

Principios para las Solicitudes de Asistencia Financiera de Hospitales Sin Fines de Lucro

Aunque los hospitales sin fines de lucro están legalmente obligados a proporcionar asistencia financiera a los pacientes elegibles, el proceso puede considerarse a menudo pesado y complicado. Los hospitales pueden tener diferentes políticas de asistencia financiera y requisitos de solicitud. Además, no todos los hospitales ayudan a las personas de forma personalizada durante el proceso de solicitud. Muchos pacientes recurren a organizaciones comunitarias para comprender los requisitos de elegibilidad y el proceso de solicitud. Aunque los hospitales sin fines de lucro están obligados a "dar amplia publicidad" a sus políticas de asistencia financiera, muchas organizaciones comunitarias han tomado la iniciativa de educar a los miembros de la comunidad sobre sus derechos.

Lamentablemente, muchos pacientes elegibles no saben que podrían calificar para asistencia financiera. A los pacientes sin seguro y a los pacientes con seguro insuficiente¹ pero con elevados gastos de su bolsillo, se les debe ofrecer la oportunidad de ser evaluados para determinar si son elegibles para cobertura de salud y las opciones de asistencia financiera. También es fundamental que los hospitales establezcan un proceso de solicitud sencillo y simplificado que reduzca las cargas administrativas de los pacientes.

Metodología

Estos principios fueron diseñados junto a nuestros colaboradores de deuda médica de más de una docena de organizaciones de nueve estados. El proceso de co-diseño de Community Catalyst colabora activamente con los defensores de la salud de nuestras organizaciones asociadas, integrando sus comentarios para garantizar que el producto final satisfaga las necesidades de las comunidades a las que sirven. Este proceso aprovecha los conocimientos y la experiencia de los defensores del acceso a la salud de la comunidad. El co-diseño garantiza que las personas afectadas por una decisión de diseño tengan voz en el desarrollo de soluciones, lo que conduce a resultados más beneficiosos, eficientes y fáciles de usar.

Principio 1: Simplificar los requisitos de documentación

- Prohibir que se exija la documentación de ciudadanía.
 - Debe ofrecerse asistencia financiera a todos los pacientes elegibles, independientemente de su situación migratoria. Muchos miembros de familias

inmigrantes temen que revelar el estatus migratorio de una persona pueda tener consecuencias negativas para ellos mismos o para sus familiares.²

- Prohibir que se exija documentación sobre bienes u otras fuentes de fondos no vinculadas a los ingresos de una persona.
 - Determinados bienes, como fondos de jubilación, planes 401(k), cuentas de ahorro y viviendas principales, no deben tenerse en cuenta a la hora de determinar la elegibilidad financiera para recibir asistencia. No debe esperarse que los pacientes liquiden sus bienes para pagar la atención médicamente necesaria.³
- Permitir varias alternativas para proporcionar información sobre los ingresos del hogar, como permitir a los pacientes, si lo desean, documentar los ingresos con una de las siguientes opciones: (1) copias de los dos recibos de sueldo más recientes, (2) extractos bancarios, (3) una carta de su empleador, (4) una declaración de la situación financiera, (5) si corresponde, determinación de ingresos del mercado (la industria en la que trabaja).
- Permitir que los pacientes con ingresos variables, como los trabajadores de temporada, proporcionen información sobre sus ingresos anuales si son significativamente inferiores a los reflejados en las últimas nóminas.
 - Se debe de aceptar una copia de la declaración de impuestos 1040 tanto para los trabajadores de temporada como para los que trabajan por cuenta propia.
- Prohibir que se exija que los documentos sean notariados.
- Revisar a los pacientes para buscar todos los cargos atrasados o pendientes y consolidarlos en una única solicitud.
 - Ningún paciente debería tener que presentar varias solicitudes para diferentes facturas del mismo establecimiento.
- Permitir la presunta elegibilidad de los pacientes que reciben SNAP, TANF, WIC, etc. para agilizar el proceso de solicitud.
 - Tenga cuidado con la redacción, ya que no quiere que la gente deduzca que se *requiere* un beneficio público para la elegibilidad.
- Desarrollar un proceso automático de redeterminación para que los pacientes no tengan que solicitarlo cada año.

