

PROPÓSITO:

Proporcionar los criterios y procedimientos de elegibilidad para brindar atención médica gratuita y con descuento a los pacientes tratados en *Valley Presbyterian Hospital* (Hospital) que no tienen la capacidad de pagar por su atención. Los hospitales de California que brindan atención de agudos deben cumplir con la Sección 127400 et seq. del Código de Salud y Seguridad, en adelante denominada Ley de Precios Justos de California, que incluye requisitos para las políticas escritas que brindan cuidados con descuento y cuidados de beneficencia a pacientes calificados financieramente. Se requiere que los hospitales exentos de impuestos cumplan con los requisitos de la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas de 1986, en su versión modificada, que tienen requisitos relacionados con la provisión de atención de beneficencia. Esta política pretende exceder los requisitos legales detallados en la Ley de Precios Justos de California y el Código de Rentas Internas.

POLÍTICA:

A través de su Programa de asistencia financiera, el Hospital se compromete a brindar atención médica de beneficencia y atención médica con descuento a personas con necesidades de atención médica que no cuentan con seguro médico, o si el seguro médico no es suficiente, o que no pueden pagar por la atención médica necesaria según su situación financiera individual. De acuerdo con su misión de brindar y mejorar la calidad de la salud en el Valle de San Fernando, el Hospital se esfuerza por garantizar que la capacidad financiera de las personas que necesitan servicios de atención médica no les impida buscar o recibir atención. El Hospital brindará, sin discriminación, atención médica para afecciones médicas de emergencia a las personas, independientemente de su elegibilidad para recibir asistencia financiera o gubernamental.

Las determinaciones de elegibilidad de asistencia financiera deben realizarse cuando se ingresa a un paciente, o tan pronto como sea posible después de que se brinda atención de emergencia. Los pacientes pueden ser considerados para atención de beneficencia o atención con descuento en cualquier momento, incluso si anteriormente se les denegó una solicitud. La elegibilidad de un paciente para asistencia financiera solo se considerará después de que se hayan determinado todas las fuentes de pago.¹ Si un paciente de atención de beneficencia no recibe una subvención de asistencia financiera por el total de los cargos, se le ofrecerá la posibilidad de participar en el Programa de atención con descuento a través de un Plan de pago razonable², según los criterios que calificarían a un paciente para responsabilidad reducida, es decir, no hay recursos disponibles para el pago, como los recursos de un tercero o un seguro de salud privado. Se incluye una nota de aviso que explica nuestra Política de asistencia financiera en nuestro Resumen en lenguaje sencillo (*Anexo D*). Si hay un tercero, el paciente debe cooperar para ayudar al hospital a recibir el pago. A solicitud de cualquier persona sin cobertura, el hospital deberá proporcionar un cálculo por escrito del monto que el hospital requerirá que la persona pague por los servicios, procedimientos y suministros de atención médica que razonablemente se espera que el Hospital proporcione a la persona, según la duración promedio de la estadía y los servicios prestados para el diagnóstico de la persona.³ Se incluye una lista de proveedores que participan en nuestro Programa de asistencia financiera como *Anexo C*.

No cobraremos al paciente ninguna responsabilidad de terceros, pero se espera que el paciente colabore con nosotros. Cuando proporcionemos servicios de atención de beneficencia, podremos cargar el mayor de los montos que esperaríamos sean pagados por Medicare, Medi-Cal, *Healthy Families Program*, u otro programa de salud patrocinado por el gobierno, de beneficios de la salud en que participamos, para proporcionar los servicios pertinentes.⁴ Sin embargo, el monto que cobremos nunca excederá el monto que generalmente facturaríamos, o el "AGB", por la prestación de servicios pertinentes. Las políticas relacionadas que respaldan las Políticas de atención de beneficencia y atención con descuento (Política de asistencia financiera) se mencionan en la parte de Adjuntos/Anexos de esta política.⁵

Nota: LOS EMPLEADOS DE VALLEY PRESBYTERIAN HOSPITAL NO DEBEN, EN NINGÚN MOMENTO, INDICAR O SUGERIR AL PACIENTE, QUE SE LE LIBRARÁ DE LA DEUDA PERDONANDO LA MISMA POR MEDIO DE UNA CANCELACIÓN POR ATENCIÓN DE BENEFICENCIA O ATENCIÓN CON DESCUENTO, HASTA QUE SE HAYA TOMADO UNA DETERMINACIÓN FINAL (7/31/18) DE ACUERDO CON ESTA POLÍTICA.

