



SECCIÓN: ADMINISTRATIVA  
SUBSECCIÓN: OPERACIONES  
ASUNTO: ASISTENCIA FINANCIERA PARA PACIENTES  
APROBADO POR: \_\_\_\_\_

Director ejecutivo

## PROPÓSITO

El propósito de esta política es definir los criterios de elegibilidad para la asistencia financiera y proporcionar pautas para la identificación y clasificación de los saldos pendientes de los pacientes.

## POLÍTICA

Arrowhead Regional Medical Center (ARMC) se compromete a brindar atención médica de calidad a la comunidad y ayudar a las personas que tienen necesidades de atención médica y no tienen seguro médico, tienen un seguro insuficiente, no son elegibles para los programas gubernamentales, el California Health Benefit Exchange y no pueden pagar la atención médica necesaria según su situación financiera individual. ARMC se esfuerza por garantizar que la capacidad financiera de quienes necesitan servicios de atención médica no les impida buscar o recibir atención. Se espera que los pacientes cumplan con los procedimientos de ARMC para obtener asistencia financiera y contribuyan con el costo de su atención en función de su capacidad individual de pago.

Los médicos de urgencias (según se define en la Sección 127450 del Código de Salud y Seguridad), que brindan servicios médicos de urgencia en un hospital que provee atención de urgencia, también están obligados por ley a ofrecer descuentos a pacientes sin seguro o pacientes con costos médicos elevados que se encuentran en el 400 por ciento o por debajo del nivel federal de pobreza. Esta declaración no se interpretará como la imposición de responsabilidades adicionales al hospital.

## DEFINICIONES

- I. **Asistencia financiera:** la parte de los servicios de atención al paciente que brinda Arrowhead Regional Medical Center y que el paciente no puede pagar. La asistencia financiera puede incluir coseguros, copagos, deducibles y servicios no cubiertos no pagados si el paciente cumple con los criterios de elegibilidad del hospital.
- II. **Costos médicos elevados:** un paciente asegurado con “costos médicos elevados” significa:
  - A. Una persona cuyo ingreso familiar no supera el 550 % del nivel federal de pobreza si la persona no recibe una tarifa con descuento del hospital, o cualquiera de los siguientes:
    1. Costos anuales de bolsillo en los que incurre la persona en el hospital que superan el 10 % del ingreso familiar actual del paciente o el ingreso familiar en los 12 meses anteriores, lo que sea menor.
    2. Gastos anuales de bolsillo que superan el 10 % del ingreso familiar del paciente, si el paciente proporciona documentación de los gastos médicos del paciente pagados por el paciente o su familia en los 12 meses anteriores.

3. Un nivel inferior determinado por el hospital de acuerdo con las políticas de cobro del hospital.
- III. **Ingresos:** la suma de todos los sueldos, salarios, alquileres y otras formas de ingresos que recibe la familia del paciente. Esto incluye los estados de ganancias y pérdidas de los últimos tres meses O una declaración de impuestos actual para pacientes autónomos.
- A. En algunos casos, se puede utilizar el ingreso neto en lugar del ingreso bruto para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera.
- IV. **Centro local del consumidor:** una agencia diseñada para proporcionar a los consumidores información sobre la cobertura y los servicios de atención médica. En California, la Health Consumer Alliance (HCA) fue designada como el Programa de Defensor del Consumidor de la Salud de California (CCI)/Cal Mediconnect a partir del 1 de abril de 2014. Puede encontrar más información sobre la HCA en <http://healthconsumer.org>. Los consumidores pueden llamar al 888-804-3536 para que los dirijan al centro del consumidor correcto.

## TIPO DE SERVICIOS CUBIERTOS

Todos los servicios prestados por Arrowhead Regional Medical Center son elegibles para la asistencia financiera. Esto no incluye los servicios profesionales.

