

## Manual de Procedimientos y Política Administrativa

Asistencia financiera  
Alcance: toda la organización

Fecha de entrada en vigencia: 8/18/2016

Fecha de revisión: 07/06/2022

Página 1 de 24

### **I. Propósito**

El propósito de la presente política es brindar el marco en virtud del cual la asistencia financiera estará disponible para los pacientes del Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago (el "Hospital") y las entidades que figuran en el Apéndice A. La presente política describe el procedimiento, los requisitos y los criterios de elegibilidad relacionados con el programa de asistencia financiera del Hospital, así como las medidas que el Hospital puede tomar en caso de falta de pago.

### **II. Alcance y cobertura**

- A. La presente política se aplica a toda la atención de emergencia o medicamento necesaria que ofrece el Hospital. Esta política no es vinculante para los proveedores de servicios médicos que no están empleados o contratados por el Hospital para prestar servicios médicos, incluidos los médicos que tratan a los pacientes del Hospital como pacientes hospitalizados o ambulatorios.
- B. En el Apéndice A de la presente política se incluye información sobre los proveedores que brindan atención de emergencia u otra atención medicamento necesaria en el Hospital cuyos servicios están cubiertos conforme a esta política. Todos los demás servicios de los proveedores no incluidos en la lista no están cubiertos por la presente política.

### **III. Declaraciones de Política**

- A. De conformidad con su misión, el Hospital se compromete a poner a disposición de los pacientes pediátricos los servicios de atención médica sin discriminación por motivos de raza, color, religión, discapacidad, sexo, identidad de género, nacionalidad, orientación sexual, situación migratoria o solvencia económica, incluido el hecho de si el paciente reúne los requisitos para recibir Asistencia Financiera o no, o es indigente desde el punto de vista médico, o si se trata de cualquier otra condición amparada por la ley. El Hospital reconoce y está al tanto de las necesidades financieras de sus pacientes y sus familias que no pueden pagar los gastos asociados a la atención médica del paciente. En ese sentido, el Hospital brindará asistencia financiera, de conformidad con la presente Política, a aquellos pacientes que reúnan los requisitos y que reciban servicios de atención médica de emergencia u otros servicios "medicamente necesarios" (según la definición de los Centros de Medicare y Medicaid).

## Manual de Procedimientos y Política Administrativa

Asistencia financiera

Alcance: toda la organización

Fecha de entrada en vigencia: 8/18/2016

Fecha de revisión: 07/06/2022

Página 2 de 24

- B. La Asistencia Financiera que se describe en la presente Política se ofrecerá de modo que cumpla con los requisitos estatales y federales, y preserve los recursos generales del Hospital a fin de poder continuar brindando servicios de atención médica a aquellos niños que residen en Illinois y que necesitan atención altamente especializada.
- C. Los pacientes y las familias deben cooperar con el Hospital respecto a la identificación, solicitud y obtención de fuentes de pago, incluida la asistencia pública cuando esté disponible; dichos esfuerzos deben agotarse antes de que un paciente pueda recibir Asistencia Financiera. Se espera que los pacientes y las familias notifiquen al Hospital si se produce un cambio sustancial en la situación económica del paciente o de su familia.
- D. Con el fin de administrar sus recursos y responsabilidades y de permitir que el Hospital preste asistencia al mayor número de niños que lo necesiten, el Consejo de Administración, a través del Comité de Finanzas, establece las siguientes pautas para la prestación de la Asistencia Financiera.

### IV. Definiciones

- A. *Monto generalmente facturado*: a los pacientes que reúnen los requisitos para recibir Asistencia Financiera no se les cobrará más por servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios que los montos generalmente facturados a las personas que cuentan con un seguro médico público o comercial que cubre dicha atención (“AGB”).
  - i. Para calcular el AGB, el Hospital eligió el método “retrospectivo”. Esto significa que el porcentaje del AGB se basa en reclamaciones pasadas reales pagadas al Hospital por reclamaciones de Medicare Fee for Service junto con todas las compañías de seguros médicos privadas que pagan reclamaciones al Hospital.
  - ii. El porcentaje de descuento del AGB se calculará anualmente dividiendo la suma de todos los montos de ajuste contractual en reclamaciones donde el seguro haya pagado su responsabilidad durante el periodo anterior de 12 meses por la suma de los gastos brutos de dichas reclamaciones. El porcentaje resultante se aplica a los gastos brutos de un individuo a fin de reducir los cargos facturados al porcentaje del AGB.
  - iii. Cada año, se calculará un porcentaje del AGB revisado y se aplicará antes de los 120 días siguientes al inicio del año calendario utilizado para determinar los cálculos.
  - iv. El porcentaje del AGB figura en el Apéndice B.

Fecha de revisión:

Manual de Procedimientos y Política Administrativa

Asistencia financiera  
Alcance: toda la organización

Fecha de entrada en vigencia: 8/18/2016

Fecha de revisión: 07/06/2022

Página 3 de 24

- B. *Periodo de solicitud:* durante el Periodo de Solicitud, el Hospital aceptará y procesará una solicitud de Asistencia Financiera, cuya copia se adjunta como Apéndice B y se puede encontrar en el sitio web del Hospital en <https://www.luriechildrens.org/financial-assistance> (“*Solicitud*”). El Periodo de Solicitud comienza en la fecha en que se brinda la atención y termina 240 días después de la fecha en que el Hospital ofrece el primer estado de cuenta posterior al alta de la atención.
- C. *Plazo de finalización:* el plazo de finalización es la fecha después de la cual un Hospital puede iniciar o reanudar las AEC (como se define a continuación) contra una persona que presentó una solicitud incompleta si dicha persona no brindó al Hospital la información o documentación que falta y que es necesaria para completar la solicitud. El plazo de finalización no debe ser anterior a (i) 30 días después de que el Hospital le brinde a la persona este aviso por escrito, o (ii) al último día del periodo de solicitud.
- D. *Servicios de emergencia:* una afección médica de reciente aparición y de gravedad que llevaría a una persona prudente, que posee un conocimiento promedio de medicina y salud, a creer que se requiere atención médica urgente o no programada.
- E. *Acciones Extraordinarias de Cobro (AEC):* las AEC se definen como aquellas medidas: (1) que requieren un proceso legal o judicial contra un paciente con respecto al pago por los servicios prestados a dicho paciente, (2) que implican la venta de la deuda a otra parte, (3) el retraso o el rechazo de la atención médicamente necesaria, o la exigencia de un pago antes de brindarla, debido a la falta de pago de una o más facturas por la atención prestada anteriormente por parte de una persona, o (4) la presentación de información adversa a agencias u organismos de crédito. Las medidas que requieren un proceso legal o judicial para este propósito incluyen (a) imponer un gravamen (a menos que dicho gravamen sea contra un tercero que causó la lesión de un paciente); (b) ejecutar la hipoteca de un bien inmueble; (c) embargar o congelar cuentas bancarias u otros bienes personales; (d) iniciar una acción civil contra una persona; (e) tomar medidas que causen la detención de una persona; (f) tomar medidas que hagan que un individuo esté sujeto a la detención personal; o (g) embargar salarios. Una AEC no incluye la presentación de un reclamo en todo procedimiento de quiebra ni la realización de determinadas ventas de deuda según las especificaciones del Servicio de Impuestos Internos. El Hospital no realizará ninguna AEC antes de haber realizado esfuerzos razonables a fin de determinar si el paciente reúne los requisitos para recibir Asistencia Financiera. Puede encontrar más información sobre el uso de las AEC por parte del Hospital en la Política de Cobros independiente del Hospital, disponible a pedido o en el sitio web del Hospital en [[www.luriechildrens.org/financial-assistance](http://www.luriechildrens.org/financial-assistance)].

