

TITLE:

Charity Care Program (Confluence Health Financial Assistance Program)

Programa de Atención de Caridad (Programa de Asistencia Financiera de Confluence Health)

POLÍTICA:

Confluence Health y sus filiales, Central Washington Hospital & Clinics (CWH) y Wenatchee Valley Hospital & Clinics (WVH) están comprometidos a proporcionar servicios de atención de la salud a todas las personas que necesiten asistencia por motivos médicos independientemente de su capacidad de pago. A fin de proteger la integridad de las operaciones y cumplir con este compromiso, se establecieron los siguientes criterios para la provisión de Asistencia Financiera y Atención de Caridad, los cuales son coherentes con los requisitos del Capítulo 246-453 del Código Administrativo de Washington (WAC). Estos criterios ayudarán al personal a tomar decisiones objetivas uniformes con respecto a la elegibilidad para la Asistencia Financiera y atención de caridad a la vez que se asegura el mantenimiento de una base financiera sólida.

A. COMUNICACIONES PARA EL PÚBLICO:

1. La información acerca de la política de Asistencia Financiera y Atención de Caridad de Confluence Health, también conocida como el Programa de Atención de Caridad (*Charity Care Program*, CCP) se hará pública de la siguiente forma:
 - a. Se colocará una notificación que informe a los pacientes que Confluence Health proporciona Asistencia Financiera y Atención de Caridad en lugares públicos clave de Central Washington Hospital (CWH) y Wenatchee Valley Hospital (WVH) y sus clínicas (a quienes nos referiremos como “Hospitales”), lo que incluye el sector de Admisiones, el Departamento de Emergencias y los Servicios Financieros.
 - b. Confluence Health distribuirá una notificación escrita sobre la disponibilidad de la Asistencia Financiera y Atención de Caridad para todos los pacientes. Esto se realiza al momento en que Confluence Health solicita información sobre la cobertura de terceros. En este momento, la notificación escrita también se explicará verbalmente. Si por algún motivo, por ejemplo en una situación de emergencia, no se notifica al paciente sobre la existencia de la Asistencia Financiera y Atención de Caridad antes de recibir el tratamiento; se le notificará lo antes posible a partir de entonces.
 - c. La notificación escrita y la explicación verbal estarán disponibles en todos los idiomas que hablen más del 10 % de la población que se encuentre en el servicio de Confluence Health, se interpretarán para otros pacientes que no hablen inglés o que lo hablen de forma limitada y para otros pacientes que no puedan comprender la redacción y/o la explicación. Confluence Health considera que se debe poner a disposición una traducción de la notificación en inglés en el siguiente idioma: Español
 - d. Confluence Health capacitará al personal que atiende al público para que responda preguntas sobre la Asistencia Financiera y Atención de Caridad de forma eficaz o dirigir dichas consultas al departamento adecuado en el momento debido.
 - e. La notificación escrita sobre la política de Asistencia Financiera y Atención de Caridad de Confluence Health estará disponible para todas las personas que soliciten la información, ya sea por correo, teléfono o en persona. La tarifa móvil de Confluence Health, si corresponde, también se pondrá a su disposición si la solicita.

B. Capacitación del personal:

1. Confluence Health ha establecido un programa de capacitación estandarizado sobre su política de Asistencia Financiera y Atención de Caridad y el uso de los servicios de interpretación para ayudar a las personas que no hablan inglés o cuyo manejo del idioma es limitado para comprender la información sobre dicha política. Confluence Health brindará capacitación frecuente al personal que atiende al público y que trabaja en registro, admisiones y facturación, y a todo el otro personal adecuado, para responder las preguntas sobre la Asistencia Financiera y Atención de Caridad de forma eficaz, obtener todos los servicios de interpretación necesarios o dirigir las consultas al departamento adecuado en tiempo y forma.

C. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD:

1. La Asistencia Financiera y Atención de Caridad generalmente son secundarias a todos los otros recursos económicos disponibles para el paciente, incluyendo los planes

- médicos grupales o individuales, la compensación del trabajador, Medicare, Medicaid o los programas de asistencia médica, otros programas estatales, federales o militares, situaciones de responsabilidad civil de terceros (p. ej. accidentes automovilísticos o lesiones personales) o cualquier otra situación en la que otra persona o entidad pueda tener la responsabilidad legal de pagar los costos de los servicios médicos.
2. Los pacientes recibirán Asistencia Financiera y Atención de Caridad sin importar su raza, credo, color, origen nacional, sexo, orientación sexual o la presencia de cualquier incapacidad sensorial, mental o física o el uso de un perro guía entrenado o animal de servicio por una persona discapacitada.
 3. La Asistencia Financiera y Atención de Caridad para los servicios no urgentes se limitarán a aquellas personas que residan dentro del área de servicio de Confluence Health, que incluye los condados de Chelan, Douglas, Grant, Okanogan y la ciudad de Othello.
 4. La Asistencia Financiera y Atención de Caridad se limitarán a los “servicios médicos adecuados basados en el hospital” según se definen en WAC 246-453-010(7) y los servicios clínicos no excluidos en G.3.
 5. En aquellas situaciones en que las fuentes primarias de pago adecuadas no están disponibles, se considerarán a los pacientes para recibir Asistencia Financiera y Atención de Caridad de acuerdo con esta política en función de los siguientes criterios:
 - a. Se determinará que todas las partes responsables con ingresos familiares iguales o inferiores al 100 % del estándar federal de pobreza, adaptado al tamaño de la familia, son personas indigentes que califican para el patrocinio de caridad para el monto completo de los gastos del hospital y/o de la clínica relacionados con los servicios médicos adecuados basados en el hospital que no están cubiertos por el patrocinio público o privado de terceros.
 - b. Se determinará que todas las partes responsables con ingresos familiares de entre el 100 % y el 200 % del estándar federal de pobreza, adaptado al tamaño de la familia, son personas indigentes que califican para descuentos de los cargos relacionados con los servicios médicos adecuados basados en el hospital y/o la clínica de conformidad con la tarifa móvil y las políticas del hospital sobre las circunstancias económicas particulares.
 - c. El hospital y las clínicas pueden clasificar a todas las partes individuales responsables cuyo ingreso exceda el 200 % del estándar federal de pobreza, adaptado al tamaño de la familia, como personas indigentes que califican para un descuento de los cargos basado en las circunstancias económicas particulares de esa parte responsable. WAC 246-453-040.1.2.3

Pautas Federales de Pobreza de Atención de Caridad de Confluence Health

Cantidad de personas en la familia	48 estados contiguos y Washington D. C.
1	\$12,760
2	\$17,240
3	\$21,720
4	\$26,200
5	\$30,680
6	\$35,160
7	\$39,640
8	\$44,120

