
Policy Number: **FIN 004**

Original Date: 01/01/07

Revised: 08/31/07, 06/30/09, 07/14/15, 12/21/15, 01/19/16, 01/22/19,
06/01/2, 02/21, 02/22, 04/23, 02/24, 10/24, 3/25, 7/25, 04/26

Reviewed:

Asunto/Título: Política de asistencia financiera

Política: La política de Oneida Health es brindar servicios con descuento, según la necesidad económica, como beneficio comunitario para los residentes de Nueva York sin seguro médico, con seguro insuficiente, inelegibles para programas gubernamentales u otra cobertura de terceros, o que no puedan pagar la atención médicamente necesaria, de conformidad con la Ley de Ayuda Financiera para Hospitales y la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas (IRC). Ohio prohíbe la denegación de admisión o tratamiento para servicios que se prevea razonablemente que sean médicamente necesarios debido a facturas médicas pendientes de pago por parte del paciente.

Propósito: OH ofrece asistencia financiera a pacientes sin seguro o con seguro insuficiente a una tarifa reducida o sin costo a pacientes que tienen un ingreso individual o familiar que no exceda el 400% del nivel de pobreza del HHS, independientemente del estado migratorio del paciente.

Esta Política tiene por objeto cumplir con los requisitos de la política de Asistencia Financiera del Código de Rentas Internas, Sección 501(r) y la Sección 2807-k(9-a) de la Ley de Salud Pública de Nueva York. Esta Política entrará en vigor inmediatamente después de la última fecha: (a) el 20 de octubre de 2024, o (b) la fecha de entrada en vigor del Capítulo 57, Parte Y, Subparte C, Sección 1 de las Leyes de Nueva York de 2023.

Esta Política tiene por objeto cumplir con los requisitos de la política de Asistencia Financiera del Código de Rentas Internas, Sección 501(r) y la Sección 2807-k(9-a) de la Ley de Salud Pública de Nueva York. Esta Política entrará en vigor inmediatamente después de la última fecha: (a) el 20 de octubre de 2024, o (b) la fecha de entrada en vigor del Capítulo 57, Parte Y, Subparte C, Sección 1 de las Leyes de Nueva York de 2023.

Tenga en cuenta: Los servicios que se consideran no médicamente necesarios no son elegibles para recibir asistencia financiera.

La asistencia financiera no debe considerarse un sustituto de la responsabilidad financiera personal. La asistencia financiera solo está disponible para las personas que cumplen con los criterios de elegibilidad descritos en esta Política. Se espera que los pacientes cumplan con los procedimientos de OH para obtener asistencia financiera u otras formas de pago y que contribuyan al costo de su atención médica según su capacidad de pago. Se animará a las personas con capacidad financiera para adquirir un seguro médico a hacerlo como una forma de garantizar el acceso a los servicios de atención médica para su salud integral.

OH, a través de esta Política, no ayuda a ningún paciente a pagar los servicios prestados por un proveedor o profesional que no sea empleado de OH, incluso si dichos servicios se prestan en instalaciones hospitalarias de OH. Puede encontrar una lista de proveedores o profesionales independientes que pueden prestar servicios médicamente necesarios, pero que no están cubiertos por esta política, aquí:

<https://www.oneidahealth.org/billing-insurance-information/>

Alcance: Esta política se aplica a todos los miembros de la Junta, funcionarios, gerentes y otros miembros de la fuerza laboral, incluidos empleados, aprendices, voluntarios, proveedores, consultores, contratistas independientes, estudiantes y trabajadores temporales ("Personas afectadas") de Oneida Health (OH), incluido el hospital y todos sus departamentos y centros de salud, el Centro de atención extendida, las prácticas médicas

afiliadas de OH (Oneida Medical Services, PLLC, Oneida Medical Practice, PC y Genesee Physician Practice, PLLC) y cualquier otro departamento o entidad que sea parte de OH, según corresponda.