Manual de Procedimientos y Política Administrativa

Asistencia financiera  
Alcance: toda la organización

Fecha de entrada en vigencia: 8/18/2016

Fecha de revisión: 07/06/2022

Página 4 de 24

- F. *Ingresos familiares*: los ingresos familiares se definen en función de las definiciones utilizadas por la Oficina del Censo de los Estados Unidos e incluyen los ingresos, la compensación por desempleo, la compensación de los trabajadores, el Seguro Social, la Seguridad de Ingreso Suplementario, los pagos de asistencia pública, los pagos de los veteranos, los beneficios de los sobrevivientes, los ingresos de pensiones o de jubilación, los intereses, los dividendos, los alquileres, los derechos de autor, los ingresos de herencias, los fideicomisos, la asistencia educativa, la pensión alimenticia, la manutención de los hijos, la asistencia de fuera del hogar y otras fuentes diversas. Las prestaciones no monetarias (como los subsidios de alimentos y de vivienda brindados a través de programas de asistencia estatales) no se consideran ingresos. A los efectos de la presente política, los ingresos familiares incluyen los ingresos que generó el paciente, el padre, la madre, el tutor u otro miembro de la familia responsable económicamente del costo de la atención que le prestó el Hospital al paciente.
- G. *Pautas Federales de Pobreza (“FPG”)*: las Pautas Federales de Pobreza se actualizan periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos conforme a la autoridad de 42 U.S.C. 9902(2). Las FPG, adjuntas a la Política como Apéndice D se adaptarán anualmente a la Política tras su revisión y publicación por el gobierno federal en el Registro Federal.
- H. *Asistencia financiera*: la asistencia financiera es un descuento que se brinda de acuerdo con los términos y condiciones a los pacientes que reúnen los requisitos o según lo exija la ley.
- I. *Consejo Financiero*: el Consejo Financiero está compuesto por el director médico, el director financiero, los jefes de los departamentos de Cirugía y Pediatría o quienes designen, un representante del Plan de Prácticas de la Facultad y otros, según corresponda. Las funciones y responsabilidades del Consejo se abordan más adelante en la presente política.
- J. *Clínica gratuita y benéfica*: una organización de atención médica exenta de impuestos 501(c)(3) que presta servicios sanitarios a personas de bajos ingresos sin seguro o con seguro insuficiente y que goza del reconocimiento de la Asociación de Clínicas Gratuitas y Benéficas de Illinois o la Asociación Nacional de Clínicas Gratuitas y Benéficas.
- K. *Programas de Health Share*: programas de gastos compartidos que los pacientes utilizan como una alternativa a los seguros médicos más tradicionales. Lurie Children’s no tiene contrato con ningún programa de Health Share. Todo paciente que participe en un programa de Health Share se considerará no asegurado.

Fecha de revisión:

Manual de Procedimientos y Política Administrativa

Asistencia financiera  
Alcance: toda la organización

Fecha de entrada en vigencia: 8/18/2016

Fecha de revisión: 07/06/2022

Página 5 de 24

- L. *Servicios médicamente necesarios*: se entiende por “médicamente necesario” todo servicio, medicamento o suministro que sea necesario y apropiado para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión de conformidad con los estándares generalmente aceptados de la práctica médica en el momento en que se ofrece el servicio, medicamento o suministro. Esto no incluye los servicios que se consideran no médicamente necesarios, como los servicios cosméticos.
- M. *No cubiertos*: servicios que no están cubiertos por la compañía de seguros de un paciente individual. Los servicios no cubiertos son servicios que los pacientes deben pagar por su cuenta cuando se los notifica con anticipación. La cobertura de un servicio varía según la póliza de seguro. Por ejemplo, Medicare pagará un examen físico anual como parte de un servicio cubierto. Sin embargo, Medicare no paga por los procedimientos odontológicos normales. Los servicios no cubiertos son elegibles para recibir Asistencia Financiera. Si no se notificó a un paciente antes de la prestación del servicio que su servicio o medicamento es un servicio no cubierto en función de la información de la compañía de seguros de los pacientes, no será responsable de la totalidad de los gastos.
- N. *Periodo de notificación*: el periodo de notificación se define como el período durante el cual el Hospital debe hacer un esfuerzo razonable para notificar al paciente de la presente Política y durante el cual no se tomarán AEC. El periodo de notificación comienza cuando el Hospital ofrece el primer estado de cuenta posterior al alta y termina a los 120 días a partir de entonces.
- O. *Fuera de la red*: un paciente se considera fuera de la red si el proveedor o el centro que le brinda atención no tiene un contrato negociado con el plan de seguro médico del paciente. **No se contemplan en la presente Política las responsabilidades de los pacientes por servicios fuera de la red.** El Hospital cumplirá con todas las reglas y reglamentos aplicables, incluida la Ley Federal de No Sorpresas, para determinar qué servicios se consideran fuera de la red. La Ley de No Sorpresas identifica determinados servicios por los cuales no se puede facturar el saldo a los pacientes fuera de la red (por ejemplo, servicios de emergencia y posteriores a la estabilización o servicios auxiliares que no son de emergencia) (“Servicios Protegidos”). Los pacientes tienen derecho a recibir asistencia financiera para los gastos relacionados con los Servicios Protegidos.
- P. *Paciente*: a los efectos de la presente política, se reconoce que el paciente incluye al padre, madre, tutor u otro miembro de la familia económicamente responsable del costo de la atención que le prestó el Hospital al paciente.

