

**HOSPITAL DEL DISTRITO DE HEALDSBURG
POLÍTICA**

DEPTO.: Contabilidad del paciente	
TÍTULO: ASISTENCIA FINANCIERA	REVISADO: 2/07, 11/16, 01/18 ÚLTIMA REVISIÓN: 2/07, 4/09, 9/11, 4/13, 07/17 FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 1 de abril de 2004

POLÍTICA:

Parte de la misión del Hospital del Distrito de Healdsburg es proporcionar asistencia financiera a los pacientes de las comunidades que atendemos. Esta política autoriza al director financiero (Chief Financial Officer, CFO) a implementar y supervisar el proceso para proporcionar servicios de caridad a una tarifa con descuento.

Definición: la asistencia financiera se presta a pacientes que no tienen la capacidad financiera de pagar servicios necesarios.

Se proporcionará asistencia financiera parcial o total a pacientes con base en el estado financiero y la capacidad de pago individuales. El hospital usará los Lineamientos Federales de Pobreza respecto del Ingreso (Federal Poverty Income Guidelines) como punto de referencia para determinar la elegibilidad, pero también tomará en consideración circunstancias individuales al determinar el monto del descuento de la asistencia financiera. Consulte el **Anexo 1** para ver los Lineamientos Federales de Pobreza actuales y la escala móvil a usar para determinar la elegibilidad.

Se mantendrán la confidencialidad de la información y la dignidad individual para todos aquellos que busquen recibir asistencia financiera. El manejo de la información médica cumplirá con todos los requisitos de la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

La Oficina de contabilidad del paciente del Hospital del Distrito de Healdsburg será la principal responsable de la implementación de esta política y del desarrollo de los procesos y procedimientos que sean necesarios para determinar qué pacientes son elegibles para recibir descuentos de asistencia financiera. El director ejecutivo (Chief Executive Officer, CEO) del hospital debe aprobar por escrito los criterios para la evaluación de la elegibilidad. Al menos una vez por año, el CFO revisará, junto con la Junta de Directores, los criterios vigentes y el monto de asistencia financiera que se proporciona.

La determinación de la asistencia financiera se hará después de que el personal del hospital le haya indicado al paciente que solicite asistencia a través del Departamento de Servicios Sociales, ya sea conforme al Programa estatal de Medi-Cal para ayudar a familias con hijos dependientes (State Medi-Cal Program for Aid to Families with Dependent Children), el Programa de servicios médicos del condado (County Medical Services Program, CMSP), los Servicios para niños de California (California Children's Services, CCS) o Healthy Families, el Programa de detección temprana de cáncer de mama (Breast Cancer Early Detection Program, BCEDP) o cualquier otro programa patrocinado por el gobierno.

Después de que el hospital haya obtenido la información necesaria para completar el formulario de solicitud de asistencia financiera, se tomará la decisión respecto a la asistencia financiera lo antes posible según el orden de llegada, que deberá contar con la aprobación del director financiero y el equipo ejecutivo del hospital.

LINEAMIENTOS/PROCEDIMIENTO DE ASISTENCIA FINANCIERA:

A. Solicitud de asistencia financiera (Consulte el Anexo 2)

- Cualquier persona puede presentar una solicitud de asistencia financiera.
- El formulario estandarizado de solicitud del Hospital del Distrito de Healdsburg se utilizará para documentar la situación financiera general de cada paciente. Esta solicitud debe estar disponible en el idioma principal del paciente, ya sea por traducción escrita o verbal.
- Una vez que se hace la determinación, se enviará una notificación a cada solicitante en la que se informará la decisión del hospital.
- Es posible que se utilicen informes de crédito cuando sea necesario para verificar el estado financiero de una persona.
- El estado de empleo de un paciente puede tomarse en cuenta al evaluar el estado de asistencia financiera, además de posibles pagos de litigios pendientes y terceros responsables relacionados con el incidente de atención.
- También se considerará el monto y la frecuencia de las facturas del hospital.
- Los datos usados para tomar una decisión relacionada con la elegibilidad para la asistencia financiera deben verificarse hasta donde sea práctica en relación con el monto involucrado.
- El paciente debe proporcionar cualquier cobertura del seguro que tenga disponible al momento de la solicitud.
- La información obtenida de una solicitud de asistencia financiera no se usará para fines de cobro. Sin embargo, la información obtenida de intentos de cobro puede considerarse al determinar la elegibilidad para la asistencia financiera.