Procedimiento:

Para gestionar los recursos de forma responsable y permitir que OH proporcione el nivel adecuado de asistencia financiera a las personas necesitadas, se establecen los siguientes procedimientos y directrices para la prestación de asistencia financiera. Por consiguiente, la Política incluye la siguiente información sobre la asistencia financiera. Eligibility for Financial Assistance

- A. Pautas para la Asistencia Financiera al Paciente
- B. Servicios médicos aplicables bajo esta Política
- C. Métodos para solicitar Asistencia Financiera y determinaciones
- D. Documentación para la Asistencia Financiera
- E. Elegibilidad Presuntiva para Asistencia Financiera
- F. Comunicación de esta Política a pacientes y al público
- G. Políticas de facturación y cobro
- H. Requisitos regulatorios
- I. Información de contacto para comunicarse con las oficinas de asesoría financiera de Oneida Health

A. Elegibilidad para asistencia financiera

Los residentes del Estado de Nueva York son elegibles para Asistencia Financiera si: (a) reciben Atención Médica de Emergencia u otros Servicios Médicamente Necesarios en cualquier centro de OH; y (b) no tienen seguro médico, tienen seguro insuficiente, no son elegibles para programas gubernamentales u otra cobertura de terceros, o no pueden pagar la Atención Médica de Emergencia u otros Servicios Médicamente Necesarios; y (c) cumplen con las pautas de asistencia financiera para pacientes establecidas en esta política. La elegibilidad para Asistencia Financiera para Atención Médica de Emergencia u otros Servicios Médicamente Necesarios para no residentes del Estado de Nueva York se determinará caso por caso y requiere la aprobación de la alta dirección. La concesión de Asistencia Financiera se basará en una determinación individualizada de la necesidad financiera de acuerdo con esta Política y no tendrá en cuenta la edad, el género, la raza, el color, el origen nacional, la religión, el estado social o migratorio, la orientación sexual, la identidad de género, la afiliación conyugal, la discapacidad física o la discapacidad mental.

La concesión de asistencia financiera (a) puede estar sujeta a la voluntad del paciente de solicitar Medicaid u otros programas de seguro público para los que el paciente puede ser elegible según la evaluación de Oneida Health, y (b) requiere que el paciente coopere plenamente con los requisitos de solicitud de OH, incluida la divulgación de información personal, financiera o de otro tipo necesaria para la determinación de la necesidad financiera.

Al evaluar las solicitudes, OH se reserva el derecho a:

1. Considerar la elegibilidad para recibir asistencia financiera en cualquier momento, antes o después de la prestación del servicio o en cualquier momento durante el ciclo de facturación y cobro;
2. Solicitar solicitudes de asistencia financiera o confirmación de la información proporcionada previamente en cada visita médica o ingreso a un centro hospitalario de OH;
3. Realizar modificaciones por dificultades económicas a cualquier aspecto de la Política, caso por caso; y
4. Utilizar la información de recursos externos disponibles para verificar el tamaño de la familia o los ingresos familiares.

B. Pautas de asistencia financiera para pacientes

La elegibilidad para la Asistencia Financiera se basa en los ingresos familiares actuales y está disponible para personas con ingresos familiares que no superen el 400 % del Índice Federal de Pobreza (FPG) vigente. El límite actual de ingresos familiares para la Asistencia Financiera se establece en la tabla a continuación con fines ilustrativos.

Tamaño del hogar/familia	Ingreso familiar máximo (400 % de las pautas federales de pobreza de 2025) *
1	\$63,840
2	\$86,560
3	\$109,280
4	\$132,000
5	\$154,720
6	\$177,440
7	\$200,160

* El año 2026 se muestra con fines ilustrativos. Las cantidades se actualizan anualmente según sea necesario..

Los pacientes cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al 200 % del FPG son elegibles para recibir atención médica de emergencia o servicios médicamente necesarios sin cargo; y

Oneida Health utiliza las Pautas de Ingresos Presupuestarios (FPG) vigentes al momento de la revisión de la solicitud para determinar la elegibilidad para la Asistencia Financiera (ver la tabla anterior). Oneida Health actualizará las pautas de ingresos de las FPG con base en las FPG publicadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., con vigencia a partir del 1 de marzo o treinta (30) días después de la fecha de publicación, lo que ocurra más tarde.

