

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Modificado: 1/7/19

Vigencia: 1/6/19

I. POLÍTICA

A. La Western Connecticut Health Network (en adelante, la “Red”) es una organización sin fines de lucro y exenta de impuestos comprometida con mejorar la salud y el bienestar de las personas de sus comunidades, al proporcionar una red integrada de servicios de atención médica asequible y de calidad. En concordancia con esta misión, la Red reconoce su obligación con las comunidades a las que brinda servicio de proveer asistencia financiera a las personas indigentes que pertenecen a estas comunidades. A los fines de esta Política, la Red incluye a Danbury Hospital, a Norwalk Hospital (a los que se referirá en adelante por separado como “Hospital”) y a Western Connecticut Medical Group. Los servicios proporcionados por proveedores comunitarios no están cubiertos de acuerdo con esta Política.

B. En apoyo de su misión caritativa, la Red proporcionará: (i) el tratamiento de emergencia a toda persona que lo necesite; y (ii) la atención básica que no sea de emergencia a pacientes residentes de las zonas de servicio primario que cumplan con las condiciones y los criterios establecidos en esta Política, sin importar la capacidad de pago que tengan los pacientes para dicha atención. En general, los procedimientos optativos no serán considerados como atención básica que no sea de emergencia, y no serán elegibles para asistencia financiera.

C. La Red revisará periódicamente su Política de asistencia financiera para asegurarse de que en todo momento: (i) refleje la filosofía y la misión de la Red; (ii) detalle los procedimientos de selección de las personas elegibles para recibir asistencia financiera y los montos a cubrir; y (iii) cumpla con todas las leyes, las normas y las reglamentaciones estatales y federales aplicables relacionadas con la distribución de asistencia financiera a pacientes indigentes. En el caso de que las leyes, las normas o las regulaciones aplicables sean modificadas, complementadas o aclaradas mediante una guía de interpretación, la Red modificará su Política y sus prácticas en consecuencia. La Red mantiene una Política financiera de créditos y cobranzas (Financial Policy for Credit & Collections) por separado, de la cual se puede obtener una copia gratis si se comunica con la compañía de asistencia al paciente (Patient Assistance Corporation) al (203) 749-2650. La Política de créditos y cobranzas establece las medidas que se pueden tomar ante la falta de pago de los montos de los cuales el paciente es responsable conforme a esta Política.

II. ELEGIBILIDAD Y DETERMINACIÓN DEL DESCUENTO

A. Elegibilidad: un paciente será elegible para recibir asistencia financiera si: (i) reside en la zona primaria de servicios o en la zona secundaria de servicios definidas por WCHN; (ii) tiene un seguro médico limitado o no tiene seguro médico; (iii) solicita asistencia médica gubernamental (por ejemplo, Medicare o Medicaid), pero no es considerado elegible; (iv) colabora con la Red al proporcionar la información solicitada y la documentación financiera; y (v) demuestra necesidades financieras según el **Anexo 1**. Además, un paciente puede ser elegible para recibir asistencia financiera en el caso de que la Red, a su discreción, considere que el paciente es elegible por sus circunstancias únicas (lo que incluye dificultades médicas potenciales). Se puede considerar la existencia de una deuda importante por gastos médicos, y puede solicitarse documentación adicional sobre bienes y gastos de subsistencia. A los fines de esta Política, “paciente” se referirá al paciente o a la fuente de pago correspondiente por la atención del paciente (como uno de los padres, un tutor u otra parte responsable).

B. Necesidades financieras: se considerará que un paciente tiene necesidades financieras según el Nivel de Pobreza Federal (Federal Poverty Levels, FPG) vigente cada ciertos períodos. La tabla que se encuentra más abajo establece los requisitos de ingresos y los descuentos de asistencia financiera relacionados sobre los gastos por servicios prestados de la Red. Los ingresos incluyen salarios y sueldos, sentencias judiciales, compensación por desempleo, indemnización laboral, dividendos, intereses generados por cuentas corrientes y otras fuentes recurrentes de ingreso.