## PROCEDIMIENTOS

### I. ELEGIBILIDAD

- A. Se considerará la elegibilidad para la asistencia financiera para aquellas personas que no tengan seguro médico, que tengan un seguro insuficiente, que no sean elegibles para ningún programa de beneficios de atención médica del gobierno, el California Health Benefit Exchange y que no puedan pagar por su atención, según una determinación de necesidad financiera. *La concesión de la asistencia financiera no tendrá en cuenta la edad, el género, la raza, el estado social o inmigratorio, la orientación sexual o la afiliación religiosa.* Los pacientes a quienes se les niegue la elegibilidad para los programas gubernamentales por no cooperar con el proceso de elegibilidad no serán elegibles para la asistencia financiera. Los pacientes que proporcionen declaraciones escritas o verbales de ingresos (Sección I.F), o los pacientes sujetos a elegibilidad presunta (Sección III), pueden ser elegibles a discreción del director financiero (Chief Financial, Officer, CFO).
  1. Si el paciente es elegible para la asistencia financiera a través del proceso de selección descrito a continuación, será elegible para la asistencia financiera durante un año a partir de la fecha de aprobación.
  2. No se requerirán solicitudes adicionales para visitas médicas posteriores durante el período de elegibilidad de un año.
- B. Las categorías principales de elegibilidad son:
  1. Beneficencia:
    - a. El paciente no tiene seguro médico Y el ingreso familiar del paciente es igual o inferior al 400 % del Nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL) designado para el tamaño de la familia del paciente.
    - b. El paciente está asegurado Y el ingreso familiar del paciente es igual o inferior al 400 % del Nivel federal de pobreza (FPL) designado para el tamaño de la familia del paciente Y el paciente cumple con la definición de paciente de "asistencia médica de alto costo" mencionada anteriormente.

2. Asistencia financiera:
  - a. El paciente no tiene seguro médico Y el ingreso familiar del paciente oscila entre el 401 % y el 550 % del Nivel federal de pobreza (FPL) designado para el tamaño de la familia del paciente.
  - b. El paciente está asegurado Y el ingreso familiar del paciente oscila entre el 401 % y el 550 % del Nivel federal de pobreza (FPL) designado para el tamaño de la familia del paciente Y el paciente cumple con la definición de paciente de "asistencia médica de alto costo" mencionada anteriormente.
- C. Según la ley SB 1276 (reglamento sobre políticas de facturación justa en hospitales), la asistencia financiera puede extenderse a aquellas personas que reciben una tarifa con descuento del hospital como resultado de la cobertura de terceros, a partir del 1 de enero de 2015.
- D. Para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera, el hospital puede considerar los ingresos y los activos monetarios del paciente. A efectos de determinación, los activos monetarios no incluirán planes de jubilación o compensación diferida calificados según el Código de Rentas Internas o planes de compensación diferida no calificados. Además, los primeros diez mil dólares (\$ 10,000) de los activos monetarios de un paciente no se contabilizarán para determinar la elegibilidad, ni tampoco se contabilizará el 50 por ciento de los activos monetarios de un paciente que superen los primeros diez mil dólares (\$ 10,000) para determinar la elegibilidad. (Sección 127405 del Código de Salud y Seguridad)
- E. Deducible y coseguro de Medicare:
  1. Los pacientes cuya cobertura principal es Medicare pueden calificar para recibir atención de beneficencia en determinadas circunstancias. El monto que califica para recibir atención de beneficencia completa se limita al coseguro de Medicare y los montos deducibles **no reembolsados** por cualquier otro pagador, incluido Medi-Cal/Medicaid, y que Medicare no reembolsa como una deuda incobrable, si:
    - a. El paciente es beneficiario de Medi-Cal/Medicaid u otro programa que atienda las necesidades de atención médica de pacientes de bajos ingresos; o
    - b. El paciente califica de otra manera para recibir asistencia financiera según esta política y solo hasta el alcance de la cancelación prevista en esta política.
    - c. Los solicitantes de Medicare deberán presentar una solicitud de asistencia financiera completa para ser considerados para recibir asistencia según esta política.
      - 1) Sección III. El proceso de elegibilidad presunta no se aplica a la población de Medicare por este motivo.
- F. Cuando el paciente no puede proporcionar documentación que verifique los ingresos, se deben seguir los siguientes procedimientos:
  1. Certificación por escrito: el paciente puede firmar una declaración que certifique la exactitud de la información de ingresos proporcionada.
  2. Certificación verbal: el asesor financiero del hospital puede proporcionar una certificación escrita de que el paciente verificó verbalmente el cálculo de ingresos. Se deben hacer algunos intentos para documentar los ingresos anuales del paciente antes de tomar una certificación verbal.
- G. Se pueden ofrecer descuentos por circunstancias especiales según el caso si el FPL es superior al 550 %. Consulte la Política de cuentas de pacientes Nro. 805.01 para obtener más información.