B. Asistencia financiera completa:

Los criterios básicos para asignar la asistencia financiera completa se basarán en el ingreso familiar del paciente (Consulte el Anexo 1). Cuando el ingreso esté por debajo del 200% según los Lineamientos Federales de Pobreza más recientes, el paciente será elegible para una reducción del 100% de los cargos facturados.

C. Asistencia financiera parcial:

La asistencia financiera parcial se otorgará a pacientes, según una escala móvil, con base en el ingreso familiar entre 200% y 399% según los Lineamientos Federales de Pobreza más recientes (Consulte el Anexo 1).

D. Medi-Cal:

Los pacientes de Medi-Cal son elegibles para asistencia financiera relacionada con estadías denegadas, días de atención denegados y servicios no cubiertos.
Autorización para recibir tratamiento

Las Solicitudes de autorización para tratamientos (Treatment Authorization Request, TAR) que se rechacen y la falta de pago de servicios no cubiertos proporcionados a pacientes de Medi-Cal pueden clasificarse como asistencia financiera.

E. Asistencia financiera catastrófica:

Para calificar para la asistencia financiera catastrófica, el paciente hospitalario de bajos ingresos con seguro insuficiente debe cumplir con la calificación de gastos que se describe debajo:

Calificación de gastos:

Los gastos médicos permitidos del paciente deben superar el 10% del su ingreso familiar, determinado como se indica:

- Multiplique el ingreso de la familiar determinado en la Sección K de este procedimiento por 10%.
- Determine los gastos médicos permitidos del paciente.
- Compare el 10% del ingreso familiar determinado en la Sección K con el monto total de los gastos médicos permitidos del paciente. Si el total de los gastos médicos permitidos es mayor al 10% del ingreso familiar, el paciente cumple con los criterios de calificación para asistencia financiera catastrófica.

F. Paciente indigente:

Los pacientes del Departamento de Emergencias sin una fuente de pago pueden clasificarse como asistencia financiera si no tienen trabajo, dirección postal, residencia o seguro. También se debe considerar la clasificación de pacientes del Departamento de Emergencias que no proporcionen información adecuada respecto a su estado financiero para ser elegibles para la asistencia financiera. En muchos casos, estos pacientes sin indigentes y no tienen recursos para cubrir el costo de su atención.

G. Agencia de cobro:

Si una agencia de cobro identifica un paciente que cumple con los criterios de elegibilidad para asistencia financiera del hospital, la cuenta del paciente puede considerarse para recibir asistencia financiera, incluso si estaba clasificada como una deuda incobrable originalmente. Las cuentas de pacientes de agencias de cobro que cumplan con los criterios de asistencia financiera deben regresar a la oficina de facturación del hospital para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera.

H. Circunstancias especiales:

En ocasiones poco frecuentes, las circunstancias individuales de un paciente pueden ser tales que, a pesar de no cumplir los criterios de asistencia financiera regulares (definidos en esta política), no tiene la capacidad de pagar su factura del hospital. En estas situaciones, con aprobación del equipo ejecutivo, parte o la totalidad del costo puede asignarse como asistencia financiera. Debe existir documentación completa respecto a por qué se tomó la decisión de hacerlo y por qué el paciente no cumplía con los criterios regulares.