Manual de Procedimientos y Política Administrativa

Asistencia financiera  
Alcance: toda la organización

Fecha de entrada en vigencia: 8/18/2016

Fecha de revisión: 07/06/2022

Página 6 de 24

- Q. *Resumen en lenguaje sencillo*: una declaración escrita de forma clara y concisa, y fácil de leer que notifica a una persona que el Hospital ofrece Asistencia Financiera y brinda información adicional, que incluye lo siguiente:
- i. Una breve descripción de los requisitos de elegibilidad y la asistencia que se ofrece en virtud de la presente Política.
  - ii. Un breve resumen de cómo solicitarla en virtud de la presente Política.
  - iii. Una lista de un sitio web o una ubicación donde se puede obtener la Solicitud.
  - iv. Instrucciones sobre cómo obtener una copia gratuita de la Política y la Solicitud por correo.
  - v. Información de contacto de una persona que ayude con el proceso (así como cualquier otra organización que el Hospital haya identificado para ayudar con las Solicitudes, si el Hospital decidió hacerlo).
  - vi. Disponibilidad de ciertas traducciones lingüísticas de la presente Política.
  - vii. Una declaración en la que se confirme que no se le cobrará a ningún paciente elegible para recibir Asistencia Financiera más que el AGB por servicios de emergencia o médicamente necesarios.
- R. *Esfuerzos razonables*: el Hospital no tomará AEC para obtener el pago de la atención antes de hacer esfuerzos razonables a fin de determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera en virtud de la presente Política. Los esfuerzos razonables incluyen los pasos que se indican a continuación. Al menos 30 días antes de tomar toda AEC, el Hospital deberá hacer lo siguiente:
- i. Ofrecer un resumen en lenguaje sencillo de la Política al paciente y ofrecerle una Solicitud antes del alta hospitalaria.
  - ii. Enviar al menos un estado de cuenta que incluya lo siguiente:
    - (a) una notificación por escrito visible de la disponibilidad de la asistencia financiera,
    - (b) un número de teléfono del Hospital donde se puede encontrar información sobre la Política y el proceso de Solicitud,
    - (c) la dirección directa del sitio web donde se pueden descargar copias de la Política, la Solicitud y el Resumen en lenguaje sencillo de la Política y
    - (d) una notificación por escrito de las AEC que el Hospital tiene la intención de tomar a fin de obtener el pago de la atención, y la fecha límite después de la cual se pueden tomar dichas AEC.
  - iii. Hacer un esfuerzo razonable para notificar oralmente al paciente sobre la Política y, sobre todo, cómo obtener asistencia con el proceso de solicitud.

Fecha de revisión:



Manual de Procedimientos y Política Administrativa

Asistencia financiera  
Alcance: toda la organización

Fecha de entrada en vigencia: 8/18/2016

Fecha de revisión: 07/06/2022

Página 7 de 24

El Hospital puede brindar una copia de la Política, la Solicitud y el resumen en lenguaje sencillo electrónicamente por correo electrónico y pondrá a disposición copias en papel de dichos documentos previa solicitud. El Hospital hará que la Política, el resumen en lenguaje sencillo, la Solicitud y la Política de Cobros estén disponibles en los idiomas comúnmente hablados por las poblaciones con conocimientos limitados del inglés que el Hospital atiende.

En el caso de pacientes que presentaron una Solicitud, el Hospital sigue los siguientes pasos:

- iv. *Solicitudes incompletas*: si el paciente o la familia presentan una Solicitud incompleta, el Hospital hará lo siguiente:
  - (a) Suspenderá toda AEC contra el paciente.
  - (b) Ofrecerá una notificación por escrito en la que se describa qué información o documentación adicional se necesita para completar el proceso de solicitud y que incluya un resumen en lenguaje sencillo.
  - (c) Si la Solicitud se completa durante el periodo de solicitud, el Hospital seguirá los pasos que se describen a continuación para una Solicitud completa.
- v. *Solicitudes completas*: si el paciente o la familia presentan una Solicitud completa durante el periodo de solicitud, el Hospital hará lo siguiente:
  - (a) Suspenderá toda AEC contra el paciente.
  - (b) Determinará oportunamente si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera.
  - (c) Notificará al paciente por escrito la determinación de elegibilidad (incluida, si corresponde, la asistencia para la cual el paciente es elegible) y el fundamento de dicha determinación.
- vi. *Paciente determinado como elegible*: si se determinó que un paciente o familia es elegible para recibir Asistencia Financiera:
  - (a) En caso de que se determine que un paciente es elegible para recibir Asistencia Financiera que no sea atención gratuita, el Hospital brindará al paciente un estado de cuenta que indique (i) el monto adeudado después de restar la Asistencia Financiera, (ii) cómo se determinó ese monto y (iii) cómo el paciente puede obtener información sobre el AGB para la atención.
  - (b) El Hospital reembolsará todo pago en exceso que haya realizado el paciente dentro del periodo de reembolso. El periodo de reembolso comenzará el mes calendario en que se recibió la solicitud y finalizará cuando se complete la solicitud,

Manual de Procedimientos y Política Administrativa

Asistencia financiera  
Alcance: toda la organización

Fecha de entrada en vigencia: 8/18/2016

Fecha de revisión: 07/06/2022

Página 8 de 24

sin exceder un periodo de tres meses.

- (c) El Hospital tomará todas las medidas razonablemente disponibles para revertir toda AEC (que no sea la venta de una deuda o una decisión de retrasar o aplazar la atención por falta de pago) que se haya tomado contra el paciente.

- S. *Seguro insuficiente*: el estado de una persona que tiene algún tipo de seguro de salud que no ofrece protección financiera completa. Los pacientes con seguro insuficiente son elegibles para recibir Asistencia Financiera a menos que su seguro esté fuera de la red.
- T. *No asegurado*: cuando un paciente no está cubierto por una póliza de seguro de salud ni es beneficiario de un seguro de salud público o privado, de una prestación de salud u otro programa de cobertura sanitaria, incluidos los planes de seguro de salud con deducible elevado, la compensación de los trabajadores, el seguro de responsabilidad civil por accidentes u otra responsabilidad frente a terceros. Los pacientes no asegurados son elegibles para recibir Asistencia Financiera. Los pacientes que están asegurados, pero fuera de la red, no se consideran no asegurados y no son elegibles para recibir Asistencia Financiera.

## V. Criterios de elegibilidad

- A. A fin de ser considerado elegible para recibir atención gratuita o atención a una tarifa reducida, el paciente o la familia deben solicitarlo completando la Solicitud (*véase el Apéndice C*) y brindando la documentación correspondiente.
- B. La decisión del Hospital de ofrecer Asistencia Financiera se basará, como mínimo, en una revisión de los siguientes criterios específicos, que documentará el paciente en su totalidad en la Solicitud (sujeto a los criterios atenuantes que se enumeran a continuación): ingresos y activos y pasivos de la familia en la fecha del servicio. El paciente o la familia deben presentar uno o más de los siguientes documentos justificativos para establecer los ingresos familiares (según corresponda):
- i. una copia de la declaración de impuestos más reciente;
  - ii. una copia del formulario W-2 más reciente y del formulario 1099;
  - iii. copias de los últimos recibos de sueldo;
  - iv. una carta de verificación de ingresos firmada por un empleador (si se paga en efectivo);
  - v. cheques de seguridad social o discapacidad;
  - vi. extractos bancarios.



