

Programa de Atención a la Caridad

POLÍTICA

Todos los pacientes que no puedan proporcionar un seguro médico importante, Medicare, Medicaid u otros servicios de pago de terceros y que soliciten asistencia a través del El Campo Memorial Hospital (Hospital); El Programa de Atención Carismática (CCP) serán evaluados para determinar su capacidad para pagar los cargos. Además, aquellos pacientes con seguro cuyo importe de coseguro sea excesivamente alto podrán solicitar bajo las mismas directrices del CCP que aquellos sin seguro. El hospital se reserva el derecho de rechazar la asistencia por deudas contraídas debido a diagnósticos relacionados con drogas y/o alcohol. La cantidad de caridad aplicada a una cuenta se determinará según las directrices establecidas a través de esta política. La atención benéfica no incluye cargos de médicos privados, pruebas realizadas por otras instalaciones ni atención proporcionada en otros hospitales. La atención benéfica siempre será un pagador de último recurso. Se establecerá un programa para supervisar y verificar todas las solicitudes de organizaciones benéficas.

DECLARACIÓN DE INTENCIONES

Como parte de la misión del Hospital de atender las necesidades sanitarias del condado de Wharton, y como es necesario para ser proveedor de Medicare, el Hospital proporcionará asistencia financiera a pacientes que no dispongan de medios para pagar los servicios hospitalarios.

Se proporcionará asistencia financiera a todos los pacientes que cumplan los requisitos que se presenten para recibir atención en el hospital sin distinción de raza, religión, orientación sexual u origen nacional y que sean clasificados como económicamente indigentes o médicamente indigentes según esta política.

El hospital determinará la capacidad de los pacientes y/o de personas legalmente responsables para realizar pagos por los servicios hospitalarios teniendo en cuenta los derechos y la dignidad humana del individuo. Se hará todo lo posible por fomentar una actitud de independencia animando a la persona a desarrollar sus propios recursos; sin embargo, la pronta determinación de las necesidades y la provisión de cuidados y tratamientos es lo mejor para el bienestar del paciente.

El derecho de autodeterminación del individuo determina la retención de la elección de si solicita o no ayuda financiera. Por lo tanto, en todos los casos la solicitud de ayuda y la prueba de elegibilidad son responsabilidad del paciente. El hospital mantendrá la confidencialidad de la información financiera y médica del paciente.

Esta política está destinada a ser una guía para determinar la elegibilidad del individuo y la responsabilidad benéfica del hospital. Dado que la política se dirige a personas en un entorno sanitario, puede ser necesario que el hospital haga una excepción o anule esta política. Con la documentación adecuada, el Administrador del Hospital junto con la aprobación del Director Financiero puede hacer excepciones en casos catastróficos.

DOCUMENTACIÓN

1. Cada paciente solicitante deberá completar y firmar el Cuestionario y la Solicitud de Atención a la Caridad en formularios similares al adjunto como **Anexo A**.
2. Los datos que requieren verificación para determinar la elegibilidad para el Programa de Atención Solidaria se encuentran en las áreas de identificación del paciente, ingresos y parte responsable del paciente, deudas y responsabilidades financieras, y el número de dependientes en la familia.
3. La identidad puede establecerse produciendo dos (2) de los siguientes:
 - a. Tarjeta de la Seguridad Social
 - b. Carné de conducir
 - c. Registro de votantes
 - d. Tarjeta de crédito
 - e. Identificación del empleado
 - f. Certificado de nacimiento
 - g. Acta bautismal
 - h. Expediente académico escolar
 - i. Licencia de matrimonio
 - j. Medicaid o Tarjeta Medicare
4. Las siguientes fuentes deben incluirse como verificación de ingresos. La verificación de estas fuentes de ingresos y importes requiere el formulario IRS 1040 o W-2 del año pasado, o un extracto de un empleador. También pueden utilizarse talones de cheque para determinar el estado actual de ingresos.
 - a. Salarios y sueldos antes de deducción
 - b. Ingresos por Trabajo Independiente
 - c. Ingresos agrícolas
 - d. Asistencia Pública
 - e. Seguridad Social
 - f. Prestaciones por desempleo
 - g. Compensación por Trabajadores
 - h. Beneficios de huelga
 - i. Beneficios para veteranos
 - j. Manutención de los hijos
 - k. Pensiones
 - l. Anualidades
 - m. Ingresos por dividendos
 - n. Ingresos por intereses
 - o. Alquileres
 - p. Regalías

