Política de Asistencia Financiera y Procedimiento

Política *n.º 3085* ***Procedimiento n.º*** 3086 **POLÍTICA GENERAL**	***Categorías*** Administrativa/no clínica	***Este procedimiento se aplica a:*** Texas Children's Hospital Texas Children's Physician Services Organization (TCPSO) Texas Children's Women's Specialists ***Documento propiedad de:*** Revenue Cycle (ciclo de ingresos)

Texas Children's Hospital, Texas Children's Physician Services Organization (Organización de Servicios de Médicos de Texas Children's), y Texas Children's Women's Specialists (Especialistas en Salud Femenina de Texas Children's) (denominados en su conjunto "TCH" de aquí en adelante) están comprometidos a prestar atención de la más alta calidad a sus pacientes. El TCH reconoce que algunos pacientes y/o sus familiares pueden tener dificultades para pagar por la totalidad o por parte de los servicios proporcionados por el TCH y sus entidades relacionadas. Como parte del apoyo a su misión y valores benéficos, el TCH brinda asistencia financiera a aquellos pacientes y/o a sus familiares que tengan ingresos bajos, no cuenten con seguro o cuenten con un seguro insuficiente, no cumplan los requisitos para beneficiarse de los programas gubernamentales de atención médica o no puedan pagar, por cualquier otra razón, por parte o la totalidad de las facturas derivadas de los servicios que Medicare, Medicaid o los estándares de la industria consideran *médicamente necesarios*. Es posible que los pacientes que no cumplan los requisitos anteriores también puedan optar a recibir asistencia financiera, incluso para otro tipo de servicios, si bien la decisión de concederla se estudiará individualmente según los procedimientos establecidos en el presente documento.

No se podrá negar la asistencia financiera a ningún paciente por motivo de sexo, raza, credo, color, identidad nacional/origen étnico, religión, edad, orientación sexual o discapacidad. Además, el TCH brindará, sin discriminación, atención para las afecciones médicas que requieran cuidados de emergencia, independientemente de si el paciente reúne o no los requisitos para optara la asistencia financiera.

DEFINICIONES

1. **Deuda incobrable**: cualquier factura emitida para cobro de un tercero o paciente que no se paga en su totalidad.

2. **Ingresos familiares o ingresos brutos:** incluyen los ingresos laborales, las pensiones por desempleo, la compensación de trabajadores, el Seguro Social, el ingreso suplementario de seguridad, los pagos de asistencia pública, los pagos a veteranos, los beneficios de supervivientes, las pensiones o ingresos de la jubilación, los intereses, los dividendos, las rentas, las regalías, los ingresos derivados de patrimonios, los fideicomisos, la asistencia

para los estudios, las pensiones alimenticias, la manutención infantil, las ayudas económicas provenientes de fuentes externas al hogar y demás fuentes de ingresos variadas. Los ingresos familiares se basan en las definiciones utilizadas por la Oficina del Censo de los Estados Unidos.

3. **Nivel federal de pobreza (FPL) o pautas federales de pobreza (FPG):** medida definida por el Departamento de Salud y Asuntos Humanos de los Estados Unidos que se basa en los ingresos brutos y el número de familiares por hogar para indicar el umbral de la pobreza.

4. **Asistencia financiera**: reducción total o parcial de los cargos incurridos en el TCH y sus entidades relacionadas que se aplica a los pacientes que han calificado para un descuento en las tarifas por los servicios de emergencia o médicamente necesarios, según se establece en las disposiciones de esta Política de Asistencia Financiera. Es posible que un paciente sin seguro que pague por cuenta propia o uno con un seguro insuficiente para el servicio pertinente que no reúne los requisitos para obtener cobertura de un programa gubernamental de atención médica u otro seguro, y que tiene ingresos familiares superiores al 200%, pero inferiores al 400% de las FPG, pueda recibir asistencia financiera a modo de descuentos en los cargos.

5. **Comité de Asistencia Financiera:** comité del TCH formado por los representantes pertinentes del TCH y/o el personal médico a cargo de: 1) las revisiones mensuales y la aprobación de solicitudes de asistencia financiera, y 2) las revisiones mensuales de los informes financieros asociados a la asistencia financiera del TCH.

6. **Deducible de asistencia financiera**: la parte de una factura del TCH cuyo pago corresponde al paciente, una vez aprobada la asistencia financiera. Un asesor financiero, representante de los servicios para pacientes o el Comité de Asistencia Financiera pueden determinar esta cantidad, de acuerdo con lo establecido en esta Política de Asistencia Financiera.

