

COMMUNITY HOSPITAL OF THE MONTEREY PENINSULA	AD-1030
Política Administrativa General: Programas de asistencia financiera- Cuidados Patrocinados y Pago con Descuento	Página 1 de 9

PROPÓSITO

Tal como se declara en nuestra misión, el Community Hospital of the Monterey Peninsula ("Community Hospital") se compromete a brindar atención a todos los que ingresen por nuestras puertas, independientemente de su capacidad de pago, en la mayor medida permitida por la ley y los recursos disponibles. Esta política tiene como objetivo proporcionar el marco de nuestro Programa de Cuidados Patrocinados y el Programa de Pago con Descuento.

POLÍTICA

Además de la información establecida en esta política, los pacientes deben saber que existen organizaciones que los ayudarán a comprender el proceso de facturación y pago, así como información sobre la elegibilidad presunta de Covered California y Medi-Cal. Los pacientes pueden visitar el sitio web de Health Consumer Alliance para obtener más información. <https://healthconsumer.org>. Los pacientes también pueden acceder a la lista de servicios disponibles del Community Hospital en, <https://www.montagehealth.org/patient-family-resources/Billing-Insurance-Financial Assistance /cost-care-estimates>.

- A. Los pacientes sin seguro y los pacientes con altos costos médicos cuyos ingresos son iguales o inferiores al 400 por ciento del nivel federal de pobreza son elegibles para solicitar asistencia financiera para los servicios hospitalarios y médicos médicamente necesarios basados en el hospital proporcionados por el Community Hospital of the Monterey Peninsula. A los solicitantes calificados se les otorgará la mayor ayuda financiera para la que sean elegibles.
 1. Cuidados Patrocinados: Este programa puede ofrecerle al paciente un descuento de hasta el 100 por ciento en los servicios que recibió. Para calificar, el ingreso familiar bruto del paciente no debe ser superior al 400 por ciento del nivel federal de pobreza. Los pacientes deben proporcionar información y documentación sobre los ingresos de sus familiares y sobre cualquier cobertura de beneficios de salud que tengan.
 2. Programa de Pago con Descuento: Este programa puede ofrecerle al paciente un descuento para reducir el monto que debe. Para calificar, el ingreso familiar bruto del paciente no debe ser superior al 400 por ciento del nivel federal de pobreza. Los pacientes deben proporcionar información y documentación sobre los ingresos de los miembros de su familia y el valor de los activos y sobre cualquier cobertura de beneficios de salud que tengan.
- B. También se revisarán exhaustivamente las solicitudes de pacientes cuyos ingresos superen el 400 por ciento del nivel federal de pobreza y se otorgará ayuda financiera caso por caso.
- C. Los médicos del departamento de emergencias que brindan servicios médicos de emergencia en el Community Hospital deben ofrecer descuentos a pacientes sin seguro y a pacientes con costos médicos elevados cuyos ingresos sean iguales o inferiores al 400 por ciento del nivel federal de pobreza.
- D. Los pacientes actuales y potenciales pueden solicitar el Programa de Cuidados Patrocinados o el Programa de Pago con Descuento. La información sobre estos programas está disponible en todos los lugares de admisión y tratamiento de pacientes dentro de las instalaciones del Community Hospital y se proporciona a cada paciente que se presenta para recibir servicios. Se proporcionará una solicitud para los programas de Cuidados Patrocinados y Pago con Descuento a todos los pacientes que la soliciten. Además, hay asesores de inscripción disponibles para proporcionar información y solicitudes para Medi-Cal, Medicare, California Health Benefit Exchange y otros programas gubernamentales disponibles. Se puede realizar una entrevista de preselección con los pacientes para asegurar que cumplan con los criterios básicos de elegibilidad.