INGRESOS DEL PACIENTE	DESCUENTO
Hasta un 300 % del FPG	100 % o atención gratuita
Entre un 301 % y un 350 % del FPG	75 % de descuento
Entre un 351 % y un 400 % del FPG	Descuento de AGB Cantidades generalmente facturadas (el % varía anualmente para cada Hospital, consulte el Anexo 1 para obtener más detalles)

C. Cálculo de sumas a facturar: en ningún caso se le podrá cobrar a un paciente elegible para recibir asistencia financiera conforme a esta Política una suma mayor a las cantidades generalmente facturadas (Amounts Generally Billed, AGB) por cada Hospital perteneciente a la Red por la atención médica o de emergencia necesaria, ni por una suma menor a los gastos brutos por otros tipos de atención médica. La Red determina sus AGB mediante el método retroactivo, en base a tarifas comerciales y de Medicare. La cantidad neta a facturar a un paciente que califica para recibir asistencia financiera conforme a esta política se determinará mediante (i) el cálculo de los gastos brutos por servicios prestados al paciente; y (ii) la aplicación del descuento correspondiente (según lo establecido más arriba y en el Anexo 1). No obstante lo anterior, sin embargo:

1. De acuerdo con la Ley Pública de Connecticut (Connecticut Public Act) 03-266, a todo paciente no asegurado (según la definición de la Ley) del Hospital con un ingreso (único, sin importar los bienes disponibles) menor al **250 %** de los FPG no se le cobrará más que el costo para el Hospital de los servicios proporcionados.

III. PROCEDIMIENTOS Y OBLIGACIONES PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA

A. Se informará a todos los pacientes de la disponibilidad de asistencia financiera de acuerdo con esta Política. Los pacientes con un saldo anticipado o actual de auto pago serán derivados al Departamento de Asesoramiento Financiero de la Red.

B. Debido a que un paciente no es elegible conforme a esta Política hasta que haya presentado la solicitud para los programas de asistencia del gobierno estatal o federal y haya sido considerado inelegible, el Departamento de Asesoramiento Financiero de la Red ayudará a los pacientes a inscribirse a los programas de asistencia del gobierno estatal o federal, lo que incluye, entre otros, a los programas de intercambio de atención médica (Health Care Exchange Programs). Si necesita ayuda para completar la solicitud para recibir asistencia financiera o información sobre otros documentos solicitados por la Red conforme a esta Política, puede comunicarse con asesores financieros calificados y con otros miembros del equipo, llamando al (203) 739-7773 (Danbury Hospital o Western Connecticut Medical Group), al (203) 852-3028 (Norwalk Hospital), o al (860) 210-5427 (New Milford Hospital).

C. Aunque la Red intentará determinar la elegibilidad durante la preinscripción o antes del alta, puede que esto no sea posible, ya sea porque el paciente no proporciona

la documentación necesaria, o bien porque la situación del paciente cambia luego del alta, o en otros casos en los que se identifican las circunstancias o las necesidades de un paciente dado. **Un paciente puede solicitar que se considere su situación en cualquier momento, y la Red evaluará la elegibilidad de un paciente conforme a esta Política según lo solicitado, hasta la etapa de cobranza y decisión inclusive.** Se incentiva a los pacientes a que se comuniquen con el Departamento de Asesoramiento Financiero de la Red en caso de que cambien sus circunstancias o se identifique una nueva necesidad. Los asesores financieros de la Red revisarán toda la información proporcionada y la situación relevante en relación con la necesidad de recibir asistencia financiera, determinarán la elegibilidad, y notificarán al paciente de sus obligaciones financieras, si las tuviera, como se establece más abajo.

D. Procedimiento administrativo

1. El personal de la Red le enviará de forma inmediata a los asesores financieros del Hospital una copia del expediente de preadmisión de todos los pacientes que no posean seguro. Los asesores financieros se comunicarán con el paciente para programar una entrevista sobre aspectos financieros en cuanto sea factible, idealmente antes de la admisión para servicios médicos necesarios que no sean de emergencia, y antes del alta para admisiones de emergencia. En casos de servicios de emergencia, la Red no retrasará los exámenes o el tratamiento de afecciones médicas de emergencia en espera de dicha entrevista sobre aspectos financieros.