I. Asistencia gubernamental:

1. Al determinar si cada persona califica para la asistencia financiera, también deben considerarse otros programas de asistencia del condado o del gobierno. Muchos solicitantes no saben que es posible que sean elegibles para recibir asistencia de programas como Medi-Cal, Healthy Families, Victims of Crime o CCS.
2. El asesor financiero del hospital ayudará a las personas a determinar si son elegibles para recibir asistencia del gobierno o de otro tipo.
3. Las personas elegibles para programas como Medi-Cal, pero cuyo estado de elegibilidad no se estableció para el período durante el cual se prestaron los servicios médicos, pueden recibir asistencia financiera por esos servicios. Sin embargo, el otorgamiento de la asistencia financiera está supeditado a solicitar asistencia de un programa gubernamental. Este requisito proactivo es prudente porque apoyará al paciente si se requieren otros servicios médicos.

J. Requisitos de tiempo para la determinación:

1. Aunque es preferible determinar el monto de asistencia financiera para la que un paciente es elegible lo más cerca posible del momento del servicio, no hay un límite de tiempo rígido respecto al momento en que se hace la determinación. En algunos casos, la elegibilidad resulta evidente y es posible hacer una determinación antes, en el momento o poco después de la fecha del servicio. En otros casos, puede que sea necesario realizar una investigación para determinar la elegibilidad, en particular cuando el paciente tiene capacidad o voluntad limitadas para proporcionar la información necesaria.
2. Debe hacerse todo lo posible para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera de un paciente. En algunos casos, es posible que un paciente elegible para la asistencia financiera no haya sido identificado antes del inicio de la acción de cobro externa. Por consiguiente, cada agencia de cobro debe estar al tanto de la política de asistencia financiera. Esto le permitirá a la agencia regresar cuentas que determinen que son incobrables debido a la incapacidad de pago de un paciente y que cumplan con los lineamientos de elegibilidad para la asistencia financiera.

K. Definición de ingreso:

1. Ingresos y beneficios en efectivo familiares anuales de todas las fuentes antes de deducir impuestos, menos el pago hecho por pensión alimenticia y manutención de hijos.
2. La prueba de ingresos se puede determinar anualizando el ingreso familiar del año a la fecha, teniendo en cuenta la tasa de ganancias actual. El paciente debe proporcionar comprobantes de pago para al menos un mes o declaraciones del impuesto sobre la renta. Cuando se proporciona una declaración del impuesto sobre la renta, el "ingreso bruto ajustado" se usará como el monto en consideración.
3. El hospital no incluirá planes de jubilación, compensación diferida o los primeros \$10,000 en ahorros o cuentas corrientes. Sin embargo, después de los primeros \$10,000 podemos incluir el 50% de activos monetarios.

L. Matriz de aprobación de quién puede otorgar asignaciones de asistencia financiera:

El paciente completará la solicitud de asistencia financiera con ayuda del asesor financiero. Una vez que esté completa, la solicitud se evaluará y entregará al director de ciclo de ingresos para que determine el porcentaje de asistencia financiera a aprobar. El CFO revisará con un comité compuesto por el equipo ejecutivo del hospital y firmará la aprobación o denegación final de cada solicitud.

M. Contabilidad para asistencia financiera:

La Oficina de contabilidad del paciente contabilizará las asignaciones de asistencia financiera al usar códigos de transacción asignados por el CFO al solicitar los descuentos para la cuenta del paciente. Los códigos de transacción usados para contabilizar la asistencia financiera y su seguimiento al libro general se revisarán periódicamente para garantizar su exactitud.

N. Roles y responsabilidades:

La Oficina de contabilidad del paciente es responsable de supervisar este proceso. Deben adoptarse procedimientos que establezcan claramente las diversas responsabilidades en la determinación de la asistencia financiera. Esto incluye suministrar información, comunicarse con el paciente, asistir al paciente, hacer la determinación de la elegibilidad para la asistencia financiera y notificar al paciente.

O. Mantenimiento de registros:

Los registros de los pacientes relacionados con posibles asistencias financieras deben conservarse en archivo y estar rápidamente disponibles durante un período de tres años.

