

POLICY:

El Distrito Hospitalario Público N.º 1 del Condado de Chambers cumplirá con sus obligaciones de brindar asistencia para la atención de indigentes a las personas elegibles residentes del Distrito, de conformidad con y según lo establecido en las disposiciones aplicables del Capítulo 61 del Código de Salud y Seguridad de Texas.

PURPOSE:

Esta política establece un marco mediante el cual el Distrito Hospitalario Público N.º 1 del Condado de Chambers identifica y brinda asistencia a los residentes del Distrito que reúnen los requisitos para recibir ayuda financiera o atención para indigentes.

PROCEDURE:

Servicios Cubiertos

1. El Distrito Hospitalario Público N.º 1 del Condado de Chambers proporcionará —o será financieramente responsable de— únicamente aquellos servicios prestados directamente por las operaciones y/o el personal del Distrito.

2. El Distrito Hospitalario Público N.º 1 del Condado de Chambers no proporcionará, ni será financieramente responsable de, ningún otro servicio, independientemente de dónde o por quién sea prestado.

Elegibilidad, Residencia:

1. Los servicios estarán disponibles únicamente para aquellas personas verificadas como residentes del Distrito Hospitalario Público N.º 1 del Condado de Chambers.

2. La residencia se verificará mediante la presentación y validación de al menos dos de los siguientes documentos:

a. Certificado de registro de votantes

b. Certificado de registro del automóvil a nombre del solicitante

c. Recibos del impuesto sobre la propiedad a nombre del solicitante, o de la persona responsable (padre) en el caso de un menor.

d. Tres (3) meses consecutivos de recibos a nombre del solicitante por concepto de:

i. Facturas de servicios públicos

ii. Pagos de renta/casa

3. Una vez establecida la residencia, el solicitante no perderá su estatus de residente debido a ausencias temporales del Distrito. Se definen como ausencias temporales aquellas en las que el solicitante tiene la intención de regresar a una vivienda fija ubicada dentro de los límites del Distrito, independientemente de la duración de la ausencia.

Elegibilidad financiera

1. Los servicios se prestarán a aquellos residentes del Distrito que tengan un ingreso anual bruto inferior o igual al 300% del Nivel Federal de Ingresos de Pobreza, y que no sean elegibles para Medicare, Medicaid ni ningún otro programa de reembolso de atención médica.
2. El Distrito Hospitalario Público N.º 1 del Condado de Chambers solicitará al solicitante que verifique sus ingresos brutos anuales presentando cualquiera de los siguientes documentos, entre otros:
 - a. Formularios 1040 del IRS, W-2, etc
 - b. Declaración(es) de salarios e ingresos
 - c. Talón de pago
 - d. Aviso de remesa del Seguro Social
 - e. Aviso de remesa de compensación para trabajadores

Proceso de solicitud:

1. **El solicitante será responsable de completar y presentar una Solicitud de Asistencia Financiera.**
2. **Las solicitudes se proporcionarán o remitirán el mismo día en que se soliciten.**
3. **Se prestará asistencia al solicitante para completar la solicitud, si así lo solicita.**
4. **Una solicitud se considerará completa únicamente si incluye estos componentes:**
 - a. **El nombre completo y la dirección del solicitante**
 - b. **El número de Seguro Social del solicitante, si está disponible.**
 - c. **los nombres de todos los demás miembros del hogar y su parentesco con el solicitante**
 - d. **El distrito de residencia del solicitante**
 - e. **Información sobre cualquier seguro médico, así como sobre los beneficios hospitalarios o de atención médica que los miembros del hogar puedan tener derecho a recibir.**
 - f. **Información completa y precisa sobre los activos y bienes de los miembros del hogar, así como sobre el valor patrimonial de cualquier vehículo o propiedad.**
 - g. **Información sobre los ingresos brutos anuales de los solicitantes y de cualquier miembro del hogar.**
 - h. **Firma del solicitante y fecha de finalización**
 - i. **Todas las verificaciones requeridas, tal como se solicitó, incluidas las autorizaciones para la divulgación de información.**

5. Las solicitudes incompletas, en cualquier forma o modalidad, podrán ser denegadas.
6. Las solicitudes denegadas pueden ser objeto de apelación en cualquier momento en que un cambio en las circunstancias o condiciones justifique una nueva determinación de la elegibilidad.
7. Las personas que tergiversen intencionadamente la información para recibir beneficios a los que no tienen derecho serán responsables, con todo el rigor de la ley, del costo de los servicios recibidos.

Proceso de determinación:

Una vez que el individuo haya completado la solicitud necesaria, incluida la presentación de la documentación requerida, dicha solicitud será revisada conforme a los requisitos de elegibilidad del programa. Si se determina que el cliente/paciente es elegible, todas las facturas correspondientes a los servicios prestados en y/o por cualquier instalación de Chambers Health (o CCPHD1) durante el mismo año calendario aprobado serán condonadas bajo el concepto de atención caritativa, y el cliente/paciente no tendrá ninguna responsabilidad adicional respecto a dichas facturas, a excepción de la atención recibida en la Sala de Urgencias que sea clasificada como no urgente.

