

**Título del documento: Ayuda financiera - Servicios hospitalarios**

**Alcance:**

Esta política se aplica a los pacientes que cumplen con los requisitos para la atención de beneficencia o de ayuda financiera para los servicios recibidos dentro de las instalaciones hospitalarias de MultiCare Health System (MHS, Sistema de Salud de MultiCare), según lo estipulado por el MHS.

Los centros incluidos son: Tacoma General/Allenmore Hospital, Mary Bridge Children's Hospital, Good Samaritan Hospital, Auburn Medical Center, Covington Medical Center, Deaconess Hospital, Valley Hospital, Home Health and Hospice, Navos Behavioral Health Center Capital Medical Center, y Yakima Memorial Hospital.

**Declaración de política:**

La finalidad de MHS es brindar atención sanitaria de alta calidad y enfocada en el paciente. Estamos comprometidos a servir a todos los pacientes, incluso aquellos que carecen de cobertura de seguro médico y que no pueden pagar toda o parte de la atención básica que reciben. Estamos comprometidos a tratar a todos los pacientes con compasión. Estamos comprometidos a mantener las políticas de Ayuda financiera que coinciden con nuestra misión y nuestros valores, y que toman en cuenta la capacidad de pago individual por los servicios de atención médica clínicamente necesarios.

**Definiciones:**

1. Las **Gestiones de Cobro y las Acciones de Cobro Extraordinarias** (Extraordinary Collections Actions, ECA) se encuentran definidas por la Política de directrices de cobros del MHS.
2. La **Atención de beneficencia** y/o la **Ayuda financiera** equivale a la atención médica hospitalaria necesaria prestada a las Personas Elegibles cuando la Cobertura de Terceros, de existir alguna, se ha agotado, hasta el punto en el que las personas no puedan pagar por la atención o pagar sumas deducibles o de coseguro requeridas por un tercero responsable de los pagos con base en los criterios incluidos en esta política. Al momento de comunicarse con los pacientes, se usará el término "Ayuda financiera" en lugar de "Atención de beneficencia". Ambos términos son sinónimos para los propósitos de esta política y facturas del MHS.
3. Se define como **Persona(s) elegible(s)** a aquellos pacientes que han agotado toda fuente de terceros, y cuyos ingresos son iguales o están por debajo del 400 % de los estándares de pobreza federal ajustados para el tamaño de la familia.
4. La Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo Activo (EMTALA) del MHS define las **Condiciones médicas de emergencia** (Emergency Medical Conditions, EMC), en cumplimiento de la política, la cual coincide con el WAC 246-453-010.
5. Según el WAC 246-453-010 (18), se define como **Familia** a un grupo de dos o más personas emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción que vivan juntas; estas personas se consideran como miembros de una familia.

	<p>6. Según el WAC 246-453-010(17), se define como <b>Ingreso</b> a los recibos de caja totales antes de los impuestos derivados de los sueldos y salarios, pago de prestaciones, pagos de la seguridad social, beneficios por huelga, beneficios por desempleo o discapacidad, manutención infantil, pensión y ganancias netas de actividades de negocios e inversiones.</p> <p>7. Según el WAC 246-453-010 (7), se define como <b>Medicamento necesarios</b> a los servicios médicos hospitalarios apropiados.</p> <p>8. Se define como <b>Parte responsable</b> al individuo que es responsable por el pago de algún cargo hospitalario que no esté, de otro modo, cubierto por una fuente de financiamiento tal como se describe a continuación.</p>
	<p><b>Directrices de la política:</b></p> <p>Esta política proporciona directrices para tomar decisiones consistentes y objetivas con respecto a la elegibilidad para la Ayuda financiera. La Ayuda financiera está disponible para los servicios de atención médica hospitalaria clínicamente necesarios (para incluir la atención de emergencia) facilitados por MultiCare Health System.</p> <p>Se proporcionará atención de emergencia a los pacientes con afecciones médicas de emergencia independientemente de sus capacidades de pago. El MHS destinará recursos para identificar los casos de beneficencia y brindar atención sin compensación, según la RCW (versión revisada del Código de Washington) 70.170 y el WAC 246-453. <i>Consulte</i> la Política del MHS: Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo Activo (EMTALA), en cumplimiento.</p> <p>El MHS apoya el compromiso voluntario a nivel estatal de los hospitales para proporcionar Ayuda financiera a personas elegibles de conformidad con la metodología proporcionada y actualizada anualmente por la Asociación Estatal de Hospitales de Washington.</p> <p>Se otorgará la Ayuda financiera de manera equitativa a todas las personas elegibles, independientemente de la raza, color, sexo, religión, edad, país de origen, condición de veterano, estado civil, orientación sexual, situación migratoria u otros estados protegidos legalmente. <i>Consulte</i> la política de MHS: No discriminación hacia los pacientes.</p> <p>Toda la información relacionada con la solicitud de la Ayuda financiera es confidencial y será protegida por las directrices de la HIPAA (Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos). <i>Ver</i> Cumplimiento y Privacidad de la HIPAA: Política Administrativa.</p> <p>Las listas de los profesionales sanitarios que aceptan o no la Ayuda financiera están disponibles en <a href="https://www.multicare.org/financial-assistance/">https://www.multicare.org/financial-assistance/</a>.</p> <p>Esta política describe los procesos para evaluar las solicitudes y otorgar la Ayuda financiera de forma gratuita y la atención con descuento en los siguientes niveles, según el nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) ajustado según el tamaño de la familia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 100% de Ayuda financiera: niveles de ingreso iguales o por debajo del 300% del FPL; o</li> <li>2. Ayuda financiera de escala variable: niveles de ingreso entre 300.5% y 400% del FPL.</li> </ol>
	<p><b>Procedimiento:</b></p> <p><b>I. Criterios de elegibilidad</b></p>