7. **Indigente desde el punto de vista financiero**: paciente que, según la determinación del TCH, no puede pagar por parte o la totalidad de las facturas debido a sus ingresos familiares y/o debido a que su familia se encuentra por debajo del umbral especificado del FPL, y/o porque sus activos monetarios son inferiores a los umbrales establecidos.

8. **Programa gubernamental de atención médica**: cualquier programa de atención médica operado o financiado, al menos en parte, por el Gobierno federal, estatal o local, incluido Medicare, Medicaid, Menores con Necesidades deAtención Médica Especiales (CSHCN, por sus siglas en inglés) y el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP, por sus siglas en inglés), entre otros.

9. **Cargos brutos**: cargos facturados a los pacientes que reciben servicios en el TCH.

10. **Indigente desde el punto de vista médico**: paciente que, según la determinación del TCH, no puede pagar parte o la totalidad de las facturas emitidas a su nombre porque estas exceden un porcentaje determinado de los ingresos familiares y/o de los activos del paciente y/o de su familia (p. ej., debido a costos por catástrofes o por determinadas afecciones médicas), a pesar de que el paciente y/o su familia cuentan con ingresos familiares o activos que los descalifican para ser considerados indigentes desde el punto de vista financiero.

11. **Presunta elegibilidad:** paciente que no ha presentado una solicitud completada para recibir asistencia financiera, pero cuyas circunstancias cumplen con uno o más de los siguientes requisitos:

a. Persona sin hogar;

b. Persona fallecida sin patrimonio;

c. Persona elegible para Medicaid o CSHCN, pero que no lo era en la fecha del servicio o si se le prestó un servicio no cubierto;

d. Persona inscrita en al menos un programa gubernamental para individuos con ingresos bajos que cumple con el criterio de elegibilidad de no superar el 200% del FPL;

e. Persona derivada para servicios prestados por el Sistema de Salud del Condado de Harris que cumple con el criterio de elegibilidad de no superar el 200% del FPL; y

f. Persona para la que un software de terceros determina que cumple con el criterio de elegibilidad de no superar el 200% del FPL.

12. **Paciente con un seguro insuficiente:** aquel que cuenta con algún tipo de seguro o cobertura de terceros, pero que tiene que pagar gastos de su bolsillo (saldos por cuenta propia) cuando estos exceden su capacidad para pagarlos.

13. **Paciente sin seguro que paga por cuenta propia**: aquel que notiene seguro ni cobertura de terceros para ayudarlo a cumplir con sus propias obligaciones de pago.

PROCEDIMIENTO

1. DESCRIPCIÓN GENERAL

1.1. El Departamento de Servicios Financieros para Pacientes del TCH, que comprende el servicio de acceso para pacientes y el servicio al cliente, identificará a los pacientes que podrían cumplir con los requisitos para recibir asistencia financiera.

1.2. Un paciente también puede solicitar asistencia financiera aunque no haya sido identificado por el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes. Si lo hace, será derivado a un asesor financiero o especialista en servicios para pacientes a fin de que pueda obtener ayuda con el proceso de asistencia financiera.

1.3. Por lo general, cualquier paciente que desee recibir asistencia financiera deberá completar una solicitud con un asesor financiero o especialista en servicios para pacientes. Sin embargo, en los casos aplicables, se puede considerar una presunta elegibilidad en lugar de revisar una solicitud de asistencia financiera. Se considerará que los pacientes que cumplen cualquiera de los criterios de presunta elegibilidad pueden optar a un descuento del 100% y no se les pedirá que presenten una solicitud de asistencia financiera.

1.4. Solo se considerará que un paciente puede recibir asistencia financiera cuando se haya agotado el resto de las vías de recursos financieros disponibles para este y cuando tanto el paciente como su familia no tengan los ingresos suficientes como

para cubrir los gastos de su bolsillo, tal como lo determine el TCH. Se evaluarán los recursos financieros existentes y potenciales del paciente, entre los que se incluyen los seguros privados y cualquier programa gubernamental de atención médica.

1.5. La asistencia financiera solo se aplica a servicios considerados "médicamente necesarios" según Medicare, Medicaid o los estándares de la industria. En los casos en que no esté claro si el servicio es médicamente necesario, el Comité de Asistencia Financiera hará un seguimiento con el médico del paciente para tomar una decisión al respecto.