Manual de Procedimientos y Política Administrativa

Asistencia financiera  
Alcance: toda la organización

Fecha de entrada en vigencia: 8/18/2016

Fecha de revisión: 07/06/2022

Página **9** de **24**

La falta de presentación de cualquiera de estos documentos, si así lo requiere la Solicitud, puede dar lugar a que se deniegue la Asistencia Financiera. El Hospital se reserva el derecho de solicitar documentación adicional, según sea necesario.

- C. La decisión de ofrecer Asistencia Financiera se basará, como mínimo, en una revisión de los siguientes criterios específicos, que documentará el paciente en su totalidad en la Solicitud (de conformidad con el Artículo IV[E] que aparece a continuación): ingresos.
- D. El Hospital puede, a su entera discreción, considerar otros criterios atenuantes a la hora de determinar la elegibilidad de un paciente para recibir Asistencia Financiera, que incluyen, entre otros, los siguientes:
- i. tamaño de la familia inmediata del paciente;
  - ii. situación médica del proveedor principal de la familia del paciente;
  - iii. situación laboral del paciente o de sus tutores junto con el potencial de ingresos futuros del proveedor principal de la familia;
  - iv. la buena disposición de la familia para colaborar con el Hospital y poder acceder a todas las fuentes de pago posibles;
  - v. el importe y la frecuencia de las facturas relacionadas con el hospital y otros servicios de salud o medicamentos respecto de todos los demás factores considerados.
- E. Debido a una variedad de circunstancias, es posible que la documentación justificativa necesaria para demostrar la elegibilidad de un paciente para recibir Asistencia Financiera no esté disponible. El Hospital puede, a su entera discreción, considerar las declaraciones verbales o escritas del paciente o de su familia sobre los criterios de elegibilidad.
- F. A fin de ser elegible para recibir asistencia financiera, el paciente debe ser residente de Illinois o residente de los siguientes condados de Indiana (Lake, LaPorte o Porter). El traslado a las áreas de servicio de Illinois o Indiana con el único propósito de recibir prestaciones de atención médica no cumple el requisito de residencia. La verificación aceptable de la residencia en Illinois o Indiana puede incluir lo siguiente:
- i. tarjeta de identificación válida emitida por el estado;
  - ii. factura reciente de servicios públicos residenciales;
  - iii. contrato de alquiler;
  - iv. tarjeta de registro del vehículo;
  - v. tarjeta de registro del votante;

Fecha de revisión:

Manual de Procedimientos y Política Administrativa

Asistencia financiera  
Alcance: toda la organización

Fecha de entrada en vigencia: 8/18/2016

Fecha de revisión: 07/06/2022

Página **10** de **24**

- vi. correo dirigido al paciente no asegurado en una dirección de Illinois o Indiana de un gobierno u otra fuente creíble;
  - vii. declaración de un miembro de la familia de que el paciente no asegurado reside en la misma dirección y presenta verificación de residencia;
  - viii. carta de un centro para indigentes, una casa de transición u otro centro similar que verifique que el paciente no asegurado reside allí;
  - ix. licencia de conducir temporal de visitante;
  - x. toda documentación aceptable de verificación de ingresos familiares descrita en la Sección V anterior:
- G. La presente Política se aplicará independientemente de la situación migratoria del paciente.
- H. Los niños que residen en un país extranjero no son elegibles para recibir Asistencia Financiera.
- I. No se les denegará la Asistencia Financiera a los solicitantes por motivos de raza, color, religión, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, nacionalidad, discapacidad, estado civil, estado migratorio o cualquier otra categoría legalmente protegida.
- J. Toda atención gratuita o con descuento que se ofrezca de conformidad con la presente Política está sujeta a revisión para garantizar el cumplimiento de la presente Política.
- K. La necesidad de tratamiento médico de todo paciente se basará en el juicio clínico del proveedor de atención médica sin tener en cuenta la situación económica del paciente o de la familia. Todos los pacientes recibirán tratamientos por afecciones médicas de emergencia (en el sentido del Artículo 1867 de la Ley de Seguridad Social [42 U.S.C. 1395dd]) sin discriminación e independientemente de su capacidad de pago o elegibilidad para recibir atención gratuita o con descuento.
- L. Se aceptarán o evaluarán las solicitudes de Asistencia Financiera o nueva información sobre los factores utilizados para evaluar dichas solicitudes de Asistencia Financiera (como un cambio en el tamaño de la familia o los ingresos) en cualquier momento durante el Periodo de Solicitud. Se entiende que las dificultades financieras pueden surgir después de la fecha del servicio. Independientemente del momento en que surjan las dificultades financieras, las circunstancias individuales se evaluarán en toda solicitud de Asistencia Financiera que se presente correctamente durante el periodo de solicitud.

Manual de Procedimientos y Política Administrativa

Asistencia financiera

Alcance: toda la organización

Fecha de entrada en vigencia: 8/18/2016

Fecha de revisión: 07/06/2022

Página **11** de **24**

- M. Las familias con ingresos familiares que excedan las pautas de los criterios de elegibilidad establecidas anteriormente pueden presentar una solicitud y someterse a una evaluación por parte del Hospital para la consideración del plan de pago.
- N. Cuando se haya determinado la elegibilidad para recibir Asistencia Financiera, todas las cuentas de los pacientes dentro de la misma familia (es decir, con el mismo padre, madre, garante o persona económicamente responsable) se gestionarán de la misma manera para la atención prestada durante los seis meses siguientes a la fecha de dicha determinación, sin la necesidad de completar una nueva Solicitud. Los descuentos se aplicarán a todos los saldos abiertos de autopago. Se requerirá una nueva solicitud para la atención brindada más de seis meses después de la determinación inicial (u otra determinación previa) o si se recibe información de que la situación económica del paciente o la familia cambió significativamente desde el periodo de evaluación inicial.
- O. El Vicepresidente de Ciclo de Ingresos puede hacer excepciones a los criterios anteriores hasta un máximo de \$10,000 por consulta en caso de que el paciente o la familia lo soliciten durante el proceso de revisión de la solicitud de asistencia financiera. Se entregará un informe trimestral al Consejo a fin de que revise las excepciones concedidas. Las solicitudes de más de \$10,000 se presentarán al Consejo para su aprobación.