A fin de considerar elegible a una Parte responsable para la Ayuda financiera, deben cumplirse los siguientes criterios:

**A. *Haber agotado todas las fuentes de financiamiento***

1. Cualquiera de las siguientes fuentes debe haberse agotado antes de que se tome en cuenta a la Parte responsable para la Ayuda financiera:
  - a. Planes médicos individuales o grupales
  - b. Programas de compensación para trabajadores
  - c. Programas de Medicaid
  - d. Otros programas estatales, federales o militares
  - e. Situaciones de responsabilidad de terceros (p. ej., accidentes automovilísticos o lesiones personales)
  - f. Programas de beneficios de salud tribal
  - g. Programas de atención médica compartida del ministerio
  - h. Cualquier otra persona o entidades que tengan una responsabilidad legal de pago
  - i. Fondos de cuentas de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés). El MHS puede exigir que una Parte responsable utilice totalmente cualquier fondo disponible de los HSA para cumplir con los saldos pendientes.
  - j. El MHS solicitará el pago de cualquier fuente de financiamiento disponible. La responsabilidad restante del paciente será elegible para la Ayuda financiera según los criterios de esta política.

**B. *Compleción precisa de la solicitud de Ayuda financiera.***

1. Las solicitudes incompletas serán rechazadas. Los pacientes pueden apelar dicho rechazo y suministrar la información que haga falta, según los lineamientos expuestos a continuación.
2. Si la solicitud supone una carga excesiva, teniendo en cuenta cualquier deficiencia física, mental, intelectual o sensorial, o barreras del idioma que puedan dificultar la capacidad de la Parte responsable de cumplir con los procedimientos de solicitud de la Parte responsable, no se impondrá el proceso de solicitud.

**C. *Elegibilidad de Medicaid en el plazo de 90 días de servicios en lugar de la solicitud***

1. La determinación de elegibilidad por parte de Medicaid dentro del plazo de noventa (90) días de la fecha de los servicios puede reemplazar la solicitud de Ayuda financiera y puede usarse para calificar la Parte responsable para el 100 % de la Ayuda financiera, excepto las cantidades de gastos reducidos. La prueba de la elegibilidad será la presencia de la cobertura de Medicaid durante el plazo correspondiente en el expediente de cobertura del paciente en Epic.

**D. *Presunta determinación o circunstancias extraordinarias***

1. La Parte responsable puede cumplir con los requisitos para la Ayuda financiera con base en una presunta determinación o circunstancias de vida

extraordinarias, tales como las descritas a continuación.

**E. *Prestación de servicios de atención sanitaria médicamente necesarios***

1. Los servicios proporcionados al paciente deben ser médicamente necesarios y no optativos.
2. Los servicios programados que no parezcan ser médicamente necesarios serán revisados por la Gestión de Utilización con anterioridad a la fecha del servicio para determinar la necesidad médica.

**F. *Pacientes internacionales***

1. Un comité en representación de Liderazgo Médico, Ciclo de Ingresos y Finanzas considerarán caso por caso las determinaciones de elegibilidad para Pacientes internacionales para servicios que no sean médicamente necesarios.