Sujeto a la disponibilidad de otros recursos como se describe en esta Política o permitido por la ley estatal, los pacientes con ingresos familiares iguales o inferiores al 400 % del FPG pueden calificar para recibir asistencia financiera:

1. Los pacientes cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al 200 % de las FPG pueden recibir atención médica de emergencia o servicios médicamente necesarios sin costo; y
2. Los pacientes cuyos ingresos familiares sean superiores al 200 % pero no superiores al 400 % de las FPG pueden recibir un descuento en atención médica de emergencia o servicios médicamente necesarios, según se detalla en la tabla a continuación. A los pacientes elegibles para asistencia financiera no se les cobrará más del AGB:

Ingresos familiares como % del FPG	Responsabilidad del paciente no asegurado (% del AGB)	Responsabilidad del paciente con seguro insuficiente (porcentaje del costo compartido del paciente)
200% or less	\$0	\$0
201% to 250%	5%	5%
251% to 300%	10%	10%
301% to 350%	15%	15%
351% to 400%	20%	20%
401% to 500%	100%	100%

Oneida Health calcula el AGB utilizando las tarifas de Medicaid según un método retrospectivo, según lo define la Sección 1.501(r)-5 de las regulaciones del Departamento del Tesoro, para todos sus centros hospitalarios exentos de impuestos. El AGB por los servicios prestados por médicos empleados por Oneida Health en sus centros hospitalarios se calcula según un método retrospectivo, utilizando las tarifas de Medicare.

Información adicional relacionada con los porcentajes de AGB actuales utilizados por Oneida Health, así como información sobre cómo Oneida Health calculó estos porcentajes, está disponible a pedido, sin cargo, comunicándose con un representante de servicio al cliente utilizando los números de teléfono y direcciones que figuran a continuación en la Sección J de esta Política.

Porcentaje de ingresos respecto al nivel de pobreza 2025

Tamaño del hogar	100%	133%	150%	200%	250%	300%	400%
1	\$15,960	\$21,227	\$23,940	\$31,920	\$39,900	\$47,880	\$63,840
2	\$21,640	\$28,781	\$32,460	\$43,280	\$54,100	\$64,920	\$86,560
3	\$27,320	\$36,336	\$40,980	\$54,640	\$68,300	\$81,960	\$109,280
4	\$33,000	\$43,890	\$49,500	\$66,000	\$82,500	\$99,000	\$132,000
5	\$38,680	\$51,444	\$58,020	\$77,360	\$96,700	\$116,040	\$154,720
6	\$44,360	\$58,999	\$66,540	\$88,720	\$110,900	\$133,080	\$177,440
7	\$50,040	\$66,553	\$75,060	\$100,080	\$125,100	\$150,120	\$200,160

C. Servicios médicos aplicables según la Política de asistencia financiera de OH

1. Atención médica de emergencia, incluyendo pacientes que se presentan en cualquier centro de salud (incluidos los traslados bajo la Ley de Cuidados Intensivos y Asistencia Médica), brindada en una sala de emergencias; y

2. Servicios médicamente necesarios.

Las determinaciones sobre la necesidad médica son responsabilidad del profesional de la salud que brinda la atención, independientemente de la capacidad de pago del paciente. OH no tomará ninguna medida que desanime a las personas a buscar atención médica de emergencia.

OH proporciona Atención Médica de Emergencia independientemente de la elegibilidad del paciente según esta Política. OH no exige a los pacientes de urgencias que paguen antes de recibir tratamiento para afecciones médicas de emergencia, ni permite actividades de cobro de deudas en urgencias u otras áreas cuando dichas actividades puedan interferir con la prestación de Atención Médica de Emergencia de forma no discriminatoria.

D. Métodos para solicitar asistencia financiera y determinaciones

1. Se recomienda a los pacientes que soliciten Asistencia Financiera dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha indicada en el primer estado de cuenta posterior al alta. Sin embargo, OH aceptará solicitudes de Asistencia Financiera siempre que un paciente tenga un saldo pendiente por atención médica de emergencia u otros servicios médicamente necesarios recibidos en un centro hospitalario de OH. Un estado de cuenta se considera "posterior al alta" si se proporciona después de que el paciente haya recibido atención, ya sea hospitalizada o ambulatoria, y haya dado de alta del hospital.

