



Date Of Original Issue 11/2025
Approved 11/2025
Effective 11/2025
Last Revised 11/2025
Next Review 11/2027

Resource Kimberly Pineda: Manager, Language and Multicultural Services - 196
Policy Area Patient Financial Services
Applicability Valley Health System - System Wide
Regulatory Tags 501r, FAP, Financial Assistance + 1 more

Póliza de Asistencia Financiera - Financial Assistance Policy: Spanish translation

I. Póliza

Esta Póliza de Asistencia Financiera se aplica a todas las emergencias y otros cuidados médicamente necesarios proporcionados por Valley Health.

II. Propósito

Esta Póliza se aplica a las siguientes ubicaciones en los Estados Unidos de América ("EE. UU."): Winchester Medical Center, Warren Memorial Hospital, Shenandoah Memorial Hospital, Page Memorial Hospital, Hampshire Memorial Hospital y War Memorial Hospital

Los miembros del público pueden obtener fácilmente copias de las pólizas, un resumen en lenguaje sencillo y una solicitud de asistencia financiera de forma gratuita en línea en <http://www.valleyhealthlink.com/charitycare>.

III. Detalles de la póliza (puntos de apoyo)

Servicios elegibles para Valley Health HFA:

Esta póliza se aplica a toda la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria proporcionada por las ubicaciones de práctica médica de Valley Health.

Consulte el Anexo 3 para conocer las ubicaciones que están incluidas o excluidas de Valley Health HFA

Atención médica de emergencia:

- El estatuto de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo (EMTALA) codificado en §1867 de la Ley del Seguro Social, requiere que los hospitales con departamentos de emergencia proporcionen un examen de detección médica a cualquier persona que acuda al departamento de emergencias y solicite dicho examen, y prohíbe que los hospitales con departamentos de emergencia se nieguen a examinar o tratar a personas con una condición médica de emergencia. **En ningún caso se negará la atención médica de emergencia a ningún paciente que se presente para dicha atención y nada en esta Póliza se interpretará para permitir la denegación de dicha atención, independientemente del estado de asistencia financiera del paciente, el estado de seguro, la capacidad de pago, el estado de cobro actual o pasado o la morosidad de cualquier deuda.**

Los siguientes servicios no están cubiertos por esta póliza:

- Artículos considerados "no médicamente necesarios"
- Los pacientes que reciban descuentos prenegociados (es decir, servicios prestados bajo un acuerdo de precios de paquetes con el paciente, como procedimientos bariátricos y cosméticos) por servicios no serán elegibles para asistencia financiera

Criterios de elegibilidad

- Renta
 - Para presentar una solicitud, un paciente o miembro de la familia debe completar una solicitud que incluya los ingresos brutos durante un mínimo de 3 meses (hasta 12 meses) antes de la fecha de solicitud o la fecha del servicio. Se requiere comprobante de ingresos con la excepción de los pacientes que califican para la elegibilidad presunta que se detalla a continuación. Consulte la sección Proceso de Solicitud de HFA a continuación para obtener más detalles.
 - La puntuación de ingresos de terceros se puede utilizar para verificar los ingresos en situaciones en las que la verificación de ingresos no se puede obtener a través de otros métodos.
- Activos
 - Hay situaciones en las que las personas pueden no haber reportado ingresos, pero tienen activos significativos disponibles para pagar los servicios de atención médica. En estas situaciones, podemos evaluar y requerir pruebas documentadas de cualquier activo que se clasifique como convertible en efectivo e innecesario para los gastos esenciales de la vida diaria del paciente.
- Pautas federales de pobreza (FPG)
 - La elegibilidad se basa en niveles de ingresos ampliados de hasta el 500% de FPG

cuando el hospital brinda atención. La aprobación se basa en el número de miembros de la familia, incluidos los hijos naturales o adoptivos menores de 18 años, y los ingresos brutos familiares.

- Si un dependiente está discapacitado y es mayor de dieciocho años, puede incluirse en el tamaño de la familia en la solicitud.
- Los FPG vigentes en la fecha de notificación están vigentes para el proceso de solicitud. Son emitidos cada año en el Registro Federal por el **Departamento de Salud y Servicios Humanos** (HHS).
- Los FPG actuales e históricos están disponibles en <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.
- Las personas con un nivel de ingresos del 200% FPG o menos reciben atención gratuita cuando los servicios se brindan en un hospital o consultorio médico. Los niveles de ingresos de FPG se actualizarán anualmente.

