

Título: Norma de Asistencia Financiera y de Atención Caritativa
Elaborado por: Administración
Aprobación requerida por: Consejo Administrativo y/o su Comisión de Auditoría y Cumplimiento

I. NORMA

El Hospital para Niños Texas Scottish Rite (Hospital o «TSRHC», por sus siglas en inglés) brinda servicios de primera calidad a miles de niños cada año. En consistencia con su perdurable misión, el TSRHC proporciona atención a Pacientes con necesidades de cuidado médico dentro de su rango de servicios provistos, indistintamente de si el Paciente tiene la capacidad para pagar. Con el fin de fomentar su misión y sus valores, el Hospital adopta esta Norma para ofrecer asistencia financiera a modo de atención gratuita o de descuentos a los Pacientes y/o a la parte o partes responsables del Paciente («Paciente(s)») que califiquen para la asistencia de acuerdo con esta Norma (la «Norma») de asistencia financiera y atención caritativa.

Esta Norma establece los parámetros de elegibilidad, los estándares y los procesos por los cuales el Hospital proveerá atención gratuita o descuentos a los Pacientes.

El Hospital provee asistencia financiera de manera consistente y no discriminatoria, y a ningún Paciente se le negará la asistencia financiera debido a su raza, religión o nacionalidad ni debido a cualquier otro criterio prohibido por ley. Al implementar esta Norma, el Hospital acatará todas las leyes, reglas y reglamentos federales, estatales y locales.

El Consejo Administrativo y la Comisión de Auditoría y Cumplimiento del TSRHC son responsables de la supervisión de esta Norma. El Comité de Asistencia Financiera del Hospital es responsable de (i) establecer, aprobar y monitorizar los procedimientos y estándares que permiten que la Norma opere; y (ii) de otras responsabilidades establecidas en esta Norma.

II. CRITERIO DE ELEGIBILIDAD

Todos los Pacientes son elegibles y serán considerados para recibir asistencia financiera con las obligaciones de cargos del Paciente por los servicios prestados por el Hospital, incluso los servicios profesionales de médicos y otros servicios adicionales, excepto lo establecido más adelante

(colectivamente, «Cargos del Hospital»). La situación de cada Paciente se evaluará de acuerdo al criterio de elegibilidad según se establece en la sección V de esta Norma para determinar la capacidad de pago de la atención y el grado de asistencia financiera que el Paciente recibirá. El Hospital podría ajustar el criterio de elegibilidad ocasionalmente basándose en los recursos financieros disponibles y según sea necesario para satisfacer las necesidades de atención caritativa de la comunidad.

En ciertas situaciones y aun cuando las circunstancias del Paciente no cumplan con los requisitos del criterio de elegibilidad bajo la Norma, el Paciente podría, de todos modos, obtener la asistencia financiera. En estas situaciones, el Comité de Asistencia Financiera revisará la información disponible y tomará una determinación sobre la elegibilidad del Paciente para recibir la asistencia financiera.

III. SERVICIOS INCLUIDOS

Esta Norma se aplica a las obligaciones del Paciente por todos los cargos del Hospital TSRHC por los servicios prestados en el TSRHC, salvo que se indique lo contrario. El Anexo A enumera los proveedores de atención médica que acatan y que no acatan esta Norma. El Anexo podría actualizarse de tanto en tanto.

Las obligaciones del Paciente bajo ciertos contratos de seguro médico pueden considerarse para la asistencia financiera bajo esta Norma, en conformidad con los contratos de seguro médico y/o las leyes pertinentes.

En cada caso particular, y después de que se hayan explorado o agotado todas las fuentes de asistencia, el TSRCH le proveerá los medicamentos recetados al Paciente cuya familia no cuente con los recursos para surtir los medicamentos recetados por el médico. Estos medicamentos serán dispensados de acuerdo con los estatutos estatales y federales aplicables, y esto se aplicará solo para los Pacientes del TSRHC y/o para los Pacientes de las clínicas con base en el Hospital.

En cada caso particular, y después de que se hayan explorado o agotado todas las fuentes de asistencia, el TSRCH también asistirá a las familias cuyos hijos estén recibiendo tratamiento actualmente y que requieran asistencia financiera con otros aspectos del cuidado del niño, lo que podría incluir hospedaje, transporte, etc.

