

Department of Health Services  Finance Policy	
Document Title Financial Assistance Programs and Charity Care Policy	POLICY NUMBER 515 VERSION NUMBER 7
REVENUE CYCLE ☐ 1 year ☐ 2 years ☒ 3 years EFFECTIVE DATE: 06/01/2026 LAST REVIEW DATE: 01/01/2025 NEXT REVIEW DATE: 02/01/2028	ATTACHMENTS ☐ YES ☒ NO

PURPOSE

The purpose of this policy is to describe the Financial Assistance Programs (FAPs) and to establish requirements and guidelines for financial screening of patients who may qualify for the Department of Health Services (DHS) FAPs.

POLICY STATEMENT

DHS maintains FAPs that address both charity care and discount programs to pay for the medical services received at DHS facilities for patients who are uninsured, underinsured, or have healthcare coverage (third-party payer) with out-of-pocket medical expenses, for whom it would be a financial hardship to fully pay. Applications for FAPs may be taken at any point the patient engages with a DHS facility, including when patients have upcoming services, already received services, or have received a bill (during any point in the billing cycle).

These FAPs include the Ability to Pay (ATP) Program, Discount Payment Program (DPP), Sensitive Services Discount Payment Program (SSDPP), and an interest-free Extended Payment Program (EPP). In addition to these programs, PFS staff will provide information to patients on how to apply for Covered California (CA) and Medicare if they are potentially eligible but will not be required to apply/enroll.

DHS will make information about FAPs readily available to patients and will communicate this information with patients who may be eligible at various points of contact. Any patient who indicates the financial inability to pay a bill will be screened and evaluated for a government-funded program and/or FAPs, depending on potential eligibility.

DEFINITIONS

Charity Care: Free care provided to patients unable to pay for all or part of a bill for medical services provided by DHS based on limited income or financial hardship.

APPROVED BY: Allan Wecker	DATE: 06/03/2026
NOTE: Printed versions are for reference only. Please refer to the electronic copy for the latest version.	

Discounted Care: Reduced cost of care provided to patients who receive medical services at DHS, based primarily on limited income or financial hardship.

Financial Assistance Programs (FAPs): These are sometimes referred to as charity care and discounted care and are equivalent to the Reduced Cost Plan/No-Cost Plan and the Ability to Pay Plan referenced in County Code 2.76.350 and as required by Health & Safety Code Sections 127400 et seq.

High Medical Costs: Any out-of-pocket costs incurred by the patient for the medical services received at DHS that are not reimbursed by insurance or a health coverage program, such as Medicare copays or Medi-Cal cost sharing.

Government-Funded Health Care Programs: This refers to federal or state-funded programs such as Medi-Cal (Medicaid) and Medicare, as well as Family PACT, California Children Services (CCS), Cancer Detection Program, etc.

LA County Patient: Patients who reside in Los Angeles (LA) County. This may also include patients who are in the process of transitioning to LA County residency and intend to reside in LA County or unhoused patients who usually reside in and spend most of their time in LA County.

Out-of-County Patient: Patients who reside outside of Los Angeles County.

Patient Financial Services (PFS) staff: DHS employees at DHS facilities who initiate and process Medi-Cal applications and other financial assistance applications.

Third Party Payer: An organization that pays for medical services on behalf of a patient, through either public healthcare coverage (such as Medi-Cal or Medicare, which are government funded) or private insurance (such as employer-based coverage or through Covered California, etc.).

Uninsured: Patients who do not have healthcare coverage to cover the medical services received.

Underinsured: Patients who do not have adequate healthcare coverage to cover the services being provided. This includes patients with private or public healthcare coverage from a third-party payer with out-of-pocket medical expenses, including cost sharing and deductibles, for whom it would be a financial hardship to fully pay the expected out-of-pocket expenses for the services being provided.

Liability: The amount the patient should pay for the services received based on a financial need assessment, sometimes referred to as the patient's responsibility for payment.

