

Título de la Política: Cuidados Caritativos
Fecha Efectiva: 11/1/2004 (mm/dd/aaaa)
Fechas de Revisión: 3/2009, 11/11, 7/12, 7/13, 6/16
Presentada por: La Directora de la Clínica Médica y la Oficina de Finanzas
Aprobado por: Kayleen Lee, CEO

1.0 Introducción

- 1.1 En ánimos de caridad y justicia, *Sioux Center Health* existe como respuesta al llamado de Dios a ser un ministerio sanador para los(as) enfermos(as), ancianos(as) y oprimidos(as), y para brindar servicios de atención médica a toda persona en necesidad sin importar la edad, raza, sexo, credo, nacionalidad o capacidad de pago.
- 1.2 Nuestra filosofía en cuanto a brindar atención médica a nuestros(as) pacientes enfermos(as) y necesitados(as):
 - 1.2.1 Creemos que el brindar atención médica a quienes lo necesitan es un deber de la justicia, a como también lo es de la caridad y compasión.
 - 1.2.2 Creemos que toda persona tiene el derecho a cuidados de salud médicamente necesarios e igualdad de acceso a tratamientos de diagnóstico y terapéuticos sin importar su estado financiero.
 - 1.2.3 Creemos que el cuidar y garantizar la igualdad de acceso a cuidados de salud médicamente necesarios es un deber social y debe ser compartido por todas las instituciones de salud y la sociedad en general.
 - 1.2.4 Creemos que debido al profundo interés en la dignidad humana, nuestras organizaciones tienen el deber de atender de manera más completa posible las necesidades de los pobres y a las personas médicamente indigentes en los alrededores.
 - 1.2.5 Creemos que tenemos doble responsabilidad en mantener un papel de liderazgo en proveer cuidados de salud médicamente necesarios; económicos para los pobres y las personas médicamente indigentes, y también tomar el rol de abogacía, trabajando para lograr el reembolso adecuado de servicios de cuidados médicos para los pobres y las personas médicamente indigentes.

2.0 Alcance

- 2.1 Esta política y procedimiento pertenece a *Sioux Center Health* y a los servicios médicos que se consideren médicamente necesarios. Los médicos independientes y proveedores por fuera de *Sioux Center Health* no están cubiertos. Los/las pacientes que busquen un descuento por los servicios brindados por un médico independiente o proveedor por fuera de *Sioux Center Health* deberán contactar directamente a esos proveedores médicos.
- 2.2 Esta política aplica a los saldos derivados de cuentas generadas por servicios prestados por *Sioux Center Health* y sus proveedores. Estas facturas se pueden identificar al llevar

el nombre y logotipo de *Sioux Center Health*. Esta política no aplica a proveedores independientes o por fuera de *Sioux Center Health* que puedan prestar servicios en *Sioux Center Health*, pero facturan por separado de *Sioux Center Health*. Por lo tanto, esta política no aplica al siguiente grupo que pueda prestar servicios a algún paciente de *Sioux Center Health*:

- *Floyd Valley Hospital*
- *Allergy & Asthma Clinic*
- *Korver Ear, Nose & Throat LLC*
- *Creative Living Center*
- *Cardiovascular Associates (CVA)*
- *North Central Heart (NCH)*
- *Siouxland Internal Medicine Specialists*
- *CNOS, PC (Neurology, Neurosurgery and Orthopedics)*
- *Ophthalmology, Ltd.*
- *Siouxland Urological Associates*
- *Urology Specialists Clinic & Surgery Center*
- *Siouxland Podiatry Associates*
- *Physicians Vein Clinics*
- *June E. Nylén Cancer Center*

3.0 Propósito

- 3.1 El Propósito de esta política es para establecer específicamente como *Sioux Center Health* considera la ayuda financiera, cuidados caritativos, como se abordarán las peticiones de cuidados caritativos y cómo asegurar que *Sioux Center Health* siga prácticas uniformes de facturación.
- 3.2 Los/las pacientes que no cuenten con seguro médico, tengan seguro médico insuficiente o demuestren la incapacidad de pagar por los servicios médicos recibidos pueden calificar para varios programas de ayuda financiera. El proveer ayuda financiera para necesidades de atención médica a pacientes que califiquen es un elemento esencial en el cumplimiento con la misión de *Sioux Center Health*.

4.0 Política

- 4.1 *Sioux Center Health* tiene el compromiso de brindar cuidados caritativos a las personas que tengan necesidades de atención médica quienes no tengan seguro médico, tengan seguro médico insuficiente, no califiquen para algún programa de gobierno o que no puedan pagar por atención médica necesaria basados en su situación financiera individual. Consistentemente con su misión de impactar positivamente las vidas y la salud de las personas y comunidades al brindar atención de calidad guiada por valores Cristianos, *Sioux Center Health* se esfuerza por asegurar que la capacidad financiera de las personas que necesitan atención médica no les prevenga buscar o recibir cuidados.
- 4.2 Los cuidados caritativos no son substitutos de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de *Sioux Center Health* para obtener cuidados caritativos u otras formas de ayuda financiera y que contribuyan con el costo de sus cuidados basado en su habilidad de pago. Se recomienda que los individuos y/o familias con la posibilidad financiera de comprar un seguro médico lo hagan, como manera de garantizar el acceso a los servicios de atención médica, para su salud personal en general y para la protección de sus bienes individuales y / o familiares.

- 4.3 Las funciones de *Sioux Center Health* mantendrán una política de puertas abiertas para brindar **cuidados de emergencia y atención médicamente necesaria** a la comunidad en el sentido del Artículo 1867 del *Social Security Act* (42 U.S.C. 1395dd) [Ley de Seguridad Social]. Ninguna limitación o situación para la prestación de cuidados se basará en la capacidad de pago del paciente.
- 4.4 Esta política está dirigida específicamente a pacientes de bajos ingresos, sin seguro médico o con seguro médico insuficiente que cumplen con ciertos requisitos y no está destinada ser aplicada a pacientes asegurados o auto asegurados que cuenten con los medios de responsabilizarse por los cargos incurridos.
- 4.5 *Sioux Center Health* reconoce que ciertas leyes estatales y / o federales exigen que se realicen esfuerzos de buena fe para cobrar todas las cuentas y, como tal, se utilizarán los servicios de una agencia de colecciones de acuerdo con la práctica estándar de la industria comercial.
- 4.6 Adicionalmente, *Sioux Center Health* reconoce que ciertas leyes estatales y / o federales no permiten descuentos a todos los pacientes y, como tal, *Sioux Center Health* solo considerará descuentos en función de cada caso según solicitado por el paciente o su representante legal o tutor. *Sioux Center Health* de igual manera reconoce que las leyes pueden prevenir que se descuenten o exoneren ciertos copagos y deducibles.
- 4.7 Todo paciente puede llenar un formulario y solicitar ayuda financiera. La ayuda financiera puede incluir ajustes caritativos completos o parciales, Medicaid y otros programas de ayuda del estado y el condado. El programa de ayuda financiera está diseñado para cumplir todos los requisitos Estatales, Federales y de la Asociación Católica de Salud
- 4.8 Las organizaciones de *Sioux Center Health* que se rigen por esta política tienen la discreción de examinar cualquier circunstancia atenuante al determinar la elegibilidad para la ayuda financiera y al determinar los niveles de descuento. Dichas determinaciones deben satisfacer los parámetros de esta política como mínimo, de modo que le sea más fácil al paciente satisfacer dicha elegibilidad o que los niveles de descuento sean mayores a los establecidos en esta política.