Para cada persona, agregar 4,420

<https://aspe.hhs.gov/poverty-guideline>

6. **Atención de Caridad significa** Atención de caridad y/o Asistencia Financiera se refieren a la atención hospitalaria necesaria desde el punto de vista médico que se les brinda a las personas indigentes cuando se haya agotado toda la cobertura de terceros, si la hubiese, en la medida en que las personas no puedan pagar la atención o pagar los costos del deducible o el coseguro requeridos por un tercero pagador en función de los criterios de esta política.
7. **Cobertura de terceros significa** Cobertura de terceros significa la obligación de parte de una compañía de seguros, contratista de servicios de atención médica, organización de mantenimiento de la salud, plan grupal de salud, programa gubernamental (Medicare, Medicaid o programas de asistencia médica, compensación del trabajador, beneficios de veteranos de guerra), beneficios tribales de salud o ministerios que comparten la atención médica, según lo definido en la 26 U.S.C. Sec. 5000A para el pago de la atención de los pacientes y los servicios cubiertos, y puede incluir acuerdos, sentencias o fallos efectivamente recibidos en relación con los actos negligentes de otras personas (por ejemplo, accidentes automovilísticos o lesiones personales) que han resultado en la afección médica para la cual el paciente ha recibido servicios de atención médica hospitalaria.
8. **Familia** significa un grupo de dos o más personas relacionadas por nacimiento, casamiento o adopción que viven juntas. Todas las personas relacionadas de tal forma se consideran miembros de una familia.
9. **Determinación inicial del estado de patrocinio es** una indicación, sujeta a verificación, de que los servicios que proporcionan el hospital y/o las clínicas pueden estar o no cubiertos por el patrocinio de un tercero, o una indicación de la parte responsable, sujeta a verificación, de que puede cumplir con los criterios para que sea designada como persona indigente que califica para la atención de Caridad.
10. **Determinación final del estado de patrocinio es** la verificación de la cobertura de un tercero o la falta de esta tal como se evidencia con el pago recibido de un patrocinador o el rechazo de pago del patrocinador alegado, y la verificación de la parte responsable de que reúne los requisitos para clasificar como persona indigente, después de la finalización de las apelaciones a las cuales la parte responsable pueda tener derecho y que por sus méritos tienen una posibilidad razonable de lograr el patrocinio completo o parcial de un tercero.
11. **Caridad por catástrofes.** Confluence Health puede cancelar como atención de caridad los montos para pacientes con un ingreso familiar superior a 300 % del nivel federal de pobreza cuando las circunstancias indiquen problemas económicos o pérdidas personales graves.
12. La **obligación económica** de la parte responsable que queda después de aplicar las tarifas móviles puede ser pagadera según lo negociado entre Confluence Health y la parte responsable. La cuenta de la parte responsable no se puede entregar a una agencia de cobranza, a menos que se omitan pagos o haya algún período de inactividad en la cuenta y no haya un contacto satisfactorio con el paciente.
13. Confluence Health no les exigirá divulgar la existencia y disponibilidad de los activos familiares a los solicitantes de Asistencia Financiera y Atención de Caridad cuyos ingresos sean **menos de 100 %** del actual nivel federal de pobreza pero puede exigirles que divulguen la existencia y disponibilidad de los activos familiares a los solicitantes de Asistencia Financiera y Atención de Caridad cuyos ingresos sean iguales o **mayores a 201 %** del nivel federal de pobreza actual.
14. **Escala de tarifa móvil:**
 - a. La tarifa móvil considerará el nivel de cargos que no están cubiertos por patrocinios públicos o privados en relación con o como un porcentaje de los ingresos familiares de la parte responsable.
 - b. La tarifa móvil determinará el importe máximo de los cargos que se espera que pague la parte responsable, con la flexibilidad de que la administración del hospital haga que la parte responsable se responsabilice por un monto menor después de

tener en cuenta su situación económica específica.