Además, la aprobación o denegación de la solicitud de asistencia financiera debe indicarse en la cuenta del paciente.

P. Aplicación de la política:

Esta política no crea una obligación de pago por ningún cargo o servicios no incluidos en la factura del hospital al momento del servicio. Esta política no se aplica a servicios prestados dentro del hospital por parte de médicos u otros proveedores médicos, incluso anestesiastas, radiólogos, patólogos, etc.

Q. Proceso de apelación:

Si un paciente no está de acuerdo con la determinación de asistencia financiera o descuento hecho según la escala móvil, puede impugnar la decisión mediante correspondencia por escrito directamente al CFO. Dicha correspondencia debe enviarse a:

- Healdsburg District Hospital
1375 University Ave
Healdsburg, CA 95448
ATTN: CFO

R. Aviso público y publicación:

El aviso público de la disponibilidad de asistencia a través de esta política debe hacerse a través de cada uno de los siguientes medios:

1. Publicar avisos de forma visible en lugares en los que los pacientes son admitidos o registrados, o donde los pacientes pagan los servicios (como la oficina de admisión, el Departamento de emergencias, la oficina de facturación o la recepción).
2. Informar a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera durante los esfuerzos de cobro. Después de prestados los servicios, se notificará al paciente a través de una carta.
3. Los Lineamientos de asistencia financiera se publicarán en el sitio web del hospital, además de ponerse a disposición en la Oficina Estatal de Planificación y Desarrollo (Office of Statewide Health Planning and Development, OSHPD) para su publicación.

INSTRUCCIONES

1. Complete todas las áreas de la solicitud que se adjunta. Si un área no le aplica, escriba "N/A" en el espacio proporcionado. Adjunte una página adicional si necesita más espacio para responder una pregunta.

2. Usted debe proporcionar la prueba de ingresos más reciente al enviar esta solicitud. *Para California, la documentación de los ingresos debe limitarse a los comprobantes de pago o declaraciones del impuesto sobre la renta más recientes.*

Los siguientes documentos se aceptan como prueba de ingreso:

Si presentó una declaración federal del impuesto sobre la renta:

Declaración federal del impuesto sobre la renta (Formulario 1040) del año más reciente, incluidos todos los cronogramas y adjuntos tal como se presentaron ante el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Services (IRS)).

Nota: si fue declarado dependiente, presente la declaración de impuestos que establezca que lo mencione como dependiente.

Si no presentó una declaración federal del impuesto sobre la renta:

a. Los dos (2) comprobantes de pago más recientes que muestren los ingresos a la fecha;

b. Si es empleado autónomo, proporcione documentación de ingresos de los últimos tres (3) meses;

c. Los dos (2) comprobantes de pago más recientes o prueba de depósito directo de pagos del Seguro social, manutención de hijos, desempleo, discapacidad, pensión alimenticia u otros;

d. Si se le paga solo en efectivo, pídale a su empleador que le proporcione una declaración por escrito con fecha y firma que explique el monto y la frecuencia de sus pagos.

Nota: si no tiene ingresos, proporcione una carta en la que explique de qué modo provee sustento para usted y/o para su familia.

3. Su solicitud no será procesada hasta que se proporcione *toda* la información requerida.

4. Es importante que complete, firme y envíe la solicitud de asistencia financiera junto con toda la documentación requerida en un plazo de catorce (14) días.

5. Usted *debe* firmar y colocar la fecha en la solicitud. Si el paciente/garante y el cónyuge/pareja doméstica brinda información, ambos *deben* firmar la solicitud.

6. Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al representante de su cuenta al (707) 431-6500.

7. Envíe su solicitud completa a:

Hospital del Distrito de Healdsburg

Attn: Financial Assistance

1375 University Avenue

Healdsburg, CA 95448

Calificar o no para recibir asistencia financiera no afectará el derecho del paciente a acceder a atención médicamente necesaria o de emergencia.