- q. Ingresos de herencias y fideicomisos
5. La prueba de dependencia es responsabilidad del solicitante. Cualquier persona que dependa de los ingresos familiares para más del 50% de su manutención puede considerarse dependiente. La dependencia puede evidenciarse con cualquiera de los siguientes factores:
- a. Impuesto sobre la renta actual 1040 y 1040A, listando dependientes
 - b. Récores escolares
 - c. Registros de nacimiento
 - d. Registros hospitalarios
 - e. Registros de bautismo
 - f. Prueba de tutela
 - g. Récores del AFDC
6. Las copias de todos los documentos utilizados para la certificación de identidad, ingresos y dependencia se adjuntarán al Cuestionario de Atención Humanitaria y se conservarán en los registros del hospital.
7. Cuando se haya establecido la prueba de identidad, ingresos y dependencia, las calificaciones financieras del paciente se establecerán a partir de la fórmula de Atención Humanitaria, adjunta en **el Anexo B**.
8. Cuando se determine que el paciente será benéfico o parcial, se llevarán a cabo los siguientes procesos:
- a. El paciente o el aval deberán pagar o firmar una nota y hacer arreglos para pagar las obligaciones, si las hay.
 - b. El saldo de la cuenta se reducirá si el paciente cumple los requisitos.
 - c. Si el paciente cumple los requisitos bajo el CCP, esa determinación será efectiva durante los próximos seis (6) meses a partir de la fecha de la determinación.

ELEGIBILIDAD

I. Económicamente necesitado.

- a. Un paciente con necesidades económicas se define como una persona sin seguro o con seguro insuficiente y que es aceptada para atención sin obligación ni con un descuento en la obligación de pagar los servicios prestados según los criterios de elegibilidad del hospital establecidos en la póliza.
- b. Para ser elegible para la asistencia financiera completa como paciente con indigencia económica, los ingresos de la persona deberán ser: (i) iguales o inferiores al **4,00 por ciento** de las directrices federales de pobreza; (ii) entre el **400 y el 700 por ciento** disponga de una prestación de escala ajustable; y (iii) para pacientes cuyos ingresos superan el **700 por ciento** de las directrices de pobreza, pueden ser elegibles para recibir tarifas descontadas o ajustes basados en las disposiciones de atención benéfica; según caso por caso, según sus circunstancias específicas, la determinación final de esto será únicamente a discreción del Hospital. El Hospital podrá considerar otros activos y pasivos financieros de la persona al determinar su elegibilidad.
- c. El hospital utilizará las directrices de ingresos por pobreza más recientes emitidas

por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. para determinar la elegibilidad de una persona para atención benéfica como paciente con necesidades económicas. Las directrices de ingresos por pobreza suelen publicarse en el *Registro Federal* en febrero de cada año y, para efectos de esta política, entrarán en vigor el primer día del mes siguiente al mes de publicación.

- d. Salvo lo establecido en el párrafo (b)(iii), en ningún caso el Hospital establecerá criterios de elegibilidad para pacientes con recursos económicos que basen el nivel de ingresos para la asistencia financiera inferior al exigido para los condados bajo la Ley de Atención y Tratamiento de Salud para Indigentes de Texas , o superior al 400 por ciento de las directrices federales de pobreza . Sin embargo, el Hospital podrá ajustar los criterios de elegibilidad de vez en cuando en función de los recursos financieros del Hospital y según sea necesario para satisfacer las necesidades de asistencia financiera de la comunidad.

2. Medicamento indigente.

- a. Un paciente con indigencia médica se define como una persona cuyas facturas médicas u hospitalarias, tras el pago por terceros por parte de terceros, superan un porcentaje especificado de los ingresos brutos anuales de la persona según lo establecido en esta política y que no puede pagar el resto de la factura.
- b. Para ser elegible para asistencia financiera como paciente médicamente indigente, la cantidad debida y adeudada por el paciente en la factura del hospital tras el pago por terceros debe superar el 30 por ciento de los ingresos brutos anuales del paciente y el paciente debe no poder pagar el resto de la factura. El hospital puede considerar otros activos y obligaciones financieras de la persona al determinar su capacidad de pago. Las facturas hospitalarias superiores al 30 por ciento de los ingresos anuales **pueden** ser elegibles para un descuento, sujeto a la aprobación del hospital.
- c. La determinación de la capacidad del paciente para pagar el resto de la factura se basará en si se puede esperar razonablemente que el paciente pague la cuenta completa durante un periodo de tres (3) años.
- d. Si se determina que un paciente puede pagar el resto de la factura, dicha determinación no impide una reevaluación de la capacidad del paciente para pagar en una fecha posterior.

