

<b>Dział:</b> Corporate Business Services	<b>SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ YALE NEW HAVEN - ZASADY I PROCEDURY</b>	
<b>Tytuł:</b> Zasady programów pomocy finansowej		
<b>Data zatwierdzenia:</b> 20/09/2013	<b>Zatwierdzone przez:</b> Rady nadzorcze Starszego wiceprezesa, Dział Finansowy	
<b>Obowiązuje od:</b> 20/09/2013 Szpital Lawrence + Memorial Hospital i Westerly Hospital - 1/1/2017	<b>Data przeglądu/aktualizacji:</b> 21/01//2015, 30/09/2016, 16/12/2016, 1/6/2017, 7/15/2018	
<b>Dystrybucja:</b> MCN Policy Manager	<b>Kategoria zasad (I lub II):</b> Kategoria I	
<b>Zastępuje:</b> Programy pomocy finansowej w zakresie usług szpitalnych – Yale New Haven Hospital (NC:F-4) Programy pomocy finansowej w zakresie usług szpitalnych - Bridgeport Hospital (9-13) Przegląd programów pomocy finansowej w zakresie usług szpitalnych - Greenwich Hospital Opieka charytatywna, pomoc finansowa, przepis dotyczący funduszu bezpłatnych łóżek - Lawrence + Memorial Hospital i Westerly Hospital		

## CEL

Pracownicy systemu opieki zdrowotnej Yale New Haven (Yale New Haven Health System, „YNHHS”) zdają sobie sprawę, że pacjenci mogą nie być w stanie płacić za niezbędną z medycznego punktu widzenia opiekę zdrowotną bez pomocy finansowej. Zgodnie ze swoją misją, YNHHS zobowiązuje się, że przy ustalaniu należności za usługi świadczone przez szpital w nagłych wypadkach i innych sytuacjach wymagających niezbędnej pomocy medycznej, uwzględnione zostaną możliwości pacjenta w zakresie uiszczenia płatności.

W celu spełnienia swojej misji, szpital YNHHS ustanowił Programy Pomocy Finansowej („FAP”) w odniesieniu do płatności za usługi świadczone w nagłych wypadkach i innych sytuacjach wymagających niezbędnej pomocy medycznej. Cele FAP to:

- (i) określenie wszelkich źródeł pomocy finansowej dostępnej w ramach FAP;
- (ii) zapewnienie przystępnie opracowanych informacji dotyczących kryteriów kwalifikacyjnych, wymogów w zakresie składania wniosku oraz metod ubiegania się o pomoc finansową;
- (iii) określenie podstawy do obliczenia kwot odpłatności pacjentów kwalifikujących się do pomocy w ramach FAP za usługi w nagłych wypadkach i innych sytuacjach wymagających opieki; oraz

## Financial Assistance Programs Policy

- (iv) określenie działań podjętych przez szpitale YNHHS mających na celu szerokie rozpowszechnienie informacji o FAP w społecznościach obsługiwanych przez YNHHS.

### STOSOWALNOŚĆ

Niniejsze zasady obowiązują we wszystkich licencjonowanych szpitalach stowarzyszonych z YNHHS, w tym Bridgeport Hospital („BH”), Greenwich Hospital („GH”), Lawrence + Memorial Hospital („LMH”), Yale New Haven Hospital („YNHH”) oraz Westerly Hospital („WH”) (każdy określany mianem „Szpital”).