Appeals Process:

1. Los solicitantes tienen derecho a apelar la denegación de su solicitud o de su elegibilidad.
2. Todas las apelaciones deben presentarse dentro de los noventa (90) días siguientes a una denegación.
3. Las apelaciones deberán presentarse ante el Administrador/Director Ejecutivo del Distrito y exponer la(s) razón(es) por la(s) cual(es) el solicitante debe ser considerado elegible.
4. Todas las apelaciones deberán presentarse por escrito.
5. El Presidente del Consejo de Fideicomisarios del CCPHD1 actuará como Oficial de Audiencias o designará a otro miembro del Consejo para que actúe como Oficial de Audiencias.
6. El Oficial de Audiencias tendrá la facultad de celebrar una audiencia probatoria o de resolver el caso basándose en el expediente y la documentación proporcionada, incluidos todos y cada uno de los documentos presentados junto con la apelación.
7. La decisión del Oficial de Audiencias es administrativamente definitiva e inapelable.
8. El apelante será notificado por escrito de la decisión del Oficial de Audiencias.
9. Se conservarán copias de todas las decisiones de las audiencias durante un periodo de un (1) año en las oficinas del Programa de Asistencia para la Atención a Indigentes del CCPHD1.

Realizar pagos en su totalidad:

Requiere que el paciente realice el pago total antes de un plazo de 45 días.

Establecer acuerdos de pago:

Requiere que el paciente realice cada pago en un plazo de 30 días, por un periodo no superior a 12 meses. Cualquier solicitud para extender los pagos más allá de los 12 meses requiere la aprobación del Administrador del Distrito.

Pagador de último recurso:

El Distrito Hospitalario Público N.º 1 del Condado de Chambers será siempre el pagador de último recurso. Esta política no alterará ni modificará otras políticas relativas a los esfuerzos para obtener pagos de terceros pagadores, los traslados de pacientes o la atención de emergencia.

Recertificación:

El solicitante aprobado será responsable de notificar al programa su intención de recertificarse cada año natural. El proceso comenzará tan pronto como se reciban la nueva solicitud, los formularios de declaración de impuestos y otros documentos de elegibilidad correspondientes al año anterior. El proceso de aprobación se regirá por los mismos requisitos que se aplicaron cuando se aprobó inicialmente su participación en el programa.

Pacientes que reúnen los requisitos para SFS/PHC:

Una vez realizados todos los esfuerzos de cobro, se revisarán las cuentas y, si el paciente ha estado acogido a la Escala de Tarifas Deslizantes (SFS)/FQHC y/o al programa de subvenciones de Atención Primaria de Salud (PHC) durante el último año —independientemente de si reside o no dentro del distrito—, dichas cuentas se ajustarán bajo el concepto de Atención Benéfica.

Los pacientes beneficiarios de subvenciones que reciban servicios recurrentes (p. ej., educación ambulatoria para diabéticos, fisioterapia y cuidado de heridas) serán responsables, en el momento de recibir el servicio, de abonar una tarifa nominal de \$25.00 por cada visita recurrente.

Situaciones catastróficas: Caso por caso, las facturas médicas u hospitalarias del paciente —provenientes del Hospital y de proveedores relacionados—, una vez efectuados los pagos por parte de todos los terceros, exceden el 10 por ciento de sus ingresos familiares anuales; asimismo, dichos ingresos familiares anuales superan el 300 por ciento de las pautas federales de pobreza (FPG), y el paciente se encuentra imposibilitado para saldar el saldo pendiente de su cuenta.

Elegibilidad presunta para asistencia financiera: Existen casos en los que un paciente puede parecer elegible para descuentos por atención caritativa, pero no se encuentra registrado ningún formulario de asistencia financiera debido a la falta de documentación de respaldo. Con frecuencia, el paciente o fuentes externas proporcionan información adecuada que podría constituir evidencia suficiente para otorgarle asistencia caritativa. En el caso de que no exista evidencia que respalde la elegibilidad de un paciente para recibir atención caritativa, Distrito Hospitalario Público del Condado de Chambers N.º 1 podría recurrir a agencias externas para determinar los montos estimados de ingresos que servirán de base para establecer la elegibilidad para la atención caritativa y los posibles montos de descuento. Una vez determinada dicha elegibilidad —y debido a la naturaleza inherente de las circunstancias presuntivas—, el único descuento que podrá otorgarse consistirá en la condonación del 100 % del saldo de la cuenta. La elegibilidad presuntiva podrá determinarse con base en circunstancias vitales individuales, las cuales podrían incluir:

1. Programas de medicamentos recetados financiados por el Estado;
2. Sin hogar o que ha recibido atención en una clínica para personas sin hogar.;
3. Participación en los programas para Mujeres, Bebés y Niños (WIC);
4. Elegibilidad para cupones de alimentos;
5. Elegibilidad para el programa de almuerzos escolares subsidiados;
6. Elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales que carecen de financiamiento (p. ej., reducción de gastos para Medicaid);
7. Se proporciona vivienda de bajos ingresos o subsidiada como dirección válida; y
8. La paciente ha fallecido sin patrimonio conocido.
9. Importancia histórica del impago que establece una justificación para el impago futuro y la falta de capacidad de pago.

Para los pacientes sin seguro que no hayan pagado su factura —o que no la hayan saldado por otros medios, como un plan de pagos o la presentación de datos financieros conforme a nuestras políticas de asistencia benéfica y financiera—, realizaremos una determinación presuntiva utilizando datos proporcionados por una agencia externa. Esta determinación tiene como finalidad asistir al hospital en su clasificación interna y presentación financiera precisas, y no confiere ningún derecho a recibir servicios futuros. A efectos de dicha clasificación interna, establecemos el 300 % del Nivel Federal de Pobreza como umbral para la concesión de asistencia financiera bajo este sistema. No divulgamos el resultado de dicha determinación presuntiva, ni tenemos acceso a los datos de decisión utilizados por la agencia externa.