2. Los pacientes pueden solicitar Asistencia Financiera presentando una solicitud o a través de un proceso interactivo con un asesor financiero. Los pacientes deben completar la solicitud y proporcionar toda la documentación requerida. Las solicitudes se pueden obtener: Online at the OH web address:

<https://www.oneidahealth.org/financial-assistance/>

- En el mostrador de registro principal o en el mostrador de la Sala de Emergencias de cada ubicación de OH;
- Comunicándose con Asistencia Financiera de OH al (315) 361-2230 y solicitando hablar con un asesor financiero.

3. Se solicita a los pacientes que presenten su solicitud por correo postal o en persona en el mostrador de registro principal de cualquiera de nuestras ubicaciones de Ohio. También pueden llamar a nuestra oficina de Asistencia Financiera para coordinar (315) 361-2230.

Una vez presentada la solicitud, el paciente puede ignorar cualquier factura o estado de cuenta hasta recibir una notificación por escrito sobre el estado de la misma. Los pacientes recibirán una notificación por escrito sobre su elegibilidad para la Asistencia Financiera dentro de los treinta (30) días posteriores a la presentación de la solicitud. Al recibir una Solicitud de Asistencia Financiera, se suspenderán todas las ECA aplicables.

Si un paciente es considerado elegible para la Asistencia Financiera, se le proporcionará un estado de cuenta actualizado que indicará el monto adeudado, cómo se determinó y el porcentaje aplicable. Cualquier monto pagado en exceso del monto adeudado por el paciente será reembolsado como corresponda.

Todas las decisiones sobre la elegibilidad para la Asistencia Financiera se comunicarán por escrito. La notificación de denegación de la Asistencia Financiera explicará el motivo de la denegación y cómo se pueden apelar las denegaciones.

4. Si se recibe una Solicitud incompleta, OH enviará una notificación por escrito que describe la información o documentación adicional necesaria para determinar la elegibilidad para la Asistencia Financiera. Los pacientes deben presentar la información o documentación adicional dentro de los treinta (30) días posteriores a la notificación. El paciente debe esperar recibir notificaciones de seguimiento rutinarias sobre cualquier factura impaga.

5. Se pueden presentar apelaciones dentro de los treinta (30) días posteriores a la notificación de la determinación. Se tomará una decisión sobre la apelación dentro de los treinta (30) días posteriores a su recepción. Se notificará a los pacientes por escrito el resultado de su apelación.

E. Documentación para asistencia financiera

Para ayudar al paciente a calificar para la Asistencia Financiera, se le puede solicitar al paciente o al garante del paciente que proporcione parte o toda la siguiente documentación: An Application;

1. Comprobante de domicilio;
2. Declaración(es) de impuestos del año anterior;
3. Mínimo de los dos últimos recibos de sueldo;
4. Mínimo de los tres últimos extractos bancarios de cuentas de ahorro y corriente; y
5. Para pacientes con seguro insuficiente, comprobante de los gastos médicos de bolsillo pagados en relación con la prestación de atención médica de emergencia u otros servicios médicamente necesarios en los últimos 12 meses.

a. Para cualquier gasto médico de bolsillo de su cónyuge: Proporcione documentación de dichos gastos.

b. Si no puede proporcionar dicha documentación, proporcione a su cónyuge el nombre del lugar donde recibió los servicios, su fecha de nacimiento, la(s) fecha(s) aproximada(s) de dichos servicios y cualquier otra información que pueda tener; y

6. Otra documentación de ingresos familiares. If an applicant does not have any of the listed documents to prove Family Income, the applicant may call the hospital facility's financial counseling office at (315)361-2230 to determine whether other evidence may be provided to demonstrate eligibility.

El OH también puede:

1. Considerar otros ingresos del paciente recaudados específicamente para el pago de facturas médicas, en la medida en que lo permitan las leyes federales y estatales aplicables; y
2. Incluir una revisión de las facturas pendientes del paciente por servicios previos para garantizar que se evalúen todos los saldos aplicables para la Asistencia Financiera.

El OH no solicitará documentación adicional a la indicada en esta Política y en la solicitud. Los servicios que no sean de emergencia pueden programarse antes de solicitar Asistencia Financiera; sin embargo, generalmente se requiere una determinación de elegibilidad para Asistencia Financiera antes de obtener los servicios.