5.0 Principios Rectores

- 5.1 Para: Brindar asistencia comunitaria a los/las pacientes y familias cuando los cargos por servicios clínicos / hospitalarios recibidos crean una dificultad financiera indebida
- 5.2 Para: Crear un proceso en el cual todos los recursos financieros del/la paciente son evaluados (incluyendo ingresos del hogar y bajo algunas leyes estatales, los ingresos de hijos o hijas mayores de edad) y se brinde cuidado caritativo en relación a la situación financiera completa del/la paciente incluyendo todas las obligaciones de salud.
- 5.3 Para: Proveer prácticas de facturación y un programa de cuidado caritativo uniforme y consistente en todo *Sioux Center Health*.

6.0 Definiciones

La **insolvencia** se conoce como aquellos montos que son incobrables y no cumplen con el criterio de elegibilidad de servicios de cuidado caritativo. La insolvencia es el resultado de intentos fallidos de cobro en cuentas de pacientes que no están dispuestos a pagar. *Sioux Center Health* utilizará todos los métodos legalmente disponibles para cobrar las cuentas de

los/las pacientes que tienen los medios pero no están dispuestos a pagar. Cualquier descuento y amortización debido a una deuda incobrable no contará como cuidado caritativo.

Cuidado Caritativo: atención médica 100% gratuita en Servicios de Emergencia o Medicamento Necesarios brindados por *Sioux Center Health*. Los pacientes sin seguro médico o con seguro médico insuficiente para servicios médicamente necesarios que no sean elegibles para cobertura de gobierno o alguna otra y quienes tengan ingresos familiares no superiores al 125% del Nivel Federal de Pobreza podrán ser elegibles para recibir un 100% de Cuidado Caritativo basado en su solicitud de ayuda financiera. *Sioux Center* podrá determinar o volver a determinar la elegibilidad de un paciente para cuidados caritativos cada vez que la información sobre la elegibilidad del paciente esté disponible.

Indigente Financiero: pacientes sin seguro médico o con seguro médico insuficiente a quienes se les brinda atención sin obligaciones u obligaciones descontadas de pagar por los servicios prestados. Estos pacientes también se definen como pobres o económicamente desfavorecidos y cuentan con ingresos iguales o inferiores a los niveles federales de pobreza.

Indigente Intencional: Pacientes a quienes se les ofreció seguro médico y decidieron no participar en el plan de salud del empleador y cuyos ingresos superan el 200% del Nivel Federal de Pobreza. *Sioux Center Health* puede, a discreción completa, otorgar un descuento a los pacientes considerados como indigentes intencionales y trabajará con dichos pacientes para lograr un calendario de pagos aceptable para ambas partes. *Sioux Center Health* utilizará todo método disponible legalmente para cobrar las cuentas de los pacientes considerados indigentes intencionales. Cualquier descuento en esta categoría no contará como cuidado caritativo.

Otras situaciones que pueden ser consideradas indigentes intencionales incluyen, pero no se limitan a:

- Pacientes menores de 26 años de edad que califican a ser incluidos en el plan de seguro médico de sus padres.
- Estudiantes universitarios que no escogieron el plan de salud estudiantil

Indigente Médico: Pacientes cuyas facturas médicas u hospitalarias, después del desembolso por pagadores terceros, exceden los recursos financieros disponibles al paciente. El paciente que incurre en gastos médicos catastróficos se clasifica como médicamente indigente cuando el pago requeriría la liquidación de activos básicos para vivir o causaría dificultades financieras indebidas al sistema de apoyo familiar. Además, la indigencia médica incluirá también gastos médicos catastróficos de pacientes los cuales, después del desembolso por pagadores terceros, el monto restante exceda los recursos financieros disponibles al paciente.

Médicamente Necesario: servicios o productos de atención médica que un médico prudente proporciona a un(a) paciente con el propósito de prevenir, diagnosticar y tratar un padecimiento, lesión, o enfermedad o los síntomas del mismo de manera que sea: (a) de acuerdo a los criterios generalmente aceptados de la práctica médica; (b) clínicamente apropiados en cuestión de tipo, frecuencia extensión, sitio y duración; y (c) no principalmente para la conveniencia del paciente, el médico o algún otro proveedor de atención médica. (*AMA definition of "medical necessity" Policy H-320.953[3], AMA Policy Compendium*)

Cuidado Caritativo Parcial: Atención médica a una tarifa descontada en servicios de Emergencia o Medicamento Necesarios proporcionados por *Sioux Center Health*. Los/las pacientes que no tienen seguro médico o tienen seguro médico insuficiente para un servicio médicamente necesario, cuyos ingresos familiares sobrepasan el 125% del Nivel Federal de Pobreza, son elegibles para recibir Cuidado Caritativo Parcial en forma de un descuento de

hasta el 90% de los cargos netos de pacientes ingresados, externos y clínicos. Sin embargo, los/las pacientes que de otro modo calificarían para Cuidado Caritativo Parcial pero tienen suficientes activos líquidos disponibles para pagar por los cuidados sin convertirse en Indigentes Médicos no son elegibles para el Cuidado Caritativo Parcial. Los Defensores Autorizados para Pacientes, Servicios Financieros Para Pacientes y el Personal Directivo podrán otorgar un descuento mayor de lo que permite la tabla si la situación amerita un descuento mayor y podrá ser hasta de un 100%.