2. A fin de determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera, se le solicitará al paciente que complete la Planilla financiera del paciente (**Anexo 2**). Los pacientes podrán encontrar fácilmente esta planilla en el sitio web del Hospital, en los sectores de admisión y registro de pacientes del Hospital, en las oficinas de servicios financieros para pacientes, y en las carpetas con información proporcionadas en las habitaciones de los pacientes, entre otros lugares.

3. Los pacientes deben entregar la planilla al asesor financiero en el sobre con sello y dirección proporcionado por la Red dentro de diez (10) días. No entregar la información solicitada de manera oportuna derivará en el rechazo de la solicitud del paciente para recibir asistencia financiera. Los pacientes tienen la obligación de colaborar y proporcionar toda la información necesaria de forma oportuna. La Red hará todos los esfuerzos razonables para ofrecer y brindar ayuda a los pacientes para completar la planilla. Sin embargo, si necesitan ayuda para reunir la información o los documentos necesarios solicitados dentro del proceso de otorgamiento de asistencia financiera, se incentiva a los pacientes a que se comuniquen con uno de los asesores

financieros calificados de la Red, llamando al (203) 739-7773 (para Danbury Hospital), al (203) 852-3028 (Norwalk Hospital), o al (860) 210-5427 (New Milford Hospital). Los asesores financieros también pueden ayudar a los pacientes con la evaluación de sus situaciones financieras, con la recopilación de la información solicitada por la Red, o con tareas similares.

4. Como parte del proceso de la entrevista sobre aspectos financieros, los asesores financieros solicitarán la siguiente documentación a fin de procesar y validar las solicitudes para recibir asistencia financiera:

Documentación de apoyo solicitada	Ejemplos de documentación aceptable
Prueba de ingresos anuales	Declaración de impuestos federales sobre el ingreso más reciente Últimos 4 talones de pago Formulario W-2 o 1099 más reciente Carta de adjudicación del Seguro Social Declaración de desempleo Carta de adjudicación de indemnización laboral
Verificación del número de Seguro Social y la fecha de nacimiento	Licencia de conducir Tarjeta de identificación emitida por el estado Tarjeta del Seguro Social Certificado de nacimiento Certificado de bautismo Documentos de baja del ejército Registros escolares
Verificación de residencia	Estado de cuenta de hipoteca Contrato de alquiler Factura de impuesto Declaración de pensión Factura de servicios públicos Verificación por escrito del arrendador

- E.** Aunque se solicite la información detallada más arriba para pacientes que desean recibir asistencia financiera, la Red puede optar, a su discreción, por no solicitar parte o la totalidad de la documentación, según las circunstancias y la capacidad del paciente de reunir la documentación. La Red puede basarse en documentación enviada por organizaciones de crédito u otras entidades externas, como el Norwalk Community Health Center, Americares y Good Samaritans, para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera.
- F.** Los pacientes tienen la obligación de proporcionar la información solicitada de manera razonable por la Red, a fin de que esta pueda determinar la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera. **Si un paciente declara que no posee los medios para pagar, pero no proporciona la información solicitada de manera razonable a la Red, no se le otorgará asistencia financiera y se realizarán las actividades de cobranza normales a exclusiva discreción de la Red.**
- G.** Elegibilidad y proceso de notificación:
1. En cuanto se reciba la Planilla financiera del paciente, el Departamento de Servicios Financieros revisará la solicitud del paciente para determinar que está completa y que contiene toda la documentación solicitada. Si no está completa, se devolverá la solicitud al paciente para que la complete. Si la Red devuelve al paciente una solicitud porque no está completa, el asesor financiero intentará comunicarse con el paciente por teléfono. Si el asesor logra comunicarse con el paciente por teléfono, se le ofrecerá al paciente programar una entrevista personal o telefónica para determinar su elegibilidad para recibir asistencia financiera. Si la Red no logra comunicarse con el paciente por teléfono, o no hay un número de teléfono publicado, el asesor financiero le enviará una carta al paciente en la que se detalle lo que se necesita y se explique al paciente que es su responsabilidad comunicarse con el Departamento de Asesoramiento Financiero de la Red dentro de los diez (10) días posteriores a la recepción de la carta. Los asesores financieros calificados de la Red ofrecerán reunirse con el paciente para ayudarlo a completar la solicitud, a fin de que el Hospital tenga toda la información necesaria para determinar la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera.