**II. *Prueba de ingreso: el ingreso será evaluado según los siguientes criterios:***

**A. *Verificación de ingresos***

1. Cualquiera de los siguientes tipos de documentación será aceptable a los fines de la verificación de los ingresos:
  - a. Formulario W2 para declaraciones de retención
  - b. Talonarios de cheques de nómina
  - c. Últimas declaraciones de impuestos del IRS
  - d. Determinación de Medicaid o de asistencia médica financiada por el estado
  - e. Determinación de elegibilidad para la compensación por desempleo
  - f. Declaraciones escritas de empleadores o agencias de asistencia social
2. En cuanto al seguro social y los beneficios de jubilación, se pueden usar estados bancarios para demostrar el depósito mensual constante.
3. En caso de que la Parte responsable no pueda proporcionar la documentación antes descrita, el MHS debe basarse en las declaraciones escritas y firmadas de la Parte responsable para tomar una determinación final de elegibilidad.
4. El MHS también puede usar la verificación de la capacidad por parte de terceros para llegar a una determinación presunta y aplicar un descuento de beneficencia sin recibir una solicitud de Ayuda financiera.

**B. *Cálculo de los ingresos***

1. El MHS usará los siguientes lineamientos para calcular los ingresos:
  - a. Todos los ingresos familiares serán incluidos en el cálculo.
  - b. Teniendo en cuenta el tipo de documentación suministrada, los ingresos serán calculados a fin de representar un período de doce (12) meses.

**C. *Plazo establecido para la determinación***

1. Se determinarán los ingresos a partir del momento en el que se prestaron los servicios.
2. En el momento de solicitar la Ayuda financiera, se tendrán en cuenta los ingresos si la solicitud se presenta en los dos años siguientes al momento en

que se prestaron los servicios, y la Parte responsable ha estado haciendo esfuerzos de buena fe para el pago de estos.

### **III. Procesos para la determinación de la elegibilidad**

- A. Al momento del registro o en cuanto sea posible luego de iniciarse los servicios, MultiCare realizará una determinación inicial de la elegibilidad, luego de la revisión de la tabla del FPL del paciente. Si se determina que el paciente tiene la posibilidad de ubicarse por debajo del 300 % del FPL, no se le pedirá el pago y se le remitirá a un Navegador financiero para pacientes (PFN, por sus siglas en inglés), el cual le facilitará la información adicional acerca de la Ayuda financiera y otros programas que puedan estar disponibles para el paciente.
- B. La actividad de cobro cesará por 30 días calendario para los pacientes que se considere que están por debajo del 300 % del FPL, y se le pedirá a la Parte responsable que complete una solicitud de Ayuda financiera. Si no se recibe una solicitud en el plazo de 30 días, la actividad de cobro se reanudará.
- C. Cuando se reciba la solicitud, un PFN revisará la solicitud para determinar la elegibilidad.
- D. Las solicitudes incompletas serán rechazadas. Se le proporcionará a la Parte responsable una carta que especifique la información que haga falta y podrá apelar contra esta decisión, según los requisitos a continuación.
- E. Se le enviará una notificación de determinación por escrito al solicitante en un plazo de catorce (14) días calendarios a partir de la recepción de la solicitud completa.
- F. De ser aprobada, esta notificación incluirá la cantidad por la que la Parte responsable es financieramente responsable, si la hubiere.
- G. Las aprobaciones serán válidas por 180 días y se requerirá una solicitud nueva después de este período. Las concesiones a las Personas elegibles con ingresos fijos, como del Seguro Social, se aprobarán por un (1) año al exclusivo criterio del PFN que revise la solicitud.

### **IV. Apelaciones**

- A. La Parte responsable puede apelar contra la determinación al suministrar una verificación adicional de ingresos o del tamaño de la familia en un plazo de treinta (30) días calendario de la recepción de la determinación.
- B. MultiCare responderá a la apelación en un plazo de catorce (14) días calendarios de la recepción de la apelación.
- C. Todas las apelaciones serán revisadas y aprobadas o rechazadas por el gerente o director de la Asesoría Financiera al Paciente.
- D. Si se rechaza una apelación, esta se presentará al vicepresidente adjunto de Autorización financiera, al vicepresidente de Ciclos de Ingresos o al Director financiero (CFO, por sus siglas en inglés) para la determinación final. Si esta determinación confirma el rechazo previo de la Ayuda financiera, se enviará una notificación por escrito a la Parte responsable y al Departamento de Salud, de conformidad con la ley del estado.