COMMUNITY HOSPITAL OF THE MONTEREY PENINSULA	AD-1030
Política Administrativa General: Programas de asistencia financiera-Cuidados Patrocinados y Pago con Descuento	Página 2 de 9

E. Los criterios que seguirá el Community Hospital para verificar la elegibilidad de un paciente para los programas de asistencia financiera se describen en esta política. Tras la aprobación, se proporciona asistencia financiera a través de uno de dos programas: (1) el Programa de Cuidados Patrocinados; o (2) el Programa de Pago con Descuento. Estos programas pueden cubrir todo o parte del costo de los servicios prestados, dependiendo de la elegibilidad del paciente, sus ingresos y la capacidad resultante para pagar los servicios. Los programas de Cuidados Patrocinados y Pago con Descuento están destinados a pacientes cuya capacidad financiera personal o familiar para cubrir los gastos del hospital es nula o demostrablemente restringida. El requisito mínimo para ambos programas se detalla a continuación y se basa en el ingreso familiar combinado del paciente como porcentaje del nivel de pobreza federal (FPL) aplicable, según se publica anualmente en el Registro Federal (<http://aspe.hhs.gov/poverty>). Dada la demografía del área de servicio del Community Hospital, los recursos disponibles y la misión de satisfacer las necesidades de atención médica de su comunidad, hay asistencia financiera disponible para pacientes con niveles de ingresos de hasta el 400 por ciento del FPL para el tamaño de la familia del paciente. Los programas de Cuidados Patrocinados y Pago con Descuento del Community Hospital tienen como objetivo cumplir plenamente con la Ley de Políticas de Precios Justos del Hospital (*Hospital Fair Pricing Policies Act*) y la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas (*Internal Revenue Code*). Esta política pretende enunciarse de la forma más clara y sencilla posible para el beneficio de nuestros pacientes.

La asistencia financiera se puede aplicar a pacientes sin seguro, así como a cualquier atención médica no reembolsada por el seguro o un programa de cobertura de salud, como los copagos de Medicare o los costos compartidos de Medi-Cal. La política AD-1029 detalla el proceso de Montage Health para determinar la elegibilidad para este programa.

Los servicios no cubiertos o denegados proporcionados a beneficiarios elegibles de Medicaid se consideran una forma de atención de caridad. Los beneficiarios de Medicaid no son responsables de ningún tipo de responsabilidad financiera del paciente y todos los cargos relacionados con servicios no cubiertos, incluidas todas las denegaciones, son atención de caridad. Los ejemplos pueden incluir, entre otros:

- Servicios prestados a beneficiarios de Medicaid con Medicaid restringido (es decir, pacientes que solo pueden tener beneficios de embarazo o de emergencia, pero reciben otra atención hospitalaria)
- Cuentas pendientes de Medicaid
- Denegaciones de Medicaid u otros programas de atención para personas de bajos recursos
- Cargos relacionados con días que exceden un límite de duración de estadía
- Reclamos de Medicaid (incluidos reclamos de Medicaid fuera del estado) con respuesta de “sin pago”
- Cualquier servicio proporcionado a un paciente elegible para Medicaid sin cobertura y sin pago.

Cualquier cargo no reembolsado por servicios no cubiertos o denegados por cualquier pagador, como cargos por días que exceden el límite de duración de la estadía, beneficios agotados, saldo resultante de cobertura restringida, cuentas pendientes de Medicaid y denegaciones del pagador se consideran una forma de asistencia financiera al paciente en Community Hospital. Los cargos relacionados con estas denegaciones/montos no cubiertos condonados durante el año fiscal se reportan como atención no compensada.