2. ELEGIBILIDAD

2.1. Cualquier paciente que reciba o espere recibir atención de emergencia o médicamente necesaria en el TCH puede presentar una solicitud de asistencia financiera. La asistencia financiera suele reservarse a ciudadanos o residentes de los EE. UU. Los pacientes internacionales o no residentes deben dirigir sus consultas a los servicios para pacientes internacionales del Texas Children's. Es posible que un paciente que no es ciudadano o residente de los EE. UU. sea considerado indigente desde el punto de vista financiero o médico y que el Comité de Asistencia Financiera apruebe la obtención de asistencia financiera por parte de dicho paciente, para lo cual habrá de considerar la naturaleza de la enfermedad del paciente, la probabilidad de que el tratamiento tenga resultados satisfactorios, las disposiciones previas en casos similares y las restricciones presupuestarias del TCH.

2.2. Los porcentajes de descuento otorgados por la asistencia financiera, tal como se describen en el Anexo A adjunto a este documento, se calculan tomando como referencia el FPL y pueden actualizarse a medida que también se actualice el FPL en el Registro Federal.

2.3. Si los ingresos familiares anuales de un paciente no superan el 100% del FPL, este puede calificar para Medicaid. Si los ingresos familiares se sitúan entre el 101% y el 200% del FPL, el paciente puede calificar para el CHIP. Si el paciente no califica para ningún programa gubernamental de atención médica y los ingresos familiares son inferiores al 400% del FPL, se aplicarán las pautas establecidas en el Anexo A para calcular el porcentaje de asistencia financiera al que tiene derecho el paciente. El AnexoAtambién servirá de guía para determinarel deducible de asistencia financiera. Si un paciente no cumple con los requisitos para recibir un descuento del 100% y desea obtener asistencia financiera adicional, su solicitud de asistencia financiera se derivará al Comité de Asistencia Financiera para su revisión y consideración.

2.4. Si un paciente tiene Medicare, pero no cuenta con un seguro secundario ylos ingresos familiares están dentro del FPL establecido en esta Política de Asistencia Financiera, es posible que se le pida que solicite su inscripción en Medicaid, antes de considerarse como candidato a recibir asistencia financiera.

2.5. Además de utilizar el FPL para determinar la elegibilidad de un paciente para obtener asistencia financiera, se tendrán en cuenta los siguientes factores:

1. Ingresos familiares: por lo general, los ingresos familiares deben estar dentro del FPL tras haber tenido en cuenta el número de familiares del hogar, la zona geográfica y otros factores relevantes.

2. Denegaciones: si un paciente podría calificar para recibir cobertura, esta deberá haberle sido denegada tras haberla solicitado a todas las posibles fuentes financieras, entre las que se incluyen Medicaid, CSHCN, CHIP, Medicare (si corresponde) y/o cualquier programa comercial potencial.

3. Condición de empleo.

4. Obligaciones financieras existentes (p. ej., deudas por costos médicos, obligaciones fiscales, manutención infantil, hipotecas, préstamos de estudiantes, etc.).

5. Requisito de buena fe: se da por hecho que los pacientes colaborarán durante el proceso de solicitud. La colaboración por parte de los padres en el proceso de solicitud puede tenerse en cuenta a la hora de tomar una decisión sobre la asistencia financiera.

3. DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

3.1. Los asesores financieros y especialistas en servicios para pacientes pueden sugerir la cantidad adecuada de asistencia financiera que está disponible para los pacientes, así como cualquier deducible de asistencia financiera aplicable, tal como se describe en el Anexo A. El supervisor, asistente de dirección o director responsable por el servicio de acceso para pacientes y el servicio al cliente podrán aprobar la solicitud de asistencia financiera siguiendo las pautas incluidas en el Anexo A. Cualquier otro tipo de solicitud debe remitirse al Comité de Asistencia Financiera.

3.2. Cabe esperar que un paciente que pueda pagar por una parte de los servicios prestados por el TCH lo haga, incluso si es indigente desde el punto de vista médico. El deducible de asistencia financiera es la cantidad por la que el paciente será responsable una vez aprobada la solicitud de asistencia financiera.

3.3. La elegibilidad de asistencia financiera tiene una vigencia de seis meses y es aplicable a todos los saldos pendientes incurridos durante el plazo de tiempo aprobado. Es posible prorrogar la asistencia financiera más allá de los seis meses de forma excepcional, pero en ningún caso superará un plazo de doce meses sin que antes se revisen las circunstancias del paciente y se amplíe la aprobación.

3.4. Si se concede la asistencia financiera, esta se aplicará a los saldos restantes después de que todos los pagos de terceros hayan sido acreditados. Si un paciente o cualquier otro pagador realiza un pago durante el plazo de vigencia de la asistencia financiera, este se aplicará al saldo adeudado por el paciente, mientras que la asistencia financiera se aplicará al saldo restante tras dicho pago.

3.5. El Comité de Asistencia Financiera se reserva el derecho a cambiar una decisión previa con respecto a la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera y a ajustar la cantidad concedida en cada caso particular.