Patient's Family: For patients 18 years of age and older, Patient's Family is defined as their spouse, domestic partner, and dependent children under 21 years of age, or any age if disabled, whether living at home or not. For patients under 18 years of age, Patient Family includes the patient's parent(s), caretaker relative(s), and other children under 21 years of age, or any age if disabled of the parent(s) or caretaker relative(s).

PROCEDURES

Ability to Pay (ATP) Program

The ATP program is the FAP for LA County patients that offers both free (charity) care and discounted care.

A. Covered Services/Benefits:

The ATP Program covers all medically necessary services provided at DHS facilities, including:

- Inpatient, Outpatient, and Emergency Services
- Laboratory and Diagnostic Tests
- Medications
- Durable Medical Equipment (DME) and Supplies

B. Eligibility Criteria:

- Patients who are uninsured, underinsured, or have healthcare coverage (third party payer) with high medical costs as defined above.
- Charity care is available for persons with income up to 200% of FPL; however, ATP has no upper income cap for eligibility for discounted care, but liability increases on a sliding scale above 200% FPL. Eligibility is based on a patient's recent household size and monthly gross income (i.e., employment-based earnings, disability/unemployment insurance benefits, rental income, etc.) to ensure appropriate reduced cost of care is applied. Recent income verification may be required, (i.e., paystubs or income tax returns). Declaration of income is acceptable. Income verification is not required at the time of application submission. Income verification is **only** requested when additional documentation is necessary to support the application. In such instances, DHS may request income verification documentation limited to a 6-month period from the date of the financial assistance application submission.
- Resources/assets (i.e., bank accounts, real property, etc.) are not counted in the determination.
- Patients should be screened for potential Medi-Cal eligibility if potentially eligible for free (charity) care. For discounted care, patients are not required to apply for Medicare, Medi-Cal, or other coverage.

C. ATP Liability/Cost:

The amount that a patient may need to pay will vary depending on household size and income. The ATP Inpatient and Outpatient Services Liability Charts are updated annually using the Federal Poverty Levels (FPLs) in the Federal Register released by the U.S. Department of Health and Human Services.

- Outpatient ATP liability is per month for the services rendered regardless of the number of visits in the month.
- Inpatient ATP liability is per admission regardless of the length of stay.
- If the household income is at or below 200% FPL, then the liability amount is \$0 for inpatient/outpatient services.
- If the household income is above 200% FPL, then there is a liability amount for inpatient/outpatient services. The amount of liability increases respective to the income level. The patient's liability amount shall not be greater than the amount we would receive for the same service from Medicare or Medi-Cal.

D. Duration of the ATP Services Application and Agreement:

The ATP Application and Agreement is effective for one (1) year from the first day of the month of application for all inpatient and outpatient services received during a period of twelve (12) months. Patients can reapply for ATP annually, when their current agreement is coming to an end.

- ATP applications can be made retroactively with no time limitation. A retroactive application is based on the date of service and will use the current FPL and patient information (e.g., recent income and household size).

E. Presumptive Eligibility for Ability to Pay (Auto ATP):

- Patients who have Restricted (Limited Scope) Medi-Cal with no share of cost (SOC) and are LA County patients are presumptively eligible for ATP and the ATP program will automatically be applied to any visits (encounters) for medically necessary services that are not covered by Medi-Cal.
- Patients who are presumptively eligible will be covered by ATP without having to complete and sign an ATP Services Agreement.

F. Terms and Conditions:

The Terms and Conditions along with the ATP Services Agreement will be provided to the patient for their records. The Terms and Conditions provides detailed information about the services covered, eligibility, length of eligibility, ATP liability amount, third party liability, and appeals process.

Discount Payment Program (DPP)

The DPP is the FAP that offers discounted care for Out-of-County patients.

DPP offers a deduction (discount) from the payment obligations for medical services received at DHS.

A. Covered Services/Benefits:

The DPP Program covers all medically necessary services provided at DHS facilities only, including:

- Inpatient, Outpatient, and Emergency Services
- Laboratory and Diagnostic Tests
- Medications
- Durable Medical Equipment (DME) and Supplies

B. Eligibility Criteria:

- Patients who are uninsured or underinsured who receive services at a DHS facility.
- Recent household size and monthly gross income is less than or equal to 400% of the Federal Poverty Level (FPL) to reduce their cost of care.
- Income verification (i.e., paystubs, or income tax returns) is required.
- Resources/assets (i.e., bank accounts, real property, etc.) are not counted in the determination.
- Patients may be screened for potential Medi-Cal eligibility, if potentially eligible.