COMMUNITY HOSPITAL OF THE MONTEREY PENINSULA	AD-1030
Política Administrativa General: Programas de asistencia financiera- Cuidados Patrocinados y Pago con Descuento	Página 3 de 9

- F. Descubrimiento de la elegibilidad del paciente para asistencia financiera durante las cobranzas. El Community Hospital se esfuerza por determinar la asistencia financiera del paciente lo más cerca posible al momento del servicio. Sin embargo, en algunos casos, es necesario realizar una investigación más profunda para determinar la elegibilidad. Es posible que algunos pacientes elegibles para recibir asistencia financiera no hayan sido identificados antes de iniciar la acción de cobro externa. Se deberá informar a las agencias de cobranza sobre esta posibilidad y se les solicitará que remitan las cuentas de pacientes que puedan ser elegibles para recibir asistencia financiera. Cuando se descubre que una cuenta es elegible para recibir asistencia financiera, el Community Hospital revertirá la cuenta como deuda incobrable y documentará el descuento respectivo en los cargos como atención de caridad.
- G. Las negociaciones con compañías de seguros que involucren relaciones contractuales inferidas para pacientes asegurados que no tengan contrato con el Community Hospital serán llevadas a cabo por la gerencia ejecutiva. Aunque el Community Hospital puede aceptar los términos de las negociaciones con las compañías de seguros, una relación contractual inferida no es representativa de un paciente “bajo contrato” con el hospital. El Community Hospital considera cualquier reembolso inferior al 20% del costo como un evento de caridad. Cualquier atención brindada a un caso presunto o real de COVID-19 se brinda por un monto no mayor al que el paciente hubiera tenido que pagar si la atención hubiera sido brindada por un proveedor dentro de la red. Todos los montos no reembolsados son una forma de asistencia financiera al paciente y se determinan como la diferencia entre los cargos hospitalarios brutos y el reembolso del hospital.

Solicitud de asistencia

- A. Las solicitudes de asistencia financiera se pueden realizar verbalmente o por escrito en cualquier momento antes, durante o después de la prestación de la atención. Las solicitudes de asistencia financiera se proporcionan a todos los pacientes en el idioma principal del 5 por ciento o más de la comunidad primaria que atiende el hospital.
- B. Las solicitudes para el programa de Cuidados Patrocinados o Pago con Descuento deben presentarse al Departamento de Servicios antes del servicio o al Departamento de Servicios Administrativos del Paciente o Acceso de Pacientes durante y/o después de recibir los servicios mediante el uso de la *Solicitud para el Programa de Cuidados Patrocinados o Pago con Descuento*. Las solicitudes incompletas se mantendrán en archivo durante 30 días después de que se envía la carta de solicitud de información adicional. Una vez recibida la documentación adicional se completará la solicitud. Si no se recibe la documentación dentro de los 30 días, el caso se cerrará. Los casos pueden volver a abrirse si se recibe la documentación. Además de una solicitud completa, se puede solicitar una carta de explicación de las circunstancias del paciente y/o una carta de la(s) persona(s) que brindan asistencia vital al paciente.

- Consulte los criterios de elegibilidad a continuación.

Un paciente (o su representante legal) que solicite Cuidados Patrocinados o Pago con Descuento debe hacer todo esfuerzo razonable para proporcionar documentación de ingresos y cobertura de beneficios de salud. Se alentará a los pacientes sin seguro que sean elegibles para un plan de beneficios de salud patrocinado por el gobierno o para una cobertura de beneficios de salud con subsidio gubernamental a través del California Health Benefit Exchange a que soliciten esos programas y cumplan con sus requisitos. Esto también se aplica a los pacientes que están en o por debajo del 138 por ciento del nivel federal de pobreza, quienes son elegibles para Medi-Cal en base al ingreso bruto ajustado modificado. Estarán disponibles asesores de inscripción del hospital disponibles para ayudar a los pacientes con el proceso de solicitud para planes de beneficios de salud patrocinados por el gobierno, cobertura de beneficios de salud a través del California Health Benefit Exchange, Medi-Cal, Medicare y otros programas disponibles. Si los pacientes no cooperan con los asesores de inscripción, el Community Hospital hará un esfuerzo razonable, mediante cartas y llamadas telefónicas, para alentar a los pacientes a que cooperen antes de su revisión y decisión con respecto a su elegibilidad para los Cuidados Patrocinados y/o Pago con Descuento. Las solicitudes pueden ser rechazadas y la(s) cuenta(s) asociada(s) pueden ser remitidas a una agencia de cobranzas si no se proporciona documentación suficiente para determinar la elegibilidad.