- c. La tarifa móvil tendrá en cuenta la posible necesidad para permitir que la parte responsable cubra el importe máximo de los cargos que se espera que pague la parte responsable en un plazo razonable, sin intereses o tarifas por pago tardío. Las políticas y los procedimientos del hospital relacionados con la tarifa móvil especificarán las circunstancias económicas particulares que el personal del hospital adecuado podrá tener en cuenta con el objetivo de ajustar el monto que resulta de la aplicación de la tarifa móvil, como por ejemplo los gastos no discrecionales extraordinarios relacionados con el monto de los gastos de atención médica de la parte responsable.
- d. La existencia y disponibilidad de los activos familiares, los cuales solo se tendrán en cuenta con respecto a la aplicación de la tarifa móvil; la capacidad de generar ingresos en el futuro de la parte responsable, especialmente cuando su capacidad de trabajar en el futuro pueda verse limitada a causa de una enfermedad; y la capacidad de la parte responsable de efectuar los pagos durante un período de tiempo prolongado.
- e. Las tarifas móviles que cumplen con las pautas en la subsección anterior son:
 - i. Los cargos del hospital no cubiertos por patrocinio privado o público de una persona cuyos ingresos familiares anuales son de entre 101 % y 200 % del estándar federal de pobreza, ajustado según el tamaño de la familia, se limitarán a 40 % de lo que exceda el ingreso familiar anual de esa persona por sobre 100 % del estándar federal de pobreza, ajustado según el tamaño de la familia. El personal adecuado del hospital puede ajustar esta responsabilidad después de tomar en cuenta las circunstancias económicas particulares de la parte responsable. La obligación económica de la parte responsable que queda después de aplicar estas tarifas móviles puede ser pagadera en cuotas mensuales en un plazo razonable, sin intereses o tarifas por pago tardío, según lo negociado entre el hospital y la parte responsable.
 - ii. Los cargos del hospital no cubiertos por patrocinio privado o público de una persona cuyos ingresos familiares anuales son de entre 101 % y 200 % del estándar federal de pobreza, ajustado según el tamaño de la familia, se reducirán según las tarifas que figuran más adelante. El personal adecuado del hospital puede ajustar la responsabilidad resultante después de tomar en cuenta las circunstancias económicas particulares de la parte responsable. La obligación económica de la parte responsable que queda después de aplicar estas tarifas móviles puede ser pagadera en cuotas mensuales en un plazo razonable, sin intereses o tarifas por pago tardío, según lo negociado entre el hospital y la parte responsable. Las tarifas son las siguientes: **(0 %-175 % del nivel federal de pobreza, 100 %; 176 %-200 % del nivel federal de pobreza, 75 %; 201 %-300 % del nivel federal de pobreza, 50 %)**

D. Monto generalmente facturado (AGB): En esta póliza se denomina AGB a los montos que generalmente se facturan por atención de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios a los pacientes que tienen seguro de salud. Confluence Health determina el porcentaje de AGB aplicable al multiplicar los cargos brutos de toda atención de emergencia o cuidado médicamente necesario por un porcentaje fijo que se basa en los reclamos permitidos por Medicare y las aseguradoras privadas. Puede solicitar las hojas de información que detallan los porcentajes de AGB (y cómo se calculan utilizando el método de retrospectiva) comunicándose con los Servicios para Pacientes al (509) 436-4020.

1. Limitación de cargos para todos los pacientes que califican para ayuda económica:

- a. Ningún paciente que califique para cualquiera de las categorías de ayuda indicadas anteriormente será personalmente responsable por montos mayores al porcentaje de “Montos Generalmente Facturados” (AGB) de los cargos brutos definidos anteriormente.

E. DETERMINACIÓN FINAL:

- a. Anulación Prima Facie. En caso de que la identificación de la parte responsable como persona indigente sea evidente para el personal de Confluence Health y Confluence Health pueda establecer que los ingresos del solicitante están claramente dentro del rango de elegibilidad, Confluence Health otorgará la atención de caridad únicamente en función de esta determinación inicial. En estos casos, Confluence Health no está obligado a completar toda la verificación o documentación. WAC 246-453-030(3).