## **VI. Elegibilidad presunta**

- A. La siguiente lista es representativa de las circunstancias en las cuales se considera que un paciente es presuntamente elegible para una reducción del 100 por ciento (es decir, atención gratuita para emergencias u otros servicios médicamente necesarios) al brindar al Hospital (1) una declaración del paciente o su tutor legal o representante del cumplimiento del paciente de uno o más de estos criterios o (2) la documentación de la participación del paciente en uno o más de estos programas o circunstancias de la vida, y cualquier otra documentación razonable que solicite el Hospital (en la medida en que sea aplicable):
  - i. Inscripción en cualquiera de los siguientes programas de asistencia para personas con bajos ingresos que tengan criterios de elegibilidad iguales o inferiores al 200% de las FPG:
    - (a) Programas de recetas médicas financiados por el estado.
    - (b) Programas para Mujeres, Lactantes y Niños (WIC).
    - (c) Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP).
    - (d) Programa de Almuerzos y Desayunos Gratis de Illinois.

Fecha de revisión:

Manual de Procedimientos y Política Administrativa

Asistencia financiera  
Alcance: toda la organización

Fecha de entrada en vigencia: 8/18/2016

Fecha de revisión: 07/06/2022

Página **12** de **24**

- (e) Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (ILHEAP).
  - (f) Ser beneficiario de una asistencia de subvención para servicios médicos.
  - (g) Recibir atención médica de un programa organizado comunitario que evalúe y documente la situación económica de bajos ingresos como criterio.
  - (h) Las viviendas de bajos ingresos o subsidiadas constituyen una dirección válida.
- ii. Incapacidad mental sin nadie que actúe en nombre del paciente.
  - iii. El paciente afirma no tener hogar.
  - iv. Persona fallecida sin patrimonio.
  - v. Elegibilidad para Medicaid, pero no en la fecha del servicio.
  - vi. Quiebra personal reciente.
- B. Si a un paciente se le aprueba la elegibilidad presunta, y efectuó pagos anteriores de saldos pendientes, dichos saldos no son elegibles para el reembolso en función de la nueva aprobación de la elegibilidad presunta.
- C. Cuando se aprueba la elegibilidad presunta de un paciente, todos los saldos pendientes en la cuenta del paciente deben ajustarse. Esto incluiría los saldos corrientes y antiguos anteriores al periodo de solicitud.

## **VII. Cálculo de la atención gratuita o con descuento**

- A. El Hospital limitará los montos cobrados a los pacientes elegibles en virtud de la presente Política a no más del AGB o los montos establecidos en la tabla que se encuentra en el Artículo VII.C. siguiente (lo que sea menor). Un estado de cuenta que haya emitido el Hospital al paciente o la familia que es elegible para recibir asistencia financiera puede indicar los cargos brutos por la atención del paciente y aplicar asignaciones, descuentos o deducciones contractuales a los cargos brutos, siempre que el monto real que la persona es personalmente responsable de pagar sea el menor del AGB o el monto establecido en la Sección VII.C.
- B. Los niveles de Asistencia Financiera que ofrece el Hospital se basan en los ingresos familiares y las FPG. Las actualizaciones de las FPG generalmente se publican anualmente, y el Hospital actualiza sus políticas con la FPG más reciente (véase el Apéndice D).
- C. Los importes de los descuentos se calculan como se indica a continuación:

Manual de Procedimientos y Política Administrativa

Asistencia financiera  
Alcance: toda la organización

Fecha de entrada en vigencia: 8/18/2016

Fecha de revisión: 07/06/2022

Página 13 de 24

Ingresos familiares en % de las FPG	% de obligación familiar	% de caridad de Lurie Children's
0-300	0%	100%
301-325	20%	80%
326-350	40%	60%
351-375	60%	40%
376-400	80%	20%
>400	100%	0%

D. Para los pacientes no asegurados que reúnen los requisitos para recibir atención con descuento y que actualmente se encuentran por debajo del umbral de FPL del 600%, el Hospital también ofrece un descuento para pacientes no asegurados. Este descuento calcula el 135% del costo calculado en la hoja de cálculo C del informe de costos de Medicare siempre que se tenga en cuenta la asistencia financiera. Luego, el Hospital ajustará la responsabilidad de la familia mediante el cálculo del descuento que sea más beneficioso para el paciente con respecto a todos los servicios de atención médicamente necesarios que superen los \$150 en cualquier ingreso hospitalario o consulta externa.

- i. En el caso de los pacientes asegurados elegibles para recibir una atención con descuento, el Hospital calcula, además, el monto del AGB. El Hospital ajustará entonces la responsabilidad de la familia mediante el cálculo del descuento que sea más beneficioso para el paciente.

E. En cumplimiento con la Ley de Descuento a Pacientes No Asegurados de Illinois, el Hospital ofrecerá las siguientes protecciones para los pacientes elegibles no asegurados:

- i. Un descuento benéfico del 100% de sus cargos por todos los servicios de atención médica médicamente necesarios que superen los \$150 en toda admisión de pacientes hospitalizados o consultas de pacientes externos, a cualquier paciente no asegurado que solicite un descuento y tenga ingresos familiares de no más del 200% de las pautas federales de ingresos de pobreza.
- ii. En el caso de los pacientes con ingresos de hasta el 600% de las FPG, el pago total no superará, durante un periodo de doce meses, el 20% (monto máximo cobrable) de los ingresos familiares del paciente y está sujeto a la elegibilidad continua de los pacientes de conformidad con la presente Política (“Descuento catastrófico”).

## Manual de Procedimientos y Política Administrativa

Asistencia financiera  
Alcance: toda la organización

Fecha de entrada en vigencia: 8/18/2016

Fecha de revisión: 07/06/2022

Página **14** de **24**

- F. Se considera que a un paciente que califica para recibir Asistencia Financiera en virtud de la presente Política se le “cobra” solo la cantidad que el paciente es personalmente responsable de pagar al Hospital por sus servicios médicos, teniendo en cuenta todas las deducciones y los descuentos aplicados y cualquier cantidad reembolsada por las compañías de seguros.
- G. El Programa de Plan de Pago Extendido del Hospital ofrece arreglos de pago para pacientes que cumplen con los requisitos y que no pueden pagar el saldo de una sola vez.

