych od posiadanego majątku, takich jak Women, Infants and Children Nutritional Program (program żywieniowy dla kobiet, niemowląt i dzieci), Supplemental Nutrition Assistance Program (program uzupełniającej pomocy żywieniowej), Temporary Assistance for Needy Families (tymczasowa pomoc dla potrzebujących rodzin);
  - Kwalifikowalność pacjenta lub dziecka w gospodarstwie domowym pacjenta do Medicaid;
  - Niepełnosprawność intelektualna uniemożliwiająca samodzielne podejmowanie czynności prawnych i brak osoby uprawnionej do reprezentowania pacjenta.
- Jeśli pacjent spełnia co najmniej jedno kryterium wstępnej kwalifikowalności niezwiązane z dochodami, nie jest wymagane dostarczenie dokumentacji ani innego potwierdzenia uprawnień.
- Proces ustalania, czy pacjenci spełniają kryteria wstępnej kwalifikowalności niezwiązane z dochodami, obejmuje:
  - Informacje uzyskane podczas przyjęcia/rejestracji;
  - Informacje zebrane przez zespoły medyczne w celu przeprowadzenia kompleksowej oceny.
- Pacjenci spełniający co najmniej jedno z kryteriów wstępnej kwalifikowalności niezwiązanych z dochodami kwalifikują się do otrzymania 100% pomocy finansowej i zostaną o tym powiadomieni przed wypisem ze szpitala.
- Pacjenci spełniający kryteria wstępnej kwalifikowalności do otrzymania pomocy finansowej mogą zostać poddani dalszej ocenie pod kątem możliwości uzyskania ubezpieczenia Medicaid lub innych możliwości pokrycia kosztów leczenia. Jeśli później okaże się, że nie kwalifikują się do Medicaid ani innych form pokrycia kosztów, nie będą ponosić żadnych kosztów leczenia.
- Pacjenci, którzy nie spełniają kryteriów wstępnej kwalifikowalności niezwiązanych z dochodami i nie zostali zatwierdzeni do innego programu pomocy finansowej zgodnie z niniejszą Polityką, otrzymają informacje o alternatywnych sposobach ubiegania się o pomoc finansową.
- Czynnikiem warunkującym wstępną kwalifikowalność są również dochody. Mieszkańcy Karoliny Północnej korzystający z usług szpitalnych w placówkach Atrium Health na terenie tego stanu będą oceniani pod kątem możliwości skorzystania z pomocy finansowej, z wykorzystaniem zewnętrznego narzędzia elektronicznego.
  - W procesie tym identyfikowani są pacjenci spełniający kryteria przyznania 100% pomocy finansowej, zgodnie z niniejszą Polityką.
  - Pacjenci spełniający kryteria wstępnej kwalifikowalności oparte na dochodach kwalifikują się do otrzymania 100% pomocy finansowej i zostaną o tym powiadomieni przed wystawieniem im rachunku.

W ramach inicjatywy *NC Medical Debt Mitigation*, mieszkańcy Karoliny Północnej aktywnie uczestniczący w programie Medicaid i korzystający z usług szpitala w Karolinie Północnej otrzymają 100-procentową pomoc

finansową w pokryciu wszystkich zaległych zobowiązań medycznych sięgających 1 stycznia 2014 r. Obejmuje to wszelkie zadłużenia objęte planem spłaty, na który pacjent wyraził wcześniej zgodę.