Asistencia financiera para situaciones catastróficas:

- La asistencia financiera para una situación catastrófica está disponible bajo esta póliza.
- La asistencia financiera catastrófica se define como un paciente que tiene facturas médicas u hospitalarias después del pago por parte de terceros que exceden el 25% del ingreso total informado del paciente y el paciente no puede pagar la factura restante.
- Para comenzar el proceso de asistencia financiera, se debe presentar una solicitud de asistencia financiera. Consulte la sección Proceso de solicitud anterior.

Las personas con un nivel de ingresos igual o inferior al 500% reciben atención con descuento según la siguiente tabla:

Ingresos del solicitante	Cantidad de asistencia financiera
En o por debajo del 200% de las Pautas Federales de Pobreza	El solicitante es elegible para recibir asistencia del 100% y no se aplican todos los cargos.
Entre el 201 y el 500% de las pautas federales de pobreza	El solicitante es elegible para un descuento del 75% de los cargos brutos.
Los cargos totales superan el 25% de los ingresos anuales del solicitante	El solicitante es elegible para recibir asistencia del 100% y no se aplican todos los cargos.

- Residencia
 - Todos los ciudadanos de los Estados Unidos, los residentes permanentes de los Estados Unidos y las personas que tienen la intención de permanecer en los Estados Unidos como residentes permanentes son elegibles para recibir asistencia financiera.
 - Los pacientes que no tienen la intención de permanecer permanentemente en los Estados Unidos o que se encuentran en los Estados Unidos con una visa de estudiante o visa de turista no son elegibles para la asistencia financiera de VHS.
- Determinación

- Al recibir la solicitud firmada, se revisará la información, se verificarán los ingresos y se tomará una determinación de elegibilidad. El paciente será notificado por escrito de la determinación.
- Elegibilidad presunta
 - Se presume que los pacientes son elegibles para recibir asistencia financiera en función de las circunstancias individuales de la vida, que incluyen, entre otras:
 - Los ingresos del paciente están por debajo del 200% de las Pautas Federales de Pobreza y se consideran de pago por cuenta propia;
 - Pacientes de centros de enfermería especializada (SNF): si se les da de alta a SNF y el paciente o tutor legal no puede cumplir con el proceso de solicitud
 - Pacientes fallecidos
 - Programas de prescripción financiados por el estado;
 - Personas sin hogar o recibieron atención de una clínica para personas sin hogar;
 - Participación en programas para mujeres, bebés y niños (WIC);
 - Elegibilidad para cupones de alimentos;
 - Elegibilidad para el programa de almuerzos escolares subsidiados;
 - Elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales que no están financiados (por ejemplo, reducción de gastos de Medicaid);
 - Pacientes que son referidos a través de una Asociación Nacional de Clínicas Gratuitas;
 - Pacientes elegibles para-Medicaid, cuando se aplican los siguientes criterios:
 - Los requisitos de elegibilidad de Medicaid se cumplen después de que se brinda el servicio;
 - Los cargos no cubiertos ocurren en un encuentro elegible para Medicaid; y se proporciona vivienda subsidiada / de bajos ingresos como una dirección válida; o
 - Existen otras barreras importantes
 - Los pacientes que se determine que tienen presunta elegibilidad para asistencia financiera recibirán asistencia financiera del 100%.
 - Los pacientes que se determine que tienen presunta elegibilidad para asistencia financiera no deberán cumplir con los criterios de ingresos, los criterios de elegibilidad de activos ni completar una solicitud de asistencia financiera.
 - Valley Health puede utilizar los recursos disponibles (por ejemplo, soluciones tecnológicas, organizaciones de servicios, etc.) para obtener información como el puntaje crediticio para ayudar a determinar si se presume que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera.