### **VIII. Pautas para la consideración de servicios especializados por parte del hospital**

- A. Las decisiones de ofrecer servicios especializados gratuitos o con descuento, como trasplantes de órganos o tratamientos de salud conductuales, a pacientes que no son elegibles para recibir Asistencia Financiera de conformidad con la presente Política, se tomarán por recomendación del administrador del servicio especializado correspondiente y con la aprobación del Consejo. El administrador del servicio especializado correspondiente y el Consejo consultarán con los médicos y la gerencia para evaluar todos los factores clínicos, éticos y financieros pertinentes.
- B. El Consejo también puede consultar a un especialista en ética. La asistencia financiera para servicios especializados se ofrecerá solo en circunstancias excepcionales y únicamente si la situación financiera del Hospital lo permite. El Hospital reconoce su obligación de prestar su parte de estos servicios a los pacientes que no tienen los medios para pagarlos. El Hospital reconoce, además, que debe disponer de fondos suficientes para poder cumplir con sus responsabilidades generales de atender las necesidades de atención médica de la comunidad pediátrica.
- C. Para convocar al Consejo, el médico que recomienda un tratamiento para un paciente en particular que requiere una evaluación conforme a este Artículo debe ponerse en contacto con el administrador del servicio especializado y seguir los procedimientos establecidos en la Política de Ajustes. El administrador del servicio especializado ayudará a preparar y presentar una Solicitud de Ajuste al Ciclo de Ingresos.

### **IX. Solicitud de Asistencia Financiera**

- A. *Cómo solicitarla:* los pacientes y las familias que deseen solicitar asistencia financiera pueden completar una solicitud y presentarla, junto con la documentación justificativa, a la oficina de Admisiones/Negocios.

Fecha de revisión:



Manual de Procedimientos y Política Administrativa

Asistencia financiera  
Alcance: toda la organización

Fecha de entrada en vigencia: 8/18/2016

Fecha de revisión: 07/06/2022

Página **15** de **24**

Si tiene preguntas sobre la presente Política, la solicitud o el proceso de solicitud, comuníquese con la oficina de Admisiones/Negocios:

Oficina de Admisiones/Negocios  
Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago  
225 East Chicago Avenue  
Piso 12  
Chicago, Illinois 60611  
(877) 924-8200

- B. *Solicitudes completas*: se ofrecerá una decisión por escrito con respecto a la elegibilidad al paciente o familiar dentro de los 30 días hábiles posteriores a la recepción de una Solicitud completa. Esta notificación también incluirá el monto porcentual de Asistencia Financiera (para Solicitudes aprobadas) o la(s) razón(es) para la denegación, el fundamento de la determinación y el monto estimado de pago esperado del paciente o de su familia.

El paciente o su familia continuarán recibiendo estados de cuenta durante la evaluación de una Solicitud completa o solicitudes para otras fuentes de pago de terceros (por ejemplo, Medicare o Medicaid). Sin embargo, el Hospital suspenderá todas las AEC contra el paciente durante el periodo de evaluación. Si la cuenta ya se puso en manos de una agencia de cobros, el Hospital notificará a la agencia que suspenda los esfuerzos de cobro hasta que se determine la elegibilidad.

- C. *Solicitudes incompletas*: si el paciente o un familiar presenta una Solicitud incompleta, el Hospital (a) suspenderá toda AEC contra el paciente; (b) ofrecerá una notificación por escrito que describa qué información o documentación adicional resulta necesaria para completar la Solicitud e incluya el Resumen en lenguaje sencillo; y (c) enviará al menos una notificación por escrito informando al paciente sobre las AEC que podrían tomarse (o reanudarse) si la Solicitud no se completa o el pago no se realiza antes de la fecha límite especificada en la notificación por escrito, que no será anterior a los 30 días posteriores a la fecha de la notificación por escrito o el último día del Periodo de solicitud.

- D. *Otras implicaciones de la determinación de elegibilidad*: si se determina que el paciente es elegible para recibir asistencia financiera, el Hospital: (1) reembolsará al paciente todo monto que haya pagado por la atención cubierta en el periodo de solicitud que supere la cantidad que se determine que es personalmente responsable de pagar como persona elegible para recibir

## Manual de Procedimientos y Política Administrativa

Asistencia financiera  
Alcance: toda la organización

Fecha de entrada en vigencia: 8/18/2016

Fecha de revisión: 07/06/2022

Página **16** de **24**

Asistencia Financiera en virtud de la presente Política, a menos que dicho monto excedente sea inferior a \$5.00 (o cualquier otra cantidad establecida por la notificación u otra guía publicada en el Boletín de Impuestos Internos), y, (2) en la medida que sea aplicable, tomará medidas razonables para anular toda sentencia contra el individuo, levantar todo gravamen o embargo sobre la propiedad del paciente, y eliminar del informe de crédito del paciente toda información adversa que se haya reportado a una agencia de informes del consumidor o a una agencia de crédito, y tomará toda otra medida razonable para anular o revertir una AEC que haya tomado el Hospital contra el paciente.

- E. *Referencias de Centros de Salud Federales Calificados:* en el caso de los pacientes remitidos por un Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC) o una clínica gratuita y benéfica para servicios hospitalarios que no sean de emergencia, tendrán la oportunidad de que se los examine y se les brinde asistencia para solicitar programas de seguro de salud públicos. Aquellos pacientes que no cumplan los requisitos de los programas públicos tendrán la oportunidad de solicitar asistencia financiera del hospital.
- F. *Derecho de apelación:* el paciente o su familia tienen derecho a apelar la denegación de la Asistencia Financiera por parte del Hospital. La apelación debe presentarse por escrito dentro de los 30 días siguientes a la notificación de la denegación original. El Consejo considerará todas las apelaciones de los pacientes o sus familiares. La decisión del Consejo sobre dicho recurso será definitiva y vinculante para todas las partes.

## **X. Notificación**

- A. A fin de que nuestros pacientes, familias y la comunidad en general conozcan el programa de Asistencia Financiera del Hospital, el Hospital tomará una serie de medidas para dar a conocer ampliamente la presente Política a los pacientes del Hospital y a los miembros de la comunidad que atiende el Hospital, incluido lo siguiente:
- i. *Señalización:* el Hospital colocará señalización visible (que informe a los pacientes de la Política) en las zonas de mayor tránsito de pacientes, como las áreas de admisiones, emergencias y registro ambulatorio.
  - ii. *Folletos y copias en papel:* el Hospital ofrecerá panfletos y folletos a los pacientes o sus familias durante el proceso de admisión o de alta. El Hospital pondrá a disposición copias en papel de la Política, la

Manual de Procedimientos y Política Administrativa

Asistencia financiera

Alcance: toda la organización

Fecha de entrada en vigencia: 8/18/2016

Fecha de revisión: 07/06/2022

Página **17** de **24**

Solicitud y el Resumen en lenguaje sencillo, previa solicitud y sin cargo, tanto por correo como en las zonas de mayor tránsito de pacientes, como las áreas de admisión, emergencias y registro ambulatorio.