C. DPP Liability/Cost:

- The patient's liability amount shall not be greater than the amount the facility would receive from the Medi-Cal program for the same service to a Medi-Cal eligible patient. If the amount the facility would receive from the Medi-Cal program exceeds charges, the patient's liability amount shall not be greater than 95% of the patient's charges.
- The Medi-Cal reimbursement rate is used for each facility for the corresponding date of service.
 - Inpatient admission services liability amount is calculated per day for each inpatient admission.
 - Outpatient services liability amount is calculated for each outpatient visit during the DPP Agreement period.

D. Duration of the DPP Services Agreement:

- Each inpatient admission requires a separate DPP Application and Agreement form.
- Outpatient services require a new DPP Application and Agreement form for an annual period (12 months); a single agreement may be made for all outpatient services received during a single 12-month period.
 - DPP applications can be made retroactively with no time limitation. A retroactive application is based on the date of service and will use the corresponding FPL and patient information (e.g., recent income and family size) in existence at that time.

Sensitive Services Discount Payment Program (SSDPP)

A. Covered Services/Benefits:

- SSDPP covers United States residents that live outside of Los Angeles (LA) County for inpatient and outpatient sensitive services at a low cost or no cost.

B. Eligibility Criteria:

- Applicant/patient should have United States residency (outside of LA County)¹.
- Recent household size and monthly gross income must be less than or equal to 400% FPL. Declaration of income is acceptable; income verification is not required at the time of application.
- Resources (property) will not be counted.
- Applicant/patient should provide identity verification and address verification.

C. SSDPP Liability/Cost:

Each SSDPP agreement liability may vary depending on household size and income.

- Income sliding scale for SSDPP is equivalent to the ATP sliding scale up to 400% FPL.

D. Duration of the SSDPP Services Application and Agreement:

The SSDPP Application and Agreement form can be completed in-person or telephonically with a patient/responsible relative under penalty of perjury. The SSDPP Application and Agreement shall cover one (1) inpatient admission, or any outpatient services received during a period of twelve (12) months. Each additional inpatient admission requires a separate SSDPP Agreement form.

- SSDPP applications can be made retroactively with no time limitation. A retroactive application is based on the date of service and will use the current FPL and patient information (e.g., recent income and family size).

How to Apply

Patients can apply for a FAP in-person or telephonically by visiting or calling one of our LA Health Services facility and speaking to our staff. PFS staff will complete the application with the patient or their responsible relative, determine the patient's financial liability, if any, and present the Application and Agreement for signature. The patient or their responsible relative must attest to the accuracy of the information that they provide under penalty of perjury. This is done verbally if application is taken telephonically. Such completed applications are then mailed to the patient. As noted above, the DPP program requires income verification at the time of application; the other programs do not. However,

¹ LA County patients are eligible for the ATP Program.

verification may be requested later, so patients are advised to retain their documentation (i.e. pay stubs_or income tax returns). The SSDPP program requires identity verification as well as address verification at the time of application.

Extended Payment Program (EPP)

Interest free EPP is available to patients with a financial liability that request additional time to pay their liability, including patients who have been granted a discount through any of these financial assistance programs. The following points shall guide the negotiation with the patient.

- EPP typically extends up to 18 months but may be extended further.
- Monthly payments should not be more than 10 percent of a patient's family income for a month, excluding deductions for essential living expenses.
- Any patient who asks about a payment plan and who has not already applied for other DHS financial assistance should be informed of the FAPs and screened for eligibility.

In the event that the terms of a reasonable payment plan are not reached, DHS will determine monthly payments that are not more than 10 percent of a patient's family income for a month, excluding deductions for essential living expenses.