2. El departamento de Servicios Financieros completará el Formulario de determinación de elegibilidad para recibir asistencia financiera (Financial Assistance Eligibility Determination Form), adjunto en el **Anexo 3**, y determinará la cantidad adeudada por el paciente, si la hubiera. El Departamento de Servicios Financieros le notificará al paciente acerca de su elegibilidad para recibir asistencia financiera y el monto de la asistencia financiera dentro de los diez (10) días hábiles de la determinación.
3. La determinación de elegibilidad conforme a esta Política tendrá una vigencia de un (1) año. Al finalizar dicho período, se espera que los pacientes que continúen necesitando servicios médicos básicos presenten nuevamente la solicitud o actualicen sus solicitudes anteriores, a fin de que la Red tome una nueva determinación sobre la elegibilidad continua para recibir asistencia financiera del paciente.

IV. COMUNICACIÓN

La Red les comunicará la disponibilidad de asistencia financiera a sus pacientes y al público en general a través de acciones como la entrega o la publicación de copias de esta Política, resúmenes de dicho documento (para favorecer la comprensión de los pacientes), letreros y folletos apropiados publicados o expuestos en lugares como el sitio web de la Red, los departamentos de emergencia de los Hospitales, los sectores de admisión y registro de los pacientes, los departamentos de servicios financieros, las salas de espera dentro de los establecimientos (si fuera razonablemente factible y apropiado), las carpetas con información para pacientes proporcionadas en las habitaciones, y en las cuentas y los estados de cuenta enviados a los pacientes.

Los materiales pertinentes se publicarán en inglés, portugués y español, que son los idiomas apropiados para las comunidades a las que brinda servicios la Red. Si fuera necesario, se añadirán otros idiomas, en caso de que cambie la población de pacientes de la Red. Todos estos materiales contendrán números de teléfono y direcciones de correo electrónico de contacto pertinentes para permitir que los pacientes puedan obtener recursos para completar la planilla y respuestas a todas las preguntas posibles sobre el Programa de asistencia financiera de la Red.

V. DOCUMENTACIÓN Y MANTENIMIENTO DE REGISTROS

A. El departamento de asesoramiento financiero guardará toda la documentación sobre asistencia financiera en el archivo de asistencia financiera del Hospital. El archivo de asistencia financiera contendrá el total acumulado de los casos de asistencia financiera, junto con documentación de apoyo. La documentación de apoyo incluirá, como mínimo, lo siguiente: (i) el número de solicitantes para recibir servicios gratuitos

y a costo reducido; (ii) el número de solicitantes aprobados; (iii) los gastos y los costos totales y promedio de la cantidad de atención gratuita y a costo reducido proporcionada; (iv) cualquier otra información exigida por las leyes estatales (que incluyen, entre otras, a la Ley Pública de Connecticut 03-266) o federales, o necesaria para la redacción de informes completos y exactos conforme a dichas leyes.

B. El director del Departamento de Ciclo de Ingresos revisará la situación del programa de asistencia financiera en conjunto con el presidente, o la persona designada por el presidente, con regularidad. El presidente o la persona designada será responsable de presentar esta Política de asistencia financiera a la junta directiva como mínimo una vez al año. Dicha presentación contendrá una declaración detallada sobre la política de la Red en cuanto a la asistencia financiera, el impacto de esta Política de asistencia financiera en las operaciones de la Red, y el nivel de necesidad y de beneficios otorgados a la comunidad conforme al programa de asistencia financiera de la Red.

C. La información sobre el monto de la asistencia financiera ofrecido será proporcionada de acuerdo a las leyes estatales y federales, y a las normas concernientes a la redacción de informes conforme a la Política de asistencia financiera de la Red.

