

POLITYKA DOTYCZĄCA POMOCY FINANSOWEJ

AdventHealth — tylko obiekty w Chicago w stanie Illinois

CEL

Celem niniejszej Polityki jest określenie wymagań dotyczących zarządzania pomocą finansową w placówkach AdventHealth zlokalizowanych w większym obszarze metropolitalnym Chicago w stanie Illinois.

POLITYKA

Polityką organizacji wymienionych poniżej w tym paragrafie (każda z nich zwana dalej „Organizacją”) jest zapewnienie społecznie sprawiedliwych praktyk w zakresie zapewniania opieki w nagłych przypadkach i innej opieki niezbędnej z medycznego punktu widzenia w placówkach Organizacji. Niniejsza polityka została opracowana specjalnie w celu określenia kwalifikowalności do pomocy finansowej dla pacjentów, którzy potrzebują pomocy finansowej i otrzymują opiekę od Organizacji.

Niniejsza polityka dotyczy każdej z poniższych jednostek AdventHealth:

AdventHealth Bolingbrook
AdventHealth Glen Oaks
AdventHealth Hinsdale
AdventHealth LaGrange
Gabinety lekarzy zatrudnionych przez AdventHealth

- A. Wszelka pomoc finansowa będzie odzwierciedlać nasze zaangażowanie i szacunek dla godności ludzkiej każdego człowieka i dobra wspólnego, naszą szczególną troskę i solidarność z osobami żyjącymi w ubóstwie i innymi potrzebującymi osobami, a także nasze zaangażowanie na rzecz sprawiedliwości rozdzielczej i zarządzania.
- B. Niniejsza polityka ma zastosowanie do wszystkich nagłych przypadków i innej niezbędnej z medycznego punktu widzenia opieki świadczonej przez Organizację, w tym usług świadczonych przez zatrudnionych lekarzy i zdrowia behawioralnego. Niniejsza polityka nie ma zastosowania do opłat za opiekę inną niż w nagłych przypadkach i inną opiekę niezbędną z medycznego punktu widzenia.
- C. *Lista świadczeniodawców świadczących usługi w ramach Polityki dotyczącej pomocy finansowej* zawiera listę wszystkich świadczeniodawców świadczących opiekę w placówkach Organizacji, która określa, którzy z nich są objęci polityką pomocy finansowej.

DEFINICJE

Definicje specyficzne dla Polityki

- A. „**501(r)**” oznacza sekcję 501(r) Internal Revenue Code i wydane na jego podstawie przepisy.
- B. „**Kwota ogólnie naliczana**” lub „**AGB**” (Amount Generally Billed) oznacza, w odniesieniu do opieki w nagłych przypadkach i innej opieki niezbędnej z medycznego punktu widzenia, kwotę, którą zwykle obciążani są pacjenci objęci ubezpieczeniem obejmującym taką opiekę.
- C. „**Spółeczność**” oznacza stan Illinois. Do celów niniejszej Polityki „życie w społeczności” oznacza bycie rezydentem stanu Illinois — osobą, która mieszka w stanie Illinois i która zamierza pozostać w stanie Illinois na czas nieokreślony, ale nie osobą, która przeniosła się do stanu Illinois w celu uzyskania świadczeń zdrowotnych. Pacjent będzie również uważany za członka Społeczności Organizacji, jeśli wymagana przez niego opieka w nagłych przypadkach i opieka niezbędna z medycznego punktu widzenia stanowi ciągłość opieki w nagłych przypadkach i opieki niezbędnej z medycznego punktu widzenia otrzymywanej w innej placówce AdventHealth, w której pacjent zakwalifikował się do uzyskania pomocy finansowej w celu uzyskania takiej opieki w nagłych przypadkach i opieki niezbędnej z medycznego punktu widzenia.
- D. „**Opieka w nagłych przypadkach**” oznacza opiekę mającą na celu leczenie stanu chorobowego objawiającego się ostrymi objawami o na tyle ciężkim nasileniu (włączając w to silny ból), że brak natychmiastowej pomocy lekarskiej może skutkować poważnym upośledzeniem funkcji ciała, poważną dysfunkcją dowolnego narządu lub części ciała albo narażeniem zdrowia danej osoby na poważne ryzyko.
- E. „**Opieka niezbędna z medycznego punktu widzenia**” oznacza opiekę, która (1) jest odpowiednia, spójna i niezbędna do zapobiegania, diagnozowania lub leczenia schorzenia Pacjenta; (2) jest najbardziej odpowiednią metodą leczenia lub poziomem usług dla stanu zdrowia Pacjenta, jakie można bezpiecznie zapewnić; (3) nie jest świadczona przede wszystkim dla wygody Pacjenta, jego rodziny, lekarza lub opiekuna; oraz (4) z większym prawdopodobieństwem przyniesie Pacjentowi korzyść niż szkodę. Aby przyszła zaplanowana opieka była „opieką niezbędną z medycznego punktu widzenia”, opieka i harmonogram opieki muszą zostać zatwierdzone przez dyrektora medycznego Organizacji (lub osobę przez niego wyznaczoną). Ocena niezbędnej opieki medycznej musi zostać dokonana przez licencjonowanego świadczeniodawcę, który świadczy opiekę medyczną Pacjentowi oraz, według uznania Organizacji, przez lekarza przyjmującego, lekarza kierującego i/lub głównego lekarza albo innego lekarza przeprowadzającego badanie (w zależności od rodzaju zalecanej opieki). Jeżeli lekarz przeprowadzający badanie uzna, że opieka wymagana przez Pacjenta objęta niniejszą polityką nie jest niezbędna z medycznego punktu widzenia, ustalenie to musi również zostać potwierdzone przez lekarza przyjmującego lub kierującego.
- F. „**Organizacja**” oznacza AdventHealth i podmioty objęte niniejszą Polityką dotyczącą pomocy finansowej, jak określono powyżej w Sekcji II.
- G. „**Pacjent**” oznacza osoby, które otrzymują w Organizacji opiekę w nagłych wypadkach i inną niezbędną z medycznego punktu widzenia opiekę oraz osobę odpowiedzialną finansowo za opiekę nad pacjentem.