- E. Se suspenderán las gestiones de cobro durante el período de apelación de treinta (30) días calendario y el período de revisión de la apelación de catorce (14) días calendario.

#### **V. Niveles de descuento de la solicitud de Ayuda financiera**

- A. La Ayuda financiera corresponde a los saldos combinados de todas las cuentas abiertas de la Parte responsable al momento de la presentación de la solicitud. La cantidad adeudada por una Persona elegible que califique bajo los términos de esta política de Ayuda financiera no excederá las cantidades facturadas a una Parte responsable que no se encuentre recibiendo la ayuda. El método usado para calcular el descuento al saldo de una Persona elegible se basará en un análisis retrospectivo anual. Se determinará una tarifa para cada hospital. Esta se calculará utilizando un método de revisión retrospectiva de un año de reclamaciones que hayan sido pagadas en su totalidad por la Parte responsable de Medicare y del seguro médico privado/comercial para determinar la "Cantidad generalmente facturada". Los pacientes pueden obtener información acerca de los cálculos de las Cantidades generalmente facturadas de forma gratuita llamando al 800-919-1936.
1. Los saldos se tomarán en cuenta para la Ayuda financiera con base en los lineamientos del FPL en el Apéndice A.
  2. Si la residencia de una Persona elegible está en Hawaii o Alaska, las directrices del FPL asociadas a esos estados serán utilizadas para realizar la determinación de la ayuda.
- B. Se tendrán en cuenta los ajustes de la Ayuda financiera de manera individual en cada saldo de cuenta. Se autorizarán las aprobaciones de los ajustes de la siguiente manera:
1. Navegadores financieros de pacientes: \$0.01 - \$4,999
  2. Supervisor: \$5,000 - \$49,999
  3. Gerente/Director: \$50,000 - \$99,999
  4. AVP (Vicepresidente adjunto): \$100,000 - \$499,999
  5. Vicepresidente: \$500,000 - \$999,999
  6. Vicepresidente ejecutivo, Director financiero: \$1,000,000 - \$2,999,999
- C. El volumen de solicitudes y el cumplimiento de esta política será supervisada y auditada mensualmente. Este informe será revisado y firmado por el vicepresidente de Ciclos de Ingresos o el vicepresidente adjunto de Autorización financiera.

#### **VI. Presunta elegibilidad**

- A. La elegibilidad puede determinarse de manera presunta.
1. El MHS puede utilizar el software o las aplicaciones de software de terceros para determinar la capacidad de cobro de una cuenta. Se trata de una verificación crediticia "blanda", y no afectará la situación crediticia de la Parte responsable.
  2. Si estas revisiones determinan que el paciente puede estar en el 300% del FPL o por debajo, se hará un ajuste automáticamente, suponiendo que la cuenta también reúne los requisitos para recibir la Ayuda financiera.

## VII. Circunstancias extraordinarias de la vida

- A. Las circunstancias extraordinarias de la vida también pueden justificar una Ayuda financiera. Entre los ejemplos de tales circunstancias están:
1. **Personas sin hogar:** una persona sin hogar es un individuo que no tiene casa o lugar de residencia y depende de la beneficencia o asistencia pública. Tales individuos serán elegibles para la Ayuda financiera, incluso en el caso de que no sean capaces de suministrar la documentación necesaria para la solicitud de Ayuda financiera.
  2. **Pacientes fallecidos:** los cargos en los que incurra un paciente que ha fallecido seguirán considerándose como elegibles para una Ayuda financiera. Para la solicitud de Ayuda financiera, el paciente fallecido se contará como miembro de la familia. Las cuentas en estado de "Herencia" o las situaciones en las que la herencia no se ha abierto no son elegibles para la Asistencia Financiera hasta que se liquide dicha herencia.
  3. **Reclusos:** la Parte responsable que esté encarcelada puede considerarse elegible en caso de que el estado o condado haya hecho la determinación de que el estado o condado no es responsable de los gastos, y el recluso o paciente es responsable por la factura. Los gastos en los que haya incurrido mientras esté detenido, por lo general, se pagan a través de la agencia gubernamental policial y no calificarían para la Ayuda financiera.
  4. **Determinaciones por catástrofes:** la Parte responsable puede calificar para un descuento por catástrofes. Solo los casos clínicamente necesarios son elegibles para un descuento por catástrofes. Se determinarán los eventos catastróficos caso por caso. Estos casos pueden incluir gastos médicos extraordinarios o situaciones precarias. En la determinación se tienen en cuenta todos los recursos, tanto de ingresos como de otro tipo, para incluir la posibilidad de ingresos futuros de la persona responsable, especialmente cuando su capacidad de trabajo pueda verse limitada como resultado de una enfermedad y/o su capacidad para realizar pagos durante un período de tiempo prolongado. La totalidad de la deuda o una parte de esta puede calificar para la Ayuda financiera. El director o gerente de Asesoría Financiera al Paciente le ayudará con la solicitud para la determinación del evento catastrófico.
- B. Las solicitudes de Ayuda financiera pueden originarse de otras fuentes, incluso de un médico, grupos religiosos comunitarios, servicios sociales, personal de servicios financieros o de la Parte responsable.