Principio 2: Garantizar el acceso equitativo a las solicitudes y al personal de apoyo de los hospitales

- Proporcionar servicios de interpretación y traducción a las personas con conocimientos limitados de inglés. La reglamentación federal exige a los hospitales sin fines de lucro que proporcionen los materiales de solicitud disponibles en los idiomas que hablen, el menor de los siguientes: (1) 1,000 personas de la comunidad, o (2) el 5% de la comunidad. Si un paciente

solicita un idioma adicional que el hospital no tiene disponible, el hospital debe hacer todo lo razonablemente posible para proporcionar materiales traducidos y servicios de interpretación en su idioma de preferencia sin costo alguno para el paciente.

- Asegurarse de que el personal adecuado conozca la existencia de asistencia financiera, opciones de cobertura de salud y otros programas de beneficios.
 - Debe proporcionarse capacitación periódica y continua al personal adecuado para garantizar que esté capacitado para ayudar a los pacientes durante todo el proceso de solicitud de asistencia financiera.
 - Por ejemplo, los trabajadores sociales y el personal encargado de la facturación y la asistencia financiera deben estar bien informados en estas áreas. ⁴
 - Los hospitales también deben estar preparados para informar a los pacientes de sus derechos a apelar externamente las denegaciones de reclamaciones de seguros.
- Poner al personal de asistencia financiera a disposición de los pacientes por teléfono o correo electrónico para informarles del estado de las solicitudes y ayudar a los pacientes con el proceso.
 - El personal del hospital debe notificar verbalmente a los pacientes acerca de la asistencia financiera durante todas las llamadas sobre asuntos de facturación y cobro en el idioma de preferencia del paciente.
 - Durante cualquier intento de cobrar la deuda de un paciente, incluyendo las facturaciones de cuenta iniciales, el sistema de hospital debe incluir lenguaje e información sobre la política de asistencia financiera en cada uno de los idiomas hablados comúnmente en la comunidad.
- Proporcionar la solicitud y la política de ayuda financiera en un lenguaje sencillo y escrito a un nivel de lectura de 8º grado. Es fundamental que los pacientes de todos los niveles educativos puedan leer y comprender estos documentos.
 - La información sobre los límites de ingresos debe proporcionarse en cantidades en dólares, no en FPL%.
 - Las solicitudes también deben establecer expectativas claras sobre el tipo de respuesta que se puede esperar y proporcionar un periodo de tiempo.
- Ponerse en contacto de forma proactiva con los pacientes que pagan por cuenta propia para informarles sobre la asistencia financiera, evaluar a los pacientes y ofrecerles ayuda para solicitar asistencia financiera y otros beneficios.
- Ayudar a los pacientes que lo soliciten, de forma gratuita, a completar la solicitud y explicarles los documentos que debe presentar el paciente.
- Poner a disposición del público copias impresas y electrónicas de la solicitud de asistencia financiera, incluyendo:

- En las salas de espera del hospital;
- Durante el proceso de admisión y alta;
- Adjunto a las notificaciones de las facturaciones de cuenta; y
- En la página web principal del hospital y en todas las páginas web en las que los pacientes puedan pagar facturas.

Principio 3: Incorporar plazos razonables

- Aceptar las solicitudes de asistencia financiera en cualquier momento durante el proceso de cobro.
- No avanzar ninguna acción de cobro de una factura de hospital mientras una solicitud de asistencia financiera esté en proceso -incluso aquellas acciones que no alcancen el nivel de acciones de cobro extraordinarias (ECA, por sus siglas en Inglés).
 - Según las regulaciones del IRS, un hospital sin fines de lucro debe suspender cualquier ECA pendiente mientras esté pendiente una solicitud de asistencia financiera.
 - Los pacientes tienen hasta 240 días para solicitar asistencia financiera a partir de la fecha de la primera facturación de cuentas. Los hospitales deben hacer esfuerzos razonables para abstenerse de iniciar ECAs hasta después de que haya concluido el período completo de solicitud de 240 días.
- Permitir a los pacientes un proceso de apelación si la solicitud inicial de asistencia es denegada o el paciente recibe menos de lo que cree que debería recibir. El hospital debe interrumpir el cobro o las acciones de cobro mientras esté activo el proceso de apelación.
- Permitir a los pacientes un mínimo de 60 días para presentar toda la información adicional necesaria para completar la solicitud si ésta se presenta sin todos los componentes necesarios. Los hospitales deben proporcionar claramente instrucciones sobre cualquier información o documentación adicional que se necesite del paciente.
- Notificar con suficiente tiempo las denegaciones, incluyendo una justificación detallada, e informar al paciente sobre el proceso de apelación.
 - Si la solicitud está simplemente incompleta, no denegada por circunstancias de mérito, eso debe ser indicarse claramente en un lenguaje sencillo para el paciente, con instrucciones claras sobre cómo completar su aplicación.
- Incluir lenguaje e información en torno a la política de asistencia financiera del sistema traducida a cada idioma comúnmente hablado en la comunidad durante cualquier intento de cobrar la deuda de un paciente, incluyendo las facturaciones de cuentas iniciales.