- H. **„Wstępna kwalifikacja punktowa”** oznacza wykorzystanie zewnętrznych źródeł informacji, które mogą obejmować rejestry publiczne lub inne obiektywne i zasadnie dokładne sposoby oceny kwalifikowalności pacjenta do otrzymania pomocy finansowej.
- I. **„Pacjent nieubezpieczony”** oznacza pacjenta, który nie jest objęty polisą ubezpieczenia zdrowotnego i nie jest beneficjentem publicznego lub prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, świadczenia zdrowotnego lub innego programu ubezpieczenia zdrowotnego, w tym planów ubezpieczenia zdrowotnego z wysokim udziałem własnym, rekompensaty pracowniczej, ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków lub innego ubezpieczenia cywilnego.

WYMAGANE PROCEDURY

A. Pomoc finansowa opisana w tej sekcji jest przeznaczona dla pacjentów mieszkających na terenie Społeczności:

1. Pacjenci z dochodami mniejszymi lub równymi 250% dochodu określonego w federalnym wskaźniku ubóstwa („FPL”, Federal Poverty Level) będą uprawnieni do 100% zniżki na część opłat, za które Pacjent odpowiada po opłaceniu kosztów przez ubezpieczyciela, jeśli taki występuje, jeżeli taki Pacjent zostanie uznany za kwalifikującego się na podstawie wstępnej kwalifikacji punktowej (opisanej w Paragrafie 5 poniżej) lub złoży wniosek o pomoc finansową („Wniosek”) w ciągu 240 dni od wystawienia pierwszego rachunku przy wypisie ze szpitala lub wcześniej, a Wniosek zostanie zatwierdzony przez Organizację. Pacjent będzie uprawniony do otrzymania maksymalnie 100% pomocy finansowej, jeżeli złoży Wniosek po upływie 240 dni od dnia wystawienia pierwszego rachunku przy wypisie, przy czym wówczas wysokość pomocy finansowej dostępnej dla Pacjenta w tej kategorii ograniczona będzie do nieuregulowanego salda Pacjenta po uwzględnieniu wszelkich wpłat dokonanych na rachunek Pacjenta. Nieubezpieczony pacjent kwalifikujący się do tej kategorii pomocy finansowej nie zostanie obciążony kwotą wyższą niż obliczone opłaty AGB.
2. Z zastrzeżeniem pozostałych postanowień niniejszej Polityki dotyczącej pomocy finansowej, nieubezpieczeni Pacjenci o dochodach powyżej 250% wartości FPL, ale nieprzekraczających 600% wartości FPL, otrzymają zniżkę według skali ruchomej od tej części opłat za świadczone usługi. Pacjenci ubezpieczeni i osiągający dochody powyżej 250% wartości FPL, ale nieprzekraczające 400% wartości FPL, otrzymają zniżkę według skali ruchomej na tę część opłat za świadczone usługi, za które odpowiada Pacjent, zgodnie z objaśnieniami świadczeń zawartymi w planie ubezpieczenia. Zniżki takie obowiązują po złożeniu przez Pacjenta wniosku w terminie 240 dni od wystawienia pierwszego rachunku przy wypisie Pacjenta i zatwierdzeniu Wniosku przez Organizację. Pacjent będzie uprawniony do otrzymania pomocy finansowej według zniżek skali ruchomej, jeżeli złoży Wniosek po upływie 240 dni od dnia wystawienia pierwszego rachunku przy wypisie, przy czym wówczas wysokość pomocy finansowej dostępnej dla Pacjenta w tej kategorii ograniczona będzie do nieuregulowanego salda Pacjenta po uwzględnieniu wszelkich wpłat dokonanych na rachunek Pacjenta. Nieubezpieczony pacjent kwalifikujący się do tej kategorii pomocy finansowej nie zostanie obciążony kwotą wyższą niż obliczone opłaty AGB.