- i. Confluence Health evaluará a todas las personas indigentes para los beneficios de Medicaid y/o VA/TriCare antes de que se les permita retirarse de la instalación.
- b. Se le entregarán los formularios de Asistencia Financiera y Atención de Caridad, las instrucciones y las solicitudes escritas a la parte responsable cuando se solicite la Asistencia Financiera o Atención de Caridad, cuando se indique que es necesario o cuando las evaluaciones financieras indiquen que es posible que sea necesario. Todas las solicitudes, independientemente de si fueron iniciadas por el paciente o por Confluence Health, deben estar acompañadas por documentos que verifiquen la información que se indica en el formulario de solicitud. Uno o más de los siguientes documentos serán considerados como evidencia suficiente para la determinación final de elegibilidad para la atención de caridad :
 - i. Declaración de retención W-2, estado de cuenta bancario para la verificación del seguro social
 - ii. Talones de pago de todos los empleos durante el período de tiempo pertinente
 - iii. Declaración de impuestos del año calendario más reciente
 - iv. Formularios de aprobación o negación de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado
 - v. Formularios de aprobación o negación de compensación por desempleo
 - vi. Declaraciones escritas de empleadores o empleados de DSHS
 - vii. Beneficios de veteranos de guerra
 - viii. Pensión alimenticia / manutención - orden judicial
 - ix. Ingreso por rentas / arrendatario
 - x. Compensación por desempleo
 - xi. Indemnización laboral (L&I)
 - xii. Jubilación
 - xiii. Pensión
 - xiv. Pagos de anualidad
 - xv. Declaración de ganancias y pérdidas
 - xvi. Toda información adicional que pueda ayudar a la determinación.
- c. Durante el período de solicitud inicial, el paciente y Confluence Health pueden buscar otras fuentes de financiación, incluyendo Medical Assistance y Medicare. La parte responsable deberá proporcionar la verificación escrita de la inelegibilidad para todas las otras fuentes de financiación. Confluence Health no puede exigir que el paciente que está solicitando una determinación de carácter de indigente recurra a un banco u otra fuente de financiación por un préstamo.
- d. Generalmente, el período de tiempo pertinente para el cual se solicitará documentación será de tres meses antes de la fecha de solicitud. Sin embargo, si dicha documentación no refleja correctamente la situación económica actual del solicitante, se solicitará documentación únicamente para el período de tiempo posterior a que la situación económica del paciente haya cambiado.
 - i. Se deberán probar las dificultades económicas.
- e. Período de determinación de ingresos. Además de hacer todo lo posible para determinar la existencia o no existencia de patrocinio privado o público que podría cubrir los cargos de la atención médica proporcionada, los hospitales deben determinar el ingreso familiar anual del paciente desde el momento en que se proporcionaron los servicios de atención médica o en el momento de la solicitud de atención de caridad si la solicitud se presenta en un plazo de dos años a partir del momento de los servicios, que el paciente se esforzó de buena fe para pagar los servicios de atención médica recibidos y que el paciente demuestra su elegibilidad para la atención de caridad . A su discreción, los hospitales pueden considerar las solicitudes de atención de caridad en cualquier momento, incluso siempre que se modifiquen las circunstancias financieras del paciente.
- f. En caso de que la parte responsable no pueda proporcionar ninguna de la documentación descrita anteriormente, Confluence Health confiará en las declaraciones escritas y firmadas de la parte responsable para tomar la determinación final de elegibilidad para la clasificación de persona indigente. (WAC 246-453-030(4))
- g. **Plazos para la determinación final y las apelaciones:**
 - i. Se prevé que cada solicitante de Asistencia Financiera y Atención de Caridad que en principio haya sido determinado como elegible para recibir atención de caridad,

proporcione en un plazo de al menos 14 (catorce) días, o en el marco de tiempo que se considere razonablemente necesario, la documentación correspondiente que respalde su solicitud de atención de caridad antes de recibir una determinación final de su estado de patrocinio.