Las solicitudes de Asistencia Financiera aprobadas para pacientes sin seguro (excepto aquellos que hayan agotado sus beneficios de seguro médico) tendrán una validez de doce meses y podrán utilizarse para determinar la elegibilidad para servicios posteriores. Las determinaciones de Asistencia Financiera podrán reevaluarse en cualquier momento si la información relevante para la elegibilidad del paciente cambia durante esos doce meses.

La Asistencia Financiera se aplicará a los niveles aprobados a cualquier cuenta pendiente de pago que el paciente pueda tener por Atención Médica de Emergencia u otros Servicios Médicamente Necesarios.

F. Elegibilidad presunta para asistencia financiera

En algunos casos, un paciente puede recibir descuentos de Asistencia Financiera si, a pesar de los esfuerzos habituales de Oneida Health, no se comunica con él durante el ciclo de facturación y cobro. En estos casos, Oneida Health puede utilizar consultas de crédito blandas que no afectan la solvencia del paciente ni su capacidad para obtener crédito futuro para determinar su elegibilidad para Asistencia Financiera de forma

presuntiva. Una vez que se determine que un paciente es elegible para Asistencia Financiera presuntiva, podría tener derecho a un descuento en el saldo de su cuenta.

Si se determina presuntamente que un paciente es elegible para Asistencia Financiera, Oneida Health le notificará por escrito sobre la base del descuento y cómo presentar una solicitud para evaluar su solicitud de Asistencia Financiera. También se le entregará una copia del Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera (PLS).

G. Comunicación del Programa de Asistencia Financiera a los Pacientes y al Público

El estado de Ohio publica avisos sobre la disponibilidad de Asistencia Financiera por diversos medios, incluyendo, según corresponda, avisos en las facturas de los pacientes, en las salas de emergencia, en los departamentos de admisión y registro, en las oficinas administrativas del hospital, en las clínicas y en la oficina de asesoría financiera para pacientes. También se incluye información en los sitios web de los hospitales del estado. Además, el estado proporciona resúmenes del programa de Asistencia Financiera a las agencias públicas locales y organizaciones sin fines de lucro que atienden las necesidades de salud de las poblaciones de bajos ingresos de la comunidad. El estado de Ohio notificará a los pacientes por escrito, con un lenguaje claro y conspicuo, que el estado ofrece servicios a un costo reducido a los pacientes que se determine que son elegibles según su necesidad financiera, tengan o no seguro médico, y proporcionará un enlace a la Solicitud, junto con un número de teléfono gratuito al que pueden llamar para obtener más ayuda..

Cualquier miembro del personal de OH o del personal médico, incluyendo médicos, enfermeras, asesores financieros, trabajadores sociales, administradores de casos, capellanes y patrocinadores religiosos, puede derivar pacientes para recibir Asistencia Financiera. El paciente, un familiar, amigo cercano o persona cercana puede solicitar Asistencia Financiera, sujeto a las leyes de privacidad aplicables. OH se esforzará por contactar a los pacientes sin seguro médico durante su estancia en el hospital, antes del alta, para brindarles asesoramiento financiero, incluyendo información sobre programas de pago y Asistencia Financiera.

La Solicitud y el PLS están disponibles en inglés y en los idiomas de preferencia. OH garantizará la precisión de todas las traducciones..

El OH también proporcionará servicios de interpretación gratuitos a quienes los necesiten, incluyendo personas que hablen idiomas a los que no se traduzcan la Solicitud y el PLS, que tengan dificultades para leer o que tengan discapacidades visuales o auditivas. El OH se asegurará de que los pacientes sean informados sobre este servicio cuando un miembro del personal tenga conocimiento de que el paciente podría beneficiarse de él. Se notificará a los pacientes por escrito sobre la disponibilidad de Asistencia Financiera durante el proceso de registro, alta y asesoramiento financiero en su idioma de preferencia. El PLS se ofrecerá a todos los pacientes como parte del proceso de admisión.

H. Políticas de facturación y cobro

Las medidas que OH puede tomar en caso de impago se describen en una Política de Cobro independiente. Dicha Política también incluye información sobre las medidas, los procesos y los plazos que OH utiliza para obtener el pago, incluyendo los esfuerzos razonables que realizará para determinar si una persona es elegible bajo esta Política de Asistencia Financiera antes de iniciar cualquier ECA. La Política de Cobro también incluye información sobre la oficina o las personas que tienen la responsabilidad final de determinar si OH ha realizado esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para Asistencia Financiera y, por lo tanto, pueden iniciar una ECA en su contra. Esta Política de Cobro se publica en el sitio web de OH, accesible en <https://www.oneidahealth.org/patients-visitors/> o disponible en versión impresa previa solicitud, ya sea en persona o por correo, contactando a la Oficina Comercial de OH correspondiente al (315) 361-2087.