APÉNDICE I

Elegibilidad presunta para recibir asistencia financiera

Existen casos en los que un paciente puede ser elegible para recibir descuentos en atención de beneficencia, pero no existe un formulario de asistencia financiera en el archivo y falta la documentación de apoyo correspondiente. Sin embargo, a menudo hay información adecuada proporcionada por el paciente o por fuentes externas que puede servir como evidencia suficiente para ofrecerle al paciente asistencia en atención de beneficencia. En caso de que no haya evidencia concreta que apoye la elegibilidad de un paciente para recibir atención de beneficencia, la Western Connecticut Health Network puede usar fuentes externas para la determinación *presunta* de la elegibilidad para recibir atención de beneficencia. Una vez determinada, debido a la naturaleza inherente de las circunstancias presuntas, el descuento a

otorgar será la cancelación total del saldo de la cuenta. La elegibilidad presunta se puede determinar en función de las circunstancias de la vida de la persona, que incluye a:

- (1) Personas sin hogar o que recibieron atención en una clínica para personas sin hogar
- (2) Personas difuntas sin cónyuge ni propiedades
- (3) Personas en quiebra aprobada por el tribunal

APÉNDICE II

AmeriCares

Como organización sin fines de lucro, Western Connecticut Health Network está comprometida con la salud y el bienestar de la comunidad y brinda atención a los pacientes independientemente de su capacidad de pago. Las Clínicas Gratuitas de AmeriCares brindan atención primaria de salud gratuita a los residentes de Connecticut que no tienen seguro de salud e ingresos que no excedan el 300% del Nivel Federal de Pobreza. Al asociarse, estas dos organizaciones pueden asegurar una atención médica más integral para los residentes más necesitados de las comunidades en las que comúnmente sirven.

Western Connecticut Health Network acuerda proporcionar atención ambulatoria gratuita a los pacientes que AmeriCares refiere para servicios. Los servicios incluidos son todos los *servicios ambulatorios cubiertos por Medicaid* con la exclusión de infusión ambulatoria, medicina de radiación, servicios hiperbáricos y servicios dentales. Los servicios para pacientes hospitalizados no están cubiertos por este acuerdo. Los pacientes que necesiten estos servicios no cubiertos serán referidos al personal de Asesoramiento Financiero propio de Western Connecticut.

APÉNDICE III

Norwalk Community Health Center

Norwalk Community Health Center es un Centro de Salud Federalmente Calificado que brinda atención médica integral a pacientes utilizando un modelo de hogar médico centrado en el paciente. Brinda atención a pacientes asegurados y no asegurados. Los pacientes sin seguro son referidos a su Equipo de Elegibilidad, que también son Consejeros de Solicitud Certificados de Access Health of Connecticut. Los pacientes que no pueden obtener un seguro de salud a través



del estado o el intercambio de atención médica son puestos en una escala móvil en Norwalk Community Health Center. Western Connecticut Health Network honra la escala móvil determinada por Norwalk Community Health Center para todos los servicios ambulatorios *cubiertos por Medicaid* con la excepción de infusión ambulatoria, medicina de radiación, servicios hiperbáricos y servicios dentales. Los servicios para pacientes hospitalizados no están cubiertos por este acuerdo. Los pacientes que necesiten estos servicios no cubiertos trabajarán directamente con el equipo de Asesoramiento Financiero propio de Western Connecticut

