Klickitat Valley Health			
Nombre de la política y el procedimiento:	Política y procedimiento de asistencia financiera		
Departamento y alcance:	Servicios Financieros para Pacientes		
Fecha de la última revisión o actualización:	9 de octubre de 2026		

Objetivo

Establecer los criterios para determinar la elegibilidad para la atención caritativa y cumplir con las normas del Departamento de Salud y los reglamentos estatales.

Definiciones

- **WAC: Código Administrativo de Washington**
- **RCW: Código Revisado de Washington**

Procedimiento

Klickitat Valley Health está organizado y opera conforme a las leyes del estado de Washington aplicables a los distritos hospitalarios públicos. Como hospital público, Klickitat Valley Health brinda atención de emergencia o de urgencia a toda persona que la necesite, independientemente de su capacidad de pago. Klickitat Valley Health reconoce su responsabilidad de contribuir a satisfacer las necesidades de los pacientes en situación de indigencia médica, es decir, quienes carecen de medios suficientes para pagar la atención que necesitan conforme a los mecanismos actuales de financiamiento de los servicios de salud en Estados Unidos. KVH cumple con su obligación legal de prestar servicios gratuitos o a un costo reducido conforme al capítulo 246-453 del WAC, según sus modificaciones.

Para preservar la dignidad de todas las personas solicitantes, la atención caritativa se denominará «asistencia financiera». Se mantendrá la confidencialidad de la información de todas las personas que soliciten estos servicios.

La política de atención caritativa del Distrito estará a disposición del público mediante la colocación de un aviso y la distribución de materiales escritos a los pacientes que describan la política, el procedimiento para solicitar que se considere su elegibilidad para la atención caritativa, o ambos. Estos materiales se distribuirán cuando el Distrito solicite información sobre su cobertura. Se pondrán a disposición traducciones al español de este documento.

Klickitat Valley Health (el Distrito) se compromete a prestar servicios de salud a toda persona que necesite atención médicamente necesaria, independientemente de su capacidad de pago. Para proteger la integridad de sus operaciones y cumplir este compromiso, establece los siguientes criterios para brindar asistencia financiera y atención caritativa, de conformidad con el capítulo 246-453 del Código Administrativo de Washington (WAC). Estos criterios ayudarán al personal a tomar decisiones coherentes y objetivas sobre la elegibilidad para la asistencia financiera y la atención caritativa, y a mantener una base financiera sólida. La política de asistencia financiera del Distrito abarca a todos los proveedores de KVH.

Comunicaciones al público

Klickitat Valley Health			
Nombre de la política y el procedimiento:	Política y procedimiento de asistencia financiera		
Departamento y alcance:	Servicios Financieros para Pacientes		
Fecha de la última revisión o actualización:	9 de octubre de 2026		

La información sobre la política de asistencia financiera y atención caritativa del Distrito se pondrá a disposición del público de la siguiente manera:

- Se colocará un aviso que informe a los pacientes de que el Distrito ofrece asistencia financiera y atención caritativa en áreas públicas clave del hospital, entre ellas Admisiones, el Departamento de Emergencias, la clínica y el edificio de Medicina Familiar, Facturación y Servicios Financieros.

- El Distrito entregará a todos los pacientes un aviso escrito sobre la disponibilidad de asistencia financiera y atención caritativa cuando solicite información sobre su cobertura de terceros. En ese mismo momento, también explicará verbalmente el aviso. Si por algún motivo, como una emergencia, no se informa al paciente antes de que reciba tratamiento, se le notificará por escrito lo antes posible después del tratamiento.

- El aviso escrito y la explicación verbal estarán disponibles en todo idioma que hable más del 10 % de la población del área de servicio del Distrito. Se brindará interpretación a los demás pacientes que no hablen inglés o tengan un dominio limitado del inglés, así como a quienes no puedan comprender el aviso escrito, la explicación verbal o ambos. El Distrito determina que el aviso estará disponible en español.