I. Programa de asistencia financiera

A. Atención médica/cuidados de beneficencia

La atención de beneficencia representa todas las tarifas de los bienes y servicios de atención médica hospitalaria que se prestan a los pacientes que no pueden pagar sus deudas, como resultado de una determinación de su incapacidad de pago, y no de su disposición a pagar. Esto incluye los deducibles, coaseguros y copagos de pacientes asegurados. La atención de beneficencia estará disponible para las personas que no cuentan con seguro, que no cuentan con seguro suficiente, y que no pueden pagar su atención, según una determinación de necesidad financiera de acuerdo con esta política. Se determinará que una persona no puede pagar su atención cuando el ingreso anual de esa persona sea igual o inferior al 350% de las Directrices de pobreza federal (FPG), y siempre que la persona no tenga efectivo, activos o recursos suficientes para pagar tal cuidado en virtud de esta política, o cuando tal individuo esté calificado de otra manera bajo esta política.

Los cargos hospitalarios por cuentas de pacientes identificadas como cuidado de beneficencia en el momento de la admisión o el servicio, no son reconocidos por el establecimiento como ingresos netos o cuentas por cobrar netas. Si las cuentas de los pacientes se identifican como atención de beneficencia posterior al establecimiento que reconoce los cargos como ingresos, se requiere un ajuste para clasificar adecuadamente los ingresos y cualquier deuda incobrable registrada previamente. Las transacciones de la cuenta del paciente para el cuidado de beneficencia deben publicarse en el mes en que se realiza la determinación. La atención de beneficencia no incluye cancelaciones contractuales.

B. Atención médica/cuidados con descuento

La atención con descuento es otra forma en que el Hospital brinda cuidados a las personas que se determinan financieramente incapaces de satisfacer sus deudas. El Hospital determina la capacidad del paciente para pagar al momento de la admisión o el registro. Las personas que se consideran elegibles para el cuidado con descuento deben pagar un precio inferior al que normalmente cobraría el Hospital por los servicios que necesitan. El proveedor de cobros del hospital y el paciente luego trabajan juntos para negociar los términos de un plan de pago, que tomará en cuenta el nivel de ingresos familiares del paciente y los gastos de vida esenciales. Todos los pagos realizados bajo un plan de pago de Cuidado con descuento no devengan intereses.⁶ Como se establece a continuación, el Cuidado con descuento puede estar disponible para personas con ingresos familiares de hasta 650% del FPG, con una escala variable de responsabilidad del paciente.

II. Servicios elegibles

Los siguientes servicios de atención médica son elegibles para la atención de beneficencia y atención con descuento, ya sea que sean provistos por personal médico empleado por el Hospital o bajo contrato para proporcionar servicios médicos de emergencia. Una lista de proveedores que están cubiertos por la Política de asistencia financiera del Hospital se incluye como *Anexo C*.

- A. Servicios médicos de emergencia prestados en un entorno de sala de emergencia;
- B. Servicios para una condición que, si no se trata con prontitud, dará lugar a un cambio adverso en el estado de salud de una persona;
- C. Servicios no electivos prestados en respuesta a circunstancias que amenazan la vida en un entorno de sala no de emergencia; y,
- D. Servicios médicamente necesarios.

III. Elegibilidad para la atención de beneficencia y la atención con descuento ⁷

A. **Elegibilidad para la atención de beneficencia.**⁸ Para calificar para cuidados de beneficencia, un paciente debe:

1. No tener seguro y tener un ingreso familiar igual o inferior al 350% del FPG,⁹ **ó bien:**
2. Tener cobertura de seguro, pero ser un “paciente con altos costos médicos”, lo que significa que la

cantidad que el paciente debe pagar al hospital por los servicios de atención médica en el Hospital en un año determinado es más del diez por ciento (10%) de los ingresos de la familia del paciente para ese año.¹⁰

B. Elegibilidad para atención con descuento. Una persona que no califica para el Cuidado de beneficencia, pero no tiene seguro y tiene un ingreso que es igual o superior al 350% del FPG, y al 650% ó menos del FPG, puede calificar para el Programa de Cuidado con descuento del hospital.¹¹

IV. Factores a considerar para tomar la determinación de elegibilidad de Asistencia financiera.

Los factores que se deben considerar al tomar la determinación de elegibilidad para el Cuidado de beneficencia o el Cuidado con descuento, deben incluir la comparación de los ingresos brutos del paciente con el FPG publicado anualmente o su equivalente. Esta información puede obtenerse al completar la documentación del paciente, por comunicación verbal por parte del paciente/garante y documentados por un defensor del paciente de Medi-Cal (MEP, por sus siglas en inglés), o un Asesor Financiero, u otro empleado específicamente designado del Hospital.¹²

Factores adicionales pueden incluir, entre otros, los siguientes:

- A. Validación de los medios de sustento si la persona está desempleada y no se ha provisto información de ingresos devengados, o no devengados, en la solicitud.
- B. Validación de la actividad en las cuentas informadas en la Oficina de crédito, para determinar cómo se realizan los pagos si los gastos del hogar superaran los ingresos informados en el Estado financiero confidencial.
- C. Revisión de los Activos líquidos validados (acciones, bonos, certificados de depósito, cuentas de inversión en mercado monetario, saldos de cuentas bancarias de cheques y de ahorro)
- D. El agotamiento previo de todos los demás recursos disponibles.
- E. Integrantes de la familia: el Hospital requerirá que los pacientes proporcionen el número de familiares que viven en el mismo hogar del paciente
- F. Adultos: para calcular el número de familiares en el hogar de un paciente adulto, el Hospital incluye al cónyuge y/o tutor legal del paciente, y a todos sus dependientes.
- G. Menores de edad: para calcular el número de familiares en el hogar de un paciente menor de edad, el Hospital incluye al paciente, su madre/padre y/o tutor legal, y a todos sus demás dependientes.
- H. Declaración jurada de persona sin hogar o criterio para la validación.

V. Cálculo de ingresos: el Hospital requiere que los pacientes proporcionen el ingreso bruto anual de su hogar. Para pacientes siendo evaluados para determinar la elegibilidad para el Cuidado con descuento, solo se pueden considerar las declaraciones de impuestos e ingresos.¹⁴ Los activos monetarios que se considerarán para determinar la elegibilidad, **no incluyen** los planes de jubilación o compensación diferida calificados según el Código de Rentas Internas, o los planes de compensación diferida no calificados. Los primeros diez mil dólares (\$10,000.00) de los activos monetarios del paciente, no se tendrán en cuenta para determinar la elegibilidad, ni se contará el cincuenta por ciento (50%) de los activos monetarios del paciente sobre los primeros diez mil dólares (\$10,000.00) para determinar la elegibilidad. Se considerará el patrimonio neto, incluyendo los activos líquidos y no líquidos elegibles adeudados, menos los pasivos y los reclamos contra los activos.¹⁵ Las enfermedades catastróficas y las dificultades documentadas en el hogar también podrían considerarse para la atención de beneficencia o con descuento.

VI. Ingresos anuales

- A. Adultos: el término “ingreso anual” en la solicitud significa la suma del ingreso bruto anual total del paciente y del cónyuge del paciente.
- B. Menores de edad: si el paciente es menor de edad, el término “ingreso anual” significa el ingreso del paciente, su madre/padre, tutor legal y/o pariente que lo cuida, y todos sus dependientes.
- C. Pacientes fallecidos: se puede considerar que los pacientes fallecidos no tienen ingresos para fines del cálculo de ingresos que hace el Hospital, si no hay cónyuge sobreviviente o no aparece ningún otro garante en la cuenta del paciente. Aunque no se requiere documentación de ingresos ni Solicitud financiera confidencial para pacientes fallecidos, el estado financiero del paciente será revisado en el momento de la muerte por un empleado del Hospital, para garantizar que es apropiado clasificar el caso como atención de beneficencia y que un sucesorio o proceso de herencia no muestre activos líquidos por encima de \$10,000.

VII. Directrices de FPG. El Gerente de Servicios financieros del paciente (PFS, por sus siglas en inglés) o su designado, aplicará las directrices de FPG utilizando la Tabla FPG (consulte el *Anexo A*), que se actualiza anualmente. El tamaño de la familia del paciente se usa para determinar si los ingresos mensuales o anuales son inferiores o sobrepasan el **350%** del FPG.

VIII. Reembolsos: el Hospital debe reembolsar cualquier pago realizado por los pacientes que sea mayor al monto adeudado según el programa de asistencia financiera del Hospital.¹⁶ Antes de que se pueda emitir un reembolso, los montos del reembolso deben aplicarse a otras cuentas, incluyendo las cuentas de pacientes hospitalizados, ambulatorios y de emergencia, que reflejan la responsabilidad del paciente para el mismo paciente antes de que se pueda considerar un reembolso. Todos los montos adeudados al paciente, incluso menores de \$5.00, se reembolsarán rápidamente al paciente, incluyendo intereses.¹⁷ El Hospital le dará al paciente un crédito por el monto adeudado por al menos 60 días a partir de la fecha de vencimiento. Nuestra Política de reembolso se adjunta como política relacionada.

IX. Cancelaciones/Condonaciones. La política del Hospital sobre “Deudas incobrables” de Medicare se adjunta como política relacionada.