- iii. *Asesoramiento*: el Hospital ofrecerá sesiones de asesoramiento financiero para pacientes y familias con secretarios, el personal de contabilidad del paciente o asesores financieros, ya sea antes, durante o después del momento de servicio, según corresponda.
- iv. *Sitio web*: el Hospital publicará en un lugar destacado del sitio web del Hospital un aviso de que la asistencia financiera está disponible, información sobre la presente Política y copias de la Política, la Solicitud y el Resumen en lenguaje sencillo en un formato ampliamente disponible (por ejemplo, un documento en PDF). El Hospital brindará a las personas que pregunten cómo acceder a una copia de la Política en línea la dirección directa del sitio web, o URL, de la página web donde se publica la Política.
- v. *Estados de cuenta*: el Hospital incluirá un aviso por escrito visible de la disponibilidad de asistencia financiera en virtud de la Política en los estados de cuenta e incluirá el número de teléfono de la oficina o del departamento del Hospital donde se puede encontrar información sobre la Política y la Solicitud, así como la dirección del sitio web donde se pueden obtener copias de la Política, la Solicitud y el Resumen en lenguaje sencillo.
- vi. *Comunicación directa con el paciente*: el Hospital ofrecerá una copia de la Solicitud antes de que el paciente sea dado de alta del Hospital. El Hospital informará, además, a los pacientes sobre la Política del Hospital durante las comunicaciones orales apropiadas con respecto a la responsabilidad financiera del paciente por una factura pendiente.
- vii. *Notificación adicional por escrito*: el Hospital ofrecerá al menos una notificación por escrito al paciente o a su familia indicando qué AEC puede tomar el Hospital si no se recibe ninguna Solicitud, o si no se realizan pagos en una fecha determinada (al menos hasta el Periodo de Notificación). Esta notificación se ofrece al menos 30 días antes de la fecha límite correspondiente.
- viii. *Divulgación en la comunidad*: el Hospital difundirá información sobre la Política y cómo solicitar Asistencia Financiera (incluidas copias de la Política, el Resumen en lenguaje sencillo y la Solicitud) a varias agencias comunitarias que también atienden a personas que pueden necesitar servicios médicos y que tienen más probabilidades de requerir asistencia financiera.

Manual de Procedimientos y Política Administrativa

Asistencia financiera

Alcance: toda la organización

Fecha de entrada en vigencia: 8/18/2016

Fecha de revisión: 07/06/2022

Página **18** de **24**

- B. Toda la información impresa o los formularios relacionados con el programa de Asistencia Financiera estarán disponibles en los principales idiomas que hablan las poblaciones significativas a las que prestamos servicios de acuerdo con las leyes estatales y federales. Actualmente, estos idiomas son inglés, español, polaco, cantonés y árabe.
  
- C. Puede obtener copias impresas de la presente Política (incluida la Solicitud), el Resumen en lenguaje sencillo y la Política de Cobros del Hospital en persona o por correo, sin costo adicional, visitando o llamando a la oficina de Admisiones/Negocios del Hospital:

Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago  
225 East Chicago Avenue  
Piso 12  
Chicago, Illinois 60611  
(877) 924-8200

## **XI. Requisitos de presentación de informes**

A pedido de la Oficina del Auditor General de Illinois, el Hospital facilitará anualmente información sobre la cantidad de solicitudes completas y aprobadas, la cantidad de solicitudes completas y no aprobadas y la cantidad de solicitudes iniciadas pero no completas. Además, el Hospital publicará esta información en la página web del Hospital.

## **XII. Políticas relacionadas/referencias cruzadas**

- A. Políticas administrativas: Cobros
- B. Políticas administrativas: Ajustes
- C. Políticas administrativas: EMTALA

## **XIII. Requisitos reglamentarios**

La presente Política establece las pautas y los criterios para los programas de Asistencia Financiera de Lurie Children's. Toda asistencia financiera concedida se aplicará únicamente a la responsabilidad del paciente por servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios. La presente Política tiene por objeto cumplir con el Artículo 501 (r) del Código de Impuestos Internos, la Ley de Descuento para Pacientes No Asegurados del Hospital de Illinois y la Ley de Facturación Justa a Pacientes de Illinois, así como los reglamentos promulgados en virtud de estos.



APÉNDICE A  
Lista de proveedores

<b>Nombre del proveedor</b>	<b>Sujeto a la Política de Asistencia Financiera (sí/no)</b>
Lurie Children's Medical Group, LLC	sí
Lurie Children's Pediatric Anesthesia Associates	sí
Lurie Children's Primary Care, LLC	sí
Lurie Children's Surgical Foundation, Inc.	sí
Pediatric Faculty Foundation, Inc.	sí



**APÉNDICE B**  
Cálculo de los montos generalmente facturados

<b>Cargos en cuentas por servicios prestados durante el período comprendido entre el 1/1/2021 y el 12/31/2021</b>	<b>Ajustes contractuales en las cuentas</b>	<b>Porcentaje de descuento general</b>
\$840,883,202.14	\$487,099,960.43	57.93%
Porcentaje del monto generalmente facturado		42.07%

Metodología de cálculo del AGB:

- A. El analista financiero de Lurie Children's descarga todas las cuentas del año anterior en las que sucede lo siguiente:
  - i. En la cuenta del paciente hay un responsable de pago de un seguro privado o de una tarifa de servicio de Medicare.
  - ii. La cuenta del paciente presenta un ajuste contractual.
    - (a) El ajuste contractual se define como la(s) transacción(es) utilizada(s) para reducir los cargos totales a la cantidad permitida por el responsable de pago.
    - (b) Los ajustes contractuales del responsable de pago primario y secundario se utilizan en el cálculo del AGB.
  - iii. Se recibió el pago final del seguro.
    - (a) Se define como el cierre de la responsabilidad del seguro.
    - (b) La responsabilidad del paciente por los deducibles y el coseguro puede permanecer abierta.
- B. La suma de los ajustes contractuales totales se divide por la suma de los gastos totales, lo que da como resultado un porcentaje de descuento general.
- C. El inverso del porcentaje de descuento es el AGB calculado.
- D. El AGB calculado se compara con el reembolso a los pacientes externos de Blue Cross:
  - i. Debido a las limitaciones del contrato del responsable de pago, los ajustes contractuales no se contabilizan en las cuentas de los pacientes ambulatorios de Blue Cross.
  - ii. El AGB calculado se compara con la tasa de reembolso del contrato de Blue Cross para pacientes ambulatorios:
  - iii. El porcentaje del AGB utilizado para el año calendario siguiente será el más bajo de la tasa de contrato de Blue Cross para pacientes externos o el porcentaje del AGB calculado.
- E. El cálculo del porcentaje del AGB se brinda a los departamentos de contabilidad y contratación de atención administrada de Lurie Children's para su validación.
- F. Una vez recibida la validación, se actualiza el Apéndice C de la política de asistencia financiera para el próximo año calendario.