- ii. Confluence Health notificará al solicitante sobre la determinación final dentro de los 14 (catorce) días posteriores a la recepción de todo el material correspondiente a la solicitud y los documentos.
- iii. La parte responsable podrá apelar una denegación de elegibilidad para atención de caridad presentando una verificación adicional de ingresos o tamaño de la familia ante el personal del CPP de Confluence Health dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la notificación.
- iv. El momento en que se llegue a una determinación definitiva del estado de atención de caridad no se tendrá en cuenta para la identificación de los descuentos por atención de caridad de los ingresos, a diferencia de las deudas incobrables, de conformidad con WAC 246-453-020(10).
- v. Si el paciente o la parte responsable hubiera pagado la totalidad o una parte de la factura de servicios médicos y posteriormente se determinase que calificaba para Asistencia Financiera o Atención de Caridad en ocasión de la prestación de servicios, se reembolsará al paciente el monto de los pagos que hayan superado el monto definido como adecuado de conformidad con WAC 246-453-040. El paciente tiene 30 (treinta) días para informar a Confluence Health de un cambio en su situación y Confluence Health tiene otros 30 (treinta) días para reembolsar al paciente después de haber recibido la designación de apto para Asistencia Financiera o Atención de Caridad y la documentación de respaldo.
 1. Los copagos, deducibles y coseguros califican para cancelaciones del CCP si el paciente resulta aprobado para CCP.

h. Notificación adecuada de respuesta negativa:

- i. Cuando se brinda una respuesta negativa de Asistencia Financiera y Atención de Caridad, la parte responsable deberá recibir una notificación por escrito de la negativa, que incluya:
 1. El o los motivos de la respuesta negativa.
 2. La fecha de decisión.
 3. Las instrucciones para apelaciones o reconsideraciones.
- ii. Cuando el solicitante no presente la información solicitada y no haya información suficiente a disposición para que Confluence Health determine la elegibilidad, la notificación de respuesta negativa deberá incluir además:
 1. Una descripción de la información que se solicitó y no se presentó, incluyendo la fecha en que se solicitó la información.
 2. Una declaración que diga que la elegibilidad para atención de caridad no se pudo definir sobre la base de la información que Confluence Health tenía a disposición.
 3. Esa elegibilidad se determinará si, dentro de un plazo de treinta días a partir de la fecha de la notificación de respuesta negativa, el solicitante proporciona toda la información especificada que anteriormente se había solicitado pero no se había entregado.
- iii. Todas las apelaciones serán sometidas a la revisión de la Junta de Revisión de la Atención de Caridad. Si esta revisión confirma la negativa previa de Asistencia Financiera y Atención de Caridad, se enviará una notificación escrita a la parte responsable y al Departamento de Salud, de conformidad con la ley estatal.
- iv. Si se define que un paciente califica para obtener Asistencia Financiera o Atención de Caridad y sigue recibiendo servicios por un período extendido sin completar una nueva solicitud, Confluence Health reevaluará la elegibilidad del paciente para obtener Asistencia Financiera y Atención de Caridad cada 90 (noventa) días a fin de confirmar que el paciente siga siendo elegible.

F. DOCUMENTACIÓN Y REGISTROS:

- a. Confidencialidad: Toda la información relacionada con la solicitud se conservará en carácter confidencial. Las copias de los documentos que respaldan la solicitud se conservarán junto con el formulario de solicitud.

- b. Los documentos correspondientes a Asistencia Financiera y Atención de Caridad se conservarán durante 5 (cinco) años.

G. FRAUDE:

- a. Declaraciones falsas
 - i. Incluye, entre otras cosas:
 - 1. Falsificación de la integración del núcleo familiar
 - 2. Falsificación del estado civil
 - 3. Falsificación de la situación de los ingresos y sus orígenes
 - 4. Falsificación de cualquiera de los documentos requeridos como parte de la solicitud
- b. Ocultación de información
 - i. Esto incluye cambios de la situación económica durante más de 30 (treinta) días de ocurridos los cambios
 - ii. Cambios en la integración del núcleo familiar o del estado civil
- c. Consecuencias de una cuenta falsificada
Se revisará la cuenta con la información precisa y se tomará una decisión en función de la nueva información.
- d. Notificación de posible fraude
 - i. Se informará al paciente por escrito sobre una “auditoría” en su cuenta.
 - ii. El paciente tendrá 30 (treinta) días para presentar la documentación que compruebe su situación.