### ZASADY

#### I. Zakres i lista świadczeniodawców

- A. **Pomoc w nagłych wypadkach i innych sytuacjach wymagających niezbędnej opieki medycznej.** FAP dotyczy pomocy w nagłych wypadkach i innych sytuacjach wymagających niezbędnej opieki medycznej, w tym usług hospitalizacyjnych i ambulatoryjnych, za które rachunek wystawia Szpital. FAP nie obejmuje: (a) prywatnego pokoju ani pielęgniarek świadczących usługi prywatnie; (b) usług, które nie są niezbędne z medycznego punktu widzenia, takich jak operacje plastyczne w trybie planowym; (c) opłat za inne zapewniające komfort usługi, takie jak telewizja, telefon, oraz (d) innych rabatów i redukcji kosztów, które nie zostały wymienione w niniejszych zasadach.
- B. **Lista świadczeniodawców.** Lista świadczeniodawców oferujących usługi w nagłych wypadkach i innych sytuacjach wymagających niezbędnej opieki medycznej w Szpitalu znajduje się na stronie:  
[https://www.ynhh.org/~media/files/ynhhs/forms/financial/011117/ynhh\\_fap\\_policy\\_list\\_2017.pdf](https://www.ynhh.org/~media/files/ynhhs/forms/financial/011117/ynhh_fap_policy_list_2017.pdf)  
Na liście wskazano, czy dany świadczeniodawca jest objęty FAP. Jeżeli świadczeniodawca nie jest objęty programem FAP, pacjenci powinni skontaktować się z jego gabinetem, aby dowiedzieć się, czy świadczeniodawca ten oferuje pomoc finansową, i jeśli tak, jaki jest zakres tej pomocy.
- C. **Zgodność z EMTALA.** Działalność szpitali musi być zgodna z ustawą o opiece medycznej w nagłych wypadkach i aktywnej fazie porodu (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) oraz nie mogą podejmować działań, które mogłyby zniechęcić kogokolwiek do zwrócenia się o pomoc medyczną w nagłym wypadku.

#### II. Programy pomocy finansowej i kryteria kwalifikacyjne

Pomoc finansowa jest dostępna dla obywateli i rezydentów Stanów Zjednoczonych, którzy złożyli wymagany wniosek o pomoc finansową oraz spełniają dodatkowe wymagania kwalifikacyjne opisane poniżej.

- A. **Program Usługi Bezpłatne (Free Care).** Program Usługi Bezpłatne zapewnia bezpłatną opiekę dla pacjentów Szpitala, których roczny dochód brutto w rodzinie nie przekracza 250% federalnego poziomu ubóstwa (Federal Poverty Guidelines) (*patrz Załącznik 1*). Od pacjenta,

## Financial Assistance Programs Policy

który według uznania szpitala może kwalifikować się do stanowej pomocy medycznej wymagane będzie kwalifikowanie się do pomocy stanowej w okresie ostatnich sześciu miesięcy.

Ponadto, YNHHS na rzecz BH, GH oraz YNHH używa opracowanego przez firmę zewnętrzną narzędzia kwalifikacyjnego jako pomocy w zidentyfikowaniu osób samodzielnie płacących należności (self-pay balances), które nie złożyły wniosku o pomoc finansową, a których dochód nie przekracza 250% federalnego poziomu ubóstwa (*tzn.* kwalifikujących się do programu bezpłatnych usług). W przypadku zidentyfikowanego w ten sposób pacjenta zaległe opłaty za usługi szpitalne mogą zostać anulowane w ramach opieki charytatywnej (bezpłatnej).

- B. Program Usługi Ulgowe (Discounted Care).** Jeżeli pacjent szpitala nie posiada ubezpieczenia i jego roczny dochód brutto na rodzinę jest w granicach 251% - 550% kwoty wskazanej w federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa, szpital zastosuje obniżenie opłaty za usługi do poziomu naliczanej kwoty zwyczajowej (AGB) (zgodnie z definicją zawartą w Części III poniżej oraz w Załączniku 1).
- C. Fundusze łóżek szpitalnych (Hospital Bed Funds).** Pacjent może być uprawniony do uzyskania pomocy finansowej z funduszy łóżek szpitalnych, będących funduszami przekazanymi w darze szpitalowi w celu zapewnienia opieki lekarskiej pacjentom w szpitalu. Możliwość skorzystania z funduszy łóżek szpitalnych nie wiąże się z wymogami dotyczącymi progu dochodowego. Kwalifikowalność określana jest przez osoby nominujące na podstawie analizy każdego przypadku w oparciu o warunki finansowe. Wszyscy pacjenci, którzy złożą wniosek o pomoc finansową, będą automatycznie uznani za kandydatów do funduszy łóżek szpitalnych.
- D. Inne szpitalne programy pomocy finansowej.**
- (i) **Program Ja i Moje Dziecko (Me & My Baby) w Yale New Haven Hospital.** Program ten jest dostępny dla pacjentek szpitala Yale New Haven Hospital. W jego ramach oferowane są usługi w zakresie opieki prenatalnej i porodu oraz niektóre świadczenia w okresie poporodowym. Do programu mogą kwalifikować się osoby zamieszkałe na obszarze okręgu New Haven, nieposiadające ubezpieczenia zdrowotnego, z dochodem na rodzinę poniżej 2 ½-krotności federalnego poziomu ubóstwa. Aby uzyskać więcej informacji lub zwrócić się z prośbą o formularz wniosku, należy spotkać się z naszymi przedstawicielami w Yale New Haven Hospital Women's Center lub skontaktować się telefonicznie pod numerem tel. 203-688-5470..
  - (ii) **Klinika Ambulatoryjna Greenwich Hospital (Greenwich Hospital Outpatient Clinic)** obsługuje pacjentów ubezpieczonych przez Medicare, Medicaid lub ubezpieczenia oferowane przez Access Health CT oraz których dochód na rodzinę jest niższy niż 4-krotność federalnego poziomu ubóstwa. Ponadto, klinika zapewnia świadczone po obniżonych stawkach usługi w zakresie opieki medycznej osobom, które nie są uprawnione do uzyskania ubezpieczenia, są mieszkańcami Greenwich,