3.6. La elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera puede revaluarse cuando ocurra al menos uno de los siguientes supuestos:

1. Prestación de servicios adicionales;

2. Cambios en los ingresos familiares;

3. Cambios en el número de familiares que componen el hogar;

4. Vencimiento del plazo de seis meses desde que el paciente calificó para recibir asistencia financiera; o

5. Proceso de asistencia financiera incompleto.

4. CANTIDADES COBRADAS AL PACIENTE

4.1. El TCH utiliza una “escala móvil” para determinar el porcentaje de descuento aplicable a un paciente que califica para recibir asistencia financiera.

4.2. Si un paciente/familia no cumple con los requisitos para participar en un programa gubernamental de atención médica, el TCH ofrece la siguiente asistencia financiera a los pacientes sin seguro que pagan por cuenta propia o con seguro insuficiente, para lo cual utiliza la escala móvil y el FPL más reciente incluido en el Anexo A:

1. Si los ingresos brutos se sitúan entre el 0% y el 200% del FPL, se aplica un descuento del 100% sobre los cargos facturados.

2. Si los ingresos brutos se sitúan entre el 201% y el 300% del FPL, se aplica un descuento del 75% sobre los cargos facturados.

3. Si los ingresos brutos se sitúan entre el 301% y el 400% del FPL, se aplica un descuento del 55% sobre los cargos facturados.

4. Si los ingresos brutos son superiores al 400% del FPL y no califican para asistencia financiera, existe un descuento sobre los cargos para los pacientes que pagan por cuenta propia. Las pautas para los descuentos sobre saldos pagados por cuenta propia se describen en la sección de descuentos de la Política de Pacientes con Pagos por Cuenta Propia y Procedimiento.

4.3. Los pacientes indigentes desde el punto de vista médico deben alcanzar sus deducibles de asistencia financiera y su caso debe revaluarse al menos cada seis meses para continuar recibiendo asistencia financiera.

5. BASES PARA CALCULAR LAS CANTIDADES COBRADAS A LOS PACIENTES

Las cantidades cobradas a los pacientes que, bajo los términos de esta Política deAsistencia Financiera, son elegibles para recibir asistencia financiera para la atención de emergencia y médicamente necesaria no excederán el monto generalmente facturado (AGB, por sus siglas en inglés) a los pacientes que cuentan con un seguro que cubre este tipo de servicios. Para determinar el AGB de toda atención de emergencia o médicamente necesaria proporcionada a un paciente elegible para recibir asistencia financiera, el TCH emplea un método retrospectivo, que se calcula multiplicando los cargos brutos del TCH incurridos durante la atención prestada por un porcentaje de los cargos brutos (porcentaje del AGB). Para calcular el porcentaje del AGB (lo cual corre a cargo del Departamento de Informes de Gobernanza del TCH en los 120 días anteriores al comienzo de cada año fiscal), el TCH incluye las reclamaciones concedidas en el período anterior de 12 meses tanto por Medicaid como por todos los seguros privados que pagan reclamaciones al TCH. El TCH comienza a aplicar el

porcentaje del AGB en un plazo de 120 días tras la finalización del período de 12 meses utilizado para calcularlo.

Quien lo desee, puede obtener oportunamente el porcentaje del AGB y la correspondiente descripción de los cálculos por escrito y de forma gratuita llamando al servicio al cliente al 832-824-2300 o acudiendo a la Oficina Principal de Admisiones del TCH situada en el 3.er piso de la torre oeste (West Tower), en 6621 Fannin St., Houston, Texas 77030.

6. SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

6.1. Todo el que lo desee o tenga una necesidad identificada puede presentar una solicitud de asistencia financiera. Se adjunta una solicitud de muestra en el Anexo B. Cualquier médico o empleado del TCH puede derivar a un paciente a un asesor financiero o especialista en servicios para pacientes a fin de que inicie una solicitud de asistencia financiera. La aprobación de dicha asistencia puede ocurrir en cualquier fase del ciclo de ingresos del TCH.

6.2. Si el paciente entra dentro de las pautas del FPL incluidas en el AnexoA, el supervisor o el director del servicio de acceso para pacientes o el servicio al cliente podrán aprobar la solicitud de asistencia financiera. Cualquier otro tipo de solicitud debe remitirse al Comité de Asistencia Financiera para su revisión y aprobación.