- C. Si un paciente solicita o tiene una solicitud pendiente para otro programa de cobertura de salud al mismo tiempo que solicita el Programa de Cuidados Patrocinados o el Programa de Pago con Descuento del hospital, el estado de cualquiera de las solicitudes como pendiente no impedirá ni retrasará la revisión o acción de la otra.
- D. Esta política se aplica únicamente a los servicios de emergencia y médicamente necesarios proporcionados por el Community Hospital. Los servicios prestados en un centro hospitalario por proveedores de atención médica privados, como médicos personales y transporte en ambulancia, no están cubiertos por los programas de Cuidados Patrocinados y Pago con Descuento. El Community Hospital mantiene una lista de proveedores que brindan atención de emergencia u otra atención que es médicamente necesaria cubierta por los programas de Cuidados Patrocinados y Pago con Descuento. La lista está disponible en el sitio web del hospital en: www.chomp.org. Estos programas están disponibles solo para servicios de emergencia y médicamente necesarios proporcionados por el Community Hospital, que no estén cubiertos por otros programas gubernamentales y/o fuentes de financiamiento, incluida la cobertura de seguros de terceros para la cual el solicitante sea elegible. Consultar la lista de servicios no cubiertos a continuación.

COMMUNITY HOSPITAL OF THE MONTEREY PENINSULA	AD-1030
Política Administrativa General: Programas de asistencia financiera-Cuidados Patrocinados y Pago con Descuento	Página 5 de 9

Servicios no cubiertos

- A. Todos los servicios de atención médica no facturados por el Community Hospital, como servicios médicos no hospitalarios y transporte en ambulancia;
- B. Cirugía bariátrica que no es médicamente necesaria;
- C. Servicios cosméticos;
- D. Servicios que, en opinión del personal competente del hospital, se proporcionan sólo como una medida provisional cuando un paciente se encuentra internado en el hospital o en Westland House, para comodidad de la familia o del médico;
- E. Atención que no es indicada médicamente;
- F. Equipo médico duradero;
- G. Oxígeno y suministros de oxígeno, excepto cuando estén aprobados previamente;
- H. Cualquier servicio o producto que sea considerado como experimental;
- I. Servicios o productos no aprobados por la FDA para uso del paciente; y
- J. Servicios o productos que efectivamente colocarían al hospital en la posición de tener que proporcionar dichos servicios o productos durante períodos prolongados de tiempo, incluso cuando el paciente no es paciente del Community Hospital.

Programa de Pago con Descuento

El Community Hospital se compromete a brindar a los pacientes sin seguro que califiquen y a los pacientes asegurados con gastos por atención médica no reembolsados por programas de seguros o cobertura de salud, como copagos de Medicare o el costo compartido de Medi-Cal, según se define a continuación, un descuento que exceda el proporcionado a los participantes del programa Medicare. El programa Medicare, el programa de beneficios de salud patrocinado por el gobierno que paga más dinero y es aceptado por Community Hospital, actualmente reembolsa al hospital un promedio del 18 por ciento de los cargos totales, lo que representa un descuento del 82 por ciento. Como beneficio ampliado para los pacientes que califican para el Programa de Pago con Descuento, la obligación del paciente se limitará al 18 por ciento de los cargos totales, lo que representa un descuento del 82 por ciento. A ninguna persona que califique para el Programa de Pago con Descuento se le cobrará más que el monto generalmente facturado ("AGB") por el Community Hospital a las personas que tienen seguro que cubre dicha atención de emergencia y/o médicamente necesaria. El Community Hospital calcula el AGB utilizando el método prospectivo de Medicare descrito en 26C.F.R. § 1.501(r)-5(b)(4).