## Financial Assistance Programs Policy

z dochodem na rodzinę poniżej 4-krotności federalnego poziomu ubóstwa. Aby uzyskać więcej informacji lub pobrać formularz wniosku, należy zadzwonić pod numer tel. 203-863-3334.

### **III. Ograniczenie płatności – odpłatność naliczana w przypadku pacjentów kwalifikujących się do programu FAP**

W przypadku przyznania pomocy finansowej, która nie pokrywa w 100% kosztów YNHHS za usługę, odpłatność pacjenta kwalifikującego się do otrzymania pomocy finansowej w ramach tych Zasad nie może przekraczać kwoty zwyczajowej, jaką Szpital obciąża pacjentów posiadających ubezpieczenie na taką usługę („AGB”). YNHHS oblicza AGB corocznie dla każdego Szpitala, w oparciu o „metodę retrospektywną” oraz stawki za usługi Medicare, uwzględniając kwoty opłat własnych członków Medicare oraz wszystkich prywatnych ubezpieczycieli, którzy płacą rozszczenia każdemu Szpitalowi za poprzedni rok fiskalny. YNHHS może zastosować procentową zniżkę dla Szpitala lub może wybrać najbardziej korzystną dla pacjentów YNHHS zniżkę procentową. Kwoty AGB podano w Załączniku 1.

Znaczenie użytych w niniejszym dokumencie pojęć „kwota naliczana zwyczajowo” i „metoda retrospektywna” opisano w artykule §501(r)(5) i 1.501(r)-5 Kodeksu Amerykańskiego Urzędu Podatkowego (Internal Revenue Code).

### **IV. Metoda ubiegania się o pomoc**

Aby zakwalifikować się do otrzymania pomocy finansowej, pacjent musi wypełnić wymagany formularz wniosku o przyznanie pomocy finansowej („Wniosek”). Wniosek zawiera omówienie (i) dostępnych programów *FAP* i kryteriów kwalifikacyjnych, (ii) wymogów dotyczących dokumentacji niezbędnej do określenia kwalifikowalności oraz (iii) informacje kontaktowe odnośnie pomocy *FAP*. Ponadto, we wniosku zamieszczono informacje, że (i) szpital odpowie na każdy wniosek pisemnie, (ii) pacjenci w dowolnej chwili mogą ponownie ubiegać się o pomoc finansową w ramach *FAP* oraz (iii) dodatkowe fundusze bezpłatnych łóżek są dostępne corocznie. Szpitale nie mogą odmówić przyznania pomocy finansowej w ramach *FAP* z powodu niedostarczenia informacji lub dokumentów, które nie są wymagane przez *FAP* lub wniosek jako załącznik do wniosku.

Szpitale YNHHS podejmą racjonalnie uzasadnione starania, aby określić kwalifikowalność oraz udokumentować w stosownych kontaktach pacjentów wszelkie decyzje dotyczące kwalifikowalności do uzyskania pomocy finansowej. Po stwierdzeniu przez szpital, że pacjent kwalifikuje się do *FAP*, szpital powinien:

- (i) Zapewnić wyciąg z rachunku, zawierający informacje o kwocie długu pacjenta kwalifikującego się do *FAP*, w tym informacje, w jaki sposób ta kwota została określona oraz opis, skąd pacjent może uzyskać informacje dotyczące kwoty AGB za opiekę medyczną;
- (ii) Zwrócić pacjentowi kwotę, którą zapłacił za opiekę, i która wykracza poza należność, za której opłacenie jest on odpowiedzialny jako osoba kwalifikująca się do *FAP*, chyba że

## Financial Assistance Programs Policy

nadpłata ta jest niższa niż \$5 lub inna kwota określona przez IRS; oraz

- (iii) Zastosować racjonalnie uzasadnione środki w celu anulowania wszelkich nadzwyczajnych działań związanych z windykacją.