PROCEDIMIENTO:

I. Atención médica por beneficencia. Para pacientes que cumplen con las directrices para beneficencia:

- A. El Gerente de PFS o su designado completarán la Solicitud financiera confidencial, que indica que no hay otras fuentes de pago, y que el paciente cumple con el nivel de ingresos de FPG para solicitar el descuento correspondiente.
- B. El Paquete de asistencia financiera debe incluir una Solicitud de asistencia financiera confidencial (consulte el *Anexo B*) y los siguientes documentos: declaraciones de impuestos federales, recibos de salario recientes, estados de cuenta bancarios actuales y cualquier otro documento que justifique los requisitos financieros del paciente para la consideración de una reducción en el saldo de la cuenta.
- C. El Gerente de PFS o su designado revisarán la solicitud para atención de beneficencia, para ver si corresponde y está completa, asegurándose de que haya sido verificada y cumpla con los requisitos para enviarla a la institución, para que se considere la atención por beneficencia y el ajuste administrativo.
- D. Mientras se espera el resultado de la solicitud, el paciente debe ser tratado como “Paciente en revisión de asistencia financiera”.
- E. Las solicitudes para beneficencia por más de \$25,000 deben ser analizadas y aprobadas por el Director Financiero (“CFO”, por sus siglas en inglés) del Hospital.

II. Atención médica con descuento.

- A. **Atención médica que no es de emergencia.** El Departamento de Servicios de Acceso al Paciente del Hospital determina la capacidad del paciente para pagar al momento de su admisión o registro. Si el paciente recibe servicios electivos y no es elegible para recibir atención de beneficencia, el representante de Servicios de Acceso al Paciente proporcionará un estimado del precio con descuento que el Hospital puede ofrecerle al paciente. Si el paciente no puede pagar el estimado completo o arreglar un plan de pagos, será referido al Departamento de Asesoramiento Financiero del Hospital para una evaluación de elegibilidad de Medi-Cal. Para los procedimientos electivos, el pago debe ser cobrado antes de los servicios, o un depósito y plan de pagos deben ser aprobados por la administración antes de la prestación de los servicios.
- B. **Cobertura parcial de procedimientos quirúrgicos ambulatorios.** Si un paciente tiene programado más de un procedimiento quirúrgico ambulatorio en la sala de cirugías del Hospital, y uno o más de los procedimientos no están cubiertos por su seguro, se le cobrarán al seguro los procedimientos cubiertos. El paciente pagará una tarifa fija de ochocientos cincuenta dólares (\$850.00) por cada hora adicional, o parte de una hora, que se requiera para completar el procedimiento electivo ambulatorio no cubierto por el seguro. Si se incluyen implantes no proporcionados por el médico, el paciente pagará adicionalmente el costo del implante más un diez por ciento (10%). Se espera del paciente que pague la cantidad estimada antes de la fecha de servicio. El empleado del Departamento de Servicios de Acceso le explicará al paciente que el estimado de costos es solo para servicios hospitalarios, y no incluye honorarios profesionales tales como anestesiología, radiología, patología u honorarios profesionales de médicos. Esto también debe estar escrito en el estimado de costos proporcionado al paciente.
- C. **Atención de emergencia.** Si el paciente ha recibido atención de emergencia y aún se encuentra internado en el Hospital, se le referirá al Departamento de Servicios de Acceso al Paciente para analizar el pago de su responsabilidad financiera, después de recibir los servicios pertinentes. Los pacientes que reciben servicios de emergencia reciben un estimado de los servicios una vez que se completa el triage y la evaluación médica por parte de un médico. Si el paciente ha sido dado de alta, la cuenta será referida a una agencia externa de cobros que le dará seguimiento de manera cordial. Para obtener información sobre ese proceso, consulte nuestra Política de facturación y cobro, que se adjunta como una política relacionada.

III. Documentación, Solicitud

A. Solicitud financiera confidencial

1. Para poder calificar para atención por beneficencia, el Hospital requiere que cada paciente o familia complete la Solicitud financiera confidencial (consulte el **Anexo B**). Esta solicitud permite la recopilación de información sobre los ingresos y la documentación de otros requisitos según se define a continuación.¹⁸
2. Una Solicitud financiera confidencial completada por el paciente podría no ser necesaria para pacientes que ya son elegibles para otros programas de asistencia federal, estatal y del condado. Dichos programas incluyen, entre otros, *Medi-Cal*, *County Assistance Programs*, *Medically Indigent Adult (MIA)*, *Minority Serving Institution (MSI)*, *Aid to Families with Dependent Children (AFDC)*, *Food Stamps y Women, Infants and Children (WIC)*.¹⁹
3. El Gerente de PFS o su designado intentarán asegurar la documentación de respaldo. Los ingresos y activos pueden verificarse adjuntando lo siguiente:
 - a. Formularios de impuestos del IRS
 - b. Recibos de salario
 - c. Declaraciones
 - d. Declaraciones verbales
 - e. Otras formas para fundamentar la necesidad de consideración para beneficencia
 - f. Informe de historia de crédito del Credit Bureau (o la falta de este informe)

g. Nota: Para pacientes de atención con descuento, solo se analizan los recibos de pago recientes o las declaraciones de impuestos.²⁰