Zniżka według skali ruchomej: (FPL — Federal Poverty Level, dochód określony w federalnym wskaźniku ubóstwa)

Skala ruchoma — pacjenci nieubezpieczeni	%
0–250% FPL	100%
251–300% FPL	95%
301–400% FPL	90%
401–600% FPL	85%

Skala ruchoma — pacjenci ubezpieczeni	%
0–250% FPL	100%
251–300% FPL	95%
301–400% FPL	90%

3. Z zastrzeżeniem pozostałych postanowień niniejszej Polityki dotyczącej pomocy finansowej, Pacjent z dochodem przekraczającym 600% (w przypadku osób nieubezpieczonych) i 400% (w przypadku ubezpieczonych) wskaźnika FPL może kwalifikować się do pomocy finansowej w ramach „Oceny zamożności” (Means Test) w celu uzyskania częściowej zniżki w stosunku do opłat Pacjenta za usługi świadczone przez Organizację na podstawie całkowitego zadłużenia medycznego Pacjenta. Pacjent będzie kwalifikować się do pomocy finansowej na podstawie Oceny zamożności, jeśli ma nadmierne całkowite zadłużenie medyczne, które obejmuje zadłużenie medyczne wobec podmiotów świadczących opiekę zdrowotną w ramach AdventHealth i każdego innego podmiotu świadczącego opiekę zdrowotną, z tytułu opieki w nagłych wypadkach i innej opieki niezbędnej z medycznego punktu widzenia, równe wartości dochodu lub przekraczające dochód brutto gospodarstwa domowego takiego Pacjenta. Poziom pomocy finansowej udzielanej na podstawie Oceny zamożności jest taki sam, jak przyznawany pacjentowi o dochodach wynoszących 600% (pacjent nieubezpieczony) i 400% (pacjent ubezpieczony) wskaźnika FPL zgodnie z Paragrafem 2 powyżej, jeżeli taki Pacjent złoży wniosek w 240 dniu lub przed upływem 240 dni po dacie pierwszego rachunku przy wypisie Pacjenta i zatwierdzeniu Wniosku przez Organizację. Pacjent będzie uprawniony do otrzymania pomocy finansowej według zniżek na podstawie oceny zamożności, jeżeli złoży Wniosek po upływie 240 dni od dnia wystawienia pierwszego rachunku Pacjenta przy wypisie, przy czym wówczas wysokość pomocy finansowej dostępnej dla Pacjenta w tej kategorii ograniczona będzie do nieuregulowanego salda Pacjenta po uwzględnieniu wszelkich wpłat dokonanych na rachunek Pacjenta. Pacjent kwalifikujący się do tej kategorii pomocy finansowej nie zostanie obciążony kwotą wyższą niż obliczone opłaty AGB. Ponadto w przypadku pacjentów nieubezpieczonych, którzy kwalifikują się do ulgi według skali ruchomej, o której mowa w Paragrafie 2, kwoty pobrań w okresie 12 miesięcy dodatkowo ustala się na poziomie 20% dochodu rodziny pacjenta.