- A. Los pacientes sin seguro que califiquen para el Programa de Pago con Descuento también serán elegibles para un plan de pago extendido sin intereses sobre el saldo restante. Los pacientes asegurados que sean elegibles para el Programa de Pago con Descuento debido a los altos costos médicos según se define a continuación, recibirán un descuento del 100 por ciento sobre todos los cargos que excedan el monto pagado por su seguro, siempre que su seguro haya pagado al menos el 18 por ciento de los cargos totales.
- B. El cargo bruto total por los servicios y el descuento a aplicar se mostrarán en la carta de adjudicación. Estos descuentos se aplican a cualquier gasto no cubierto o reembolsado por el seguro o programa de cobertura de salud.

C. Demostrar elegibilidad

1. Los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente deben presentar la declaración de impuestos del año anterior y, si no presentaron impuestos, se acepta documentación de los ingresos familiares en forma de recibos de sueldo recientes de tres meses. Si el paciente es de fuera del país, el hospital puede solicitar una declaración jurada para comprobar la elegibilidad de ingresos. A los efectos de determinar la elegibilidad, no se incluirán los planes de retiro o compensación diferida calificados según el código del *Internal Revenue Service* (Servicio de Impuestos Internos) ni los planes de compensación diferida no calificados. Los ingresos calificados no deben exceder el 400 por ciento del nivel de pobreza federal aplicable.

D. Plan de pago

1. Los pacientes que califican para el Programa de Pago con Descuento también serán elegibles para un plan de pago sin intereses que no excederá los 72 meses de duración. En situaciones en las que no se pueda llegar a un acuerdo, el monto mínimo de pago mensual no debe exceder el 10 por ciento del ingreso mensual de la familia del paciente (después de los gastos de vida esenciales).
Cualquier plan de pago que permanezca sin pagar durante 90 días consecutivos será declarado moroso y podrá ser enviado a actividades de cobranza después de que se hayan realizado intentos para renegociar los términos del plan de pago en mora. Consulte *el Procedimiento para el Programa de Asistencia Financiera, Cuidados Patrocinados y Programa de Pago con Descuento AD-1029*.

Cuidados Patrocinados (atención gratuita o atención de caridad)

- A. El Community Hospital se compromete a brindar a los pacientes no asegurados que califiquen y a los pacientes con altos costos médicos, según lo definido a continuación, un descuento del 100 por ciento sobre el monto que se determine que debe el paciente. Este descuento se aplica a gastos de atención médica que no son reembolsados por un seguro o el programa de cobertura de salud, como los copagos de Medicare o los costos compartidos de Medi-Cal.
- B. Las solicitudes de asistencia financiera se pueden realizar verbalmente o por escrito en cualquier momento antes, durante o después de la prestación de la atención.
- C. Demostrar elegibilidad
 1. Los pacientes sin seguro y los pacientes con altos costos médicos que soliciten Cuidados Patrocinados deben proporcionar documentación sobre los ingresos de la familia en forma de la declaración de impuestos del año anterior. Si no se presentó la declaración de impuestos del año anterior, se aceptarán tres meses de recibos de sueldo recientes.

D. Atención presuntiva de caridad

Se puede otorgar asistencia financiera en ausencia de una solicitud completa en situaciones donde el paciente no presenta una solicitud, pero otra información disponible confirma una dificultad económica. Algunos ejemplos de estas excepciones en las que se eximen los requisitos de documentación incluyen, entre otros:

- Una herramienta independiente de evaluación financiera basada en el crédito indica indigencia
- Se aplica una determinación automática de asistencia financiera del 100% de asistencia en las siguientes situaciones, siempre y cuando cumplan con otros criterios de elegibilidad:
 - El paciente tiene un plan de Medicaid activo
 - El paciente es elegible para Medicaid o los pacientes con cobertura de Medicaid activa actual recibirán asistencia para fechas de servicio anteriores
 - El paciente ha fallecido
- Determinación de la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera.

Las herramientas de elegibilidad presunta no se pueden utilizar para lo siguiente:

- Pacientes que no hayan proporcionado la Coordinación de Beneficios según lo solicitado por su seguro.
- Otra forma de pago médico cuya tramitación de reclamo aún no haya sido completado, como un plan de costos compartidos.
- El servicio al paciente resultó en algún pagador tercero o cualquier acuerdo legal, fallo o adjudicación a ser emitido.