4. En los casos en que el paciente no pueda completar la solicitud por escrito de forma independiente, el personal del Hospital deberá trabajar con el paciente para completar la mayor cantidad posible de la solicitud, e incluir la documentación en el archivo explicando por qué no se completaron las secciones de la solicitud. El Hospital no puede denegar la asistencia financiera en función de que el solicitante no proporcionó información o documentación, a menos que esa información o documentación se describa en el FAP o el formulario de solicitud FAP.²¹

B. Verificación de ingresos

El Hospital solicita a los pacientes que declaren los ingresos que se establecen en la solicitud. Al determinar el ingreso total del paciente, el Hospital puede considerar otros activos y responsabilidades financieras del paciente, así como los ingresos familiares, para evaluar la capacidad de pago. Si se determina que el paciente tiene la capacidad de pagar su factura, dicha determinación no impide una reevaluación de la capacidad del paciente para pagar con la presentación de la documentación adicional. Todos los siguientes documentos son apropiados para justificar la necesidad de Asistencia financiera:

a. Verificación de ingresos para la atención de beneficencia. La documentación de ingresos puede incluir el formulario de IRS W-2, declaración de salario y ganancias, recibos de salario, declaraciones de impuestos y estados de cuenta bancarios. **Si no se proporciona alguno de los anteriores, se requiere una declaración firmada explicando por qué el documento requerido no está disponible.**

b. Participación en un Programa de beneficios públicos – documentación del Programa de beneficios públicos que muestra la participación actual en programas tales como Seguro Social, Compensación de trabajadores, Seguro por desempleo, Medi-Cal, Programas de asistencia del condado, AFDC, Estampillas para alimentos, WIC, u otros programas similares relacionados con la indigencia.

c. Los pacientes deben proporcionar declaraciones de impuestos, estados de cuenta bancarios actuales y comprobantes de pago recientes a Valley Presbyterian Hospital **dentro de los 15 días posteriores a la recepción (cuando sea posible) de la Solicitud de asistencia financiera del Hospital para determinar si el paciente es elegible.**

C. Las Solicitudes de asistencia financiera junto con la documentación de apoyo, deben enviarse a la siguiente dirección:

**Valley Presbyterian Hospital
15107 Vanowen Street
Van Nuys, CA 91405
Attention: Business Office**

D. Verificación de ingresos para atención con descuento. A efectos de determinar la elegibilidad para el pago con descuento, la documentación de los ingresos se limitará a los recibos de pago o declaraciones de impuestos sobre la renta recientes. Todas las Solicitudes de asistencia financiera, incluyendo aquellas para la atención médica con descuento, se deben devolver con la documentación de soporte a la dirección mencionada anteriormente en la sección III(C).

E. Falsificación de información.

1. La falsificación de información dará como resultado la denegación de la solicitud de asistencia financiera. Si después de que un paciente recibe asistencia financiera, el hospital considera que las disposiciones materiales de la solicitud son falsas, se puede revocar el estado de la asistencia financiera y se reenviará la cuenta del paciente para seguir los procesos normales de cobro.

2. Denegación de la asistencia financiera, recomendaciones.

En caso de que se deniegue la solicitud de asistencia financiera a un paciente, se debe incluir la documentación en la cuenta del paciente en el sistema de cuentas, con el motivo del rechazo. El Gerente determinante también debe indicar, en la Solicitud financiera confidencial, el motivo de la denegación y la fecha de la denegación.

3. Denegación de la atención de beneficencia, recomendaciones.

En caso de que el CFO/ designado niegue la solicitud de un paciente para cuidados de beneficencia, se debe colocar la documentación en el sistema de cobros junto con el motivo del rechazo. El CFO/designado también debe indicar, en la Solicitud financiera confidencial, el motivo de la denegación y la fecha de la denegación.

IV. Publicidad de la Política de asistencia financiera

A. El Hospital distribuirá un Resumen de sus políticas de asistencia financiera en lenguaje sencillo y ofrecerá una Solicitud financiera confidencial para la atención médica de beneficencia o atención con descuento antes del alta.²² El Hospital también distribuirá un aviso por escrito sobre la disponibilidad del pago de descuento del hospital y las políticas de atención de beneficencia, elegibilidad e información de contacto, como para que un empleado del hospital pueda proporcionar más información sobre estas políticas. Consulte el *Anexo D*.