Principio 4: Implementar un proceso de revisión periódica

- Consultar con la comunidad en el desarrollo de la política del hospital y adaptarse a las necesidades expresadas por la comunidad.⁵
- Llevar a cabo una revisión periódica (definida al menos con la misma frecuencia que la Evaluación de las necesidades sanitarias de la comunidad) de todas las políticas de asistencia financiera, las solicitudes y los porcentajes de atención caritativa. Los hospitales deben asegurarse de que los materiales de solicitud sean coherentes y estén actualizados para ajustarse a las políticas de asistencia financiera actuales.
 - Los hospitales deben presentar informes públicos para revelar lo siguiente: (1) número de solicitudes/aprobaciones de asistencia financiera, (2) número de denegaciones/apelaciones de asistencia financiera con el razonamiento asociado, y (3) datos demográficos de los pacientes que solicitan/reciben/se les deniega la asistencia financiera.
- Ofrecer una forma clara de que los pacientes y las partes interesadas de la comunidad envíen sus comentarios sobre la accesibilidad de la solicitud y el proceso de asistencia financiera. Esta información debe revisarse cuidadosamente y utilizarse para mejorar periódicamente el proceso de solicitud.
- Evaluar periódicamente las necesidades lingüísticas de la comunidad para garantizar que los materiales de asistencia financiera se traduzcan a los idiomas apropiados. Los hospitales deben garantizar el acceso a servicios de interpretación y materiales traducidos cuando sea necesario, sin costo alguno al paciente.

Ejemplo de Solicitud de Asistencia Financiera Hospitalaria

Última Actualización: **Insertar fecha**

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Raza/etnia (opcional): _____

Número de miembros de la familia o de dependientes del hogar _____

Date: _____

Tiene seguro (marque con un círculo): SÍ NO

Si la respuesta es sí, por favor, escríbalo: _____

	Mensualmente	Anual
1. Salarios brutos del empleo		
2. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en Inglés)		
3. Ingresos de Desempleo		
4. Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en Inglés)		
5. Seguro de discapacidad a corto plazo (STD, por sus siglas en Inglés)		
6. Compensación para trabajadores		
7. Fuentes de ingresos adicionales <ul style="list-style-type: none"> a. Trabajo por cuenta propia b. Propinas/bonos/comisiones c. Pagos de pensiones d. Pagos de cuentas de jubilación/retiro e. Desembolsos de premios de lotería f. Pagos de fondos fiduciarios (de fideicomiso). 		

Total (líneas 1-7)		
--------------------	--	--

Documentado Autodeclarado

Afirmo que la información anterior es verdadera, completa y correcta a mi mejor conocimiento.

Firmado _____ Fecha _____

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para rellenar esta solicitud, llame a **[PERSONA O DEPARTAMENTO]** al **[NÚMERO DIRECTO]**. **No** tiene que hacer ningún pago al hospital hasta que éste le envíe una carta con su decisión sobre su solicitud. Las solicitudes deben recibirse en un plazo de 240 días a partir de la fecha de recibir la primera factura después del alta.

Si ha recibido una o varias facturas del hospital, consulte aquí: _____

Por favor, envíe el formulario completado a **[insertar dirección postal/correo electrónico/portal del sitio web/número de fax]**

Para hacer llegar sus opiniones a nuestro centro sobre nuestra solicitud de asistencia financiera, envíe sus comentarios a **[insertar miembro del personal]** por correo electrónico a **[insertar dirección de correo electrónico]** o correo por postal a **[insertar dirección postal]**.