- Cooperación
 - Los pacientes/garantes cooperarán en el suministro de toda la información de terceros, incluida la información sobre vehículos motorizados u otros accidentes, solicitudes de coordinación de beneficios, información preexistente u otra información necesaria para adjudicar reclamos, etc.
 - Mientras se procesa la solicitud, se solicitará que los pacientes que puedan ser elegibles para Medicaid soliciten Medicaid. Para recibir asistencia, el paciente debe solicitar Medicaid y ser denegado por cualquier motivo que no sea el siguiente:
 - No apliqué;
 - No siguió adelante con el proceso de solicitud;
 - No proporcionó las verificaciones solicitadas.
- Precisión de la aplicación
 - La asistencia financiera puede ser denegada bajo esta póliza si existe una sospecha razonable de la exactitud de una solicitud. Si el paciente/garante proporciona la documentación necesaria y/o información solicitada para aclarar la solicitud, la solicitud de asistencia financiera puede ser reconsiderada. La reconsideración se revisará y manejará caso por caso.
- **No discriminación**
 - La asistencia financiera de VHS se basa en una determinación individualizada de la necesidad financiera del paciente y no tiene en cuenta la edad, el sexo, la raza, el origen nacional, la orientación sexual, la religión o la afiliación política.

Proceso de solicitud para Valley Health HFA:

- Los formularios de solicitud están disponibles en las áreas de registro para facilitar la identificación temprana y el inicio del proceso de solicitud. Los formularios de solicitud también se pueden obtener poniéndose en contacto con el Servicio de Atención al Cliente como se indica en la lista de contactos al final de esta Póliza. Un paciente tiene 240 días a partir de la fecha posterior al alta para solicitar asistencia financiera.
 - Si el paciente no puede firmar debido a su condición médica, el formulario puede ser firmado por el garante, la persona que proporciona la información financiera (indique su relación con el paciente) o el Asesor Financiero / Representante de Beneficios Públicos que documenta el formulario por escrito o verbalmente por teléfono. El formulario debe documentarse "el paciente no puede firmar debido a una condición médica".
- El Departamento de Beneficios Públicos (PBD) puede aceptar aclaraciones verbales de ingresos, tamaño de la familia o cualquier información que pueda no estar clara en una solicitud.
- Las solicitudes aprobadas serán aceptadas por un período de 365 días a partir de la fecha de aprobación de la solicitud y retrocederán 240 días retrospectivamente a fechas anteriores de servicio.
- La verificación de ingresos puede contener la siguiente información:

- Declaración de impuestos sobre la renta: del año de presentación más reciente
- Salarios imponibles de los empleados
 - Copias de los talones de pago de 3 meses del mes más reciente disponibles
 - Verificación de ingresos por escrito de un empleador si se paga en efectivo
- Si no hay ingresos, certificación firmada
- Ingresos de trabajo por cuenta propia - Ganancias / pérdidas
- Beneficios del Seguro Social (SSA y Discapacidad)
- Cuentas corrientes y de ahorro
 - Copias completas de los últimos 3 meses
- Beneficios de jubilación ferroviaria
- Beneficios para veteranos
- Ingresos por dividendos
- Cualquier otro ingreso predecible, que incluye:
 - Pensión alimenticia
 - Acuerdos estructurados de ganancias de lotería, acuerdos legales u otras ganancias inesperadas.
 - Ingresos mensuales de fondos fiduciarios de los cuales el paciente es beneficiario
 - Donaciones de ingresos
 - Beneficios de compensación laboral
 - Compensación por desempleo
 - Manutención de los hijos
 - Ingresos por cualquier otro medio derivado a menos que estén específicamente excluidos a continuación o por ley.
- Los ingresos excluidos incluyen:
 - Cupones de alimentos
 - Cualquier otro programa de asistencia pública que proporcione vivienda, asistencia alimentaria, asistencia educativa o asistencia médica al paciente, garante o sus dependientes.
 - SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario)
 - Asistencia de HUD bajo la Sección 8 o la Sección 23
 - Programas de asistencia alimentaria suplementaria, por ejemplo, programas de comidas escolares, WIC
 - Pagos de cuidado de crianza
 - Cualquier beca o préstamo para educación de pregrado

- Programa nutricional del Título VII para personas mayores
- Base para calcular los montos cobrados a los pacientes:
 - Valley Health no facturará ni esperará el pago de cargos brutos de personas que califiquen para recibir asistencia financiera en virtud de esta póliza.
 - Valley Health utiliza el método retrospectivo para calcular el monto generalmente facturado (AGB).
 - Al menos una vez al año, Valley Health revisará y ajustará los descuentos de escala móvil aplicables a los pacientes con saldos de pago por cuenta propia después del seguro.