Paciente - Hogar: Aquellos(as) pacientes quienes son responsables por los pagos de sí mismos o de sus dependientes. Esto no se limita a aquellos viviendo directamente en una sola residencia y podrá abarcar a cualquier relación dependiente tal como un(a) hijo(a) o un(a) dependiente en la universidad en otra ciudad. Esto también abarca otros(as) dependientes que viven en la misma residencia tal como dependientes parientes que vivan dentro del hogar.

Cuidado Caritativo Presuntivo: una determinación en la cual el/la paciente se presume como elegible para Cuidado Caritativo cuando se ha provisto información suficiente por parte del/la paciente u otras fuentes que permiten a *Sioux Center Health* determinar que el/la paciente califica para Cuidado Caritativo. (Ver Anexo II)

7.0 Elegibilidad (HR3590 (4)(A)(i))

- 7.1 *Sioux Center Health* se adherirá a una metodología establecida para determinar la elegibilidad para Cuidado Caritativo o Cuidado Caritativo Parcial. La metodología tomará en cuenta si la atención médica satisface los criterios necesarios de Emergencia y Necesidad Médica, así como ingresos, activos netos, tamaño de la familia y recursos disponibles para pagar los cuidados.
- 7.2 Los/las pacientes sin seguro médico o los/las pacientes con seguro médico insuficiente cuyos ingresos personales/familiares no excedan el 125% del Nivel Federal de Pobreza actual podrán ser otorgados el 100% de condonación de los cargos por atención de emergencia o médicamente necesaria. Los bienes activos serán tomados en cuenta para la elegibilidad aun si sus ingresos personales/familiares sean igual o menor que el 200% del Nivel Federal de Pobreza. Por ejemplo, un(a) paciente con ingresos anuales de \$10,000 y bienes activos positivos de \$100,000 puede tener los recursos para pagar su cuenta.
- 7.3 Los/las pacientes sin seguro médico o con seguro médico insuficiente cuyos ingresos personales / familiares no excedan el 125% del Nivel Federal de Pobreza podrán ser otorgados hasta el 90% de condonación de los cargos por atención de emergencia o médicamente necesaria basada en una escala proporcional.
- 7.4 Los/las pacientes sin seguro médico o con seguro médico insuficiente y los indigentes intencionales cuyos ingresos personales / familiares no excedan el 200% el Nivel Federal de Pobreza podrán ser elegibles para un descuento en sus cuidados basado en sus circunstancias individuales. Tales descuentos son a discreción de la organización y no podrán ser contados como cuidado caritativo.
- 7.5 Las organizaciones de *Sioux Center Health* tienen la opción de otorgar un descuento por pago oportuno. Tales descuentos son a discreción de la organización y NO podrán ser contados como cuidado caritativo.
- 7.6 La elegibilidad para el Cuidado Caritativo y el Cuidado Caritativo parcial se extenderá hasta por 180 días de la fecha en la que se determine la elegibilidad, pero podrá ser

reexaminada en cualquier momento en que se disponga de información nueva. El período de 180 días depende en que el/la paciente trabaje en buena fe con *Sioux Center Health* en todas las fuentes de pago.

7.6.1 Dentro de este periodo de 180 días el Cuidado Caritativo no se aplicará automáticamente a las cuentas de los/las pacientes. El/la paciente debe de comunicarse con sus *Sioux Center Health* indicando que no puede pagar. El/la paciente no tendrá que volver a presentar la solicitud pero sí deberá verificar que su situación financiera actual no ha cambiado.

7.7 Circunstancias que podrían descalificar a un(a) paciente para el cuidado caritativo:

7.7.1 Fraude (proporcionar información falsa en las Solicitud de Ayuda Financiera y en el Formulario de Información Financiera del Paciente).

7.7.2 Si el/la paciente o representante legal / tutor no responde a las solicitudes de información.

7.7.3 Rehusarse a llenar completamente la Solicitud de Ayuda Financiera y el Formulario de Información Financiera del Paciente.

7.7.4 Rehusarse a proporcionar la documentación solicitada de ingresos y activos.

7.7.5 Rehusarse a cooperar con la política de cuidado caritativo.

7.7.6 Rehusarse a cooperar con cualquier arreglo de pago razonable.

8.0 Metodología de Cálculo (HR3590 (4)(A)(ii))

8.1 Todo recurso financiero disponible será evaluado antes de llegar a una determinación en cuanto al cuidado caritativo o cuidado caritativo parcial. *Sioux Center Health* tomará en cuenta los recursos financieros del/la paciente, así como los de otras personas con responsabilidad legal de proveer por el/la paciente (ej.: padre de un(a) menor de edad, cónyuge). Se hará una consideración especial en cuanto al domicilio primario y vehículo primario del/la paciente.

8.1.1 Si, durante el transcurso de la evaluación de las circunstancias financieras del/la paciente, *Sioux Center Health* determina que el paciente pueda calificar para programas federales, estatales o locales, se le brindará asesoramiento financiero para ayudar a los/las pacientes a solicitar la cobertura disponible. **El Cuidado Caritativo y Cuidado Caritativo Parcial será denegado si los/las pacientes / fiadores no cooperen totalmente en solicitar la cobertura disponible.**

8.1.2 Para los propósitos de esta política los/las pacientes con *Healthcare Reinsurance* (Reaseguro Médico) o *Medical Savings Accounts* (Cuentas de Ahorros Médicos) se tratarán como asegurados y el monto en depósito se considerará como un recurso disponible para el pago de los servicios.

8.1.3 Si el/la paciente tiene un reclamo, o posible reclamo, contra un tercero del cual se podría cobrar la cuenta del hospital, el hospital aplazará la resolución de Cuidado Caritativo a la espera de la disposición del reclamo a terceros.

- 8.2 La elegibilidad para Cuidado Caritativo o Cuidado Caritativo parcial se determinará utilizando una escala proporcional excedente al 125% del Nivel Federal de Pobreza según los publicados anualmente en el Registro Federal, así como también la evaluación de los activos y pasivos disponibles y cualquier circunstancia extenuante.
- 8.3 *Sioux Center Health* utilizará el **Anexo III** para calificar la elegibilidad al Cuidado Caritativo y las Solicitudes de Ayuda Financiera, y atribuir el descuento aplicable a la cuenta del/la paciente cuando el ingreso del/la paciente exceda el 125% del Nivel Federal de Pobreza.
- 8.4 Los/las Pacientes / Fiadores serán notificados por escrito cuando *Sioux Center Health* tome una decisión en cuanto al Cuidado Caritativo o Cuidado Caritativo Parcial.
- 8.5 Toda información obtenida de parte de los/las pacientes y fiadores será tratada confidencialmente en la medida requerida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (*Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA*, por sus siglas en inglés)
 - 8.5.1 Las solicitudes y documentación de respaldo no serán guardados en el expediente físico o electrónico del/la paciente. El almacenamiento deberá ser en el sistema de manejo central de contactos u otro repositorio central electrónico seguro según sea determinado por el comité.