I. Requisitos reglamentarios

Oneida Health cumplirá con todas las leyes, normas y regulaciones federales, estatales y locales que se apliquen a las actividades realizadas de conformidad con esta Política.

J. Oficinas de asesoramiento financiero de Oneida Health

Para obtener más información sobre la asistencia financiera que ofrece Oneida Health o para obtener ayuda con la solicitud, los pacientes pueden comunicarse con nosotros a las direcciones o números de teléfono que se indican a continuación.

- Oneida Health
- Unidad de Asistencia Financiera
- 315-361-2230
- 7840 Oxbow Road, Canastota, NY 13202

Política de Asistencia Financiera de Oneida Health

Autres politiques/procédures connexes :

Politique précédente :

Références : Article 501(r) du Code de l'IRS, en vigueur depuis 2016, article 2807-k de la loi sur la santé publique de l'État de New York ; article 180-c de la loi sur la santé publique ; articles 359-g et 519-a du droit général des affaires.

Normes :

Formulaires : Résumé de l'aide financière en langage clair (01242)

Demande d'aide financière (01913)

Paieement des soins – Services contractuels (01519)

Approbation : Comité de conformité de l'OH, Comité des finances du Conseil d'administration

Apéndice 1

DEFINICIONES

Monto Generalmente Facturado (“MGA”): Los montos generalmente facturados por Atención Médica de Emergencia u otros Servicios Médicamente Necesarios a personas que cuentan con un seguro que cubre dicha atención, determinados multiplicando los Cargos Brutos de la atención por el Porcentaje de MGA.

Porcentaje(s) de MGA: El monto obtenido mediante el método de "Look-Back", según se define en la Sección 1.501(r)-5 de las regulaciones del Departamento del Tesoro, para cualquier Atención Médica de Emergencia u otros Servicios Médicamente Necesarios.

Solicitud: La solicitud del programa de Asistencia Financiera o de Descuento por Escala Móvil de Tarifas Clínicas, según corresponda, ya sea presentada en papel, electrónicamente o mediante entrevista telefónica.

Costos Compartidos: El monto total adeudado por un paciente con seguro insuficiente después de la aplicación de la cobertura de seguro de dicho paciente, incluyendo, entre otros, deducibles, copagos, coaseguro y saldo después del seguro.

Atención Médica de Emergencia: Servicios de atención médica que un hospital o un médico, ejerciendo un juicio clínico prudente, proporcionaría a un paciente que presenta una Afección Médica de Emergencia.

Afección Médica de Emergencia: Según la definición de la Sección 1867 de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd), también conocida como la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (“EMTALA”), se refiere a una afección médica que se manifiesta con síntomas agudos de tal gravedad que la ausencia de atención médica inmediata podría razonablemente resultar en: (i) poner en grave peligro la salud de la persona; (ii) un deterioro grave de las funciones corporales; o (iii) una disfunción grave de cualquier órgano del cuerpo. La EMTALA también define una afección médica de emergencia para incluir a una mujer embarazada con contracciones.

Acción de cobro extraordinaria (“ECA”): acciones de cobro que requieren un proceso legal o judicial que Oneida Health puede tomar de conformidad con la Sección 1.501(r)-6 de las regulaciones del Departamento del Tesoro para obtener el pago de una factura de atención, incluyendo (1) iniciar una acción civil contra una persona, (2) colocar un gravamen sobre la propiedad de una persona que no sea su residencia principal y (3) embargar o incautar la cuenta bancaria de una persona o cualquier otra propiedad personal.

Familia: Un grupo de dos o más personas que residen juntas y tienen parentesco por nacimiento, matrimonio (incluida la pareja de hecho) o adopción. Si el paciente declara a alguien como dependiente en su declaración de impuestos, esta persona podría considerarse dependiente a efectos de esta Política. Oneida Health se reserva el derecho de validar la responsabilidad financiera de cualquier familiar incluido.