Posting of Information

Notices regarding the availability of FAPs to low-income and uninsured patients will be posted in visible locations throughout each County facility including at least Admitting/Registration, Billing Inquiry, Emergency Department, other outpatient settings such as waiting rooms, observation units, and the DHS website. Every posted notice regarding FAPs will contain brief instructions on how to apply, including a telephone number for more information. Copies of this information should be available to patients, upon request. Posters will contain information on how to access information about the FAP in required threshold languages and in ADA-compliant formats.

Appeal Process

Patients who wish to appeal their financial assistance eligibility determination may submit their request in writing to the DHS financial screening staff. DHS staff will provide patients the corresponding appeal instructions and/or form. The appeal form will be reviewed/approved by the manager over the eligibility process. A written response from the manager will be provided to the patient within ten (10) working days.

AUTHORITY

California Welfare & Institutions Code Section 16953(b)
California Health & Safety Code 127400 et seq.
Los Angeles County Code 2.76.350

REFERENCES

DHS Policies:

370.1 Patient Identity Verification

370.2 Patient Address Verification

516 Coverage Verification and Financial Screening Requirements

530 Charging & Collection of Medical Services Rendered

Departamento de Servicios de Salud  Política Financiera	
Título del documento Política de Programas de Asistencia Financiera y Atención de Caridad	NÚMERO DE POLÍTICA 515 NÚMERO DE VERSIÓN 7
CICLO DE REVISIÓN ☐ 1 año ☐ 2 años ☒ 3 años FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 06/01/2026 ÚLTIMA FECHA DE REVISIÓN: 01/01/2025 PRÓXIMA FECHA DE REVISIÓN: 02/01/2028	DOCUMENTOS ADJUNTOS ☐ Sí ☒ No

PROPÓSITO

El propósito de esta política es describir los Programas de asistencia financiera (FAPs) y establecer los requisitos y directrices para la evaluación financiera de los pacientes que podrían calificar para los FAPs del Departamento de Servicios de Salud (DHS por sus siglas en inglés).

DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA

El DHS mantiene las FAPs que se encargan tanto de los programas de atención de caridad como de los programas de descuento para pagar por los servicios médicos recibidos en las instalaciones del DHS para pacientes sin seguro, con seguro insuficiente o con cobertura de salud (de tercer pagador) con gastos médicos de su propio bolsillo, para quienes sería una dificultad económica pagar por completo. Las solicitudes de FAPs se pueden tomar en cualquier momento en que el paciente tenga alguna actividad en un centro de salud del DHS, incluso cuando los pacientes tengan servicios pendientes, ya recibidos o hayan recibido una factura (en cualquier momento del ciclo de facturación).

Estos FAPs incluyen el Programa de capacidad de pago (ATP), el Programa de pago con descuento (DPP), el Programa de pago con descuento en servicios sensibles (SSDPP) y un Programa de pago extendido (EPP) sin intereses. Además de estos programas, el personal de PFS proporcionará información a los pacientes sobre cómo solicitar Covered California (CA) y Medicare si existe la posibilidad de que puedan ser elegibles pero no estarán obligados a solicitarlo o inscribirse.

El DHS pondrá información sobre las FAPs claramente visible para los pacientes y comunicará esta información a los pacientes que puedan ser elegibles en sus distintos puntos de contacto. Cualquier paciente que exprese su incapacidad financiera para pagar una factura será examinado y evaluado para un programa financiado por el gobierno y/o para alguno de los FAPs, dependiendo de su posible elegibilidad.

DEFINICIONES

Atención de caridad: Es atención gratuita que se proporciona a pacientes que no pueden pagar total o parcialmente una factura por servicios médicos proporcionados por el DHS debido a sus ingresos limitados o dificultades económicas.

APROBADO POR: Allan Wecker	FECHA: 06/03/2026
NOTA: Las versiones impresas son solo para referencia. Para ver la última versión consulte la copia electrónica.	

Atención con descuento: Reducción del costo de la atención proporcionada a los pacientes que reciben servicios médicos en el DHS, se basa principalmente en ingresos limitados o dificultades económicas.