3. Elegibilidad presunta para la asistencia financiera.

Hay casos en los que un paciente puede parecer elegible para descuentos en atención benéfica, pero no hay un formulario de ayuda financiera registrado debido a la falta de documentación que lo respalde. A menudo sí información adecuada proporcionada por el paciente o a través de otras fuentes, que pueda proporcionar evidencia suficiente para proporcionar al paciente asistencia en atención benéfica. En caso de que no exista evidencia que respalde la elegibilidad del paciente para la atención benéfica, el hospital podría utilizar agencias externas para determinar las cantidades estimadas de ingresos en base a la elegibilidad para la atención benéfica y posibles cantidades de descuento. Una vez determinado, debido a la naturaleza inherente de las circunstancias presuntivas, el único descuento que se puede conceder es una pérdida del 100% del saldo de la cuenta. La elegibilidad presuntiva puede determinarse en función de circunstancias personales de la vida que pueden incluir:

- I. programas de prescripción financiados por el Estado;

2. personas sin hogar o recibiendo atención en una clínica para personas sin hogar;
3. Participación en programas para mujeres, bebés y niños (WIC);
4. elegibilidad para cupones de alimentos;
5. Elegibilidad para programas de almuerzos escolares subvencionados;
6. Elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales que no estén financiados (por ejemplo, gasto inicial de Medicaid);
7. Se proporciona vivienda de bajos ingresos/subvencionada como dirección válida; y
8. El paciente ha fallecido y no tiene patrimonio conocido.
9. Importancia histórica de la falta de pago que justifica futuras impago y la falta de capacidad de pago.

4. Cantidad generalmente facturada (AGB)

Para aquellos pacientes/individuos sin seguro que tengan derecho a un descuento, serán responsables de pagar no más de treinta (30%) del total de los cargos brutos adeudados por sus facturas hospitalarias. El AGB para el hospital se calcula tomando el reembolso medio como porcentaje del total de reclamaciones permitidas por Medicare y todas las aseguradoras privadas de salud durante el último año fiscal (octubre-septiembre) que paguen las reclamaciones al hospital.

Los pacientes cuya familia supere el 400% de la PFL pueden ser elegibles para recibir tarifas con descuento caso por caso según sus circunstancias específicas, como enfermedad catastrófica o indigencia médica, a discreción del hospital; sin embargo, la tarifa con descuento no será mayor que las cantidades generalmente facturadas a los pacientes con seguro comercial.

5. Relación con las Políticas de Cobro.

La dirección del hospital deberá desarrollar políticas y procedimientos para las prácticas de cobro internas y externas. Estas prácticas de cobro incluyen acciones que el hospital puede tomar en caso de impago, incluyendo acciones de cobro y reportes a agencias de crédito. Además, estas prácticas de cobro también tendrán en cuenta el grado en que el paciente cumple los requisitos para la caridad, el esfuerzo de buena fe del paciente para solicitar un programa gubernamental o una caridad del hospital, y la buena fe del paciente para cumplir con este o sus acuerdos de pago con el hospital. Para los pacientes que cumplen los requisitos para la caridad y que cooperan de buena fe para resolver sus facturas hospitalarias con descuento, el hospital podrá ofrecer planes de pago extendidos, no enviará facturas impagadas a agencias externas de cobro y podrá cesar todos los esfuerzos de cobro. El hospital no impondrá acciones extraordinarias de cobro como embargos salariales; gravámenes sobre residencias principales u otras acciones legales para ningún paciente sin antes justificar los razonables esfuerzos para determinar si ese paciente es elegible para atención benéfica bajo esta política de asistencia financiera. Los esfuerzos razonables incluirán.

1. Validar que el paciente debe las facturas impagadas y que todas las fuentes de pago de terceros han sido identificadas y facturadas por el hospital;
2. La documentación de que el hospital ha o ha intentado ofrecer al paciente la oportunidad de solicitar atención benéfica conforme a esta política y el servicio de los pacientes no ha cumplido con los requisitos de solicitud del hospital;

3. Documentación que demuestre que el paciente no califica para asistencia financiera de forma presuntiva;
4. Documentación que demuestre que al paciente se le ha ofrecido un plan de pagos pero no ha respetado los términos de dicho plan.