Acciones tomadas en caso de impago:

- Las acciones que Valley Health puede tomar en caso de falta de pago se describen en una póliza de facturación y cobranzas separada. Los miembros del público pueden obtener una copia gratuita de esta póliza separada comunicándose con Servicio al Cliente como se indica en la lista de contactos al final de esta póliza.
- Acciones de cobro extraordinarias (ECA): Valley Health puede ejercer una o más de las siguientes ECA después de que una cuenta haya sido declarada morosa. Todas las demás ECA están prohibidas por la Póliza de Valley Health:
 - Colocación de cobros externos: Coloque las cuentas morosas con una agencia de cobranza externa o un abogado después de que una cuenta haya sido designada como morosa. De acuerdo con la Ley de Prácticas Justas de Cobro de Deudas (FDCPA), la agencia de cobranza o el abogado enviarán un aviso por escrito al deudor/paciente de la colocación y los derechos del paciente bajo la FDCPA para impugnar la deuda por escrito dentro de los 30 días posteriores al aviso.
- Informes de agencias de crédito: Después del vencimiento del derecho de impugnación exigido por la FDCPA descrito anteriormente, Valley Health, a través de su agente de cobranza externo, puede informar la deuda morosa a agencias de crédito de terceros.
- Demanda de sentencia: Después de la expiración del derecho de impugnación exigido por la FDCPA descrito anteriormente, después de agotar otros esfuerzos de cobro razonables, y de acuerdo con las disposiciones de notificación jurisdiccional, las reglas judiciales, así como las regulaciones locales, estatales y federales, Valley Health, a través de su agente de cobranza, puede presentar una demanda de sentencia para cobrar deudas morosas. Valley Health se reserva el derecho de ejecutar sentencias otorgadas a través de la póliza de asistencia financiera.

Medidas para dar amplia publicidad a la Póliza de Asistencia Financiera:

Valley Health hace que esta Póliza de Asistencia Financiera, el formulario de solicitud y el resumen en lenguaje sencillo de la póliza estén ampliamente disponibles en su sitio web e implementa medidas adicionales para publicitar ampliamente la póliza en las comunidades atendidas.

- Los centros ofrecen una copia impresa del resumen en lenguaje sencillo de esta Póliza de Asistencia Financiera a los pacientes según lo soliciten; incluyen un aviso visible por escrito en los estados de cuenta que notifica e informa a los beneficiarios sobre la disponibilidad de asistencia financiera bajo esta Póliza de Asistencia Financiera; y han establecido

exhibiciones públicas visibles que notifican e informan a los pacientes sobre esta Póliza de Asistencia Financiera en público incluyendo, como mínimo, las áreas de registro.

- Valley Health también se adapta a todas las poblaciones significativas que tienen un dominio limitado del inglés traduciendo esta póliza de asistencia financiera, el formulario de solicitud y el resumen en lenguaje sencillo de la póliza al idioma principal hablado por dichas poblaciones.

IV. Definiciones

Nombre del cliente: nombres de las instalaciones participantes

EMTALA – Ley Federal de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo.

FPG - Pautas federales de pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU..

PBD – Departamento de Beneficios Públicos

SNF - Centro de enfermería especializada.

V .Accesorios

Anexo 1 – Sección de información de contacto Anexo

2 – Montos generalmente facturados

Anexo 3 – Ubicaciones de Valley Health – Incluidas o excluidas de HFA

VI. Pólizas relacionadas

Valley Health mantiene una póliza de facturación y cobranzas separada para la atención de emergencia y médicamente necesaria brindada en las instalaciones hospitalarias de Valley Health. Para obtener más información, consulte las siguientes pólizas:

- Póliza de facturación y cobranzas - Hospitales

Fin de la Póliza.

All Revision Dates

11/2025

Attachments

 [Attachment 1 - Contact Information Spanish.docx](#)

 [Attachment 2 - Amounts Generally Billed Spanish.docx](#)

 [Attachment 3 - Valley Health Locations - Included or Excluded from HFA SPANISH.docx](#)

Approval Signatures

Step Description	Approver	Date
	Bob Amos: Chief Financial Officer	11/2025
	Walter Sowers: Chief Legal and Compliance Officer	10/2025
	Kimberly Pineda: Manager, Language and Multicultural Services - 196	09/2025

Regulatory Tags

501r, FAP, Financial Assistance, charity

COPY