Programas de asistencia financiera (FAPs): A veces se denominan atención de caridad y atención con descuento, y son equivalentes al Plan de costo reducido/Plan sin costo y al Plan de capacidad de pago mencionados en el Código del Condado 2.76.350 y según lo exigido por las secciones 127400 y siguientes del Código de Salud y Seguridad.

Altos costos médicos: Cualquier costo de su propio bolsillo que el paciente incurra por servicios médicos recibidos en el DHS que no sea reembolsado por el seguro o por un programa de cobertura de salud, como copagos de Medicare o costos compartidos de Medi-Cal.

Programas de atención de salud financiados por el gobierno: Esto se refiere a programas financiados por el gobierno federal o estatal como Medi-Cal (Medicaid) y Medicare, así como Family PACT, Servicios para Niños de California (CCS), Programa de Detección de Cáncer, etc.

Paciente del condado de LA: Pacientes que residen en el condado de Los Ángeles (LA). También se puede incluir a pacientes que están en proceso de transición a residir en el condado de Los Ángeles y a aquellos que tengan intención de residir en el condado de Los Ángeles, o pacientes sin hogar que suelen residir y pasar la mayor parte de su tiempo en el condado de Los Ángeles.

Paciente de fuera del condado: Pacientes que residen fuera del condado de Los Ángeles.

Personal de Servicios Financieros para Pacientes (PFS): Empleados del DHS en las instalaciones del DHS que inician y procesan solicitudes de Medi-Cal y otras solicitudes de ayuda financiera.

Tercer Pagador: Una organización que paga los servicios médicos en nombre de un paciente, ya sea mediante cobertura de salud pública (como Medi-Cal o Medicare, que son financiados por el gobierno) o seguros privados (como cobertura a través de su empleador o de Covered California, etc.).

Sin seguro: Pacientes que no tienen cobertura de salud para cubrir los servicios médicos recibidos.

Con seguro insuficiente: Pacientes que no cuentan con una cobertura de salud adecuada para cubrir los servicios que recibe. Esto incluye a pacientes que cuentan con cobertura de salud privada o pública de un proveedor externo con gastos médicos de bolsillo, incluyendo costos compartidos y deducibles, para quienes pagar los montos adeudados por servicios recibidos completamente de su propio bolsillo les produciría una dificultad económica.

Responsabilidad: La cantidad que el paciente debería pagar por servicios recibidos en base a una evaluación de necesidad financiera, también conocida como responsabilidad de pago del paciente.

Familia del paciente: Para pacientes de 18 años o más, la familia del paciente se define como su cónyuge, pareja de hecho e hijos dependientes menores de 21 años, o de cualquier edad si tienen una discapacidad, ya sea que vivan en casa o no. Para pacientes menores de 18 años, la familia del paciente incluye el o los padres del paciente, el familiar cuidador(es) y otros niños menores de 21 años, o de cualquier edad si uno o más de sus padres o familiares cuidadores tienen alguna discapacidad.

PROCEDIMIENTOS

Programa de Capacidad de Pago (ATP)

El programa ATP es un FAP para los pacientes del condado de Los Ángeles que ofrece tanto atención gratuita (de caridad) como atención con descuento.

A. Servicios o Beneficios cubiertos:

El Programa ATP cubre todos los servicios médicamente necesarios proporcionados en las instalaciones del DHS, que incluyen:

- Servicios de hospitalización, ambulatorio y de emergencia
- Pruebas de laboratorio y diagnóstico
- Medicamentos
- Equipos médicos duraderos (DME) y suministros