B. Información sobre la asistencia financiera, disponible en el Hospital, también se divulgará y pondrá a disposición del público en general a través de diversos medios, que incluyen: (1) poner a disposición copias de papel en persona o por correo a solicitud y sin cargo; (2) informar y notificar a los visitantes a través de una exhibición pública y visible, incluyendo la publicación de avisos en áreas tales como el departamento de emergencias, la oficina de cobros, la oficina de admisiones, otros entornos para pacientes y otros lugares que el Hospital pueda elegir; (3) informar y notificar a la comunidad, por ejemplo, mediante la distribución de una hoja informativa o un resumen de la política de atención de beneficencia a las agencias públicas locales y organizaciones no lucrativas; y, (4) poner a disposición en el sitio web del Hospital la política de atención de beneficencia y un Resumen en lenguaje sencillo de la política de atención de beneficencia y el formulario de Solicitud financiera confidencial.

C. Dicha información se proporcionará en inglés y en español, o en cualquier otro idioma según lo exija la ley (incluyendo cualquier idioma hablado por al menos el 5 por ciento de la población local), y se traducirá para pacientes/garantes que hablen otros idiomas. El público podrá obtener fácilmente una descripción escrita gratuita de todas las medidas tomadas por el Hospital para publicitar ampliamente la política de atención de beneficencia, poniéndose en contacto con el Director Financiero del Hospital.²³

V. Custodio de registros

A. La Oficina comercial servirá como custodio de los registros de toda la documentación de la atención de beneficencia, para todas las cuentas identificadas como atención de beneficencia aprobadas.

B. Todos los solicitantes recibirán la siguiente información como referencia a servicios legales:

Para asistencia legal relacionada con asuntos de consumidores, póngase en contacto con Neighborhood Legal Services of Los Angeles County (NLSLA).

Address: 13327 Van Nuys Blvd.

Pacoima, CA 91331

(800) 433-6251

www.nlsla.org

Anexos:

Anexo A – Directrices Federales de Pobreza 2021

Anexo B - Solicitud de asistencia médica y financiera confidencial de Valley Presbyterian Hospital

Anexo C – Lista de proveedores participantes

Anexo D – Resumen en lenguaje sencillo

Anexo A

Directrices Federales de Pobreza 2021²⁴

Unidad familiar	Ingreso mensual	Ingreso anual	Ingreso mensual	Ingreso anual	Ingreso anual
	100%	100%	350%	350%	650%
1	\$1,073	\$12,880	\$3,756	\$45,080	\$83,720
2	\$1,452	\$17,420	\$5,082	\$60,970	\$113,230
3	\$1,830	\$21,960	\$6,405	\$76,860	\$142,740
4	\$2,208	\$26,500	\$7,728	\$92,750	\$172,250
5	\$2,587	\$31,040	\$9,055	\$108,640	\$201,760
6	\$2,965	\$35,580	\$10,378	\$124,530	\$231,270
7	\$3,343	\$40,120	\$11,701	\$140,420	\$260,780
8	\$3,721	\$44,660	\$13,024	\$156,310	\$290,290

Anexo B

Valley Presbyterian Hospital

Solicitud confidencial de asistencia médica y financiera

Nombre del paciente: _____

Número de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección del paciente: _____

Teléfono de la casa del paciente: _____

Teléfono del trabajo del paciente: _____

EVALUACIÓN PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA

Número total de familiares dependientes en el hogar: _____

(Incluir paciente, cónyuge del paciente/tutor legal y cualquier hijo/a del paciente menor de 18 años que vive en el hogar. Si el paciente es menor de edad, incluir madre/padre y/o tutor legal y todos los demás niños menores de 18 años que viven en el hogar.)

Estimado del ingreso familiar anual bruto \$ _____ (ver página 2)

Calcular ingresos a tasa de FPG: Ingreso anual bruto ÷ FPG basado en el tamaño de la familia

_____ ÷ _____ = _____ %

Para determinar las calificaciones de cualquier descuento o programa de asistencia, es necesaria la siguiente información.

PARTE RESPONSABLE / GARANTE

Parte/persona responsable: _____

Relación con el paciente: _____

Número de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección de casa: _____

Número de teléfono: _____

Dirección del trabajo: _____

Número de teléfono: _____

Marcar con un círculo:

Ingreso bruto (sin descuentos): _____

Por hora / Diario / Semanal / Mensual / Anual

Horas por semana: _____

Si el ingreso es \$0 / desempleado,
¿cuál es su medio de sustento?