6.3. El paciente debe colaborar durante el proceso de solicitud para poder optar a la asistencia financiera. De lo contrario, se podrá denegar o revocar dicha asistencia. No obstante, dicha colaboración no es un requisito previo para recibir tratamiento médicamente necesario o atención de emergencia. Como mínimo, es obligatorio que el paciente presente la siguiente documentación: cualquier prueba de cobertura de terceros, condición de empleo, verificación del empleo y de los ingresos, justificante de residencia y número de familiares en el hogar. La verificación de los ingresos puede incluir uno o más de los siguientes documentos:

1. Declaración federal de impuestos sobre el ingreso más reciente;

2. Formularios W-2 actuales o verificación del salario por escrito proporcionada por el empleador;

3. Cheque del Seguro Social;

4. Estado de cuentas bancario; y

5. Cheque por discapacidad.

6.4. El servicio de acceso para pacientes y/o el servicio al cliente le facilitarán al solicitante la decisión por escrito sobre la elegibilidad del paciente para obtener asistencia financiera en los 60 días posteriores a que ellos reciban la determinación. Esta notificación incluirá el descuento aprobado e indicará si se exige algún pago al paciente; no obstante, la notificación no incluirá las razones específicas de la determinación.

6.5. Si la solicitud de asistencia financiera de un paciente se deniega, este puede apelar dicha determinación a través del Departamento de Servicios Financieros para Pacientes. Las apelaciones deben incluir documentos de apoyo que demuestren la

incapacidad del paciente para pagar que no hubieran estado disponibles o no se hubieran incluido al momento de la consideración inicial.

6.6. Los pacientes cuya asistencia financiera se deniegue pueden solicitar el establecimiento de un plan de pagos, administrado a través del servicio al cliente.

6.7. El Departamento de Servicios Financieros para Pacientes conservará todos los registros relativos a la asistencia financiera por un período de siete años.

6.8. Los formularios de solicitud de asistencia financiera están a su disposición sin costo alguno y pueden encontrarse en línea en https://www.texaschildrens.org/financial-assistance, o bien llamando al servicio al cliente al 832-824-2300 para pedir los datos necesarios para presentar la solicitud por correo, o acudiendo a la Oficina Principal de Admisiones del TCH, que se encuentra en el 3.er piso de la torre oeste (West Tower), en 6621 Fannin St., Houston, Texas 77030. El TCH proporcionará una traducción de esta Política de Asistencia Financiera, de la solicitud de asistencia financiera y de un resumen en lenguaje sencillo de su Política de Asistencia Financiera para los públicos con conocimientos limitados de inglés cuyo idioma tenga un número de hablantes importante en la zona.

6.9. Se puede pedir una solicitud de asistencia financiera llamando al servicio al cliente al 832-824-2300 o acudiendo a la Oficina Principal de Admisiones del TCH, situada en el 3.er piso de la torre oeste (West Tower), en 6621 Fannin St., Houston, Texas 77030.

7. FALTA DE PAGO

7.1. Si un paciente no paga el deducible de asistencia financiera y no consigue renegociar un plan de pagos (en los casos que corresponda), el saldo adeudado podrá considerarse una deuda incobrable.

7.2. Las pautas para el manejo y el cobro de las cuentas de los pacientes por cobrar se describen en la Política de Cobros a Pacientes/Familias, disponible en inglés y español. El enlace a la página web es: https://www.texaschildrens.org/patients-and-visitors/insurance-and-billing-assistance/financial-arrangements

8. LISTA DE PROVEEDORES QUE BRINDAN ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y OTROS CUIDADOS MÉDICAMENTE NECESARIOS EN EL TCH

El TCH lleva una lista de los proveedores (que se actualiza cada trimestre fiscal) externos a TCH y a sus entidades relacionadas que proporcionan atención de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios en los centros del TCH, y que están cubiertos por la Política de Asistencia Financiera del TCH. Puede obtener una copia de dicha lista de proveedores sin costo alguno, encontrándola en línea en https://www.texaschildrens.org/financial-assistance, o bien llamando al servicio al cliente al 832-824-2300 para pedir que le envíen la lista por correo, o acudiendo a la Oficina Principal de Admisiones del TCH, que se encuentra en el 3.er piso de la torre oeste (West Tower), en 6621 Fannin St., Houston, Texas 77030.