IV. MÉTODO PARA SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA

A. Proceso de solicitud

Los Pacientes que deseen solicitar la asistencia financiera deben llenar la Solicitud para Asistencia/Atención Médica Caritativa («Solicitud») adjunta como Anexo B, y entregarla a la oficina de Consejeros de Servicios de Familia. La solicitud puede completarse en cualquier momento mientras se esté recibiendo la atención médica o después de que se haya recibido. El Hospital puede iniciar una solicitud en nombre de un Paciente cuando tal Paciente sea incapaz de completar la solicitud. Además de solicitar la asistencia financiera presentando la solicitud escrita, el Paciente también puede iniciar el proceso solicitando asistencia en persona, por teléfono al número 214-559-8630 o por correo al 2222 Welborn Street, Dallas, TX. 75219.

Los Consejeros de Servicios de Familia intentarán identificar a las familias que pudieran calificar para recibir la asistencia financiera antes de que se programe el procedimiento de solicitud, y le pedirán al Paciente que presente la solicitud antes de que se le provea el servicio, de ser posible.

Los Consejeros de Servicios de Familia derivarán al programa apropiado a aquellos Pacientes que pudieran calificar para programas gubernamentales como Medicaid.

No existe garantía de que los Pacientes que completen y presenten la Solicitud calificarán para la asistencia financiera. En última instancia, es la responsabilidad del Paciente proveer la información necesaria para calificar para la asistencia bajo esta Norma. Para que el Hospital procese la solicitud, el Paciente debe proveerle al Hospital toda la información requerida en la solicitud o, de no poder hacerlo, debe explicar por qué él/ella no puede proporcionar la información.

B. Información requerida

1. Información sobre ingresos

Ingreso bruto se refiere a la suma de todo el ingreso bruto anual o a un estimado del ingreso anual del Paciente, la madre del Paciente, el padre del Paciente y/u otra parte o partes responsables por el Paciente (todos ellos, «Parte Responsable»).

El ingreso bruto será verificado de una de las siguientes maneras:

- *Documentación de terceros:* el formulario W-2 del IRS (Servicio de Rentas Internas); Salarios y declaración de impuestos; comprobantes de pago de salario; declaración fiscal; verificación con el empleador vía telefónica; estados de cuentas bancarias; comprobantes de pago de Seguro Social; comprobantes de pago de compensación laboral (*Worker's Comp*); Aviso de pagos de seguro de desempleo; Cartas de determinación de compensación por desempleo u otros indicadores del ingreso del Paciente que sean apropiados.
- *Declaración escrita:* en caso de que la documentación de terceros no esté disponible, la Parte Responsable podría verificar el ingreso bruto a través de un testimonio escrito.
- *Declaración verbal:* en caso de que la documentación de terceros no esté disponible y la Parte Responsable sea incapaz de presentar un testimonio escrito, la Parte Responsable podría verificar el ingreso bruto a través de un testimonio verbal. El empleado del Hospital que complete la solicitud deberá dar fe, por escrito, de cualquier declaración verbal de la Parte Responsable.

Nota: En caso de que la documentación de terceros no esté disponible, el Paciente proporcionará una explicación razonable de por qué es incapaz de proveer la verificación requerida de terceros. Se hará todo esfuerzo razonable para verificar el testimonio del Paciente y la información de respaldo. El Hospital podría proveer asistencia financiera a pesar de que el Paciente no proporcione la documentación de terceros.

2. Tamaño del hogar

El tamaño de hogar significa el número de personas que vive en el hogar del (a) garante, (b) Paciente o (c) persona que registra al Paciente con fines impositivos. Esto se determina por la cobertura del seguro primario del Paciente, como se indica a continuación:

- Hogar con cobertura de Medicaid u otro seguro financiado por el estado donde vive el niño/a.
- Hogar con cobertura de seguro comercial o sin seguro de la parte responsable.