9.0 Cuidado Caritativo Presuntivo (HR3590 (4)(A)(ii))

- 9.1 El Cuidado Caritativo es una herramienta de último recurso y aplica únicamente cuando se hayan agotado todas las otras vías. Hay ocasiones en las cuales el/la paciente pueda aparecer elegible para un descuento de cuidado caritativo, pero no existe un formulario de ayuda financiera en archivo porque faltaba documentación que respaldaría la prestación de ayuda financiera. Dichas ocasiones han resultado en el envío de la factura del/la paciente a una agencia de colecciones y finalmente aparece en los registros contables como un gasto de insolvencia debido a la falta de pago. Sin embargo, este enfoque no da como resultado una solución justa para el/la paciente ni una contabilidad adecuada de la transacción. Con frecuencia hay información adecuada proporcionada por el/la paciente u otras fuentes, que podrían facilitar suficiente evidencia a *Sioux Center Health* para brindarle al/la paciente un descuento de cuidados caritativos sin necesidad de determinar la elegibilidad para la indigencia médica. Esta elegibilidad presuntiva, debidamente documentada internamente por el personal de *Sioux Center Health*, es suficiente para proporcionar un descuento de cuidado caritativo a los pacientes que califiquen. Una vez determinado, debido a la naturaleza inherente de las circunstancias presuntivas, el único descuento que *Sioux Center Health* puede otorgar al paciente es la anulación del 100% del saldo de la cuenta.
- 9.2 Se presume que algunos(as) pacientes sean elegibles para descuentos de cuidado caritativo en función de las circunstancias individuales de sus vidas (ej.: pacientes desamparados(as), pacientes sin ingresos, pacientes que hayan calificado para otros programas de ayuda financiera como cupones de alimentos [*food stamps*] o *WIC*). *Sioux Center Health* otorgará solo el 100% de descuentos de atención caritativa a los/las pacientes que se determine sean elegibles para el cuidado caritativo presuntivo. *Sioux Center Health* documentará internamente todas y cada una de las recomendaciones de pacientes y otras fuentes como médicos, líderes comunitarios o religiosos, servicios

sociales internos o externos o personal de asesoramiento financiero para brindar descuentos de cuidado caritativo presuntivo.

- 9.2.1 Para determinar si aplica algún evento calificante bajo elegibilidad presuntiva, el/la paciente / fiador proporcionará una copia de la documentación correspondiente con fecha a partir de los 30 días de la fecha del servicio.
 - 9.2.2 Para casos en los cuales un(a) paciente no logró completar una solicitud de ayuda financiera, *Sioux Center Health* podrá otorgar un descuento de cuidados caritativos del 100% sin una solicitud formal, en circunstancias presuntas, aprobado por el Supervisor de Servicios Financieros para Pacientes, CFO, CEO o personas designadas de *Sioux Center Health* de acuerdo con los niveles máximos de aprobación que se encuentran en el Anexo III.
 - 9.2.3 *Sioux Center Health* utilizará el Formulario Estandarizado de Solicitud de Descuento de Cuidado Caritativo para Pacientes - Elegibilidad Presuntiva (ver **Anexo II**).
 - 9.2.4 La decisión de elegibilidad presuntiva para un descuento de cuidado caritativo del 100% será tomada por *Sioux Center Health* en función del ingreso económico del/la paciente / fiador, no basado únicamente en el ingreso económico del/la paciente afectado.
 - 9.2.5 No se le exigirá a los individuos que completen formularios adicionales o que proporcionen información adicional si ya han calificado para programas que, por naturaleza, operan para beneficiar a individuos que no cuentan con los recursos suficientes para pagar por el tratamiento. Más bien, los servicios prestados a dichos individuos se considerarán cuidados caritativos y se considerarán como elegibles dichos(as) pacientes en función de elegibilidad presuntiva. Se pueden encontrar ejemplos en el Anexo II de esta política de situaciones de pacientes que ayudan considerablemente en la determinación de elegibilidad presuntiva.
- 9.3 *Sioux Center Health* podrá usar un proceso de caridad presuntiva que incluye la calificación de las cuentas de los/las pacientes por medio de un proveedor externo. Para las cuentas de pacientes que califiquen como elegibles de caridad, *Sioux Center Health* otorgará el 100% de caridad y notificará al/la paciente su decisión por correo. Los pagos realizados previamente en cuentas presuntivas no serán reembolsados al/la paciente.

10.0 Proceso de Solicitud (HR3590 (4)(A)(iii))

- 10.1 Los/las pacientes pueden solicitar ayuda financiera comunicándose con la oficina de finanzas o visitando www.siouxcenterhealth.org para obtener todos los materiales de solicitud. El/la paciente deberá proporcionar las copias de los documentos para sustanciar los ingresos económicos y activos (ej.: W-2, la Declaración de Impuestos más reciente, Talones de Pago, y Estados de Cuenta del Banco)
- 10.2 El/la paciente / fiador deberá proporcionar suficiente información para que *Sioux Center Health* determine si es elegible para los beneficios disponibles del seguro médico, *Medicare*, *Medicaid*, Compensación Laboral, responsabilidad civil y otros programas federales, estatales o locales. Use el **Anexo I**.
- 10.3 En caso de que *Sioux Center Health* determine que algún(a) paciente no califica para Cuidado Caritativo o Cuidado Caritativo Parcial, el/la paciente podrá apelar la decisión

por escrito ante el Director Financiero (*CFO*, por sus siglas en inglés) o su designado dentro del plazo de treinta (30) días luego de recibir la factura por la cual se ha solicitado ayuda financiera. Si no se apela, la decisión será definitiva. La decisión del *CFO* o la persona designada no estará sujeta a apelación adicional.

