



Business Office/Patient Accounts
 Wynn Hospital
 111 Hospital Drive, Utica, NY 13502

**Заявка на оказание финансовой помощи/ ОПРЕДЕЛЕНИЕ
 Приложение А**

Финансовые рекомендации: Активы пациента, не являющиеся необходимыми для обеспечения средств к существованию, могут учитываться при оценке его способности оплачивать услуги – наряду с соответствующими обязательствами. Следующие руководящие принципы вступают в силу 2 марта 2026 года:

Размер семьи	Федеральные Критерии Бедности	NYS MEDICAID Критерии Бедности	Критерии NYS ESSENTIAL PLAN
1	\$15,960	\$22,025	\$31,920
2	\$21,640	\$29,864	\$43,280
3	\$27,320	\$37,702	\$54,640
4	\$33,000	\$45,540	\$66,000
5	\$38,680	\$53,379	\$77,360
6	\$44,360	\$61,217	\$88,720
7	\$50,040	\$69,056	\$100,080
8	\$55,720	\$76,894	\$111,440

Домохозяйства, в которых проживает более восьми (8) человек, добавить \$5,860 за каждого дополнительного человека. Федеральные Критерии Бедности (FPL) устанавливаются Министерством Здравоохранения и социальных служб и доступны по адресу: <http://aspe.hhs.gov/poverty/index.cfm>.

Для целей настоящей политики под «размером семьи» понимается общее число лиц, проживающих в домохозяйстве. Смягчающие обстоятельства будут рассматриваться в индивидуальном порядке.

Финансовая Помощь: После определения права на получение помощи будет применяться следующая шкала скользящих тарифов для расчета утвержденной суммы, основанная на процентном соотношении к ставкам программы Medicaid подлежащей списанию в рамках финансовой помощи.

Размер семьи	% от Уровня Бедности			Доход семьи		
	0 - 250% Уровень 1		251% - 350% Уровень 2		351% - 400% Уровень 3	
1	\$0	- \$39,900	\$39,901	- \$55,860	\$55,861	- \$63,840
2	\$0	- \$54,100	\$54,101	- \$75,740	\$75,741	- \$86,560
3	\$0	- \$68,300	\$68,301	- \$95,620	\$95,621	- \$109,280
4	\$0	- \$82,500	\$82,501	- \$115,500	\$115,501	- \$132,000
5	\$0	- \$96,700	\$96,701	- \$135,380	\$135,381	- \$154,720
6	\$0	- \$110,900	\$110,901	- \$155,260	\$155,261	- \$177,440
7	\$0	- \$125,100	\$125,101	- \$175,140	\$175,141	- \$200,160
8	\$0	- \$139,300	\$139,301	- \$195,020	\$195,021	- \$222,880

COST SHARE FOR EACH ACCOUNT

Service Line	Tier 1 (0-250%)	Tier 2 (250-350%)	Tier 3 (350-400%)	Tier 4**** (400%+)
Acute Hospital Inpatient Psych Services				
Inpatient Psych (1 Day)	\$ -	\$ 100	\$ 200	
Inpatient Psych (2 Days)	\$ -	\$ 200	\$ 400	
Inpatient Psych (Greater than 3 Days)	\$ -	\$ 300	\$ 600	
Acute Hospital Inpatient Services				
Inpatient Services - Charges greater than \$15,000	\$ -	\$ 300	\$ 600	
All Other Inpatient Services	\$ -	\$ 200	\$ 400	
Observation Hospital Services	\$ -	\$ 45	\$ 90	
Emergency Hospital Services	\$ -	\$ 10	\$ 20	
Ambulatory Surgery Services*	\$ -	\$ 50	\$ 100	
Therapy Services				
Occupational Therapy	\$ -	\$ 10	\$ 20	
All other Therapy (Speech, Physical, Audiology, Cardiac Rehab)**	\$ -	\$ 5	\$ 10	
Radiology Services				
MRI Services (Revenue Code 610,611)	\$ -	\$ 100	\$ 200	
Radiology Services (Revenue Codes 920, 351, 350, 341, 343)	\$ -	\$ 20	\$ 40	
Hospital Office Visit (G0463/Professional Billing Office Visit)	\$ -	\$ 10	\$ 20	
All other services not represented above***	\$ -	\$ -	\$ -	

Medical Bills
(Medicaid Covered
Services) above 10% of
Annual Income may
be forgiven through
Financial Assistance
Process

• The definition for Ambulatory Surgery is any services incurred within the Operating Room, Invasive Radiology, Electrophysiology and Cath Lab departments. Excluded Services in Ambulatory Service departments is Tilt Table (CPT: 93660)

••Exclude Hearing Aids

•••Exclude departments requiring manual review (ie. Infusion Center, Professional Billing Obstetrics/Surgery/Hospital Services)

•••• Tier 4 is a manual review and requires 3 months of current pay stubs and most recent Tax Return

Notice: The above grid shows the specificity of how Financial Assistance is evaluated. Services are evaluated from Top to bottom and will stop on the grid when qualified.

For example:

Radiology Services part of an Inpatient Service will apply the Inpatient Services FA Tiers