Marcar con un círculo:

- Vive de ahorros/renta vitalicia
- Vive con sus padres/familiares/amigos
- Sin hogar
- Vive en un refugio

CÓNYUGE

Parte/persona responsable: _____

Número de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección de casa: _____

Número de teléfono: _____

Dirección del trabajo: _____

Número de teléfono: _____

Ingreso bruto (sin descuentos): _____

Marcar con un círculo:

Por hora / Diario / Semanal / Mensual / Anual

Horas por semana: _____

DECLARACIÓN JURADA DE PERSONA SIN HOGAR

Yo, _____, por la presente certifico que no tengo hogar, que no tengo domicilio permanente, empleo, ahorros ni bienes, y que no tengo ingresos que no sean donaciones potenciales de otros.

Iniciales del paciente/garante: _____

PROGRAMA DE DESCUENTO PARA NO ASEGURADOS

Yo, _____, por la presente solicito que, si no puedo ser elegible para ningún Programa de asistencia médica o Asistencia médica otorgada, automáticamente se me considere elegible para el Programa de descuento para personas sin seguro de Valley Presbyterian Hospital, si no existe cobertura de terceros.

Iniciales del paciente/garante: _____

DECLARACIÓN DE VERACIDAD

Por la presente, reconozco que toda la información proporcionada es verdadera. Entiendo que proporcionar información falsa dará como resultado la denegación de esta Solicitud. Además, de acuerdo con la ley estatal, proporcionar información falsa para defraudar a un hospital por la obtención de bienes o servicios es un delito, y de acuerdo con los estatutos, puede ser castigado con una pena de prisión y multa. También entiendo y doy mi consentimiento expreso para que el Hospital obtenga un informe de crédito o tome otra medida de este tipo para verificar la información aquí proporcionada. Entiendo plenamente que los programas de Asistencia financiera de Valley Presbyterian Hospital son una "Fuente de pago de último recurso" y por la presente cedo todos los beneficios por cualquier reclamo de responsabilidad, reclamos por lesiones personales, acuerdos futuros y cualquiera y todos los beneficios del seguro que puedan pagarse por cualquier enfermedad o lesión para los cuales Valley Presbyterian Hospital o sus subsidiarias prestaron atención.

FIRMA DEL PACIENTE/GARANTE _____ **FECHA** _____

FIRMA DE ATESTIGUACIÓN DE UN EMPLEADO
DE VALLEY PRESBYTERIAN HOSPITAL _____ **FECHA** _____

Anexo C

Lista de proveedores que participan en el Programa de asistencia financiera de Valley Presbyterian Hospital:

- Todos los proveedores de la Sala de emergencia están contratados a través de *Emergency Medical Associates* (EMA). EMA participa en el Programa de asistencia financiera de VPH. Pueden ser contactados llamando al (626) 821-5711.
- *Renaissance Imaging Medical Associates, Inc.* (RIMA) (servicios profesionales de radiología) puede participar en el Programa de asistencia financiera de VPH, pero el paciente deberá comunicarse con ellos directamente para garantizar su participación. Pueden ser contactados en el (888) 965-0083.
- Todos los servicios profesionales de laboratorio son proporcionados por *Orion Healthcorp*. *Orion Healthcorp* participa en el Programa de asistencia financiera de VPH. Pueden ser contactados en el (800)578-8300.
- *San Fernando Valley Medical Group, Inc.* (grupo de hospitales) puede participar en el Programa de asistencia financiera de VPH, pero el paciente deberá comunicarse con ellos directamente para garantizar su participación. El Dr. Sanjay Vadgama es el Director Médico y puede contactarlo al (818) 325-0200.²⁵

En el curso del tratamiento, cada médico adicional utilizado en el cuidado debería ser consultado con respecto a su participación en el FAP de VPH.

Anexo D

Resumen de la Política de asistencia financiera en lenguaje sencillo

Aviso a nuestros pacientes y sus familias:

Gracias por elegir a Valley Presbyterian Hospital para sus servicios hospitalarios. Nuestro hospital solicita pagos por servicios al momento del alta del hospital. Un representante de nuestro departamento de Servicios de acceso al paciente (PAS, por sus siglas en inglés) le notificará sobre su obligación financiera estimada, como copagos de seguros o responsabilidad de pago por cuenta propia. Esto se abordará y recopilará en el pre-registro, si así se programa, o durante su estadía en Valley Presbyterian Hospital.

Para los pacientes que no tienen cobertura de seguro, existen opciones de financiamiento y planes de pago ofrecidos por nuestro hospital. Nuestro departamento de PAS trabajará con usted para identificar la mejor opción de pago basada en las reglas y regulaciones del gobierno u hospital.

Este paquete está diseñado para proporcionarle información sobre financiamiento y planes de pago alternativos ofrecidos por nuestro hospital. La siguiente es una descripción general de los programas de asistencia financiera proporcionados por nuestro hospital. Nuestra política de asistencia financiera, formulario de solicitud y resumen en lenguaje sencillo están disponibles en inglés y español.