9. DISPONIBILIDAD DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA, RESUMEN EN LENGUAJE SENCILLO DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA Y SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

El TCH pondrá a disposición de todos los pacientes la información sobre asistencia financiera. El TCH facilitará información, incluida esta Política de Asistencia Financiera, la solicitud de asistencia financiera, instrucciones para solicitarla y un resumen en lenguaje sencillo de la Política de Asistencia Financiera en su sitio web (disponible en http://www.texaschildrens.org/Financial_Assistance.aspx). Asimismo, esta información estará disponible de forma gratuita para quienes la soliciten, tanto por correo como en lugares públicos del TCH, incluido el Centro de Emergencias y las áreas de admisión. El TCH notificará e informará a los miembros de la comunidad a los que atiende acerca de esta Política de Asistencia Financiera publicando la información anualmente en el periódico local, así como en declaraciones de garantes de pacientes. Además, el TCH contará con carteles públicos que notifiquen e informen a los pacientes acerca de esta Política de Asistencia Financiera. La información estará disponible en inglés, español y otros idiomas hablados por grupos de personas significativos en número atendidos por el TCH. Los pacientes pueden comunicarse con el TCH para obtener información relacionada con la asistencia financiera. Puede comunicarse con el Departamento de Asesoramiento Financiero del Campus Principal (Main Campus) llamando al 832-824-5505, del Campus Oeste (West Campus) al 832-2272120, y del Pabellón para Mujeres (Pavillion for Women) al 832-826-3300. El servicio al cliente también cuenta con esta información; puede contactarlo al 832-824-2300.

10. EXCEPCIONES

Es posible que surjan circunstancias especiales a la hora de determinar la elegibilidad de los pacientes que no cumplen con los criterios establecidos. El Comité de Asistencia Financiera está a cargo de revisar y aprobar estos casos.

DOCUMENTOS RELACIONADOS

ANEXO A – Pautas federales anuales de pobreza
ANEXO B – Solicitud de asistencia financiera
Política de pagos por cuenta propia y procedimiento
Política de cobro y procedimiento

REFERENCIAS

LEYES Y REGULACIONES ASOCIADAS
CÓDIGO DE SALUD Y SEGURIDAD DE TEXAS, ANEXO §§ 311.031-311.048
CÓDIGO FISCAL DE TEXAS § 153.310, § 171.063
Condiciones de participación de Medicaid
Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos de 1986, con sus respectivas enmiendas, y de las Regulaciones del Tesoro promulgadas en virtud del mismo

Fecha de creación: 05/01/1989	Fecha de última revisión: 01/09/16 Vicepresidente sénior, Revenue Cycle (ciclo de ingresos)	Fecha de vigencia: 01/09/16 14/05/10

ANEXO A: Las PAUTAS FEDERALES DE POBREZA (FPG) se actualizan anualmente y se publican en el Registro Federal

Ejemplo: 2017 FPG vigente enero de 2017

FPL Chart 2017 – Federal Poverty Level Chart 2017

Every year, the perimeters of the **Federal Poverty Level (FPL)** increase based on the cost of living.

Contiguous 48 States

Persons in Household	100% FPL	200% FPL	300% FPL	400% FPL
1	12,060	24,120	36,180	48,240
2	16,240	32,480	48,720	64,960
3	20,420	40,840	61,260	81,680
4	24,600	49,200	73,800	98,400
5	28,780	57,560	86,340	115,120
6	32,960	65,920	98,880	131,840
7	37,140	74,280	111,420	148,560
8	41,320	82,640	123,960	165,280

**** If your family contains more than 8 people, add $4,180 for each additional.***

TEXAS CHILDREN'S HOSPITAL
FINANCIAL ASSISTANCE REQUEST
(SOLICITUD DE SERVICIOS SIN COMPENSACION)

As provided by Federal law, I/we ask Texas Children's Hospital to determine if I/we are eligible for help in paying for our child's hospital bill. I/we understand that I/we need to give certain information for this to be done. I/we also understand that Texas Children's Hospital or its agents will check these facts for accuracy. I/we understand that filling out this form does not guarantee that I/we will receive this help. If I am (we are) not eligible for uncompensated services, I am (we are) responsible for my child's hospital bill. *(De acuerdo conlasleyes federales, solicitó/solicitamos a Texas Children's Hospital que decidida si soy/somos elegibles para recibir ayuda para pagar la factura del hospital de nuestro niño/a. Entiendo/entendemos que para esto necesito/necesitamos proporcionar cierta información. También comprendo/comprendemos que Texas Children's Hospital o sus agentes verifican la veracidad de esta información. Entiendo/entendemos que el llenar esta forma no garantiza que recibiré/recibiremos dicha ayuda. Si no soy/somos elegibles para servicios sin compensación, asumo/asumimos responsabilidad por el pago de la factura de hospital de mi niño/a)*