- El Distrito capacitará al personal de atención directa para responder eficazmente las preguntas sobre asistencia financiera y atención caritativa o dirigirlas oportunamente al departamento correspondiente.

- El aviso escrito sobre la política de asistencia financiera y atención caritativa del Distrito se pondrá a disposición de toda persona que lo solicite por correo, por teléfono o en persona. La escala de tarifas del Distrito, si corresponde, también estará disponible previa solicitud.

Criterios para la asistencia financiera y la atención caritativa

Para la atención hospitalaria médicamente necesaria recibida a partir del 1 de julio de 2022, KVH evaluará la elegibilidad de los pacientes para la asistencia financiera y la atención caritativa conforme a esta política, una vez agotada la cobertura de terceros, si la hubiera, y según los siguientes criterios:

- Se considerará atención caritativa el 100 % de los cargos del Distrito a cargo del paciente o su garante cuando los ingresos de la persona en cuestión sean iguales o inferiores al 200 % del nivel federal de pobreza vigente, ajustado según el tamaño de la familia.

- **o** El Distrito no tomará en cuenta el valor de los bienes para reducir los descuentos por atención caritativa de las personas en esta categoría.

- Se considerará atención caritativa el 75 % de los cargos del Distrito a cargo del paciente o su garante cuando los ingresos de la persona en cuestión estén entre el 201 % y el 250 % del nivel federal de pobreza vigente, ajustado según el tamaño de la familia.

- Se considerará atención caritativa el 50 % de los cargos del Distrito que no estén cubiertos cuando los ingresos del paciente o su garante estén entre el 251 % y el 300 % del nivel federal de pobreza vigente, ajustado según el tamaño de la familia.

Obligaciones relacionadas con Medicaid y el mercado de seguros médicos

Identificación de pacientes que reúnen los requisitos para ciertos tipos de cobertura de terceros. Para los servicios prestados a partir del 1 de julio de 2022, se aplicarán los siguientes procedimientos para identificar a los pacientes o sus garantes que puedan reunir los requisitos para obtener cobertura médica mediante los programas de asistencia médica de Washington (por ejemplo, Apple Health) o el mercado de seguros médicos de Washington (Washington Health Benefit Exchange).

- Si la información de la solicitud de atención caritativa o asistencia financiera indica que el paciente o su garante podría reunir los requisitos para obtener cobertura, KVH le ayudará a solicitarla. Según las necesidades del paciente, esto incluye orientarlo durante el proceso, responder sus preguntas, proporcionarle los formularios y enlaces correspondientes o ponerlo en contacto con un representante de la agencia.

- **KVH ayudará a los pacientes o sus garantes a identificar y solicitar los programas de asistencia disponibles, incluidos Medicaid y la cobertura disponible a través del mercado de seguros médicos de Washington.**

- El personal de KVH identificará a los pacientes y las visitas sin cobertura de seguro, y se comunicará con los pacientes para ayudarles a solicitar cobertura médica, como Medicaid o los planes del mercado de seguros de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA).

- Como parte del proceso de solicitud de asistencia financiera, el personal de KVH también trabajará con los pacientes y las familias que carezcan de cobertura de terceros aplicable para evaluar si podrían reunir los requisitos para Medicaid, para la cobertura a través del mercado de seguros médicos de Washington (RCW 43.71) o para ambos. El personal brindará ayuda con las solicitudes de Medicaid y de planes de salud calificados. Esta ayuda incluye, entre otras cosas, explicar el proceso de solicitud, acompañar a los pacientes durante el proceso,

proporcionar los formularios necesarios o poner a los pacientes y sus familias en contacto con otras agencias o recursos que puedan ayudarles a completar las solicitudes.