- 10.4 Los/las pacientes que devuelvan una solicitud completa y califiquen para ayuda financiera deberán tener todas sus actividades extraordinarias de cobro revertidas en sus cuentas y se les deberá reembolsar todo monto que hayan pagado superior a su nuevo saldo calculado.
- 10.5 Los/las pacientes que devuelvan una solicitud incompleta deberán recibir 10 días hábiles para completar la solicitud y todas las actividades extraordinarias de cobro deberán suspenderse. Al/la paciente se le deberá enviar una carta indicando la información que falta para procesar la solicitud y un número de contacto que puedan utilizar si tienen preguntas.
- 10.6 Si un(a) paciente llegara a necesitar ayuda gratuita para completar o entender esta política o los materiales de solicitud, puede obtener ayuda visitando a uno de los Asesores Financieros de *Sioux Center Health* o llamando al número que aparece en la factura.
- 10.7 Las solicitudes completadas y los documentos adjuntos se enviarán al departamento designado por la organización para procesar y calificar (típicamente la Oficina Administrativa o Asesores Financieros)
- 10.8 Las solicitudes se calificarán y se enviarán cartas de decisión al/la paciente o tutor dentro de 3 semanas de recibirlas.
- 10.9 La solicitud, los anexos y la carta de decisión serán escaneadas y archivadas en el repositorio central con expiración de 180 días a partir de la determinación.

11.0 Facturación y Cobranza (HR3590 (4)(A)(iv))

- 11.1 Al momento de facturación, la organización brindará a todos los/las pacientes de Pago por Cuenta Propia, de bajos ingresos y sin seguro médico que califiquen para cuidado gratuito o descontado bajo esta política la misma información sobre los servicios y cargos que presta a todos los otros pacientes recibiendo cuidados. A los/las pacientes que califiquen se les otorgará un descuento por pago por cuenta propia y cualquier descuento de Cuidado Caritativo aplicable. Por lo tanto, los cargos brutos, descuentos aplicables y el saldo neto se mostrarán en la factura, siendo los cargos netos responsabilidad de pago del/la paciente.
 - 11.1.1 Si el/la paciente califica para el 100% de cuidado caritativo, no se le enviarán más facturas. A su vez, se le enviará una carta indicando que la factura del/la paciente ha sido condonada completamente.
- 11.2 Cuando se le envíe una factura a cualquier paciente, la organización incluirá toda la siguiente información en la factura:
 - 11.2.1 Una declaración que indique que si el/la paciente cumple con ciertos requisitos de ingresos el/la paciente podría ser elegible para un programa patrocinado por el gobierno o para ayuda financiera de la organización para ayudar a pagar por los servicios prestados; y

- 11.2.2 Una declaración que proporcione al/la paciente con información de contacto telefónico y sitio web por medio de los cuales el/la paciente pueda obtener información sobre la política de ayuda financiera para pacientes de bajos ingresos sin seguro médico y cómo solicitar dicha ayuda para el pago de los servicios prestados
- 11.2.3 Se deberán imprimir las notificaciones e información de contacto al frente de las facturas para los/las pacientes. Lo impreso en la factura no necesita ser exhaustiva y podrá leer algo similar a “*Sioux Center Health* tiene una política de ayuda financiera. Si cumple con ciertos requisitos y no puede pagar su factura podría calificar para un descuento. Esta política, junto con un resumen de la política y materiales de solicitud se puede encontrar en www.sioxcenterhealth.org. Para más información llame al 712-722-8297”
- 11.3 Si el/la paciente califica para la política de ayuda financiera de la organización para pacientes de bajos ingresos sin seguro médico y está cooperando con la organización en cuanto a esfuerzos de saldar una factura pendiente dentro de las normas y plazos de la política actual de cobro de pago por cuenta propia, la organización o su agente no enviara, ni comunicará que enviará la factura impaga a alguna agencia de cobro externa. En el momento que la organización envíe la cuenta no cobrada a una agencia de cobro externa, el monto referido a la agencia reflejará el nivel de pago reducido al cual el/la paciente se encontraba elegible bajo la política de ayuda financiera para pacientes de bajos ingresos sin seguro médico. *Sioux Center Health* no informa ningún dato a las agencias crediticias, sin embargo, las agencias que utiliza *Sioux Center Health* pueden informar a las agencias crediticias.
- 11.4 *Sioux Center Health* permitirá 240 días para que los individuos soliciten ayuda financiera a partir de la primera factura luego de que sean dados de alta.
- 11.5 *Sioux Center Health* permitirá a todo individuo el plazo de 120 días a partir de la primera factura luego de ser dado(a) de alta para solicitar ayuda financiera antes de iniciar cualquier actividad extraordinaria de cobro (*ECA*, por sus siglas en inglés). *Sioux Center Health* considera que la colocación en una agencia de cobro es una *ECA*.
- 11.6 El término “individuo” no incluye ningún fideicomiso, patrimonio, sociedad, asociación empresa, corporación o entidad gubernamental y, por lo tanto, no incluye ninguna aseguradora privada o pública. En consecuencia, las reglamentaciones finales retienen la disposición en las regulaciones propuestas del 2012 con respecto a las *ECA* contra individuos con responsabilidad por la factura del hospital del paciente. Esta disposición no requiere que un centro médico haga esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de la Política de Ayuda Financiera (*FAP*, por sus siglas en inglés) antes de participar en *ECA* contra aseguradoras privadas o públicas o cualquier otro tercero responsable que no sea un individuo.
- 11.7 Antes de enviarlo a una agencia de colecciones, *Sioux Center Health* proporcionará al/la paciente una notificación o aviso final que incluya una lista de las acción(es) de cobro específicas que iniciará, y una fecha límite después de la cual se podrán iniciar (es decir, no antes de 30 días después de la fecha en la que se proporciona el aviso); se incluirá también un resumen de la *FAP* con la notificación. El vocabulario que se utilizará en los avisos o notificaciones de facturación será: “Es posible que se genere una actividad de cobro extraordinaria ante la falta de pago de su cuenta dentro de los 30 días posteriores a la fecha de este aviso. Dicha actividad puede incluir el envío de su cuenta a una

agencia de colección de deudas. Después de un fallo, la agencia de colecciones puede optar a proceder con el embargo”.

- 11.8 En caso de que *Sioux Center Health* proceda con ECA contra algún(a) paciente, el/la paciente será notificado(a) sobre la política de ayuda financiera de *Sioux Center Health* en toda comunicación verbal con referente a su factura.
- 11.9 *Sioux Center Health* evitará toda intento de cobro de deudas durante una visita a la sala de emergencias a menos que el/la paciente haya sido dado(a) de alta.
- 11.10 Todo plan de pago extendido ofrecido por el **hospital o el representante del hospital** para liquidar las facturas pendientes de los(as) pacientes que califiquen para ayuda financiera será libre de intereses siempre y cuando se cumpla con el calendario de pago.