Proceso de disputa/apelación

Si el paciente/garante apela la decisión original, se debe presentar documentación de respaldo adicional junto con la solicitud por escrito de revisión al Departamento de Servicios Administrativos del Paciente, dentro de los 30 días posteriores a la fecha de aprobación/rechazo original. Se deben seguir estos pasos:

- i. Remitir la solicitud al supervisor de servicio al cliente para una revisión inicial.
- ii. Si la revisión del supervisor resulta en un cambio en la determinación original, la solicitud puede tramitarse con documentación adicional.
- iii. Si se mantiene la determinación original, el supervisor remitirá el caso al director para una revisión más detallada y determinará una respuesta para el paciente.

Circunstancias especiales

Los pacientes sin seguro y los pacientes con altos costos médicos cuyos ingresos superan el 400 por ciento pero que sean inferiores al 500 por ciento del nivel de pobreza federal aplicable, recibirán un descuento del 25 por ciento en los cargos totales y también serán elegibles para un plan de pago extendido sin intereses para el saldo restante.

Pagos en exceso del monto adeudado después del descuento

En caso de que el Community Hospital cobre pagos de un paciente que posteriormente califique para Cuidados Patrocinados o la Política de Pago con Descuento, Community Hospital reembolsará cualquier exceso previamente pagado por el paciente junto con los intereses a la tasa anual actual (consultar el procedimiento de reembolso) a partir de la fecha en que el Community Hospital recibió el pago en exceso, o la fecha en que el paciente calificó para los Cuidados Patrocinados o la Política de Pago con Descuento, lo que sea más reciente.

COMMUNITY HOSPITAL OF THE MONTEREY PENINSULA	AD-1030
Política Administrativa General: Programas de asistencia financiera-Cuidados Patrocinados y Pago con Descuento	Página 8 de 9

Esto no se aplica a pagos en exceso inferiores a \$5. El Community Hospital reembolsará al paciente en 30 días.

No serán elegibles los reembolsos en los siguientes casos:

- Han transcurrido cinco años o más desde el último pago del paciente al hospital o al proveedor del plan de pago.
- El paciente ha estado endeudado durante más de cinco años
- Cambio reciente en las circunstancias financieras del paciente, como pérdida de ingresos debido a la pérdida del trabajo o de un familiar fallecido que formaba parte de la documentación financiera original para la elegibilidad

Mantenimiento e informes de políticas

Este documento de política debe revisarse anualmente para garantizar su consistencia con todas las leyes aplicables y los recursos disponibles. Además, esta información debe enviarse a *California Department of Health Care Access and Information* cada dos años el 1 de enero o cuando sea que se realice un cambio importante. Con el propósito de que las políticas de Cuidados Patrocinados y Pago con Descuento estén disponibles para la comunidad, el hospital publicará la política y la solicitud en el sitio web del hospital e incluirá información sobre cómo presentar la solicitud en sus estados de cuenta iniciales.

Practica

Consultar el documento de *Procedimiento Programa de Cuidados Patrocinados y Pago con Descuento AD-1029*.

Definiciones

Los siguientes términos tienen los siguientes significados:

- A. *Nivel federal de pobreza* se refiere a las pautas de pobreza específicas según el ingreso y el tamaño de la familia, las cuales se actualizan periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo la autoridad de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos.
- B. *Estar subasegurado* se refiere a tener un seguro de salud que no cubre todos los gastos médicos y puede enfrentar altos costos de bolsillo, deducibles o copagos que pueden generar dificultades financieras.
- C. Por *familia del paciente* se refiere a lo siguiente:
 1. Para las personas de 18 años o más, la familia incluye a los hijos dependientes de cualquier edad y contempla la inclusión de los padres cuando el paciente es un hijo dependiente que no es menor de edad, según lo definido en la Sección 297 del Código de Familia.
 2. La familia incluye a los padres, a los parientes cuidadores y a otros hijos del padre o del pariente cuidador.
- D. Los *médicos del hospital* son los médicos que brindan servicios en el Community Hospital y se facturan bajo el Número de Identificación de Proveedor (PIN) del Community Hospital. Estos incluyen médicos de la sala de emergencias, radiólogos, patólogos, cardiólogos, oncólogos radioterapeutas y psiquiatras.