Ingresos Familiares: Los Ingresos Familiares incluyen sueldos, salarios, compensación por desempleo, compensación laboral, Seguro Social, Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI), asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensiones o ingresos de jubilación, rentas de propiedades, ganancias y honorarios de su propio negocio, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de herencias, fideicomisos, pensión alimenticia, manutención infantil y otras fuentes diversas. Los Ingresos Familiares se determinan antes de impuestos y excluyen las ganancias o pérdidas de capital. Si una persona vive con una familia, se pueden considerar los ingresos de todos los miembros de la familia (no se cuentan los miembros del hogar no emparentados). Las prestaciones no monetarias, como los cupones de alimentos y los subsidios de vivienda, no se consideran ingresos.

Asistencia Financiera: El descuento que ofrece Oneida Health a las personas que no pueden costear la atención médica de emergencia u otros servicios médicamente necesarios que recibieron de conformidad con esta Política.

Cargos Brutos: El cargo total por la atención al paciente y otros servicios en una entidad de Oneida Health, basado en las tarifas establecidas antes de aplicar cualquier deducción al cargo total.

Garante: La persona responsable de pagar una factura. El garante siempre es el paciente, a menos que este sea un adulto incapacitado o un menor no emancipado (menor de 18 años), en cuyo caso, el garante es su padre, madre o tutor legal.

Servicios Médicamente Necesarios: Servicios de atención médica que un médico, ejerciendo un juicio clínico prudente, proporcionaría a un paciente con el fin de evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, dolencia o sus síntomas, y que: (a) se ajustan a los estándares generalmente aceptados de la práctica médica; (b) son clínicamente apropiados; y (c) no se destinan principalmente a la conveniencia del paciente.

Resumen en Lenguaje Sencillo de la Política (“PLS”): Una declaración escrita que notifica a la persona que el hospital ofrece Asistencia Financiera y el Descuento de la Escala Móvil de Tarifas Clínicas, y proporciona la siguiente información en un lenguaje claro, conciso y fácil de entender, con el objetivo de que, en la medida de lo posible (dado el tema y el contenido del documento), se redacte a un nivel de lectura de quinto grado:

1. Una breve descripción de los requisitos de elegibilidad y la asistencia ofrecida bajo la Política;
2. Un breve resumen de cómo solicitar asistencia bajo la Política;
3. La dirección del sitio web (o URL) y las ubicaciones físicas donde la persona puede obtener copias de la Política y el formulario de Solicitud;
4. Instrucciones sobre cómo obtener una copia gratuita de la Política y la Solicitud correspondiente por correo postal;
5. La información de contacto, incluyendo el número de teléfono y la ubicación física, de la oficina o departamento del hospital que puede proporcionar información sobre la Política y asistencia con el proceso de solicitud;
6. Una declaración sobre la disponibilidad de traducciones de la Póliza, la Solicitud y el Resumen en Lenguaje Sencillo (PLS) a otros idiomas, si corresponde; y
7. Una declaración de que a una persona elegible para recibir Asistencia Financiera no se le puede cobrar más del AGB por Atención Médica de Emergencia u otros Servicios Médicamente Necesarios.

Idiomas Preferidos: Idiomas (a) utilizados para comunicarse, durante al menos el cinco por ciento de las visitas anuales, por pacientes que no hablan, leen, escriben o comprenden el inglés con el nivel de competencia necesario para una comunicación efectiva con los profesionales de la salud, o (b) hablados por personas que no hablan inglés y que representan el menor de los siguientes grupos: (i) 1000 residentes o (ii) más del uno por ciento de la población del área de servicio del hospital principal.

Sin Seguro: El paciente no carece de seguro y ha acumulado gastos médicos de bolsillo en los últimos 12 meses por atención médica de emergencia u otros servicios médicamente necesarios que superan el 10% de sus ingresos brutos anuales.

Sin Seguro: El paciente no cuenta con seguro médico ni asistencia externa para cumplir con sus obligaciones de pago relacionadas con la atención médica, o ha agotado los beneficios de su seguro médico y puede demostrar su incapacidad para pagar la totalidad de los cargos según los criterios de elegibilidad de esta Póliza.