PATIENT INFORMATION (INFORMACION DEL PACIENTE)			
Previous Patient? Yes or No *(Paciente anterior)* *(SI)* *(NO)*			
Patient's First Name: *(Primer Nombre del Paciente)*		**Patient's Last Name:** *(Apellido del Paciente)*	
Street Address: *(Domicilio)*			
Phone Number: *(Teléfono)*		**SSN:** *(Número de Seguro Social)*	-
Date of birth: *(Fecha de Nacimiento)*		**Place of Birth:** *(Lugar de Nacimiento)*	
Religion: *(Religión)*		**Gender:** *(Sexo)*	M or F
Ethnicity: (circle one) *(Grupo étnico)*	White / Black / Hispanic / Asian / Asian/Pacific Islander / Other		
Is the patient a U.S. Citizen? *(Elpaciente es ciudadano americano?)*		**Yes or No** *(Si)* *(No)*	
Is the Patient a legal U.S.Resident? *(Elpaciente es residente legal de U.S.?)*		**Yes or No** *(Si)* *(No)*	
Has financial assistance been requested previously? *(Anteriormente ha solicitado asistencia financiera?)*		**Yes or No If yes, when?** *(SI)* *(NO)* *(Si, Cuando?)*	
Potential Third Party Payor Source (circle one) *(Tiene seguro medico o otro tipo de plan, circule elplan) (circule una)*		Private Insurance / Medicaid/Medicaid HMO / Medicare CHIP / CHCN / Other:	
Physician's Name: *(Nombre de el Médico)*		**Diagnosis:** *(Diagnostico)*	

PARENT/GUARDIAN INFORMATION (INFORMACION DE PADRE/GUARDIAN)			
Mother's Name: *(Nombre de la Madre)*		**Mother's Last Name:** *(Apellido de la Madre)*	
Date of Birth: *(Fecha de Nacimiento)*		**SSN:** *(Número de Seguro Social)*	

Las copias impresas se proveen solo a modo de referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más actual.

TEXAS CHILDREN'S HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE REQUEST (SOLICITUD DE SERVICIOS SIN COMPENSACION)			
Employer Name: *(Nombre del Empleador)*		**Work Phone:** *(Numero de Teléfono de trabajo)*	
Employer Address: *(Domicilio del Empleador)*			
Father's Name: *(Nombre de el Padre)*		**Father's Last Name:** *(Apellido de el Padre)*	
Date of Birth: *(Fecha de Nacimiento)*		**SSN:** *(Número de Seguro Social)*	
Employer Name: *(Nombre del Empleador)*		**Work Phone:** *(Numero de Teléfono de trabajo)*	
Employer Address: *(Domicilio del Empleador)*			

HOUSEHOLD INFORMATION (INFORMACION DE CASA)			
Number of Family Members living in household *(Numero de miembros de familia que viven en la casa)*			
Name *(Nombre)*	**Relationship** *(Relación)*	**Age** *(Edad)*	**Gender** *(Sexo)*

INCOME INFORMATION (INGRESO DE SALARIO)	
Must provide photocopies of check-stubs and bank statements for the last two (2) months *(Favor de proveer fotocopias de los talones de cheque y estados de cuenta del banco de los últimos dos meses)*	
Wages (self) *(Salario propio)*	$
Wages (spouse) *(Salario de el esposo)*	$
Wages (other family members living in household) *(Salario de otros miembros de la familia viviendo en su casa)*	$

Las copias impresas se proveen solo a modo de referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más actual.

TEXAS CHILDREN'S HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE REQUEST (SOLICITUD DE SERVICIOS SIN COMPENSACION)	
Farm or Self-Employment *(Granja o Auto empleo)*	$
Public Assistance *(Asistencia publica)*	$
Social Security Benefits *(Beneficios de Seguro Social)*	$
Unemployment Compensations *(Compensación por desempleo)*	$
Alimony *(Pensión Alimenticia)*	$
Child Support *(Pensión Infantil)*	$
Military Family Allotments *(Asignación familiar militar)*	$
Pensions *(Pensiones)*	$
Income from Dividends, Interest, Rental Property *(Ingreso de dividendos, intereses, renta de propiedades)*	$
Trust Fund(s) *(Fondos fiduciarios o fideicomisos)*	$
Other Income (Retirement/Disability, etc.) *(Otros Ingresos)*	$
TOTAL INCOME *(Ingreso Total)*	**/Monthly**

EXPENSES (GASTOS)	
Mortgage/Rent *(Renta/Hipoteca)*	$
Auto Loans *(Prestamos de Automóvil)*	$
Utilities *(Servicios de luz, agua, etc.)*	$
Food *(Comida)*	$
Loans *(Prestamos)*	$
Credit Cards *(Tarjetas de crédito)*	$
Alimony/Child Support *(Pensión Alimenticia/Pensión Infantil)*	$
Medical Insurance *(Seguro de Medico)*	$

Las copias impresas se proveen solo a modo de referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más actual.