12.0 Aviso Público, Publicación y Comunicación con los/las Pacientes (HR3590 (4)(A)(v))

- 12.1 *Sioux Center Health* publicará un aviso, de conformidad con la Disposición de Garantía Comunitaria de la Ley Hill-Burton (*Community Assurance Provision of the Hill-Burton Act*) y otros requisitos estatales, federales y de *JCAHO*, con respecto a la disponibilidad de la ayuda financiera para el pago de servicios prestados a pacientes de bajos ingresos sin seguro médico.
- 12.2 La Disposición de Garantía Comunitaria de la Ley Hill-Burton bajo el Título VI de la Ley de Servicio de Salud Pública (*Title VI of the Public Health Service Act*) requiere que los beneficiarios de los Fondos Hill-Burton presten servicios proporcionados por el centro médico a las personas que residen en el área de servicio del centro médico sin discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, credo o ningún otro motivo no relacionado con la necesidad del individuo del servicio o la disponibilidad del servicio necesitado en el centro médico. La obligación de servicio comunitario no requiere que el centro médico preste servicios que no sean de emergencia a personas que no puedan pagarlos. Sin embargo, sí requiere que el centro médico ponga a disposición los servicios de emergencia independientemente de la capacidad de pago de la persona. Esta garantía es vigente a lo largo de la existencia del centro médico, siempre y cuando sea operada por una entidad pública o sin fines de lucro. Como referencia, visite <http://www.hhs.gov/ocr/hburton.html> y <http://www.hrsa.gov/osp/dfcr/obtain/CONSFAQ.HTM>.
- 12.3 Los avisos serán publicados en el(los) idioma(s) dominante(s) de la comunidad de manera visible donde exista un alto volumen de ingreso o registro de pacientes internados y externos, tales como departamentos de emergencia, oficinas de facturación, oficinas de admisión y entornos de servicio de pacientes externos, así como también el sitio web de la organización.
 - 12.3.1 Los avisos publicados incluirán lo siguiente:
 - 12.3.1.1 Una declaración indicando que la organización tiene una política de ayuda financiera para los/las pacientes que son de bajos ingresos y/o no tienen seguro médico, que no puedan pagar su factura y que esta política proporciona servicios de atención médica de cuidado caritativo y de pago reducido; e

- 12.3.1.2 Identificación de un número de contacto telefónico al que un(a) paciente pueda llamar para obtener más información sobre la política de ayuda financiera y cómo obtener dicha ayuda.
- 12.4 Adicionalmente, *Sioux Center Health* hará que la política de ayuda financiera sea ampliamente publicitada dentro de las comunidades que sirve. La publicación puede incluir, pero no se limita a: anuncios de periódicos, radio o televisión, sitios web, volantes o distribución en centros o lugares frecuentados por la población indigente, como despensas de alimentos o albergues.
- 12.5 Disponer razonablemente y/o enviar por solicitud el folleto “Una guía para su factura hospitalaria y seguro médico” tanto en forma impresa como en cada sitio web del hospital.
- 12.6 *Sioux Center Health* publicará un aviso en su sitio web, o de otra manera razonable, dará a conocer al público que cuenta con un programa de ayuda financiera para pacientes de bajos ingresos sin seguro médico y la persona o departamento de contacto de la organización para solicitar ayuda financiera.
- 12.7 *Sioux Center Health* publicará en su sitio web, o de otra manera, dará a conocer al público esta política o cualquier otra variación local de esta política.
- 12.8 *Sioux Center Health* dispondrá de copias gratuitas del informe de ayuda financiera por medio de www.sioxcenterhealth.org. Este informe también se ofrecerá antes de la dada de alta y será incluido en la facturación final antes de alguna actividad extraordinaria de cobro.
- 12.9 *Sioux Center Health* dispondrá de la traducción de la política de ayuda financiera, el formulario de solicitud, y el informe de la política en el idioma hablado por cada grupo lingüístico con dominio limitado en inglés (*LEP*, por sus siglas en inglés) que se conforme de más 1,000 individuos, o 5 por ciento de la comunidad atendida por el centro médico o la población que pueda verse afectada o que entre en contacto con el centro médico.
- 13.0 Limitación en los Cobros (HR3590 (5)(A) & (B))**
- 13.1 *Sioux Center Health* reconoce que las reglamentaciones de Medicare requieren de “cobros” uniformes de Hospital para fines de informes de costos. Por lo tanto, a todos los/las pacientes se les debe “cobrar” el mismo monto por el mismo servicio.
- 13.2 *Sioux Center Health* también reconoce que el Artículo 501(r)(5) limita los montos “cobrados” a los/las pacientes para servicios de emergencia u otros que sean médicamente necesarios a montos no mayores a los que generalmente se facturan a los individuos que tienen seguro médico para cubrir dicha atención.
- 13.2.1 *Sioux Center Health* FACTURARÁ al 100% de pacientes quienes soliciten y califiquen para cuidado caritativo o ayuda financiera bajo esta política (de ingresos iguales o menores al 200% del Nivel Federal de Pobreza) no más de la tasa de pago comercial y de Medicare más baja de *IP* (Pacientes Externos) y *OP* (Pacientes Ingresados). Esta tasa será revisada anualmente. Esta tasa se considera como método de retrospcción según las pautas de *IRS*.

- 13.2.1.1 Las tasas se actualizarán anualmente cada octubre y, por lo tanto, durante el transcurso del año civil se podrán utilizar dos tasas diferentes.
- 13.2.1.2 Para información sobre cómo se calculó esta tasa, por favor llame a nuestra Oficina Administrativa al 712-722-8102.
- 13.2.2 Los/las pacientes recibirán un estado de cuenta de *Sioux Center Health* que detallará los siguientes: monto del cobro en bruto, monto del descuento aplicado a través de método de retrospectiva, monto del descuento de ayuda financiera y saldo total adeudado.
 - 13.2.2.1 El saldo de la cuenta posterior a cualquier descuento de pago por cuenta propia se utilizará para determinar el porcentaje de caridad otorgado.
- 13.2.3 En el caso en cual algún reglamento o acuerdo estatal, federal u otro sea más estricto que el Artículo 501(r)(5), se seguirá el método prescrito en ese reglamento o acuerdo. Un ejemplo específico es el acuerdo del Procurador General de Minnesota con los hospitales. Ese acuerdo especifica que los hospitales deben proporcionar el descuento de la Nación Más Favorecida.
- 13.3 El estado de cuenta que se envíe al/la paciente mostrará los cargos brutos, descuento de pago por cuenta propia, cualquier descuento de cuidado caritativo o de ayuda financiera y el monto neto de responsabilidad del paciente.
- 13.4 Las clínicas facturan la mejor tasa para los cargos a pago por cuenta propia y la factura podría no necesariamente reflejar los cargos brutos y descuento por pago cuenta propia, sino sólo el mejor cargo neto.