C. Proceso de determinación

1. Los Consejeros de Servicios de Familia evaluarán la Solicitud presentada de acuerdo con los métodos de procesamiento de la solicitud de asistencia financiera.
2. Los Consejeros de Servicios de Familia determinarán la elegibilidad del Paciente para la asistencia financiera y, de recibirla, también determinarán el nivel de asistencia financiera para el que el Paciente califique; considerando, sin embargo, que los Consejeros de Servicios de Familia podrían, en cualquier momento, solicitar que el Comité de Asistencia Financiera tome dicha determinación.
3. La meta del TSRHC es tomar una determinación respecto de la elegibilidad apenas reciba la información suficiente sobre los recursos y sobre la elegibilidad para la asistencia gubernamental.

D. Fecha de vigencia de la solicitud

Una vez que la asistencia financiera sea aprobada, se hará efectiva para todas las cuentas pendientes y para todas las cuentas eximidas doce (12) meses después de la fecha más tardía en que (i) el Hospital reciba la Solicitud completa; y (ii) la primera fecha de servicio facturable.

V. CRITERIO/BASE DE ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA FINANCIERA PARA MONTOS COBRADOS

El nivel de asistencia financiera se basará en la clasificación de Financieramente Indigente o Médicamente Indigente, incluyendo Médicamente Indigente Catastrófico, según se define más adelante. Al Paciente que sea elegible para recibir asistencia financiera bajo esta Norma no se le cobrará más que el monto generalmente facturado («AGB», por sus siglas en inglés) por los servicios prestados. Para determinar el AGB, el TSRHC usa el método de revisión en el cual los porcentajes del AGB se basan en las tarifas de Medicaid, como se indica en la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas. El TSRHC podría cambiar la metodología para calcular el AGB en el futuro, de acuerdo con las regulaciones aplicables. La información sobre el cálculo del AGB y sobre el porcentaje del AGB que se usa para calcular el AGB puede obtenerse por escrito y de manera gratuita con los Consejeros de Servicios de Familia/Admisiones en 2222 Welborn Street, Dallas TX 75219.

A. Financieramente indigente

1. Financieramente indigente se refiere a un Paciente cuyo ingreso bruto es igual o menor al 200% de los Lineamientos Federales de Pobreza («FPG», por sus siglas en inglés).
2. Un Paciente se considerará Financieramente Indigente y no deberá presentar la Solicitud si presenta pruebas de que participa en cualquiera de los siguientes programas:
 - Medicaid
 - Programa de Seguro de Salud para Niños («CHIP», por sus siglas en inglés)
 - Programas de Salud para Indigentes del Condado
 - AFDC
 - Cupones para alimentos

- WIC
- TexCare Partnership
- Prueba de que el Paciente ha sido considerado financieramente indigente en otro centro de salud
- Otros programas que usen métodos similares de evaluación

3. Los Pacientes financieramente indigentes son elegibles para un descuento del 100% para todos los cargos pendientes después del pago efectuado por los terceros responsables.

B. Medicamento indigente

1. Medicamento indigente se refiere a un Paciente (i) cuya factura médica o del hospital de los últimos doce (12) meses, después de los pagos de terceros pagadores, excede el 1% del ingreso bruto anual del Paciente; (ii) cuyo ingreso bruto anual es mayor al 200% pero inferior o igual al 1000% de los Lineamientos Federales de Pobreza (FPG, siglas en inglés) y (iii) que no puede pagar el saldo de la cuenta pendiente del Paciente. Las facturas médicas o del hospital descritas, en parte, (i) podrían relacionarse al Hospital y a otros proveedores afiliados y no afiliados y podrían incluir, sin limitación, los costos anualizados y no reembolsables incurridos por el Paciente en conexión con la compra de medicamentos y/o materiales médicos («Gastos Médicos No Reembolsables»).
2. Los Pacientes considerados Medicamento indigentes calificarán para un descuento a todos los cargos del Hospital que resten después de los pagos de los terceros pagadores. El descuento debe de ser igual al mayor de (i) el descuento aplicable establecido en la Escala de Regulación de Honorarios aquí adjunta como documento de prueba C; (ii) la cantidad necesaria para asegurar que la obligación de pago al Hospital del Paciente después de aplicarse el descuento es igual al 1% del ingreso bruto del Paciente y (iii) la cantidad necesaria para asegurar que la obligación del Paciente no sea mayor que el monto generalmente facturado (AGB, por sus siglas en inglés).