TEXAS CHILDREN'S HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE REQUEST (SOLICITUD DE SERVICIOS SIN COMPENSACION)	
Auto Insurance *(Seguro de Auto)*	$
Medical Bills *(Cuentas Medicas)*	$
Medications *(Medicamentos)*	$
Other *(Otros gastos)*	$
TOTAL EXPENSES	**/Monthly**

PROPERTY (PROPIEDAD)		
Do you own a home? Yes/No *(Es propietario de una casa)*	**If yes, estimated home value $** *(Valor Estimado de su casa)*	**Amount Owed$** *(Cantidad de debe en su casa)*
Do you own other property? Yes/No *(Es propietario de una propiedad)*	**If yes, estimated property value $** *(Valor Estimado de su propiedad)*	**Amount Owed$** *(Cantidad de debe en su propiedad)*

AUTOMOBILES		
Model/Make *(Marca/Modelo)*	**Year** *(Ano)*	**Value** *(Valor)*

SIGNATURES (FIRMAS)	
	I/we declare under penalty of perjury that the answers I/we have given are true and correct to the best of my/our knowledge. *(Declaro/declaramos, bajo protesta de decir verdad que las respuestas aquí incluidas son ciertas y verdaderas, de acuerdo a mis/nuestros conocimientos.)*

Las copias impresas se proveen solo a modo de referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más actual.

TEXAS CHILDREN'S HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE REQUEST (SOLICITUD DE SERVICIOS SIN COMPENSACION)	
	I/we agree to tell the provider of services, within 10 days, if there are any changes in my (or the persons on whose behalf I am (we are acting) income, property, expenses, or in the person in the household or of any change of addresses. *(Estamos de acuerdo en informar al proveedor de servicios, dentro de un periodo de 10 días, sobre cualquier cambio en mi (nuestro) ingreso, propiedad, gastos, personas que viven en el hogar mío (nuestro o de la(s) persona(s) a nombre de la cual estamos realizando este tramite.)*
	I/we understand that I/we may be asked to prove my statements and that my/our eligibility statements will be subject to verification by contact with my employer, bank, credit verification, and property searches. *(Comprendo/comprendemos que es posible que se nos solicite que demos prueba de nuestras declaraciones, y que la elegibilidad esta sujeta a ser verificada contactando a mi empleador, bando, verificación de crédito y búsqueda de propiedades.)*
	I/we understand that the county and hospital are required by law to keep any information I/we provide confidential. *(Comprendo/comprendemos que la ley obliga al condado y al hospital a mantener la confidencialidad de la información proporcionada por mi/nosotros.)*
	I/we further agree, that in consideration for receiving health care services as a result of an accident or injury, to reimburse the county or hospital from proceeds of any litigation or settlement resulting from such act. *(Además de esto, estoy/estamos de acuerdo en que, en consideración por recibir servicios de atención medica como resultado de un accidente o lesión, reembolsaremos al condado o al hospital cualquier fondo recaudado por algún litigio o acuerdo que resultase de dicho acto.)*
	I/we understand that if I/we do not qualify for uncompensated services, I/we will be personally liable for the charges of the services rendered by Texas Children's Hospital or I/we may appeal decision in writing with additional documentation. *(Entiendo/entendemos que si no calificamos para servicios sin compensación, seré/seremos directamente responsables de los cargos por servicios prestados por Texas Children's Hospital, o podremos apelar la decisión por escrito con documentación adicional.)*

X	**Date:**
Signature of Mother/Guarantor: *(Firma de la Madre/Guardián)*	
X	**Date:**
Signature of Father/Guarantor: *(Firma del Padre/Guardián)*	

Las copias impresas se proveen solo a modo de referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más actual.

TEXAS CHILDREN'S HOSPITAL
FINANCIAL ASSISTANCE REQUEST
(SOLICITUD DE SERVICIOS SIN COMPENSACION)

Previous Financial Assistance Approved	**FOR TCH USE ONLY** **Approved Amount:**	**Approved Date:**
Previous Financial Assistance Denied	**Denied Amount:**	**Denied Date:**
Type of Service: Hospital Inpatient Outpatient/Clinic Hospital Emergency Room Take Home Pharmacy		
Amount Requested	$	
Total Income	$	
Total Deductions	$	
Difference	$	
Comments/Other Notes:		
X		**Date:**
Signature Financial Counselor/Accounts Representative		
X		
Print Name		

Las copias impresas se proveen solo a modo de referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más actual.

Las copias impresas se proveen solo a modo de referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más actual.