4. Pacjent może nie kwalifikować się do pomocy finansowej opisanej w Paragrafach 1–

3 powyżej, jeżeli zgodnie z „Oceną zamożności” zostanie uznane, że posiada on wystarczające aktywa do uiszczenia opłaty. Ocena zamożności polega na merytorycznej ocenie zdolności płatniczej Pacjenta w oparciu o kategorie majątku mierzone we Wniosku FAP. Pacjent posiadający aktywa przekraczające 600% kwoty wskaźnika FPL takiego Pacjenta może nie kwalifikować się do pomocy finansowej.

5. Kwalifikowalność do pomocy finansowej może zostać określona w dowolnym momencie cyklu przychodów i może obejmować wykorzystanie wstępnej kwalifikacji punktowej w przypadku Pacjenta z wystarczająco wysokim nieuregulowanym saldem w ciągu pierwszych 240 dni od wystawienia pierwszego rachunku przy wypisie ze szpitala w celu ustalenia kwalifikowalności do 100% opieki charytatywnej, niezależnie od faktu wypełnienia przez Pacjenta wniosku o pomoc finansową („Wniosek FAP”). Określenie kwalifikowalności na podstawie wstępnej kwalifikacji punktowej ma zastosowanie wyłącznie do epizodu opieki, dla którego przeprowadzana jest wstępna kwalifikacja punktowa.

Pacjenci spełniający jedno lub więcej z poniższych kryteriów zostaną uznani za przypuszczalnie kwalifikujących się do 100% opieki charytatywnej: bezdomność, śmierć bez majątku, upośledzenie umysłowe, w którym to przypadku nie ma osoby mogącej działać w imieniu pacjenta, kwalifikowalność do Medicaid, ale nie w dniu świadczenia usług lub w przypadku usług nieobjętych ubezpieczeniem, rejestracja do Medicaid w innym stanie, w którym Organizacja nie prowadzi działalności i nie zamierza zostać uczestniczącym usługodawcą, jak również uczestnictwo w programie Medicaid po wyczerpaniu limitów długości czasu hospitalizacji.

Dodatkowe obowiązkowe kategorie obejmują rejestrację w następujących programach: Women, Infants and Children Nutrition Program (WIC, program żywienia kobiet, niemowląt i dzieci); Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP, program pomocy w zakresie dodatkowego żywienia); program bezpłatnych lunchów i śniadań w stanie Illinois; Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP, program pomocy w zakresie płatności rachunków za energię dla domów o niskich dochodach); rejestracja w zorganizowanym programie społecznym zapewniającym dostęp do opieki medycznej, który w ramach kryteriów ocenia i dokumentuje niski poziom przychodów; oraz otrzymanie dofinansowania na usługi medyczne.

6. W przypadku Pacjenta uczestniczącego w niektórych planach ubezpieczeniowych, które uznają Organizację za jednostkę „spoza sieci”, Organizacja może zmniejszyć poziom lub odmówić pomocy finansowej, która w innym przypadku byłaby dostępna dla pacjenta na podstawie przeglądu informacji o ubezpieczeniu Pacjenta i innych stosownych dokumentów i okoliczności.
7. Pacjent może odwołać się od każdej odmowy przyznania pomocy finansowej, przekazując Organizacji dodatkowe informacje w ciągu czternastu (14) dni kalendarzowych od otrzymania powiadomienia o odmowie. Wszystkie odwołania zostaną rozpatrzone przez Organizację w celu ostatecznej decyzji. Jeżeli ostateczna decyzja o odmowie przyznania pomocy finansowej zostanie



podtrzymana, do pacjenta zostanie przesłane pisemne powiadomienie. Procedura odwoławcza dla pacjentów i rodziny od decyzji Organizacji dotyczących kwalifikowalności do pomocy finansowej jest następująca:

- a. Odwołania powinny być wstępnie przekazywane do działu ds. usług finansowych dla pacjentów w celu sprawdzenia i zadania pytań uzupełniających, jeśli ma to zastosowanie.
- b. Następnie w celu rozpatrzenia wszystkich odwołań co miesiąc będzie się zbierać komisja. Skład komisji powinien obejmować co najmniej przedstawicieli działu ds. usług finansowych dla pacjentów, działu ds. zarządzania opieką oraz działu finansowego / dyrektora finansowego.
- c. Odwołania przekazywane są członkom komisji przed comiesięcznym posiedzeniem komisji w celu ich rozpatrzenia.
- d. Na posiedzeniu komisji powinien być obecny przedstawiciel ds. usług finansowych dla pacjentów, aby omówić każdy przypadek i przekazać dodatkowe informacje, które mógł dostarczyć pacjent.
- e. Komisja dokona przeglądu Wniosku FAP wnioskodawcy, ze szczególnym uwzględnieniem dodatkowych informacji i punktów poruszonych przez wnioskodawcę w procedurze odwoławczej.
- f. Komisja może zatwierdzić, odrzucić lub odroczyć odwołanie. Komisja może odroczyć odwołanie, jeżeli w oparciu o pytania zadane w trakcie dyskusji na temat odwołania wymagane będą dodatkowe informacje.
- g. Dział ds. usług finansowych dla pacjenta poinformuje na piśmie o wyniku odwołania Pacjenta lub członków jego rodziny.

B. Inna pomoc dla pacjentów niekwalifikujących się do pomocy finansowej

Pacjenci, którzy nie kwalifikują się do pomocy finansowej, jak opisano powyżej, nadal mogą kwalifikować się do innych rodzajów pomocy oferowanej przez Organizację. W celu zapewnienia kompletności w niniejszym dokumencie wymieniono te inne rodzaje pomocy, chociaż nie są one oparte na potrzebach i nie mają podlegać przepisom sekcji 501(r), ale zostały tu uwzględnione dla wygody społeczności obsługiwanej przez Organizację.

1. Nieubezpieczonym Pacjentom, którzy nie kwalifikują się do pomocy finansowej, zostanie przyznana zniżka na podstawie zniżki udzielanej płatnikowi uiszczającemu najwyższe opłaty na rzecz tej Organizacji. Płatnicy uiszczający najwyższe opłaty muszą stanowić co najmniej 3% populacji Organizacji, co jest oceniane na podstawie wielkości lub przychodów brutto pacjentów. Jeżeli pojedynczy płatnik nie odzwierciedla tego minimalnego poziomu wolumenu,

należy uśrednić umowę więcej niż jednego płatnika w taki sposób, aby warunki płatności stosowane do uśredniania stanowiły co najmniej 3% wolumenu działalności Organizacji w danym roku.

2. Pacjenci nieubezpieczeni i ubezpieczeni, którzy nie kwalifikują się do pomocy finansowej, mogą otrzymać zniżkę za szybkie uiszczenie płatności. Zniżka za szybkie uiszczenie płatności może być oferowana jako dodatek do zniżki osoby nieubezpieczonej opisanej w bezpośrednio poprzedzającym akapicie.

C. Ograniczenia opłat dla pacjentów kwalifikujących się do pomocy finansowej

1. Pacjenci uprawnieni do pomocy finansowej nie będą obciążani indywidualnie kwotą wyższą niż AGB za opiekę w nagłych wypadkach i inną niezbędną z medycznego punktu widzenia opiekę oraz nie wyższą niż opłaty brutto za wszelką pozostałą opiekę medyczną. Organizacja oblicza co najmniej jeden procent AGB, stosując metodę „spojrzenia wstecz” (look-back), uwzględniając płatną usługę Medicare i wszystkich prywatnych ubezpieczycieli zdrowotnych, którzy wypłacają roszczenia Organizacji, wszystko zgodnie z sekcją 501(r).
2. Bezpłatny egzemplarz opisu obliczeń AGB i wartości procentowych można uzyskać na stronie internetowej AdventHealth <https://www.adventhealth.com/legal/financial-assistance-illinois>, dzwoniąc pod numer 844-652-0600, wysyłając wiadomość e-mail na GLR.CustomerService@AdventHealth.com lub pisemnie:

AdventHealth Patient Financial Services
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 100
Bolingbrook, IL 60440

W przypadku wizyt w dniu 29.10.2023 r. lub późniejszych prosimy

o kontakt telefoniczny pod numerem 800-462-0490 lub wysłanie wiadomości

e-mail na:

AdventHealth
Attn: Financial Assistance
PO Box 935979
Atlanta, GA 31193

D. Ubieganie się o pomoc finansową i inną pomoc

Pacjent może zakwalifikować się do pomocy finansowej na podstawie

wstępnej kwalifikacji punktowej lub ubiegając się o pomoc finansową poprzez złożenie wypełnionego Wniosku FAP. Wniosek FAP i Instrukcje dotyczące składania wniosków FAP są dostępne w witrynie internetowej AdventHealth lub pod numerem telefonu 844-652-0600, pocztą elektroniczną pod adresem GLR.CustomerService@AdventHealth.com lub pisemnie:

AdventHealth Patient Financial Services
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 100
Bolingbrook, IL 60440

W przypadku wizyt w dniu 29.10.2023 r. lub późniejszych prosimy

o kontakt telefoniczny pod numerem 800-462-0490 lub wysyłanie

wiadomości e-mail na:

AdventHealth

Attn: Financial Assistance

PO Box 935979

Atlanta, GA 31193

Zachęcamy do pobrania aplikacji AdventHealth i założenia konta, które umożliwi ubieganie się o pomoc finansową również online. Jeśli nie masz konta AdventHealth, odwiedź stronę account.adventhealth.com/register/.

Organizacja będzie wymagać od osób nieubezpieczonych współpracy z doradcą finansowym w celu ubiegania się o Medicaid lub inne programy pomocy publicznej, do których pacjent zostanie uznany za potencjalnie uprawnionego, aby zakwalifikować się do pomocy finansowej (z wyjątkiem przypadków, w których pacjent kwalifikuje się i uzyskał zatwierdzenie na podstawie wstępnej kwalifikacji punktowej). Pacjentowi można odmówić pomocy finansowej w przypadku podania przez Pacjenta fałszywych informacji we Wniosku FAP lub w związku z procesem kwalifikacyjnym wstępnej kwalifikacji punktowej, jeśli pacjent odmówi cesji wpływów z ubezpieczenia lub prawa do otrzymania płatności bezpośrednio od firmy ubezpieczeniowej, która może być zobowiązana do zapłaty za świadczoną opiekę, lub jeśli pacjent odmówi współpracy z doradcą finansowym w celu ubiegania się o Medicaid lub inne programy pomocy publicznej, do których pacjent jest potencjalnie uprawniony w celu zakwalifikowania się do pomocy finansowej (z wyjątkiem przypadków, w których pacjent kwalifikuje się i uzyskał zatwierdzenie na podstawie wstępnej kwalifikacji punktowej). Organizacja może uznać Wniosek FAP za wypełniony mniej niż dwanaście miesięcy przed jakąkolwiek datą ustalenia kwalifikowalności przy podejmowaniu decyzji o kwalifikowalności do

bieżącego epizodu opieki.
Organizacja nie uzna Wniosku FAP za wypełniony wcześniej niż dwanaście miesięcy przed datą ustalenia kwalifikowalności.

E. Rozliczenia i windykacja

Działania, jakie może podjąć Organizacja w przypadku braku płatności opisane są w odrębnej polityce rozliczeń i windykacji. Bezpłatny egzemplarz polityki rozliczeń i windykacji można uzyskać, dzwoniąc pod numer 844-652-0600, wysyłając wiadomość e-mail na adres GLR.CustomerService@AdventHealth.com lub pisemnie:

AdventHealth Patient Financial
Services Attention: Financial
Assistance Department 1000
Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

W przypadku wizyt w dniu 29.10.2023 r. lub późniejszych prosimy

o kontakt telefoniczny pod numerem 800-462-0490 lub wysłanie

wiadomości e-mail na:

AdventHealth

Attn: Financial Assistance

PO Box 935979

Atlanta, GA 31193

F. Interpretacja

Niniejsza polityka, wraz ze wszystkimi obowiązującymi procedurami, ma na celu zachowanie zgodności z sekcją 501(r) i powinna być interpretowana i stosowana zgodnie z sekcją 501(r), chyba że wyraźnie wskazano inaczej.

ODNIESIENIA

- a. Formularz wniosku o pomoc finansową
- b. Streszczenie Polityki dotyczącej pomocy finansowej sporządzone prostym językiem
- c. Lista dostawców objętych i nieobjętych Polityką dotyczącą pomocy finansowej
- d. Kwoty ogólnie naliczane