Sólo para uso de la oficina

Recibido a través de: Correo electrónico _____ En persona _____ Fax _____

Fecha de recibo _____

Nombre del centro: _____ Miembro del personal: _____

Conozca sus derechos sobre la asistencia financiera en hospitales sin fines de lucro

La reglamentación federal [IRC §501(r)(4-6)] exige a los hospitales sin fines de lucro que realicen "esfuerzos razonables" para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera antes de participar en actividades de recaudación extraordinarias (ECA, por sus siglas en Inglés).

Las ACE son acciones tomadas por un hospital contra una persona en relación al cobro de una factura. Por ejemplo, puede incluir embargar su propiedad, embargar sus cheques de trabajo, provocar su detención o demandarle por no pagar.

- Los hospitales **deben notificarle primero** por escrito cuál es su política de asistencia financiera antes de iniciar cualquier ECA para obtener el pago por su cuidado. Los hospitales también **deben notificárselo** al menos 30 días antes de iniciar las ECA para obtener el pago por su cuidado.
- Las ECA no deben iniciarse hasta al menos 120 días después de la fecha en que el hospital proporcione la primera factura por el cuidado tras el alta.

Los hospitales están obligados a respetar un "**periodo de notificación**" de 120 días y un "**periodo de solicitud**" de 240 días, ambos a partir de la fecha de entrega de la primera cuenta de facturación "después del alta".

- Los hospitales **deben informarle de su política de asistencia financiera en un plazo de 120 días** desde que reciba la primera factura tras su alta del hospital. Tendrá 240 días a partir de recibir la primera factura para solicitar asistencia financiera.
 - Si presenta una solicitud incompleta durante el periodo de solicitud de 240 días, el hospital debe notificarle cómo completar su solicitud y darle una oportunidad razonable para hacerlo.
 - Si presenta una solicitud completa durante el periodo de solicitud de 240 días, el hospital debe determinar si reúne los requisitos para recibir asistencia financiera.
- Un hospital puede seguir aceptando y tramitando solicitudes de asistencia financiera de pacientes **en cualquier momento**.

Las cifras de ingresos del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en Inglés) de 2024* que se indican a continuación se utilizan para calcular la elegibilidad para la asistencia financiera en hospitales y los programas estatales de atención a personas de bajos recursos.

	2024 Nivel federal de pobreza para los 48 estados contiguos (ingresos anuales)						
Tamaño del hogar/familia	100%	133%	138%	150%	200%	300%	400%
1	\$15,060	\$20,030	\$20,783	\$22,590	\$30,120	\$45,180	\$60,240
2	\$20,440	\$27,185	\$28,207	\$30,660	\$40,880	\$61,320	\$81,760
3	\$25,820	\$34,341	\$35,632	\$38,730	\$51,640	\$77,460	\$103,280
4	\$31,200	\$41,496	\$43,056	\$46,800	\$62,400	\$93,600	\$124,800
5	\$36,580	\$48,651	\$50,480	\$54,870	\$73,160	\$109,740	\$146,320
6	\$41,960	\$55,807	\$57,905	\$62,940	\$83,920	\$125,880	\$167,840
7	\$47,340	\$62,962	\$65,329	\$71,010	\$94,680	\$142,020	\$189,360
8	\$52,720	\$70,118	\$72,754	\$79,080	\$105,440	\$158,160	\$210,880

Añada \$5,380 por cada persona en el hogar de más de 8 personas

*Nota: La tabla de FPL que aparece arriba es efectiva a partir del 12 de enero de 2024. El FPL está sujeto a cambios anuales.

Agradecimientos

Nos gustaría dar las gracias a nuestros colaboradores de ABC for Health, Casa de Salud, Catalyst Miami, Citizens Action Wisconsin, the Colorado Center on Law and Poverty, Colorado Center for Health Progress, Colorado Consumer Health Initiative, Community Service Society of New York, Consumers for Affordable Healthcare, Dollar For, Enlace Chicago, Florida Health Justice Project, Georgia Watch, the Illinois Coalition for Immigrant and Refugee Rights, Legal Council for Health Justice, Maine Access Immigrant Network, Mano a Mano Family Resource Center, Mujeres Latinas en Acción, New Mainers Public Health Initiative, New Mexico Center on Law and Poverty, Pennsylvania Health Access Network, Southwest Suburban Immigrant Project, y SOWEGA Rising, por su contribución a estos principios.