C. Medicamento indigente catastrófico

1. Medicamento indigente catastrófico se refiere a un Paciente (i) cuya factura médica o del hospital combinada de los últimos doce (12) meses, después de los pagos de los terceros pagadores, excede el 1% del ingreso bruto; (ii) cuyo ingreso bruto es mayor al 1000% de las Guías Federales de Pobreza; y (iii) que es incapaz de pagar el saldo pendiente de la cuenta del Paciente. Las facturas médicas o del Hospital descritas, en parte, (i) podrían relacionarse a servicios proporcionados por el Hospital y por otros proveedores afiliados y no afiliados y podrían incluir, sin limitación, los Gastos Médicos No Reembolsables.
2. Los Pacientes considerados Medicamento indigentes catastróficos calificarán para un descuento en todos los cargos restantes del Hospital después de los pagos de terceros pagadores. El descuento deberá ser el mayor de (i) la cantidad necesaria para asegurar que la obligación del Paciente hacia el Hospital, después de la aplicación del descuento, sea igual a 1% del ingreso bruto del Paciente; o (ii) la cantidad necesaria para asegurar que la obligación de pago del Paciente no sea mayor al AGB.

VI. COMITÉ DE ASISTENCIA FINANCIERA

- A. El Comité de Asistencia Financiera del Hospital estará compuesto por un representante del Departamento de Finanzas, un representante del Departamento de Proceso de Ganancias, un representante del Departamento de Servicios de Familia, un representante del Departamento de

Acceso al Paciente, el Consejo General y/o una persona designada y otros considerados necesarios por el comité. La presidencia del comité será designada por el Director de Finanzas.

- B. El Comité de Asistencia Financiera será responsable de asegurar que el Hospital aplique y utilice esta Norma de manera apropiada y uniforme. Además, el Comité de Asistencia Financiera debe implementar cambios no-materiales a la Norma, según sea necesario, para cumplir con la intención de la Norma.
- C. Pudiera ser apropiado, en ciertas situaciones, otorgarle asistencia financiera a un Paciente aunque la situación financiera del Paciente no satisfaga los requisitos establecidos en las Guías de Criterio de Elegibilidad de Asistencia Financiera del Hospital. En estas situaciones, el Comité de Asistencia Financiera del Hospital pudiera revisar la solicitud y cualquier otra información pertinente y tomar una determinación sobre la elegibilidad para asistencia del Paciente.

VII. SALDO DE LA CUENTA

Esta Norma no altera ni modifica las cantidades adeudadas por terceros pagadores ni tampoco altera ni modifica las normas relacionadas a los esfuerzos para obtener los pagos de terceros pagadores.

La cuenta del Paciente se revisará para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera así como la solicitud apropiada de cualquier pago de terceros pagadores aplicable y/o descuentos antes de iniciar una cuenta para el Paciente. Una vez que el Paciente califique para la asistencia financiera, el Paciente deberá ser notificado de su elegibilidad bajo la Norma y cualquier cantidad que es la responsabilidad del Paciente después de la solicitud de descuento deberá ser incluida en la factura(s) al Paciente después de darle de alta. No se facturarán las cantidades que califiquen bajo la Norma. Después de que el saldo de la cuenta del Paciente se vea reducido por cualquier descuento disponible bajo esta Norma, el Paciente será responsable por el saldo restante de su cuenta. El TSRHC le enviará tres facturas al Paciente después de darle de alta en un periodo de 120 días.

VIII. RAZONES PARA LA DENEGACIÓN

A. Servicios no incluidos

El hospital se reserva el derecho de excluir ciertos servicios de la cobertura bajo esta Norma.

B. Falsificación de información

La asistencia financiera será denegada si el Paciente proporciona información falsa en la solicitud, como información falsa relacionada con los medios financieros del Paciente para pagar por su atención. Esto incluye, pero no está limitado a, información falsa relacionada al ingreso bruto del Paciente, otros recursos disponibles, número de personas en el hogar, gastos médicos o gastos del hogar.