B. Criterios de elegibilidad:

- Pacientes sin seguro, con seguro insuficiente, o con cobertura de salud (de tercer pagador) con altos costos médicos según se ha definido anteriormente.
- La atención de caridad está disponible para personas con ingresos de hasta el 200% del Límite federal de pobreza, FPL por sus siglas en inglés; sin embargo, el ATP no tiene límite máximo de ingresos para ser elegible para la atención con descuento, pero la responsabilidad de pago aumenta en una escala progresiva superior al 200% del FPL. La elegibilidad se basa en el tamaño reciente del hogar y en los ingresos brutos mensuales del paciente (es decir, los ingresos por su empleo, prestaciones por discapacidad o seguro de desempleo, ingresos por alquiler, etc.) para garantizar que se aplique el costo reducido de atención adecuadamente. Es posible que se necesite verificar ingresos recientes (es decir, talones de pago o declaraciones de impuestos). La declaración de ingresos es aceptable. No se requiere verificación de ingresos al momento de presentar la solicitud. La verificación de ingresos **solo** se solicita cuando se necesita documentación adicional para respaldar la solicitud. En tales casos, el DHS puede solicitar documentación de verificación de ingresos limitada a un periodo de 6 meses desde la fecha de presentación de la solicitud de asistencia financiera.
- Los recursos o valores activos (es decir, cuentas bancarias, bienes inmuebles, etc.) no se cuentan en la determinación.
- Los pacientes que sean potencialmente elegibles para atención gratuita (de caridad) deben ser evaluados para su posible elegibilidad para Medi-Cal. Para la atención con descuento, los pacientes no están obligados a solicitar Medicare, Medi-Cal ni otra cobertura.

C. Responsabilidad de pago o costo del ATP:

La cantidad que un paciente tendría que pagar varía según sus ingresos y tamaño del hogar. Las tablas de responsabilidad de pago del ATP por servicios hospitalarios y ambulatorios se actualizan cada año utilizando los Niveles federales de pobreza (FPL) del Registro Federal publicado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

- La responsabilidad de pago del ATP por servicios ambulatorios es mensual por los servicios prestados, independientemente del número de visitas en el mes.
- La responsabilidad de pago del ATP por hospitalización es por cada internamiento, independientemente de la duración de cada estadía.
- Si los ingresos del hogar están al o por debajo del 200% del FPL, entonces la cantidad de responsabilidad es de 0 \$ por servicios ambulatorios o de hospitalización.

- Si los ingresos del hogar superan el 200% del FPL, entonces habría una cantidad de responsabilidad de pago por servicios ambulatorios o de hospitalización. La cantidad de la responsabilidad de pago aumenta en función del nivel de ingresos. El monto de la responsabilidad de pago del paciente no será mayor al que recibiríamos por el mismo servicio de Medicare o Medi-Cal.

D. Duración de la solicitud y acuerdo de servicios del ATP:

La Solicitud y Acuerdo del ATP es válida durante un (1) año a partir del primer día del mes de la solicitud para todos los servicios ambulatorios y hospitalarios recibidos durante un periodo de doce (12) meses. Los pacientes pueden volver a solicitar ATP anualmente, cuando su acuerdo vigente esté a punto de finalizar.

- Las solicitudes del ATP se pueden realizar retroactivamente sin límite de tiempo. Una solicitud retroactiva se basa en la fecha de servicio y utilizará el nivel actual del FPL y la información del paciente (por ejemplo, sus ingresos recientes y tamaño de su hogar). existente en aquel momento.

E. Presunta elegibilidad para el programa de capacidad de pago (ATP automático):

- Los pacientes que tengan Medi-Cal Restringido (de alcance limitado) sin costo compartido (SOC) y sean pacientes del condado de Los Ángeles son presumiblemente elegibles para el ATP, el programa ATP se aplicará automáticamente a cualquier visita (encuentro) para servicios médicamente necesarios que no estén cubiertos por Medi-Cal.
- Los pacientes que sean presumiblemente elegibles estarán cubiertos por el ATP sin necesidad de completar ni firmar un Acuerdo de servicios del ATP.

F. Términos y condiciones:

Los Términos y Condiciones junto con el Acuerdo de servicios del ATP serán proporcionados al paciente para sus propios registros. Los Términos y condiciones proporcionan información detallada sobre los servicios cubiertos, elegibilidad, duración de la elegibilidad, importe de la responsabilidad de pago del ATP, responsabilidad de pago de terceros y proceso de apelación.

Programa de Pago con Descuento (DPP)

El DPP es el FAP que ofrece atención con descuento para pacientes de fuera del condado.

El DPP ofrece una deducción (descuento) de las obligaciones de pago por servicios médicos recibidos en el DHS.