PROCEDIMIENTO

1. Identificación de casos de asistencia financiera.

- a. El hospital publicará un aviso sobre su programa de ayuda financiera y cómo el paciente puede solicitar ayuda.
- b. El Director Financiero del Hospital o un representante intentará identificar todos los casos que calificarán como casos de indigencia económica en el momento de su ingreso. A los pacientes identificados como posibles casos de asistencia financiera se les ofrecerá completar un formulario de asistencia financiera (**Anexo A**).
- c. El Director Financiero o el representante del Hospital derivará a aquellos pacientes que puedan calificar para asistencia financiera de un programa gubernamental al programa correspondiente (por ejemplo, Medicaid). Los pacientes que sean elegibles para Medicaid y otros programas de atención sanitaria para indigentes no califican como indigentes financieros, pero los costes no reembolsados de prestar servicios a los beneficiarios de estos programas serán reportados como atención sanitaria para indigentes patrocinada por el gobierno, por el hospital.
- d. Tan pronto como haya suficiente información sobre los recursos financieros del paciente y su elegibilidad para la asistencia gubernamental, se determinará su elegibilidad para la asistencia financiera. No se llevarán a cabo esfuerzos de cobro sobre una cuenta de ayuda financiera tras dicha determinación.
- e. Las directrices federales actuales sobre ingresos de pobreza están incluidas en esta política como **el Anexo C**. Esta directriz debe actualizarse anualmente en función de datos federales. La definición de "ingresos familiares" y "exclusiones de ingresos" están incluidas en las directrices de pobreza y se utilizarán en todas las determinaciones de elegibilidad para la asistencia financiera.

2. No proporcionar la información adecuada.

No proporcionar la información necesaria para completar una evaluación financiera puede resultar en una determinación negativa; sin embargo, la cuenta puede ser reconsiderada cuando el Hospital reciba la información requerida. Se puede determinar la elegibilidad para la asistencia financiera sin un formulario de evaluación completo si el paciente o la información no están razonablemente disponibles y la elegibilidad está justificada en las circunstancias, sujeto a la aprobación previa de la administración del hospital.

3. Plazo para la determinación de elegibilidad.

La determinación de la elegibilidad será tomada por el Director Financiero del Hospital o su representante dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la recepción de la información necesaria para tomar una decisión.

4. Aprobación de la ayuda financiera.

Tanto el Director Financiero del Hospital como su designado aprobará o desaprobará la solicitud de asistencia financiera. El paciente será notificado por escrito de la aprobación o

denegación. Como consideración práctica, la aprobación será válida durante seis (6) meses desde la fecha de la determinación. Sin embargo, si la información indica que los recursos financieros del paciente han mejorado sustancialmente, el Director Financiero o el designado podrá requerir una nueva solicitud de ayuda financiera antes de que expire la cobertura normal de seis (6) meses.

5. Exclusiones.

La Política de Asistencia Financiera NO CUBRE: procedimientos estéticos, servicios prestados por proveedores que no trabajan en El Campo Memorial Hospital, o proveedores que facturan por separado al Hospital por sus servicios (incluyendo Radiología; Patología; Hospitalistas; Médicos de urgencias y anestesiólogos).

COPI

EJEMPLO A

ELIGIBILITY ON OUR PROGRAMS DO NOT QUALIFY AS HAVING A
QUALIFIED HEALTH INSURANCE PLAN

INSTRUCTIONS FOR INDIGENT / CHARITY HEALTH CARE APPLICATION

BEFORE YOUR APPLICATION WILL BE CONSIDERED, YOU WILL NEED TO
PROVIDE THE FOLLOWING INFORMATION:

- (1) Copy of last 6 (six) paycheck stubs for ALL household members.
- (2) Copy of Current Income Tax Return (forms 1040) and All W-2's
- (3) Copy of Current Utility Bill to verify your home address
- (4) Current (West Wharton County) Driver's License or I.D. Card
- (5) Social Security Card
- (6) Birth Certificate
- (7) Unemployment Award Letter
- (8) Workman's Comp Award Letter
- (9) Social Security Award Letters
- (10) Food Stamp / TANF / Medicaid Award Letters and Copy of Medicaid/CHIPS Cards
- (11) Copy of Current Checking / Savings Accounts Bank Statements (including IRA's, CD's, etc.) for ALL household members.
- (12) Copy of all Vehicle Titles or Copy of Vehicle Loan contracts.
- (13) Proof of All other household Income (Spouses' Income, Child Support, Odd Jobs, etc)
- (14) Copies of all Current Health Insurance Cards

If you have any questions, please call at (979) 578-5194.

ALL INFORMATION MUST BE CURRENT and SUBMITTED WITH THE APPLICATION

PRUEBA B

Por favor, consulte el Anexo B adjunto: Solicitud de Asistencia Sanitaria

EJEMPLO C

Por favor, consulte el Anexo C adjunto: Descuento en Asistencia Financiera Médica

Accesorios

[Anexo B: Solicitud de asistencia sanitaria](#)

[Prueba C 2025.docx](#)

[Imagen 2](#)

Firmas de aprobación

Descripción del paso	Aprobador	Fecha
Aprobación de la Junta	Irma Rocha: Administrativa Asistente	06/2026
Aprobación del Comité de Calidad	Crystal Garza: Directora de Calidad, PI y EH	06/2026
	Lisa Altenhoff: Directora de la Oficina de Negocios	06/2026