Información personal		
Número de cuenta		
Nombre del paciente/garante		
¿El paciente ha recibido y/o solicitado asistencia financiera de HDH previamente?	___ Sí ___ No	Una solicitud o decisión previa de asistencia financiera no afecta la decisión sobre la solicitud actual.
¿El paciente ha solicitado otro tipo de asistencia? (Medicaid, Medicare, DHS, SSI u otros programas federales)	___ Sí ___ No	<u>De ser así</u> , adjunte una copia firmada de la solicitud a esos programas.
Nombre del cónyuge o pareja doméstica:		
Dirección (calle)		
Dirección (ciudad, estado, código postal)		
Teléfono del domicilio		
Teléfono de trabajo		
Teléfono celular		
N.º de seguro social del paciente/garante		
N.º de seguro social del cónyuge o pareja doméstica		
Situación familiar		
Enumere todos los dependientes que mantenga (utilice el reverso si necesita espacio adicional)		
Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente
Situación laboral		
	Paciente/garante	Cónyuge/Pareja doméstica
Nombre del empleador		
Puesto		
Persona de contacto		
Teléfono de contacto		

Ingresos anuales			
Descripción	Paciente/ garante	Cónyuge/Pareja doméstica	Total
1. Salario y sueldos brutos			
2. Ingresos como empleado autónomo			
3. Intereses/Dividendos			
4. Rentas/Alquileres			
5. Seguro social			
6. Pensión alimenticia			
7. Manutención de hijos			
8. Desempleo/Discapacidad			
9. Asistencia pública			
10. Todas las demás fuentes (adjunte una lista)			
Ingreso anual total			

Bienes				
Descripción	Paciente/garante	Cónyuge/Pareja doméstica	Valor total	Monto adeudado
1. Saldo de cuentas corrientes				
2. Saldo de cuentas de ahorros				
3. Acciones, bonos, valor de certificados de depósito				
4. Residencia principal				
5. Otras propiedades (adjunte una lista)				
6. Vehículos motorizados (adjunte una lista)				
7. Otra propiedad personal				
8. Otro _____				
Total de bienes				

Gastos de mantenimiento esenciales	
Descripción	Importe pagado Por mes
Pago de alquiler o casa	
Alimentos e insumos para el hogar	
Servicios públicos y teléfono	
Ropa	
Pagos médicos y odontológicos	
Seguro	
Escuela o cuidado infantil	
Manutención de hijos o cónyuge	
Gastos de transporte y automóvil, incluso seguro, combustible y reparaciones, Pago de cuotas	
Lavandería y limpieza	
Otros gastos extraordinarios _____	
Otros gastos extraordinarios _____	

El firmante declara que toda la información proporcionada es verdadera y correcta a su leal entender. El firmante autoriza al Hospital del Distrito de Healdsburg a verificar toda la información enumerada en esta solicitud. El firmante otorga permiso expresamente a que se contacte a su empleador, instituciones bancarias y de préstamos, para verificar su historial de crédito.

Firma del paciente/garante

Firma del cónyuge/pareja doméstica

Fecha

Fecha

Anexo 1

Lineamientos de pobreza 2018 para los 48 estados contiguos y el Distrito de Columbia	
Personas en la familia/núcleo familiar	Lineamiento de pobreza
Para familias/núcleos familiares con más de 8 personas, agregar \$4,320 para cada persona adicional	
1	\$12,140
2	\$16,460
3	\$20,780
4	\$25,100
5	\$29,420
6	\$33,740
7	\$38,060
8	\$42,380

Lineamientos sobre el nivel de asistencia	
<200% de los Lineamientos Federales de Pobreza	100% de descuento de asistencia financiera
201% a 300% de los Lineamientos Federales de Pobreza	75% de descuento de asistencia financiera*
301% a 400% de los Lineamientos Federales de Pobreza	50% de descuento de asistencia financiera*

*Los descuentos de asistencia financiera se aplican al saldo después de que se hayan hecho los ajustes normales de autopago.