### V. Działania prawne z tytułu braku płatności

Szpital (oraz każda agencja windykacyjna lub inny podmiot, do którego skierowano dług) nie może podejmować żadnych nadzwyczajnych działań związanych z windykacją („ECA”) przed upływem 120 dni od wysłania pierwszego wyciągu po wyświadczeniu usługi, zanim nie zostaną podjęte racjonalnie uzasadnione starania w celu stwierdzenia, czy pacjent lub dowolna inna osoba ponosząca odpowiedzialność finansową za samodzielne płacenie należności (Osoba odpowiedzialna) kwalifikuje się do otrzymania pomocy finansowej w ramach *FAP*. Wszelkie działania ECA muszą zostać zatwierdzone przez wiceprezesa działu Corporate Business Services lub wyznaczoną przez niego osobę, którzy przed zatwierdzeniem muszą potwierdzić, że spełnione zostały wymagania dotyczące racjonalnie uzasadnionych starań w ramach *FAP*.

Szpital będzie realizował cykl rozliczeniowy A/R zgodnie z wewnętrznymi procesami i praktykami operacyjnymi. W ramach tych procesów i praktyk operacyjnych Szpital musi, jako minimum, powiadomić pacjentów o swoich programach *FAP* od dnia wyświadczenia usługi i przez cały cykl rozliczeniowy A/R (lub w trakcie tego okresu na mocy wymogów prawa, którykolwiek okres jest dłuższy) w następujący sposób:

1. Wszyscy pacjenci otrzymają przystępnie napisany opis oraz formularz wniosku o przyznanie pomocy finansowej w ramach *FAP* jako element dokumentacji przy wypisie ze lub przyjęciu do Szpitala.
2. W celu pobrania należności muszą zostać wysłane przynajmniej trzy osobne wyciągi z rachunku samodzielnie opłacanego konta drogą poczty konwencjonalnej lub elektronicznej na ostatni, figurujący w dokumentacji adres pacjenta i dowolnej innej Osoby odpowiedzialnej, pod warunkiem, że po przedłożeniu przez Osobę odpowiedzialną kompletnego wniosku o pomoc finansową w ramach *FAP* nie zachodzi potrzeba wysłania żadnych dodatkowych wyciągów lub należność nie została w pełni uregulowana. Pomiedzy wysłaniem pierwszego i ostatniego z trzech wymaganych wyciągów z rachunku musi upłynąć przynajmniej 60 dni. W dniu wyświadczenia z usługi oraz w przypadku przeprowadzki Osoba odpowiedzialna ma obowiązek dostarczenia właściwego adresu do korespondencji. Jeżeli na koncie nie będzie właściwego adresu, konieczne będzie podjęcie „racjonalnie uzasadnionych starań”. Każdy wyciąg z rachunku samodzielnie opłacanego konta pacjenta musi zawierać, między innymi, następujące informacje:
  - a. Dokładny opis wyświadczonych w szpitalu usług, które obejmuje wyciąg;
  - b. Należności za te usługi;
  - c. Wysokość kwoty, do opłacenia której zobowiązana jest Osoba odpowiedzialna (lub, jeśli kwota ta jest nieznana, oparte na dobrej wierze oszacowanie takiej kwoty w dniu