## APÉNDICE C

### Solicitud de Asistencia Financiera



#### FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION


**Important: YOU MAY BE ABLE TO RECEIVE FREE OR DISCOUNTED CARE.** Completing this application will help Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago ("the Hospital") determine if you can receive free or discounted services or other public programs that can help pay for your healthcare. Please submit this application to the Hospital.

**IF YOU ARE UNINSURED, A SOCIAL SECURITY NUMBER IS NOT REQUIRED TO QUALIFY FOR FREE OR DISCOUNTED CARE.** However, a Social Security Number is required for some public programs, including Medicaid. Providing a Social Security Number is not required, but will help the Hospital determine whether you qualify for any public programs.

Please complete this form and submit it to the hospital in person, by mail, by electronic mail, or by fax to apply for free or discounted care to the address below within 240 days following the date of discharge or receipt of outpatient care.

Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago  
225 East Chicago Avenue, #44, Chicago, IL 60611  
Tel: 877.924.8200 | Fax: 312.227.9501  
hospitalbilling@luriechildrens.org

Patient Account Number(s):				Guarantor Number:		
<b>PATIENT INFORMATION</b>						
Last Name		First	M.I.	Date of Birth	Social Security Number	Family Size
Street		City	State	Zip Code		Home Phone
Employer		Employer Address				Cell Phone
City		State	Zip Code	Monthly Income		Work Phone
Responses or nonresponses to the below questions about race, ethnicity, sex, and preferred language will not impact the outcome of the application.						
Race (Optional)		Ethnicity (Optional)		Sex (Optional)		Preferred Language (Optional)
<b>GUARANTOR INFORMATION (PARENT/GUARDIAN)</b>				Relationship to Patient <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Other		
Last Name		First	M.I.	Age	Social Security Number (optional)	
Street		City	State	Zip Code		Home Phone
Employer		Address				Cell Phone
City		State	Zip Code	Monthly Income		Work Phone
<b>GUARANTOR INFORMATION (PARENT/GUARDIAN)</b>				Relationship to Patient <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Other		
Last Name		First	M.I.	Age	Social Security Number (optional)	
Street		City	State	Zip Code		Home Phone
Employer		Address				Cell Phone
City		State	Zip Code	Monthly Income		Work Phone

<b>PATIENT/FAMILY E-MAIL CONTACT INFORMATION</b>	
<b>PRESUMPTIVE ELIGIBILITY PROGRAM</b>	
<p>You may qualify for financial assistance if you are currently enrolled in one of the specific assistance programs listed below. Proof of current enrollment in the program must be supplied but no other documentation will be necessary, and the Monthly Income information requested above is not required.</p>	
	<b>Please indicate in the check boxes below if you are currently enrolled in any of the following programs.</b>
	<input type="checkbox"/> Women, Infants and Children Nutrition Program (WIC)
	<input type="checkbox"/> Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
	<input type="checkbox"/> Illinois Free Lunch and Breakfast Programs
	<input type="checkbox"/> Low Income Home Energy Assistance Program (ILHEAP)
	<input type="checkbox"/> Community Based program providing access to medical care
	<input type="checkbox"/> Grant Assistance for medical services
	<input type="checkbox"/> Temporary Assistance for Needy Families (TANF)
	<input type="checkbox"/> IHDA's Rental Housing Support Program
<p><b>If you are not currently enrolled in any of the programs listed above, please provide at least one document for each of the two requirements below:</b></p>	
<p>1. <b>Documentation of family income</b> (<i>examples of acceptable documents:</i> most recent tax return; most recent W-2 and 1099 forms; 2 most recent pay stubs; written verification from an employer if paid in cash; other forms of documentation deemed acceptable by the Hospital)</p>	
<p>2. <b>Documentation of Illinois residency</b> (<i>examples of acceptable documents:</i> documents submitted for #1 above that include residency verification; state-issued identification card; recent residential utility bill; lease agreement; vehicle registration card; voter registration card; mail addressed to the patient or guarantor from the government or a credible source; statement from a family member who resides at the same address and presents verification of residency; a letter from a homeless shelter, transitional house, or other similar facility verifying that the patient or guarantor resides there; a temporary visitor's drivers license).</p>	
<p><b>Note:</b> Although typically the Hospital is able to determine eligibility using the documents required above, the Hospital may request further clarifying information during the qualification process, including the following items: checking and savings account information; stocks; Certificates of Deposit; mutual funds; real property; and Health Savings/Flexible Spending account information.</p>	

Applicant Certification: I certify that the information in this application is true and correct to the best of my knowledge. I will apply for any state, federal or local assistance for which I may be eligible to help pay for this hospital bill. I understand that the information provided may be verified by the hospital and I authorized the hospital to contact third parties if necessary to verify the accuracy of the information provided in this application. I understand that if I knowingly provide untrue information in this application, I will be ineligible for financial assistance, any financial assistance granted to me may be reversed, and I will be responsible for the payment of the hospital bill.

Applicant Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Relationship to Patient: \_\_\_\_\_

Questions or concerns related to this application can be directed to billing customer service - [hospitalbilling@luriechildrens.org](mailto:hospitalbilling@luriechildrens.org)

If you require financial counseling, please contact the Lurie Children's Financial Counselors- (312)- 227-1230 (Select option 2, followed by option 2)

Complaints or concerns with the uninsured patient discount application process or hospital financial assistance process may be reported to the Health Care Bureau of the Illinois Attorney General at <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf> or 1-877-305-5145.

APÉNDICE D  
Pautas Federales de Pobreza

El *Registro Federal* del 21 de enero de 2022 (87 FR 3315-3316) incluye un aviso del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de las pautas federales de pobreza actualizadas anualmente, las cuales se utilizan para establecer la elegibilidad para varios programas de asistencia federal. Las pautas de 2022 para Illinois son las siguientes:

Tamaño de la familia	Pautas de pobreza	300% FPL 2022
1	\$13,590	\$40,770
2	\$18,310	\$54,930
3	\$23,030	\$69,090
4	\$27,750	\$83,250
5	\$32,470	\$97,410
6	\$37,190	\$111,570
7	\$41,910	\$125,730
8	\$46,630	\$139,890
9	\$51,350	\$154,050
10	\$56,070	\$168,210

Para unidades familiares de más de diez personas, agregue \$4,720 por cada persona adicional.

A los efectos de la presente política, los niveles federales de ingresos de pobreza deben actualizarse anualmente tras su revisión y publicación por el gobierno federal en el Registro Federal.