COMMUNITY HOSPITAL OF THE MONTEREY PENINSULA	AD-1030
Política Administrativa General: Programas de asistencia financiera- Cuidados Patrocinados y Pago con Descuento	Página 9 de 9

Acceso a la atención médica durante una emergencia de salud pública

El liderazgo ejecutivo debe proclamar una Crisis de Acceso a la Atención Médica; una Crisis de Acceso a la Atención Médica puede estar relacionada con una situación emergente en la que se modifican las regulaciones estatales o federales para satisfacer las necesidades de atención médica inmediatas de la comunidad del Community Hospital durante la Crisis de Acceso a la Atención Médica. Durante una Crisis de Acceso a la Atención Médica, el Community Hospital puede "flexibilizar" su política de asistencia financiera a los pacientes para satisfacer las necesidades de la comunidad en crisis. Estos cambios se incluirán en la política de asistencia financiera al paciente como un anexo si se proclama una Crisis de Acceso a la Atención Médica. Los descuentos para pacientes relacionados con una Crisis de Acceso a la Atención Médica pueden proporcionarse en el momento de la crisis, independientemente de la fecha de esta política (ya que la dirección del hospital tal vez no sea capaz de reaccionar con la suficiente rapidez para actualizar el lenguaje de la política y satisfacer necesidades más urgentes durante la Crisis de Acceso a la Atención Médica).

CONTENIDO	DESCRIPCIÓN
Presentado por:	Director del ciclo de ingresos
Siguiente fecha de revisión:	Enero 2026
Fecha de entrada en vigor:	Enero 2022
Aplicable a:	Personal del Departamento de Servicios Administrativos del Paciente, Personal de Acceso de Pacientes, Personal de Servicios Sociales, Personal de Radiología, Personal de Rehabilitación y Heridas, Personal de Diabetes y Nutrición, Personal de Cardiología, Personal de 'Ohana.
Aprobado por:	Departamento de Servicios Administrativos del Paciente Acceso de Pacientes, Servicios Sociales, Radiología, Rehabilitación y Heridas, Diabetes y Nutrición, Cardiología, Comité Administrativo del Presidente de 'Ohana (PAC), La Junta Directiva.
Revisado por:	Acceso de Pacientes, Departamento de Servicios Administrativos del Paciente Servicios Sociales, Radiología, Rehabilitación y Heridas, Diabetes y Nutrición, Cardiología, 'Ohana. PAC, La Junta Directiva
Reemplaza:	
Referencias:	Patient Business Services Procedure: Sponsored Care and Discount Payment Program, Federal poverty level defined in the Federal Register (http://aspe.hhs.gov/poverty).
Palabras clave:	Bajos ingresos, nivel federal de pobreza, ingreso familiar, atención de caridad, criterios de elegibilidad y solicitud de asistencia financiera, consejero de inscripción.
Distribución:	Políticas y Procedimientos de la Intranet del CHOMP; Personal del Departamento de Servicios Administrativos del Paciente. Personal de Acceso de Pacientes, Personal de Servicios Sociales, Personal de Radiología, Personal de Rehabilitación y Heridas, Personal de Diabetes y Nutrición, Personal de Cardiología, Personal de 'Ohana.
Información adicional:	
Políticas o programas relacionados:	<i>Procedimiento para el Programa de Asistencia Financiera, Cuidados Patrocinados y Programa de Pago con Descuento AD-1029 y AD-1031 Política Administrativa General – Política de Cobranza</i>