Programas Medi-Cal y del gobierno

El Programa de elegibilidad de Medi-Cal es un servicio hospitalario que se le brinda sin costo. Usted puede calificar para California Health Benefits Exchange (con cobertura en California) u otros programas

gubernamentales que pagan la totalidad o parte de sus gastos hospitalarios. Al momento de la registraci3n, se le dar3 informaci3n respecto a los planes disponibles.

Programa de Asistencia financiera para Atenci3n de beneficencia

El Hospital continuar3 buscando opciones de recuperaci3n financiera de terceros pagadores incluso despu3s de aplicar todas las cancelaciones de beneficencia. **No** se cobrar3 a los pacientes despu3s de que se hayan cancelado el 100% de las cancelaciones de beneficencia, aunque se les puede notificar de las actividades de cobro que involucren a terceros pagadores. Un Programa de asistencia financiera est3 disponible para los pacientes que no tienen los medios para pagar los gastos de hospital. Usted podr3a calificar si su ingreso familiar bruto cae en o por debajo del 350% del nivel de pobreza federal o si los gastos m3dicos exceden el 10% de su ingreso familiar anual. Para ser considerado para el Programa de asistencia financiera, se le solicitar3 que proporcione informaci3n sobre las finanzas de su hogar a trav3s de una Solicitud financiera confidencial. Debe presentar la documentaci3n requerida dentro de los 15 d3as posteriores a la recepci3n de la solicitud. Se solicitar3 documentaci3n para verificar sus circunstancias. A una persona elegible para FAP no se le puede cobrar m3s que los montos generalmente facturados (AGB, por sus siglas en ingl3s) por atenci3n de emergencia u otro cuidado m3dicamente necesario. Consulte la pol3tica y la aplicaci3n adjuntas para obtener informaci3n y requisitos adicionales. Aunque el FAP no se aplica a los servicios m3dicos, los pacientes deben tener en cuenta que los m3dicos de la sala de emergencias de este y cualquier otro hospital de California deben proporcionar atenci3n con descuento conforme a la Ley de Pol3ticas de Precios Justos para M3dicos de Emergencias para pacientes elegibles con ingresos familiares de 350 por ciento o menos del FPL. Se pueden obtener copias de la Solicitud de asistencia financiera gratuita en la Caja o en la oficina del Asesor Financiero en el hospital, 15107 Vanowen St., Van Nuys, California 91405, o en l3nea en nuestro sitio web. Para obtener m3s informaci3n sobre el Programa de asistencia financiera, o para que se le env3e la informaci3n por correo, comun3quese con la oficina de Asesores Financieros, al (818) 902-5125.

Tarifa de descuento para pacientes no asegurados

Todos los pacientes no asegurados son elegibles para descuentos. El descuento es similar a las tarifas pagadas por Medicare y se le ofrece en virtud de nuestro Programa de descuentos para pacientes no asegurados.

Adem3s, hay tres planes de maternidad disponibles. Parto normal: hasta 2 d3as de estad3a - \$3000; ces3rea: hasta 3 d3as de estad3a - \$5000; ces3rea: 4 d3as de estad3a - \$6500 – cada d3a adicional para un parto normal o ces3rea es de \$2000/d3a; los d3as adicionales de la sala cuna/guarder3a de beb3s, son \$600/d3a.

Si durante la admisi3n, elige que se realice una circuncisi3n en su hijo, estar3 incluida en el plan de maternidad. Si se toma la decisi3n de realizar el procedimiento de forma ambulatoria, el costo se calcular3 en funci3n del c3lculo mencionado anteriormente para las tarifas de descuento para pacientes ambulatorios no asegurados.

Facturas y planes de pago

Si usted no califica para la asistencia estatal o cualquiera de nuestros programas de asistencia financiera, puede establecer acuerdos de pago con nuestro asesor financiero. Los arreglos de pago pueden realizarse sin penalizaci3n de intereses. El incumplimiento de su plan de pago lo descalifica para aprovechar esta opci3n. Puede recibir facturas de otras compa3as de cobro por cargos de m3dicos, radiolog3a, ambulancia, etc. Para asistencia con respecto a la pol3tica, preguntas o disputas de su factura del hospital, comun3quese con la Oficina comercial, al **818-902-2913**.

Servicios de asesoramiento de cr3dito no lucrativo podr3an estar disponibles en su 3rea.

Estimación de cargos

De acuerdo con la ley de California, una copia escrita o electrónica del tarifario principal para procedimientos y servicios médicos está disponible en Caja, o puede llamar al 1-818-902-2913, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4 p.m.

Firma _____ Fecha _____