C. Acuerdo con terceros pagadores

Los Pacientes que lleguen a un acuerdo financiero con terceros pagadores relacionado a la atención recibida o proporcionada en el hospital deben usar el monto de ese acuerdo para cubrir cualquier y todos los cargos del hospital. El Paciente será responsable de todos los cargos del hospital, indistintamente de si al Paciente se le ha otorgado, anteriormente, atención caritativa o asistencia financiera bajo esta Norma.

IX. PUBLICACIÓN DE LAS NORMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA

En un esfuerzo para asegurar que esas familias que pudieran ser elegibles para la asistencia financiera estén familiarizadas con la Norma, el TSRHC publicará información sobre la Norma de manera extensiva. A todas las personas que soliciten atención médica en el hospital se les debe ofrecer la información en el lenguaje apropiado, de ser posible, sobre el Programa de Asistencia/Atención Caritativa del Hospital, incluso el criterio de elegibilidad y el proceso de solicitud. Los Consejeros de Servicios de Familia estarán disponibles para comunicarse y asistir a los Pacientes sobre esta Norma y la finalización de la solicitud.

Cada factura enviada después de darle de alta al Paciente le notificará de la asistencia financiera que está disponible para individuos elegibles, incluyendo un número telefónico para preguntas sobre asistencia financiera, y un sitio web donde puede obtener información adicional. Una copia gratis de las normas de facturas del TSRHC se puede obtener llamando al teléfono 214-559-8630.

La información relacionada a esta Norma y como solicitar asistencia financiera también se proveerá durante conversaciones telefónicas con los Pacientes, referentes a los cargos y/o balances de la cuenta. Si el pago del monto total no es posible y el Paciente no califica para asistencia financiera, entonces puede ofrecerse un plan de pago.

X. NORMA DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

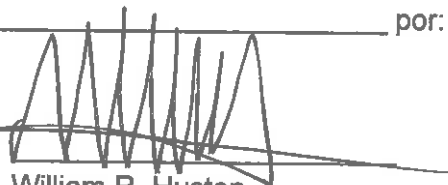
El TSRHC no cuenta con un Departamento de Emergencia. Sin embargo, el hospital proporcionará, sin discriminación, evaluación y cuidado inicial para condiciones médicas de emergencia, independientemente de si las personas son elegibles para la asistencia financiera bajo esta Norma, de acuerdo con sus obligaciones bajo la Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo, con otras leyes aplicables y con las Normas de Servicios de Emergencia del Hospital.

Asimismo, el hospital no debe fomentar acciones que desanimen a las personas a buscar atención médica de emergencia, como el exigir que los Pacientes que soliciten servicios de emergencia paguen antes de recibir el tratamiento inicial para condiciones de emergencia médica o permitir actividades de cobro de deudas que interfieran con la evaluación y la provisión, sin discriminación, de ese tratamiento inicial.

Aprobado para entrar en vigencia en _____ por:



Robert L. Walker
Presidente/CEO



William R. Huston
Vicepresidente Superior y
Director Financiero



Matt Chance
Vicepresidente de Servicio, Operaciones

Creado en: 1/26/2012
Revisado en: 9/8/14, 5/19/16, 9/15/16
Revisado en:

PROVEEDORES A QUIENES LA NORMA SE APLICA Y NO SE APLICA

Esta Norma de Asistencia Financiera y de Atención Caritativa aplica a todos los proveedores que dan atención de emergencia o medicamento necesaria en el TSRHC, a menos que se notifique lo contrario.

Identificación del paciente: _____



Solicitud de asistencia financiera/Atención Caritativa

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Género: Femenino / Masculino

Número telefónico: _____ Número de seguro social: _____

Dirección: _____ Condado: _____
Calle / Ciudad / Estado / Código postal

Información de la persona que cuida/tutor	Información de la persona que cuida/tutor
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Parentesco con el paciente: _____ Dirección: _____ <small>Calle / Ciudad / Estado / Código postal</small> Seguro social: _____ Teléfono: _____ Empleador: _____ <small>Nombre / Calle / Ciudad / Estado / Código postal</small>	Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Parentesco con el paciente: _____ Dirección: _____ <small>Calle / Ciudad / Estado / Código postal</small> Seguro social: _____ Teléfono: _____ Empleador: _____ <small>Nombre / Calle / Ciudad / Estado / Código postal</small>

Hermanos del paciente viviendo en el mismo hogar

Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Género	¿También es paciente del TSRHC? (visto en los últimos 12 meses)	
				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Estado civil de la persona que lo cuida: Casado Divorciado Separado Soltero Viudo

¿Qué seguro(s) médico tiene el paciente actualmente (si tiene)?