Proceso para determinar la elegibilidad

- Determinación inicial
    - El Distrito utilizará un proceso de solicitud para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera y la atención caritativa. Se aceptarán solicitudes de médicos, grupos comunitarios o religiosos, servicios sociales, personal de servicios financieros y del propio paciente, entre otros. Todo uso o divulgación posterior de la información contenida en la solicitud estará sujeto a las normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y a las políticas de privacidad del Distrito. Toda solicitud identificará a la persona que asume la responsabilidad financiera por el paciente («parte responsable»).
    - La determinación inicial de elegibilidad para la asistencia financiera y la atención caritativa se completará al momento de la admisión o lo antes posible después de que el paciente comience a recibir servicios. Esto incluye una declaración verbal del paciente.
    - Mientras esté pendiente la determinación final de elegibilidad, el Distrito se abstendrá de iniciar gestiones de cobro o solicitar depósitos, siempre que la parte responsable colabore con el Distrito para llegar a una decisión final sobre la cobertura de los cargos.
    - Mientras esté pendiente la determinación final de elegibilidad, el Distrito se abstendrá de iniciar gestiones de cobro o solicitar depósitos, siempre que la parte responsable colabore con el Distrito para llegar a una decisión final sobre la cobertura de los cargos.

- Determinación final
    - Condonación de cargos prima facie. Cuando al personal del Distrito le resulte evidente que la parte responsable se encuentra en situación de indigencia y el Distrito pueda establecer que los ingresos de la persona solicitante están claramente dentro del rango de elegibilidad, el Distrito concederá la atención caritativa basándose únicamente en esta determinación inicial. En estos casos, el Distrito podrá prescindir de la verificación o documentación completa, de conformidad con WAC 246-453-030(3).
    - Los formularios, las instrucciones y las solicitudes escritas de asistencia financiera y atención caritativa se entregarán a la parte responsable cuando se solicite cualquiera de estos beneficios, se indique que existe una necesidad o una evaluación financiera señale una posible necesidad. Toda solicitud, ya sea iniciada por el paciente o por el

Distrito, deberá ir acompañada de documentación que permita verificar la información del formulario. Cualquiera de los siguientes documentos se considerará prueba suficiente para fundamentar la determinación final de elegibilidad para la atención caritativa:

- Ingresos mensuales brutos (ingresos antes de impuestos y deducciones)
  - Formulario W-2 de retención de impuestos.
  - Comprobantes de pago de todos los empleos durante el período pertinente.
  - Declaración de impuestos sobre los ingresos del año calendario más reciente para el que se haya presentado una declaración.
- Formularios de aprobación o denegación de elegibilidad para Medicaid, asistencia médica financiada por el estado o ambos.
- Formularios de aprobación o denegación de prestaciones por desempleo, o
- Declaraciones escritas de empleadores o empleados del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS).
- Familiares que viven en el hogar (la familia incluye a las personas emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas).

- Durante el período inicial de solicitud, el paciente y el Distrito pueden buscar otras fuentes de financiamiento, entre ellas Asistencia Médica y Medicare. La parte responsable deberá presentar constancia escrita de que no reúne los requisitos para ninguna otra fuente de financiamiento. El Distrito no podrá exigir a un paciente que solicite una determinación de indigencia que busque financiamiento bancario ni préstamos de otras fuentes.
- Por lo general, se solicitará documentación correspondiente a los tres meses anteriores a la fecha de la solicitud. Sin embargo, si esa documentación no refleja con precisión la situación financiera actual de la persona solicitante, solo se pedirá documentación correspondiente al período posterior al cambio en la situación financiera del paciente.

- **o** Si la parte responsable no puede proporcionar ninguno de los documentos descritos anteriormente, el Distrito se basará en declaraciones escritas y firmadas por la parte responsable para determinar de manera definitiva si reúne los requisitos para ser clasificada como persona en situación de indigencia (WAC 246-453-030(4)).