Wstępna kwalifikowalność w stanie Illinois

- W odniesieniu do pacjentów w Wisconsin i Illinois, decyzja o wstępnej kwalifikowalności może być podjęta zgodnie z ustawą *Illinois Fair Patient Billing Act*. Pacjenci nieubezpieczeni spełniający warunki określonych federalnych i stanowych programów pomocowych mogą zostać uznani za wstępnie kwalifikujących się do otrzymania 100% pomocy finansowej bez konieczności składania wniosku.
- Jeśli możliwe jest zweryfikowanie co najmniej jednego kryterium, nie będzie wymagane dostarczenie dodatkowego potwierdzenia dochodów.
- AAH może poprosić pacjenta o dostarczenie potwierdzenia kwalifikowalności, jeśli rzecznik finansowy nie będzie w stanie zweryfikować jego uprawnień elektronicznie.
- Jeśli rzecznik finansowy ustali, że pacjent spełnia kryteria wstępnej kwalifikowalności do otrzymania pomocy finansowej, nie jest wymagane składanie pisemnego wniosku.
- Kryteria wstępnej kwalifikowalności obejmują uczestnictwo w jednym z następujących programów:
  o Women, Infants and Children Nutrition Program (WIC) (program żywieniowy dla kobiet, niemowląt i dzieci);
  o Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (program uzupełniającej pomocy żywieniowej);
  o Illinois Free Lunch and Breakfast Program (program bezpłatnych obiadów i śniadań w stanie Illinois);
  o Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) (program pomocy w opłacaniu rachunków za energię elektryczną dla gospodarstw domowych o niskich dochodach);
  o Temporary Assistance for Needy Families (TANF) (tymczasowa pomoc dla potrzebujących rodzin (TANF);
  o Illinois Housing Development Authority's Rental Housing Support Program (program wsparcia mieszkaniowego Urzędu Rozwoju Mieszkalnictwa stanu Illinois);
  o Zorganizowany program społecznościowy lub charytatywny program zdrowotny zapewniający opiekę medyczną i dokumentujący niski status dochodowy jako kryterium kwalifikacyjne;
  o Kwalifikowalność do uzyskania ubezpieczenia Medicaid, ale brak kwalifikowalności w dniu skorzystania z usługi lub w odniesieniu do usługi nieobjętej ubezpieczeniem (tylko pacjenci z IL).
- Kryteria wstępnej kwalifikowalności mogą być również spełnione w przypadku następujących okoliczności życiowych:
  o Uzyskanie zasiłku na usługi medyczne;
  o Bezdomność;
  o Zgon pacjenta bez pozostawionego majątku;
  o Niepełnosprawność intelektualna uniemożliwiająca samodzielne podejmowanie czynności prawnych i brak osoby uprawnionej do reprezentowania pacjenta;
  o Odbywanie kary pozbawienia wolności w zakładzie karnym;
  o Przynależność do zakonu religijnego i ślub ubóstwa;
  o Dane z niezależnej agencji raportującej wskazujące, że dochód rodziny jest niższy niż dwukrotność kwoty stanowiącej federalny poziom ubóstwa (FPL).
- Sposoby wykazania wstępnej kwalifikowalności obejmują:
  o Elektroniczne potwierdzenie rejestracji w programie lub spełnienia innych kryteriów wstępnej kwalifikowalności;
  o W przypadku gdy elektroniczne potwierdzenie nie jest możliwe, wymagane będzie dostarczenie dowodu rejestracji lub spełnienia innych kryteriów kwalifikowalności. Wystarczającym dowodem będzie jeden z poniższych dokumentów:
  o Kupon WIC;
  o Karta SNAP z wydrukiem zrzutu ekranu potwierdzającego rejestrację lub kopia listu zatwierdzającego uczestnictwo w programie SNAP;

o Pismo ze szkoły lub powiadomienie o przyznaniu darmowych posiłków lub zniżki w opłacie za posiłki i zwolnieniu z opłat podpisane przez uprawnioną osobę;
o Pismo o przyznaniu lub zatwierdzeniu pomocy LIHEAP;
o Pismo zatwierdzające TANF z Czerwonego Krzyża, Departamentu Usług Społecznych (DHS) lub Departamentu Opieki Zdrowotnej i Rodziny (HFS);
o Potwierdzenie opłaty czynszu w przypadku uczestnictwa w stanowym lub federalnym programie mieszkaniowym;
o Pismo o zmianie wysokości czynszu od wynajmującego lub karta lub pismo HUD;
o Karta lub pismo o przyznaniu świadczeń potwierdzające aktualne uprawnienia do udziału w programie stanu Illinois;
o Oświadczenie agencji przyznającej zasiłek lub pismo o przyznaniu zasiłku;
o Osobiste oświadczenie lub pismo z kościoła lub schroniska potwierdzające bezdomność;
o Pismo od adwokata, z domu opieki, schroniska, zakonu lub kościoła.