Ninguno Medicaid CHIP Seguro comercial: _____ Otro: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

¿Quién está como el fiador en el seguro del paciente? _____

Información de elegibilidad

Por favor, proporcione el ingreso de cada una de las siguientes personas en su hogar (si aplica).

Haga un círculo en uno

Paciente \$ _____ hora/semana/2x al mes/cada dos semanas /año
/año Persona que cuida al paciente/ aval del paciente \$ _____ hora/semana/2x al mes/cada dos semanas
 Persona que cuida al paciente/ aval del paciente \$ _____ hora/semana/2x al mes/cada dos semanas /año Otro \$ _____

Ingreso Bruto de la Familia *: \$ _____

*El ingreso bruto es la suma del ingreso bruto del paciente, de la madre del paciente, del padre del paciente y/u otra persona responsable.

Gastos médicos no reembolsables *: \$ _____

*Estos son los costos anuales y no reembolsables incurridos por la familia e incluye facturas por servicios proporcionados por el hospital y otros gastos médicos no reembolsables.

Número de miembros de la familia viviendo en el hogar*: _____

*Este número debe incluir el paciente, madre del paciente, padre del paciente, los dependientes de la madre del paciente y los dependientes del padre del paciente.

Verificación de ingresos: Proporcione documentación que refleje el ingreso total de hogar o prueba de participación en un programa de asistencia gubernamental.

Solicitud para Asistencia financiera / Atención Caritativa

Por favor, escriba sus iniciales abajo:

_____ Yo/nosotros declaramos que las contestaciones que yo/nosotros hemos proporcionado en esta solicitud son ciertas y correctas de acuerdo con mi/nuestro conocimiento.

_____ Yo/nosotros estamos de acuerdo en comunicarle al hospital tan pronto como sea posible, si hay algunos cambios en la información proporcionada en esta solicitud.

_____ Yo/nosotros entendemos que la ley requiere que el hospital mantenga confidencial cualquier información que yo proporcione/nosotros proporcionemos.

_____ Además Yo/nosotros estamos de acuerdo, que por recibir servicios de atención médica como resultado de un accidente o herida, tener en cuenta el reembolsar al hospital de los beneficios de cualquier litigio o convenio resultando de tal acto.

_____ Yo/nosotros entendemos que si yo/nosotros calificamos para servicios no compensados, yo/nosotros seremos personalmente responsables por los cargos de los servicios administrados por el hospital «Texas Scottish Rite» y que yo/nosotros podríamos apelar la decisión por escrito con documentación adicional.

Si no puede proporcionar prueba de ingreso, por favor, explique por qué:

Yo/nosotros le pedimos al Hospital para Niños «Texas Scottish Rite» (TSRHC, siglas en inglés) que determine si soy/somos elegible(s) para ayuda para pagar la factura de mi/nuestro niño. Yo/nosotros entendemos que yo/nosotros necesitamos proporcionarle cierta información para que esto se haga. También, yo/nosotros entendemos que el TSRHC o sus agentes podrían verificar la exactitud de esta información y por la presente firma autorizo a mi empleador o a cualquier individuo mencionado en esta solicitud para certificar o proporcionar detalles adicionales con respecto a la información proporcionada en esta solicitud. Yo estoy (nosotros estamos) consciente de que la falsificación o distorsión de la información en esta solicitud podría resultar en el rechazo de la asistencia financiera. Yo/nosotros entendemos que el completar este formulario no garantiza que/nosotros recibamos esta ayuda. Si yo no soy (nosotros no somos) elegible(s) para servicios no compensados, yo soy (nosotros somos) responsable(s) por las facturas del hospital de mi/nuestro niño

Firma de la persona que cuida/tutor: _____ Fecha: _____

Recuerde presentar: Verificación de ingresos, si aplica, comprobantes de gastos médicos familiares del 1% de su ingreso anual bruto por los últimos 12 meses.