## Financial Assistance Programs Policy

wystawienia pierwszego wyciągu); oraz

- d. W zrozumiałym i przystępnym sposobie napisane powiadomienie, informujące Osobę odpowiedzialną o możliwości skorzystania z pomocy finansowej w ramach FAP, z podaniem numeru telefonu działu oraz bezpośredniego adresu strony internetowej, skąd można pobrać kopie dokumentacji.
3. Przynajmniej jeden z wyciągów wysłanych pocztą konwencjonalną lub elektroniczną musi zawierać pisemne powiadomienie informujące Osobę odpowiedzialną o działaniach ECA, które zostaną podjęte, jeżeli Osoba odpowiedzialna nie będzie się ubiegać o pomoc finansową w ramach FAP lub nie ureguluje należności w terminie wskazanym w wyciągu. Wyciąg z rachunku musi być dostarczony Osobie odpowiedzialnej w ciągu przynajmniej 30 dni przed terminem wskazanym na wyciągu. Do wyciągu musi być załączony przystępnie napisany opis. W dniu świadczenia z usługi oraz w przypadku przeprowadzki, Osoba odpowiedzialna ma obowiązek dostarczenia właściwego adresu do korespondencji. Jeżeli na koncie nie będzie właściwego adresu, konieczne będzie podjęcie „racjonalnie uzasadnionych starań”.
4. Jeżeli należność pozostanie nieuregulowana, przed zainicjowaniem jakichkolwiek działań ECA przynajmniej raz w okresie wysyłania wyciągów pocztą konwencjonalną lub elektroniczną zostanie podjęta próba telefonicznego skontaktowania się z Osobą odpowiedzialną pod ostatnim znanym numerem telefonu (jeśli jest dostępny). W trakcie rozmowy pacjent lub Osoba odpowiedzialna zostaną poinformowani o pomocy finansowej, która może być dostępna w ramach FAP.
5. Pod warunkiem zgodności z postanowieniami zawartymi w tych zasadach, w celu uzyskania płatności za świadczone usługi, Szpital YNHHS może podjąć nadzwyczajne działania związane z windykacją (ECA), opisane w Załączniku 2.

## VI. Dostęp do Zasad

Kopie FAP, przystępnie opracowanego opisu FAP oraz wniosku FAP dostępne są na stronie <https://www.ynhhs.org/billing-insurance.aspx>.

Na prośbę, każdy Szpital może bezpłatnie udostępnić papierowe kopie FAP, przystępnie opracowanego opisu FAP oraz wniosku FAP, przesyłając je pocztą lub przekazując w dziale Hospital Emergency Department oraz we wszystkich punktach rejestracji, w języku angielskim oraz w podstawowych językach populacji o ograniczonej znajomości angielskiego, liczącej 1000 osób lub przynajmniej 5% populacji (którakolwiek z tych liczb jest mniejsza) obsługiwanej w Szpitalu. Listę języków podano w Załączniku 3.

Aby uzyskać informacje dotyczące kryteriów kwalifikacyjnych i dostępnych programów oraz zwrócić się z prośbą o wysłanie kopii FAP, przystępnie opracowanego opisu FAP, formularza wniosku FAP, oraz Zasad Rozliczeń i Windykacji, lub w przypadku potrzeby uzyskania przetłumaczonych kopii przystępnie opracowanego opisu FAP lub wniosku FAP na język inny niż angielski, należy skontaktować się z działem Corporate Business Services pod bezpłatnym numerem tel. 855- 547-4584. Ponadto pacjenci mogą zwrócić się do działu Patient Registration, Patient Financial Services

## Financial Assistance Programs Policy

and Social Work/Case Management w sprawie rozpoczęcia procesu składania wniosku FAP.

Dodatkowe działania mające na celu szersze upublicznienie FAP obejmują zamieszczanie powiadomień w ogólnodostępnej prasie, załączanie pisemnych informacji na wyciągach z rachunków, informowanie o FAP w każdym przypadku komunikacji ustnej z pacjentami w sprawie niezapłaconych należności oraz organizowanie otwartych imprez i sesji informacyjnych.

### **VII. Komisja nadzorcza (Management Oversight Committee)**

FAP jest nadzorowany przez komisję nadzorczą, której przewodzi starszy wiceprezes, YNHHS, a w jej skład wchodzi, zgodnie z potrzebą, przedstawiciele Corporate Business Services, działu usług finansowych dla pacjentów, relacji z pacjentami, działu finansowego oraz personel medyczny. Spotkania komisji odbywają się co najmniej raz na kwartał.

### **VIII. Zgodność z przepisami stanowymi**

Każdy szpital powinien zachować zgodność z odpowiednimi przepisami stanowymi, takimi jak Ogólne Ustawy Stanu Connecticut (Connecticut General Statutes), określające ściąganie przez szpital należności od nieubezpieczonych pacjentów oraz Ogólnostanowe Normy Ustalające Opiekę Charytatywną w stanie Rhode Island (*Statewide Standard for the Provision of Charity Care*) określone w Ustawie 11.3 przepisów Wydziału Zdrowia stanu Rhode Island dotyczących rozliczeń szpitalnych („RI Regulations”) oraz Ogólnostanowe Normy Ustalające Nieodpłatną Opiekę (*Statewide Standard for the Provision of Uncompensated Care*) określone w Ustawie 11.4 przepisów stanu RI.