ANEXO 1

PAUTAS PARA LA ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA

Basadas en las pautas federales de pobreza de 2019

Tamaño de la familia	Pautas federales de pobreza (2019)	250 %-300 % (o menor) de las pautas de pobreza (<i>cancelación total</i>)	301 %-350 % de las pautas de pobreza (<i>descuento del 75 %</i>)	351 %-400 % de las pautas de pobreza (Descuento de AGB) <i>Danbury/New Milford, 58.66 % de descuento.</i> <i>Norwalk, 60.01 % de descuento</i>
1	\$12,490	\$31,225 a \$37,470	\$37,471 a \$43,715	\$43,716 a \$49,960
2	\$16,910	\$42,275 a \$50,730	\$50,731 a \$59,185	\$59,186 a \$67,640
3	\$21,330	\$53,325 a \$63,990	\$63,991 a \$74,655	\$74,656 a \$85,320
4	\$25,750	\$64,375 a \$77,250	\$77,251 a \$90,125	\$90,126 a \$103,000
5	\$30,170	\$75,425 a \$90,510	\$90,511 a \$105,595	\$105,596 a \$120,680
6	\$34,590	\$86,475 a \$103,770	\$103,771 a \$121,065	\$121,066 a \$138,360
7	\$39,010	\$97,525 a \$117,030	\$117,031 a \$136,535	\$136,536 a \$156,040
8	\$43,430	\$108,575 a \$130,290	\$130,291 a \$152,005	\$152,006 a \$173,720

**** Para unidades familiares de más de 8 miembros, añade \$4420 por cada miembro adicional.**

Nota: Este Anexo se actualizará cada ciertos períodos para que refleje los FPG más actuales emitidos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

ANEXO 2

PLANILLA FINANCIERA DE PACIENTE O FUENTE DE PAGO

Nombre del paciente: _____ Número de cuenta: _____

Tamaño del grupo familiar: _____

1A Cálculo de ingresos disponibles

Salario/Pensión mensual _____ x 12 _____
Ingresos mensuales por SSI/VA _____ x 12 _____
Ingresos totales _____ x 12 _____ (AA)

1B Cálculo de gastos mensuales

Alquiler _____
Energía eléctrica _____
Gas _____
Teléfono _____
Agua _____
Pagos de automóvil _____
Tarjetas de crédito _____
Seguros _____
Otros _____
Comida (\$100 por cada dependiente) _____
Gastos mensuales totales _____
Gastos totales _____ x 12 _____ (BB)

1C Ingresos elegibles para facturas del Hospital _____ (CC)
(AA-BB) (si es menor a 0, escriba 1)

1D Facturación estimada del Hospital al paciente _____ (DD)

1E Identificación de activos líquidos

Cuentas bancarias _____
Bonos _____
Acciones _____
Certificados de depósito _____
Fondos de inversión _____
Activos líquidos totales _____ (EE)

1F Total de la deuda del paciente menos activos líquidos (DD-EE) _____ (FF)

1G Ingresos elegibles menos deuda del paciente (CC-FF) _____ (GG)

Nota: Si GG es un número negativo, el paciente no tendrá ninguna responsabilidad financiera.

_____ Doy fe de que la información anterior es correcta.

_____ Doy fe de que el paciente/la fuente de pago no tiene empleo y no puede proporcionar documentación sobre el empleo.

Firma del paciente/la fuente de pago

Fecha

ANEXO 3

FORMULARIO PARA LA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA

Fecha:

La Western Connecticut Health Network ha determinado la elegibilidad para recibir asistencia financiera de:

Nombre:

Número de expediente médico:

En función de la información proporcionada por el paciente o por un tercero en representación del paciente, se ha tomado la siguiente determinación.

_____ Su solicitud para recibir asistencia financiera ha sido rechazada debido a que sus ingresos exceden el límite establecido en las Pautas de asistencia financiera de la Western Connecticut Health Network.

_____ Su solicitud para recibir asistencia financiera ha sido aprobada para los servicios prestados el __. El saldo total será considerado como atención gratuita.

_____ Su solicitud para recibir asistencia financiera ha sido aprobada de acuerdo con los criterios de la Ley Pública 03-266 para los servicios prestados el _____. Recibirá una nueva factura con su saldo nuevo reducido.

_____ Usted califica para recibir descuentos en los costos de acuerdo con la escala móvil de la Red. Comuníquese con el número de teléfono que aparece en su nueva factura ajustada para coordinar un plan de pago del saldo (si es necesario).

_____ Su solicitud ha sido rechazada por el siguiente motivo:

_____ Otros (describa con detalle):

Si tiene alguna pregunta sobre esta determinación, comuníquese con:

_____, llamando al (203) _____, interno _____.