## VIII. Personas que califican para los programas de ayuda médica

- A. El MHS toma las siguientes medidas para identificar a los pacientes o garantes que pueden calificar para los programas de ayuda médica de acuerdo con la RCW 74.09:
1. Los Navegadores financieros de los pacientes revisan las solicitudes completas presentadas para la ayuda financiera y realizan el seguimiento con los pacientes o garantes que califican para los programas de ayuda médica.
  2. Los Navegadores están disponibles en las instalaciones del MHS, incluso en nuestros departamentos de emergencia fuera del campus, para identificar y

seleccionar a los pacientes y sus garantes.

3. Se les hace un control a todos los pacientes que pagan por cuenta propia y que ingresan a unas de las instalaciones hospitalarias del MHS para determinar si califican para algunos de los programas de ayuda médica.
  4. Los profesionales sanitarios, el personal encargado de registros y los gerentes de atención para pacientes pueden derivar a los pacientes para que se analice su cobertura o sus programas de asistencia médica.
  5. Encontrará Navegadores certificados disponibles por todo MHS, sin costo alguno, para ayudar a los clientes a inscribirse con el fin de recibir cobertura a través del Washington Healthplanfinder. Este servicio está disponible para cualquier persona que busque un plan de salud, no solo para los pacientes de MHS.
- B. Una vez que se identifica al paciente o a su garante como potencialmente elegible para un programa de ayuda médica:
1. El paciente será examinado por un Navegador, quien ayudará a determinar su elegibilidad para acceder a la cobertura de atención pública de la salud de acuerdo con sus ingresos y el tamaño del grupo familiar.
  2. Si se confirma la elegibilidad del paciente, entonces el Navegador trabajará con el paciente y lo ayudará a presentar la solicitud para el plan de salud que corresponda.
  3. Se marcará la cuenta del paciente para asegurarse de que no se facture nada mientras la solicitud esté pendiente.
- C. El MHS no está obligado a prestar ayuda financiera si un paciente o su garante califican para recibir cobertura retroactiva de atención sanitaria de acuerdo con la RCW 74.09, y si el paciente o su garante no hacen los esfuerzos necesarios para cooperar con los intentos del Navegador de ayudarlo para acceder a tal cobertura. (RCW 70.170.060(5)).

#### **IX. Gestiones de cobro de cuentas de pacientes impagadas**

- A. El MHS no iniciará las gestiones de cobro o solicitudes de depósito, siempre que dentro de un período razonable la Parte Responsable se muestre cooperativa con las gestiones del sistema para llegar a la determinación del estatus de elegibilidad para la Ayuda Financiera. Solamente pueden iniciarse las ECA luego del Período de notificación, de conformidad con la Política de MHS: Directrices para el cobro, Cuentas de pacientes.
- B. La obligación financiera restante de la Parte responsable después de la aplicación del programa de tarifa variable seguirá los procedimientos de cobro regulares para obtener el pago, de conformidad con la Política.
- C. En el caso de que la Parte responsable pague una porción o la totalidad de los gastos relacionados con los servicios de atención sanitaria médicamente necesarios, y posteriormente se confirme que cumple con los criterios para la Ayuda financiera, cualquier pago por los servicios que estén por encima de la cantidad calificada se reembolsará a la Parte responsable en un plazo de 30 días a partir de la determinación de la elegibilidad.

## **X. Capacitación del personal**

- A. Todo el personal apropiado y relevante que trabaje en las ubicaciones del hospital, que realicen registros, admisiones, facturaciones u otras funciones relacionadas, participarán en una capacitación estandarizada basada en esta Política de ayuda financiera y en el uso de servicios de interpretación para asistir a las personas con un dominio limitado del inglés, o que no hablen inglés, a entender la información sobre la disponibilidad de la Ayuda financiera.
- B. La capacitación ayudará a garantizar que el personal pueda responder a preguntas sobre la Ayuda financiera de forma eficiente, a procurar los servicios de interpretación necesarios y a solicitar información a los departamentos adecuados de manera oportuna.