### **ŹRÓDŁA**

Internal Revenue Code 501(c)(3)

Internal Revenue Code 501(r)

Conn. Gen. Stat. § 19a-673 et seq.

Przepisy stanu RI - Ustawa 11.3 i 11.4

### **POWIĄZANE WYTYCZNE**

YNHHS Billing and Collections Policy

YNHHS EMTALA Policy: Medical Screening/Stabilization, On-Call and Transfer

Yale New Haven Hospital Policy – Distribution of Free Care Funds NC:F-2

Zasady i Procedury obowiązujące w Greenwich Hospital Outpatient Center

## Financial Assistance Programs Policy

### Załącznik 1

#### Wskazówki dotyczące 250% i 550% federalnego poziomu ubóstwa (Federal Poverty Guidelines, FPG)

	<u>Liczba osób w rodzinie</u>	<u>100%</u>	<u>250%</u>	<u>550%</u>	
	1	\$ 12 140	\$ 30 350	\$ 66 770	
	2	\$ 16 460	\$ 41 150	\$ 90 530	
	3	\$ 20 780	\$ 51 950	\$ 114 290	
	4	\$ 25 100	\$ 62 750	\$ 138 050	
	5	\$ 29 420	\$ 73 550	\$ 161 810	
	6	\$ 33 740	\$ 84 350	\$ 185 570	
	Opieka bezpłatna: Dodać \$10 800 na każdego dodatkowego członka rodziny				
	Usługi ulgowe: Dodać \$23 760 na każdego dodatkowego członka rodziny				

#### **Kwoty naliczane zwyczajowo (Amounts Generally Billed, AGB)**

Pacjenci uprawnieni do otrzymania pomocy finansowej na podstawie tych zasad otrzymają pomoc zgodnie z poniższym wykazem:

#### **Wszystkie szpitale YNHHS:**

<b>Roczny dochód w rodzinie</b>	<b>Wysokość ulgi w %</b>	<b>Odpłatność pacjenta w %</b>
< lub = 250% FPG	100%	0
> 250% - 550% FPG	70%	30%

\*Za rok kalendarzowy 2018, AGB (% kosztów): BH 30,4%, GH 31,6%, LMH 38,7%, YNHH 32,6% i WH 30,9%

Zaktualizowano 21 marca 2018 r.



**Załącznik 2**

**NADZWYCZAJNE DZIAŁANIA ZWIĄZANE Z WINDYKACJĄ**

**Zastaw pod nieruchomość**

Zastawy pod nieruchomość są dozwolone wyłącznie w przypadkach, gdy:

- a) Pacjent miał możliwość ubiegania się o środki z funduszu bezpłatnych łóżek, lecz nie odpowiedział, odmówił, lub stwierdzono, że nie kwalifikuje się do otrzymania takich środków;
- b) Pacjent nie ubiegał się lub nie zakwalifikował się do otrzymania innej pomocy finansowej w ramach Financial Assistance Policy (FAP) Szpitala, która pomogłaby mu w opłaceniu należności, lub zakwalifikował się, ale nie uregulował swojej odpłatności;
- c) Pacjent nie podjął prób lub nie wyraził zgody na ustalenie harmonogramu spłat, lub nie przestrzega harmonogramu spłat, który został uzgodniony pomiędzy nim a szpitalem;
- d) Łączna kwota należności przekracza \$10 000, przy czym wyceniona wartość nieruchomości, które mają być przedmiotem zastawu, wynosi co najmniej \$300 000; oraz
- e) Zastaw nie będzie skutkował przejściem nieruchomości na własność wierzyciela.

**Załącznik 3**

**Języki dostępne w przypadku ograniczonej znajomości języka angielskiego**

Albański
Arabski
Uproszczony chiński
Francuski
Francuski-kreolski (Haitański-kreolski)
Niemiecki
Grecki
Hindi
Włoski
Japoński
Koreański
Pasztó
Perski dari
Perski farsi
Polski
Portugalski
Portugalski-kreolski (Rep. Zielonego Przylądka)
Rosyjski
Hiszpański
Swahili
Tagalog
Tigrinya
Turecki
Wietnamski