14.0 Requisitos para Recopilación de Datos e Informes

- 14.1 *Sioux Center Health* recopilará y publicará anualmente en su sitio web, o de otra manera razonable, dará a conocer al público los siguientes datos de acuerdo con las pautas de la *Catholic Health Association (CHA, Asociación Católica de Salud)*, y al *Internal Revenue Service (IRS)*:
 - 14.1.1 La cantidad de cuidado caritativo proporcionado en función del costo.
 - 14.1.2 Los costos no reembolsados del cuidado brindado a beneficiarios(as) de programas del gobierno, incluidos, entre otros, Medicaid y los programas para indigentes del condado; siendo este factor definido como el déficit entre los costos y los reembolsos / ingresos compensatorios que experimenta un hospital al brindar atención.
 - 14.1.3 Los costos no reembolsados del cuidado brindado a beneficiarios(as) de Medicare, siendo este factor definido como el déficit entre los costos y los reembolsos / ingresos compensatorios que experimenta un hospital al brindar atención. Este factor no se incluirá en el Informe de Beneficios Comunitarios salvo como nota aparte.
 - 14.1.4 El monto de Insolvencia incurrida en función del costo. Este factor no se incluirá en el Informe de Beneficios Comunitarios, salvo como nota aparte.

15.0 Supervisión de Cumplimiento

- 15.1 El Departamento de Finanzas de *Sioux Center Health* realizará auditorías periódicamente para garantizar el cumplimiento de esta política.

16.0 Enmiendas / Interpretación

- 16.1 Esta política está sujeta a cambios sin previo aviso, está sujeta a la interpretación por *Sioux Center Health* a su exclusivo criterio, y no tiene la intención de crear ninguna relación u obligación contractual.
- 16.2 *Sioux Center Health Finance* y Servicios Financieros de Pacientes determinará la necesidad de hacer revisiones a esta política y someterá dichas revisiones para su evaluación al Comité de Calidad de Sioux Center y presentará las revisiones evaluadas para su aprobación a la Junta Directiva de *Sioux Center Health*.

Sioux Center Health
Solicitud de Ayuda Financiera
E Información Financiera del Paciente

El propósito de este formulario es proveer información para ayudarle a cumplir con su obligación económica hacia a *Sioux Center Health*.

Nombre del Solicitante _____ Nombre del Conyugue o Pareja _____

Dirección Actual _____ Alquilando ____ Comprando ____ Años en ____

Ciudad _____ Estado ____ CP _____ Tel. Casa _____

Estado Civil: S C D V Sep Otro

No. Seguro Social Solicitante _____ No. Seguro Social Pareja _____

Fecha Nac. Solicitante _____ Fecha Nac. Pareja _____

Favor de enlistar a sus dependientes: (adjunte una hoja si es necesario)

Nombre	Edad	Parentesco	Nombre	Edad	Parentesco
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Empleador del Solicitante _____ Empleador de la Pareja _____

Puesto _____ Años en el Empleo ____ Puesto _____ Años en el Empleo ____

¿Ha solicitado o cuenta con cobertura de Medicaid? Sí ____ No ____ Si no, ¿Por qué? _____

¿Estudia actualmente? Sí ____ No ____

Si es menor de 26 años, ¿El empleador de sus padres le ofrece cobertura de atención médica?
 Sí ____ No ____

Los/las solicitantes deben solicitar Medicaid y cualquier otros programas de ayuda financiera potenciales antes de llenar esta solicitud de Ayuda Financiera. Si es residente de Dakota del Sur, debe también solicitar *County Poor Relief* antes de solicitar Ayuda Financiera. Si tiene alguna pregunta sobre la ayuda financiera o la información requerida por esta solicitud, favor de llamar a los Asesores Financieros de *Sioux Center Health* al 712-722-8297.

Al presentar esta solicitud de ayuda, entiendo que la organización de Avera que recibe esta solicitud podrá compartirla junto con la documentación correspondiente con otras organizaciones de Avera que estén involucradas en mi tratamiento o hayan provisto tratamiento por separado.

Ingresos Mensuales del Hogar	Solicitante	Pareja / Otros(as) Miembros del Hogar	Gastos Mensuales del Hogar	Pareja / Otros(as) Miembros del Hogar
Trabajo (Pago Bruto / Neto)	\$ _____	\$ _____	Alquiler / Hipoteca	\$ _____
Seguro Social / Incapacidad	\$ _____	\$ _____	Alimentos	\$ _____
Pensión de Jubilación / Veteranos (todas las fuentes)	\$ _____	\$ _____	Pagos de Vehículo(s)	\$ _____
Comp. Desempleo	\$ _____	\$ _____	Guardería	\$ _____
ADC / WIC / Cupones de Alimentos	\$ _____	\$ _____	Gastos de Transporte Vehículo(s)	\$ _____
Manutención / Pensión alimenticia	\$ _____	\$ _____	Médicos / Dentales*	\$ _____
Ingresos de Inversiones / Intereses	\$ _____	\$ _____	Seguro (vehículo, médico, etc.)	\$ _____
Otro (Enliste _____)	\$ _____	\$ _____	Tarjeta de crédito (_____)	\$ _____
Ingresos Mensuales Totales	\$ _____	\$ _____	Agencias de Colección	\$ _____
Ingresos Mensuales Netos	\$ _____	\$ _____	Ropa	\$ _____
Ingresos Totales ult. 12 meses	\$ _____	\$ _____	Otro (Enliste _____)	\$ _____
			Gastos Totales Mensuales	\$ _____

Una copia de la Declaración de Impuestos y talones de pago de los últimos 2 meses son requeridos.