## **XI. Difusión de la Política de ayuda financiera del MHS**

- A. Les brindaremos información a todos los pacientes sobre la disponibilidad de la Ayuda financiera al momento de registrarse. Pueden solicitarse copias adicionales a los Navegadores financieros del hospital o a los técnicos de Acceso al paciente dentro de las instalaciones del hospital.
- B. Se publicarán notificaciones en todos los idiomas hablados por más del 10 por ciento de la población con la finalidad de informar a los pacientes sobre la disponibilidad de la Ayuda Financiera. Dichas notificaciones se colocarán en áreas públicas clave del hospital, entre ellas: Admisiones o Registro, el Departamento de Emergencias, Facturación y Servicios Financieros.
- C. Esta política, la solicitud y un resumen en lenguaje simple están disponibles para los pacientes de forma gratuita a través del 800-919-1936.
- D. Hay asesores financieros disponibles en persona para analizar las diferentes opciones de la Ayuda financiera en todas las instalaciones de las ubicaciones del hospital o por vía telefónica para otras áreas del sistema de salud.
- E. Los estados de cuenta enviados a las Partes responsables contendrán información con respecto a la disponibilidad de la Ayuda financiera tanto en inglés como en español.
- F. Los materiales escritos están disponibles en inglés, español, ruso y vietnamita. .
- G. Las notificaciones comunitarias de amplio alcance se producirán de las siguientes maneras:
  - 1. Disponibles en las áreas de registro de todas las instalaciones del hospital,
  - 2. En el sitio web de MHS: [www.multicare.org](http://www.multicare.org)
  - 3. Comunicaciones proporcionadas a nuestros socios comunitarios para su distribución, y
  - 4. A petición, llamando al 800-919-1936

### **Formularios relacionados:**

Hoja de instrucciones sobre la prueba de ingresos para la Ayuda financiera  
Solicitud de ayuda financiera  
Carta a los pacientes sobre la Ayuda financiera  
Folleto para pacientes que contiene el resumen en lenguaje sencillo

<b>Apéndice A: Ayuda financiera</b>	
<b>Referencias:</b> RCW 70.170 WAC 246-453 Registro federal (Federal Register) Vol 79, 31 de diciembre de 2014 Norma Definitiva	
<b>Punto de contacto:</b> Vicepresidente adjunto de Autorización financiera, rcardenas@multicare.org	
<b>Aprobado por:</b> <i>Dirección Financiera</i> <i>Dirección de cumplimiento corporativo</i> <i>Consejo de política de sistemas</i> Consejo Directivo de Seguridad de la Calidad de MHS Junta Corporativa de MHS	<b>Fecha de la aprobación:</b> <b>12/18, 4/21, 10/21, 4/22</b> <b>12/18, 4/21, 10/21, 4/22</b> 4/22 7/12, 8/13, 7/14, 4/15, 9/19, 5/21, 12/21 10/22
Fecha original: Fechas de revisión:	5/97 11/00, 8/03, 2/05, 2/06, 9/08, 11/09, 4/11, 6/12, 8/13, 7/14, 3/15, 2/17, 2/18, 8/18, 9/18, 4/21, 9/21, 4/22, 10/22
Fechas de revisiones sin cambios:	X/XX; X/XX

Anteriormente titulado: Atención de beneficencia y Asistencia financiera (antes del 9/14)

Ayuda financiera  
 Apéndice A  
 2026

TAMAÑO DE LA FAMILIA	Ingreso Anual Bruto	300%	350%	400%
1	\$15,960	\$47,880	\$55,860	\$63,840
2	\$21,640	\$64,920	\$75,740	\$86,560
3	\$27,320	\$81,960	\$95,620	\$109,280
4	\$33,000	\$99,000	\$115,500	\$132,000
5	\$38,680	\$116,040	\$135,380	\$154,720
6	\$44,360	\$133,080	\$155,260	\$177,440
7	\$50,040	\$150,120	\$175,140	\$200,160
8	\$55,720	\$167,160	\$195,020	\$222,880
9	\$61,400	\$184,200	\$214,900	\$245,600
10	\$67,080	\$201,240	\$234,780	\$268,320
CADA ADICIONAL	\$5,680			

Nivel de pobreza, hasta		
300%	350%	400%
Descuento de beneficencia, %		
100%	75%	70%
Responsabilidad del paciente, %		
0%	25%	30%