## II. Determinación de la necesidad financiera

- A. La necesidad financiera se determinará mediante una evaluación de la situación financiera del solicitante, que incluirá un proceso de solicitud que el paciente o su garante deben completar. Se espera que el paciente o su garante proporcionen toda la documentación necesaria para determinar la necesidad financiera. Si no se proporciona la verificación necesaria dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la solicitud, se rechazará la solicitud. Sin embargo, se puede proporcionar asistencia financiera a pacientes sin documentación que estén sujetos a elegibilidad presunta (como se indica en la Sección III). La documentación necesaria debe incluir:
1. Copia de identificación con fotografía
  2. Comprobante de ingresos
  3. Comprobante de ingresos del cónyuge (si está casado)
  4. Declaración de apoyo que proporcione una explicación si vive sin ingresos
- B. El personal de ARMC hará un esfuerzo razonable para ayudar a los pacientes a solicitar fuentes alternativas de asistencia a través del California Health Benefit Exchange u otros programas de cobertura de salud financiados por el estado o el condado.
- C. Si un paciente que solicita o tiene una solicitud pendiente para otro programa de cobertura de salud al mismo tiempo que solicita asistencia financiera, ninguna de las solicitudes impedirá que pueda ser elegible para el otro programa.
- D. Cualquier paciente que indique la incapacidad financiera para pagar una factura por un servicio médicamente necesario será evaluado para la asistencia financiera. ARMC también le proporcionará al paciente una referencia o una lista de centros locales de asistencia al consumidor que se encuentran en las oficinas de servicios legales.

## III. Proceso de determinación de elegibilidad presunta

- A. Puede haber casos en los que un paciente parezca elegible para descuentos de asistencia financiera, pero no hay un formulario de asistencia financiera en el archivo debido a la falta de documentación de respaldo. A menudo, el paciente u otras fuentes suministran información adecuada que podría proporcionar pruebas suficientes para brindarle asistencia financiera. En caso de que no haya pruebas que respalden la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera, ARMC podría utilizar agencias externas para determinar los montos estimados de ingresos como base para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera y los posibles montos de descuento. Una vez determinado, debido a la naturaleza inherente de las circunstancias presuntas, el descuento aplicado se basará en las pautas de elegibilidad enumeradas anteriormente. La elegibilidad presunta puede determinarse en función de las circunstancias de vida individuales que pueden incluir:
1. Sin hogar o atención recibida de una clínica para personas sin hogar.
  2. El paciente ha fallecido sin un patrimonio o cobertura de terceros.
  3. Rechazos de Medi-Cal/Medicaid, los pacientes que no califican para Medi-Cal/Medicaid también:
    - a. Se presume que califican para recibir atención caritativa completa
    - b. Esto incluye a los pacientes cuya cobertura de Medi-Cal/Medicaid no está cubierta, es limitada o está restringida. Esto puede incluir montos de participación en los costos (Share of Cost, SOC) si se considera apropiado.

4. Se pueden ofrecer descuentos por circunstancias especiales según cada caso; consulte la Política de cuentas de pacientes Nro. 805.01 para obtener más información.

#### IV. Solicitud de asistencia financiera

- A. El formulario de determinación de elegibilidad para beneficios y el formulario de evaluación de ARMC se utilizarán para documentar la situación financiera de cada paciente (Anexo B). Se le enviará al paciente un formulario de notificación una vez que se tome una determinación final de elegibilidad.

#### V. Remuneraciones

- A. Se considerarán los ingresos familiares al evaluar la elegibilidad para la asistencia financiera, así como los posibles pagos de litigios pendientes y gravámenes de terceros relacionados con el incidente de atención.
- B. También se puede considerar el monto y la frecuencia de las facturas del hospital.
- C. La elegibilidad de un paciente para la asistencia financiera se puede determinar en cualquier momento en que esté disponible la información sobre la elegibilidad del paciente.
- D. En el caso de los servicios prestados a pacientes con ingresos que oscilan entre el 401 % y el 550 % del FPL, el paciente será responsable del saldo restante después de la aplicación de la tasa de descuento permitida, según lo determinado de conformidad con las Pautas de asistencia financiera que se indican a continuación.