SÓLO PARA USO DEL PERSONAL

La familia califica para un descuento de _____% de todos los cargos del hospital; provisto, sin embargo, la cantidad debida después de aplicar el descuento será en todos los casos limitada al 1% de los ingresos brutos de la familia. La cantidad a pagar, después de la aplicación del descuento, es: \$ _____).

Algunas partes de esta solicitud fueron completadas por un miembro del personal TSRHC. Esas áreas se han identificado por las iniciales del miembro del personal.

Nombre impreso: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Crayon Care Qualification and Discount Scales

2017 Federal Poverty Guidelines as established by the Department of Health & Human Services
\$20,420 Federal Poverty Limit for a household of three dependents

Household Size		3 or less
Income Range		Discount
\$0	\$40,840	100%
\$40,841	\$61,260	90%
\$61,261	\$81,680	80%
\$81,681	\$102,100	70%
\$102,101	\$122,520	60%
\$122,521	\$142,940	50%
\$142,941	\$163,360	40%
\$163,361	\$183,780	30%
\$183,781	\$193,990	20%
\$193,991	\$204,200	10%
\$204,201	and up	0%

Household Size		4
Income Range		Discount
\$0	\$49,200	100%
\$49,201	\$73,800	90%
\$73,801	\$98,400	80%
\$98,401	\$123,000	70%
\$123,001	\$147,600	60%
\$147,601	\$172,200	50%
\$172,201	\$196,800	40%
\$196,801	\$221,400	30%
\$221,401	\$233,700	20%
\$233,701	\$246,000	10%
\$246,001	and up	0%

Household Size		5
Income Range		Discount
\$0	\$57,560	100%
\$57,561	\$86,340	90%
\$86,341	\$115,120	80%
\$115,121	\$143,900	70%
\$143,901	\$172,680	60%
\$172,681	\$201,460	50%
\$201,461	\$230,240	40%
\$230,241	\$259,020	30%
\$259,021	\$273,410	20%
\$273,411	\$287,800	10%
\$287,801	and up	0%

Household Size		6
Income Range		Discount
\$0	\$65,920	100%
\$65,921	\$98,880	90%
\$98,881	\$131,840	80%
\$131,841	\$164,800	70%
\$164,801	\$197,760	60%
\$197,761	\$230,720	50%
\$230,721	\$263,680	40%
\$263,681	\$296,640	30%
\$296,641	\$313,120	20%
\$313,121	\$329,600	10%
\$329,601	and up	0%

Household Size		7
Income Range		Discount
\$0	\$74,280	100%
\$74,281	\$111,420	90%
\$111,421	\$148,560	80%
\$148,561	\$185,700	70%
\$185,701	\$222,840	60%
\$222,841	\$259,980	50%
\$259,981	\$297,120	40%
\$297,121	\$334,260	30%
\$334,261	\$352,830	20%
\$352,831	\$371,400	10%
\$371,401	and up	0%

Household Size		8
Income Range		Discount
\$0	\$82,640	100%
\$82,641	\$123,960	90%
\$123,961	\$165,280	80%
\$165,281	\$206,600	70%
\$206,601	\$247,920	60%
\$247,921	\$289,240	50%
\$289,241	\$330,560	40%
\$330,561	\$371,880	30%
\$371,881	\$392,540	20%
\$392,541	\$413,200	10%
\$413,201	and up	0%

Household Size		9
Income Range		Discount
\$0	\$91,000	100%
\$91,001	\$135,500	90%
\$135,501	\$180,000	80%
\$180,001	\$224,500	70%
\$224,501	\$269,000	60%
\$269,001	\$313,500	50%
\$313,501	\$364,000	40%
\$364,001	\$409,500	30%
\$409,501	\$432,250	20%
\$432,251	\$455,000	10%
\$455,001	and up	0%

Household Size		10
Income Range		Discount
\$0	\$99,360	100%
\$99,361	\$149,040	90%
\$149,041	\$198,720	80%
\$198,721	\$248,400	70%
\$248,401	\$298,080	60%
\$298,081	\$347,760	50%
\$347,761	\$397,440	40%
\$397,441	\$447,120	30%
\$447,121	\$471,960	20%
\$471,961	\$496,800	10%
\$496,801	and up	0%