H. SERVICIOS EXCLUIDOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DE CARIDAD :

- a. Circuncisión
- b. Vasectomía
- c. Ligadura de trompas
- d. Dermatología
 - i. Extracción de acrocordones
 - ii. Lesiones
 - iii. Extracción de lunares y verrugas
- e. Análisis de detección de drogas
- f. Atención obstétrica de RUTINA, incluido el parto (se debe solicitar atención médica para embarazo a través del DSHS)
 - i. Ecografías obstétricas
- g. Anticoncepción, incluidas las visitas a consultorio para obtener recetas
- h. Anticoncepción: Colocación y extracción de DIU, Nexplantan, inyección de Depo
- i. Tratamientos por esterilidad
- j. Exámenes oftalmológicos y refracción ocular
- k. Lentes de contacto y lentes con marcos (anteojos)
- l. Equipo médico duradero (DME, por su sigla en inglés)
- m. Complementos nutricionales
- n. Cirugía plástica cosmética
- o. Tratamiento de venas varicosas (solo se incluye por dolor)
- p. Cirugía de juanetes (solo se incluye por dolor)
- q. Cirugía plástica cosmética
- r. Lesiones relacionadas con accidentes de tránsito o trabajo e industria (MVA/L&I, por sus siglas en inglés), cargos denegados por el seguro o cargos previamente descontados

REFERENCIAS:

WAC 246-453-010(7) "Servicios médicos adecuados basados en el hospital" significa aquellos servicios hospitalarios que estén razonablemente calculados para diagnosticar, corregir, curar, aliviar o prevenir el empeoramiento de afecciones que pongan en peligro la vida, que causen sufrimiento o dolor, o una enfermedad, o que puedan provocar o agravar una incapacidad, causar deformidad física o mal funcionamiento y para los que no haya otro curso de tratamiento igual de eficaz y más conservador o sustancialmente menos costoso disponible o adecuado para la persona que solicita el servicio. A efectos de esta sección, “curso del tratamiento” podría incluir una mera observación o, si correspondiera, ningún tratamiento.

WAC 246-453-030.3 En caso de que la identificación como persona indigente de la parte responsable

fuera evidente para el personal del hospital, y dicho personal pudiera establecer la ubicación del nivel de ingresos dentro del criterio general descrito en el WAC 246-453-040 o dentro de los rangos de ingresos incluidos en la escala de tarifa móvil, el hospital no tiene obligación de definir el nivel de ingresos exacto ni de solicitar la documentación antemencionada a la parte responsable, a menos que dicha parte responsable solicite una revisión más a fondo.

WAC 246-453-030.4 En caso de que la identificación como persona indigente de la parte responsable fuera evidente para el personal del hospital, y dicho personal pudiera establecer la ubicación del nivel de ingresos dentro del criterio general descrito en el WAC 246-453-040 o dentro de los rangos de ingresos incluidos en la escala de tarifa móvil, el hospital no tiene obligación de definir el nivel de ingresos exacto ni de solicitar la documentación antemencionada a la parte responsable, a menos que dicha parte responsable solicite una revisión más a fondo.

WAC 246-453-020.10 Los hospitales deben hacer todo lo posible por llegar a las determinaciones iniciales y finales de atención de caridad en tiempo y forma; sin embargo, el hospital hará las designaciones en cualquier momento después de tomar conocimiento de los hechos o de recibir la documentación, según lo descrito en WAC 246-453-030, indicando que los ingresos de la parte responsable son equivalentes o están por debajo del 200 % del estándar federal de pobreza adaptado al tamaño de la familia. El momento en que se llegue a una determinación definitiva del estado de atención de caridad no se tendrá en cuenta para la identificación de los descuentos por atención de caridad de los ingresos, a diferencia de las deudas fallidas.

*****Nota: la política deberá publicarse en el sitio web del hospital del DOH, al igual que las actualizaciones a medida que ocurran.***