A. Servicios o beneficios cubiertos:

El Programa DPP cubre únicamente todos los servicios médicamente necesarios proporcionados en las instalaciones del DHS, se incluyen:

- Servicios de Hospitalización, ambulatorio y de emergencias
- Pruebas de laboratorio y de diagnóstico
- Medicamentos
- Equipos médicos duraderos (DME) y suministros

B. Criterios de elegibilidad:

- Para pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que reciban servicios en un centro del DHS.

- El tamaño reciente del hogar y el ingreso bruto mensual son menores o iguales al 400% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) para reducir su costo de atención.
- Se requiere verificación de ingresos (es decir, talones de pago o declaraciones de impuestos).
- Los recursos o valores activos (es decir, cuentas bancarias, bienes inmuebles, etc.) no se cuentan en la determinación.
- Los pacientes pueden ser evaluados para comprobar su posible elegibilidad para Medi-Cal, si son potencialmente elegibles.

C. Responsabilidad de pago o costo del DPP:

- La cantidad de responsabilidad de pago del paciente no será mayor a la cantidad que el centro médico recibiría del programa Medi-Cal por el mismo servicio a un paciente elegible para Medi-Cal. Si la cantidad que el centro médico recibiría del programa Medi-Cal supera los cargos, la cantidad de responsabilidad de pago del paciente no superará el 95% de los cargos del paciente.
- La tarifa de reembolso de Medi-Cal se utiliza en cada centro médico en la fecha de servicio correspondiente.
 - La responsabilidad de pago por ingreso hospitalario se calcula día por día en cada ingreso hospitalario.
 - El monto de responsabilidad de pago por servicios ambulatorios se calcula para cada visita ambulatoria durante el periodo del Acuerdo del DPP.

D. Duración del acuerdo de servicios del DPP:

- Cada ingreso hospitalario requiere un formulario separado de solicitud y acuerdo del DPP.
- Los servicios ambulatorios requieren un nuevo formulario de solicitud y acuerdo del DPP para un periodo anual (12 meses); Se puede llegar a un acuerdo único para todos los servicios ambulatorios que se reciban durante un único periodo de 12 meses.
 - Las solicitudes del DPP se pueden realizar retroactivamente sin límite de tiempo. Una solicitud retroactiva se basa en la fecha de servicio y utilizará el nivel actual del FPL y la información del paciente (por ejemplo, sus ingresos recientes y el tamaño de su hogar) existente en aquel momento.

Programa de Pago con Descuento por Servicios Sensibles (SSDPP)

A. Servicios y beneficios cubiertos:

- El SSDPP cubre los servicios sensibles a bajo costo o sin costo tanto hospitalarios como ambulatorios de residentes de Estados Unidos que viven fuera del condado de Los Ángeles (LA).

B. Criterios de elegibilidad:

- El solicitante o paciente debe tener residencia legal en Estados Unidos (fuera del condado de Los Ángeles).¹
- El tamaño reciente del hogar y el ingreso mensual bruto deben ser menores o iguales al 400% del FPL. Una declaración de ingresos es aceptable; No se requiere verificación de ingresos al momento de la solicitud.
- Los recursos (propiedades) no serán contabilizados.
- El solicitante o paciente debe proporcionar una verificación de identidad y de domicilio.

¹ Los pacientes del condado de Los Ángeles son elegibles para el Programa ATP.

C. Responsabilidad de pago o costo del SSDPP:

La responsabilidad de pago de cada acuerdo del SSDPP puede variar según el tamaño del hogar y los ingresos.

- La escala móvil de ingresos para el SSDPP es equivalente a la escala móvil del ATP hasta el 400% del FPL.

D. Duración de la solicitud y acuerdo de servicios del SSDPP:

El formulario de Solicitud y Acuerdo del SSDPP puede completarse en persona o por teléfono con un paciente o familiar responsable bajo pena de perjurio. La Solicitud y Acuerdo del SSDPP cubrirá una (1) admisión hospitalaria, o cualquier servicio ambulatorio recibido durante un periodo de doce (12) meses. Cada ingreso adicional de hospitalización requiere un formulario de Acuerdo del SSDPP por separado.