ACTIVOS (Valor de mercado actual)

Efectivo líquido / Banco / Ahorros	\$ _____
Inversiones / Certificados de Depósito (Valor de mercado)	\$ _____
Préstamo / Valor efectivo de Seguro de Vida	\$ _____
Residencia: Pies ² totales _____	
Precio de compra	\$ _____
Valor estimado actual	\$ _____
Vehículo Primario: Año / Modelo _____	\$ _____
Vehículo: Año / Modelo _____	\$ _____
No. acres de bienes raíces agrícolas _____	\$ _____
Equipo Agrícola	\$ _____
Ganadería	\$ _____
Propiedad en alquiler	\$ _____
Negocio	\$ _____
Otro _____	\$ _____
Activos Totales	\$ _____

OBLIGACIONES

Factura Médica* _____	\$ _____
Factura Médica* _____	\$ _____
Factura Médica* _____	\$ _____
Tarjeta(s) de Crédito	\$ _____
Préstamo para muebles y aparatos domésticos	\$ _____
Préstamo de Casa (saldo actual)	\$ _____
Préstamo de Vehículo (saldo actual)	\$ _____
Préstamo de Bienes Raíces (saldo actual)	\$ _____
Monto debido por equipo agrícola	\$ _____
Monto debido por ganadería	\$ _____
Préstamo de Propiedad en Alquiler	\$ _____
Préstamo de Negocio	\$ _____
Monto debido en otros	\$ _____
Monto debido a Agen. de Col.	\$ _____
Obligaciones Totales	\$ _____

*Solo Gastos u Obligaciones de Desembolso Directo (neto de cualquier seguro, descuentos, responsabilidad de terceros, reclamos potenciales)

¿Su empleador le ofreció seguro médico? ___ Sí ___ No
 ¿Su empleador le denegó seguro médico? ___ Sí ___ No
 ¿Ha solicitado seguro por medio del intercambio de seguro? ___ Sí ___ No
 ¿Es elegible para beneficios COBRA? ___ Sí ___ No

Por la presente reconozco que la información proporcionada a Avera es verdadera y correcta. Autorizo a Avera para verificar toda información dada por mí. Proporcionaré documentación de esta información según sea solicitada.

Firma _____ Fecha _____

Firma _____ Fecha _____

USO INTERNO – INTERNAL USE ONLY

Points _____ Full _____ Partial _____

Approved _____ Date _____ Denied _____ Date _____

Approved by: _____ Denied By: _____

ANEXO II

**Sioux Center Health
Solicitud de Ayuda Financiera
Elegibilidad Presuntiva**

Nombre del Paciente: _____

No. SS Paciente: _____

Fecha de Nac. Paciente: _____

No. Cuenta del Paciente: _____

Criterios de Elegibilidad a tomarse en cuenta:

Inicial si, sí	Motivo de Elegibilidad
	Sin hogar, o recibió atención en una clínica para personas sin hogar
	Sin ingresos
	Participa en <i>Women's, Infant's and Children's Programs (WIC)</i>
	Elegible para cupones de alimentos
	Elegible para el programa de almuerzo escolar subsidiado
	Elegible para otros programas estatales o locales que no están financiados (ej.: <i>Medicaid spend-down</i>)
	La familia o amigos del/la paciente han proporcionado información que establece la incapacidad del hogar para pagar
	Se ha proporcionado una dirección válida de vivienda de bajos ingresos / subsidiada
	El/la paciente ha fallecido sin un patrimonio conocido
	El/la paciente / fiador(a) está encarcelado(a), no tiene bienes y no es elegible para libertad condicional dentro de los próximos 18 meses.
	Otro (Describa):

Verificación

Adjunte documentación o respuestas escritas demostrando elegibilidad.

Firma del Peticionario: _____

Fecha: _____

Nombre del Peticionario en letra de molde: _____

Título: _____

ANEXO III

Tabla de Descuento

Total adeudado al hospital	\$ _____
Total adeudado a la clínica	\$ _____
Gran total	\$ _____

Porcentaje de descuento para cargos del hospital y de la clínica*

Un puntaje de 0 califica para un descuento del 100%.

		Puntos Totales (ver pág. 2)						
		1-2	3-5	6-8	9-11	12-14	15-17	18-20
Gran Total	Menos de \$500	25%	25%	25%	20%	10%	DNQ*	DNQ
	\$500 a \$1,000	50%	40%	30%	20%	10%	DNQ	DNQ
	\$1,000 a \$1,999	60	50	40	30	20	10	0
	\$2,000 a \$2,999	70	60	50	40	30	20	10
	\$3,000 a \$3,999	80	70	60	50	40	30	20
	\$4,000 a \$4,999	90	80	70	60	50	40	30
	Superior a \$5,000	90	90	80	70	60	50	40

Los/las pacientes con más de 21 puntos no califican para ningún descuento.

Límites de Aprobación

Supervisor(a) de Servicios Financieros para Pacientes >\$10,000
Cualquier aprobación de caridad superior a \$10,000 será comunicada al personal directivo basado en la preferencia de cada región.

*El CEO, el CFO, el Gerente de Integridad de Ingresos, o el Director de Servicios Financieros para Pacientes o el Gerente de la Clínica tienen la habilidad de otorgar el 100% de descuento cuando lo justifique. El CFO o el CEO serán notificados sobre estos descuentos antes de que sean otorgados.

*DNQ (No califica para descuento, según sus siglas en inglés)

Asignación de puntos:

Ingreso Bruto excedente al 150% del nivel de pobreza*		Activos Netos Solo Hogar		Activos Netos Excluyendo el Hogar:	
Ingreso	Puntos	Monto	Puntos	Monto	Puntos
0 a 1,999	0	0 a 60,000	0	0 a 2,499	0
2,000 a 3,999	1	60,000 a 69,999	1	2,500 a 4,999	1
4,000 a 5,999	2	70,000 a 79,999	2	5,000 a 7,499	2
6,000 a 7,999	3	80,000 a 89,999	3	7,500 a 9,999	3
8,000 a 9,999	4	90,000 a 99,999	4	10,000 a 12,499	4
10,000 a 11,999	5	100,000+	5	12,500 a 14,999	5
12,000 a 13,999	6			15,000 a 17,499	6
14,000 a 15,999	7			17,500 a 19,999	7
16,000 a 17,999	8			20,000 a 22,499	8
18,000 a 19,999	9			22,500 a 24,999	9
20,000 a 21,999	10			25,000 a 27,499	10
22,000 a 23,999	11			27,500 a 29,999	11
24,000 a 25,999	12			30,000 a 32,499	12
26,000 a 27,999	13			32,500 a 34,999	13
28,000 a 29,999	14			35,000 a 37,499	14
30,000 a 31,999	15			37,500 a 39,999	15
32,000 a 33,999	16			40,000 a 42,499	16
34,000 a 35,999	17			42,500 a 44,999	17
36,000 a 37,999	18			45,000 a 47,499	18
38,000 a 39,999	19			47,500 a 49,999	19
40,000 a 41,999	20			50,000 a 52,499	20
Superior a 42,000	21			Superior a 52,500	21

*Utilizar niveles de pobreza del año en curso

**Fuente: <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>