- Plazos para la determinación final y las apelaciones
  - **o** Toda persona que solicite asistencia financiera y atención caritativa y que haya sido considerada inicialmente elegible para la atención caritativa dispondrá de al menos catorce (14) días calendario, o del tiempo que razonablemente necesite, para obtener y presentar documentación de respaldo antes de recibir una determinación final sobre la cobertura de los cargos.
  - **o** El Distrito notificará a la persona solicitante su determinación final dentro de los catorce (14) días siguientes a la recepción de la solicitud completa y de toda la documentación.
  - **o** La parte responsable podrá apelar la denegación de elegibilidad para la atención caritativa presentando documentación adicional que acredite los ingresos o el tamaño de la familia ante la Oficina de Servicios Financieros para Pacientes dentro de los treinta (30) días siguientes a la recepción de la notificación. Durante ese plazo se suspenderán las gestiones de cobro, de conformidad con WAC 246-453-020(9)(b).
  - **o** La fecha en que se emita la determinación final sobre la atención caritativa no afectará la clasificación de las deducciones de ingresos por atención caritativa, que se registran por separado de las cuentas incobrables, de conformidad con WAC 246-453-020(10).

- Si el paciente o la parte responsable pagó parte o la totalidad de la factura por servicios médicos y posteriormente se determina que reunía los requisitos para la asistencia financiera o la atención caritativa al momento de recibir los servicios, se le reembolsará cualquier monto pagado en exceso de la suma que se determine adeudada. El paciente recibirá el reembolso dentro de los treinta (30) días siguientes a la concesión de la asistencia financiera o la atención caritativa.

- Notificación adecuada de la denegación
  - **o** Cuando se deniegue una solicitud de asistencia financiera y atención caritativa, la parte responsable recibirá una notificación escrita de la denegación que incluirá lo siguiente:
    - El motivo o los motivos de la denegación.

- La fecha de la decisión.
- Las instrucciones para apelar o solicitar una reconsideración.

- **o** Cuando la persona solicitante no proporcione la información solicitada y el Distrito carezca de información suficiente para determinar la elegibilidad, la notificación de denegación incluirá también lo siguiente:
  - Una descripción de la información que se solicitó y quedó pendiente, incluida la fecha en que se solicitó.
  - Una declaración que indique que la información de la que dispone el Distrito es insuficiente para establecer la elegibilidad para la atención caritativa.
  - Una indicación de que se determinará la elegibilidad si, dentro de los treinta días siguientes a la fecha de la notificación de denegación, la persona solicitante entrega toda la información especificada que se solicitó anteriormente y quedó pendiente.
- **o** La Dirección Financiera revisará todas las apelaciones. Si la revisión confirma la denegación previa de la asistencia financiera y la atención caritativa, se enviará una notificación escrita a la parte responsable y al Departamento de Salud, de conformidad con la ley estatal.

- Nueva determinación de elegibilidad. Si se determina que un paciente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera o atención caritativa, la determinación será válida durante 180 días. Si el paciente continúa recibiendo servicios durante un período prolongado después de esos 180 días, la parte responsable deberá presentar una nueva solicitud de asistencia financiera y documentación de ingresos para iniciar un nuevo período de 180 días.

- De conformidad con WAC 246-453-020(11), si una parte responsable paga parte o la totalidad de los cargos por servicios de atención médica hospitalaria que correspondan y después se determina que reunía los criterios de atención caritativa cuando se prestaron los servicios, se reembolsará al paciente todo pago que exceda el monto que se determine procedente, dentro de los treinta días siguientes a la concesión de la atención caritativa.

Documentación y registros

- Confidencialidad. Toda la información relacionada con la solicitud se mantendrá confidencial. Las copias de los documentos que respalden la solicitud se conservarán junto con el formulario de solicitud.
- Los documentos relacionados con la asistencia financiera y la atención caritativa se conservarán durante cinco (5) años.

Referencias

RCW 70.170.060
https://app.leg.wa.gov/rcw/default.aspx?cite=70.170.060

WAC 246-453
https://app.leg.wa.gov/wac/default.aspx?cite=246-453