- Las solicitudes del SSDPP se pueden realizar retroactivamente sin limitación de tiempo. Una solicitud retroactiva se basa en la fecha de servicio y utilizará el nivel actual del FPL y la información del paciente (ej., sus ingresos recientes y tamaño de su hogar).

Cómo solicitar

Los pacientes pueden solicitar un FAP visitando en persona o llamando por teléfono a uno de nuestros centros de LA Health Services (Servicios de LA Health) y hablando con nuestro personal. El personal de PFS completará la solicitud con el paciente o su familiar responsable, determinará la responsabilidad financiera del paciente, si la tuviera, y presentará la solicitud y el acuerdo para su firma. El paciente o su familiar responsable debe dar fe de la exactitud de la información que proporcione bajo pena de perjurio. Esto se hace verbalmente si la solicitud se toma por teléfono. Estas solicitudes completadas se envían al paciente por correo. Como se ha señalado anteriormente, el programa DPP requiere verificación de ingresos al momento de la solicitud; los otros programas no lo hacen; sin embargo, más adelante se podrá solicitar la verificación, por lo que se recomienda a los pacientes conservar su documentación (es decir, talones de pago o declaraciones de impuestos). El programa SSDPP requiere verificación de identidad y de dirección al momento de la solicitud.

Programa de Pago Extendido (EPP)

El EPP sin intereses está disponible para pacientes con responsabilidad financiera que soliciten tiempo adicional para pagar su obligación, inclusive aquellos que hayan recibido un descuento a través de cualquiera de estos programas de asistencia financiera. Los siguientes puntos guiarán la negociación con el paciente.

- El EPP suele extenderse hasta 18 meses, pero se puede extender por más tiempo.
- Los pagos mensuales no deben superar el 10 por ciento de los ingresos familiares del paciente durante un mes, excluyendo las deducciones por gastos básicos para vivir.
- Cualquier paciente que pregunte por un plan de pagos y que aún no haya solicitado otra ayuda financiera del DHS debe ser informado de los FAPs y evaluado para comprobar su elegibilidad.

En caso de que no se alcancen los términos de un plan razonable de pagos, el DHS determinará los pagos mensuales que no superen el 10 por ciento de los ingresos familiares del paciente durante un mes, excluyendo las deducciones por gastos básicos para vivir.

Publicación de información

Se publicarán avisos sobre la disponibilidad de los FAPs para pacientes de bajos ingresos y sin seguro en ubicaciones visibles de cada centro del condado, que incluyan al menos las áreas de Ingresos hospitalarios/Registración, Consulta de facturación, Departamento de emergencias, otros entornos ambulatorios como salas de espera, unidades de observación y la página web del DHS. Cada aviso publicado sobre las FAPs deberá contener breves instrucciones sobre cómo solicitarlas y debe incluir un número de teléfono para más información. Se deben facilitar copias de esta información al paciente, cuando las solicite. Los avisos deben contener información sobre cómo acceder a la información sobre el FAP en los idiomas reglamentados y en formatos compatibles con la ADA.

Proceso de apelación

Los pacientes que deseen apelar la determinación de elegibilidad para su ayuda financiera pueden presentar su solicitud por escrito al personal de selección financiera del DHS. El personal del DHS proporcionará a los pacientes las instrucciones de apelación y/o el formulario correspondientes. El formulario de apelación será revisado o aprobado por el responsable durante el proceso de elegibilidad. Se proporcionará una respuesta por escrito del responsable al paciente en un plazo de diez (10) días laborables.

AUTORIDAD

Código de Bienestar e Instituciones de California Sección 16953(b)
Código de Salud y Seguridad de California 127400 y siguientes.
Código del Condado de Los Ángeles 2.76.350

REFERENCIAS

Políticas del DHS:

- 370.1 Verificación de Identidad del Paciente
- 370.2 Verificación de domicilio del paciente
- 516 Requisitos de verificación de cobertura y evaluación financiera
- 530 Facturación y Cobro por Servicios Médicos Prestados