#### VI. Pautas de asistencia financiera

- A. La asistencia financiera se realizará de acuerdo con la necesidad financiera del paciente, según lo determinado por el Nivel federal de pobreza (FPL) vigente al momento de la determinación financiera.
  1. Beneficencia: Los pacientes con ingresos iguales o inferiores al 400 % del FPL recibirán un descuento equivalente al saldo pendiente actual en las cuentas.
  2. Asistencia financiera: Los pacientes con ingresos que oscilan entre el 401 % y el 550 % del FPL son elegibles para recibir servicios con descuento y pueden recibir dichos servicios a una tasa que no exceda la tasa de reembolso de Medicare. Si la tasa de Medicare para pacientes internados excede los cargos facturados, se descontará la facturación aplicando el porcentaje de Medicare para pacientes ambulatorios.
  3. Una vez que se determine que el paciente no califica para Medi-Cal, se revisará la solicitud para determinar si reúne los requisitos para recibir asistencia financiera o de beneficencia.

#### VII. Comunicación del programa de asistencia financiera

- A. Arrowhead Regional Medical Center hará todo lo posible para garantizar que todos los pacientes reciban información sobre asistencia financiera. El aviso de "Información sobre servicios financieros para pacientes" se distribuirá a los pacientes en el momento de la admisión y como parte del paquete de consentimiento para pacientes ambulatorios. La información también se publicará en el vestíbulo de registro de cada paciente en todo el establecimiento.

- B. Las facturas del hospital que se envíen a pacientes sin seguro incluirán:
1. Un estado detallado de los cargos por los servicios prestados.
  2. Una solicitud para que el paciente informe al hospital si tiene cobertura de seguro médico o cobertura bajo un programa de salud del gobierno.
  3. Una declaración que proporcione al paciente un recurso de contacto del hospital del cual el paciente pueda obtener información sobre la Política de Asistencia Financiera del hospital para pacientes sin seguro de bajos ingresos y cómo solicitar dicha asistencia para el pago de los servicios que se le brindaron.
- C. ARMC proporcionará, a pedido del paciente, una copia de la política de asistencia financiera.
- D. ARMC exhibirá de manera destacada un aviso de la política de asistencia financiera del hospital para pacientes en su sitio web.

### VIII. Proceso de apelación/redeterminación del paciente

- A. Todo paciente al que se le haya negado la elegibilidad para recibir asistencia financiera puede solicitar una reevaluación si puede dar fe de que su situación financiera ha cambiado significativamente o presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión inicial de la solicitud. Todas las solicitudes deben enviarse al Departamento de Cuentas de Pacientes, 400 N Pepper Ave., Colton, CA 92324. Se le notificará al paciente por escrito el resultado dentro de cuarenta y cinco (45) días.
- B. Si el paciente fue aprobado previamente para obtener un descuento de servicio debido a las pautas del FPL, pero luego se vuelve elegible para recibir servicios sin cargo debido al proceso de apelación, ARMC está autorizado a volver a ajustar los saldos anteriores aprobados de otra manera bajo el acuerdo de descuento debido a que la apelación se revocó (esto es un resultado de un cambio en las circunstancias financieras), o según la Sección III, A.

### IX. Adelanto de deuda para cobro

- A. Los montos determinados como responsabilidad del paciente pueden asignarse a una agencia de cobro de conformidad con la Política de notificación al paciente de derivación de cobro de deudas que se encuentra en el Manual de políticas y procedimientos de cuentas de pacientes.
- B. ARMC proporcionará una copia de su Política de derivación de cobro de deudas al Departamento de Acceso e Información sobre Atención Médica Pública de California.

### X. Cobros

- A. ARMC no enviará a sabiendas facturas de pacientes al Departamento Central de Cobros antes de 180 días a partir del momento de la facturación inicial para aquellos pacientes que no tengan cobertura o tengan costos médicos elevados. La información sobre ingresos y activos obtenida con el fin de determinar la elegibilidad para la asistencia financiera no se utilizará con fines de cobros.
- B. ARMC no enviará a sabiendas facturas de pacientes al Departamento Central de Cobros, a menos que se cumplan las condiciones específicas, incluido que el paciente no sea elegible para recibir asistencia financiera y que el paciente no haya respondido a los intentos de facturación u ofertas de asistencia financiera.

- C. Antes de asignar una factura de un paciente al Departamento Central de Cobros, ARMC deberá enviar un aviso al paciente que incluya la fecha o los servicios de la factura, el nombre de la entidad a la que se le está asignando la factura, una declaración que muestre cómo obtener una factura detallada y una solicitud para el programa de asistencia financiera del hospital.
- D. ARMC deberá proporcionar al Departamento Central de Cobros una copia de la Política de asistencia financiera para pacientes, junto con la Declaración de misión de ARMC. Como parte de su procesamiento de cuentas de pacientes para ARMC, el Departamento Central de Cobros deberá aceptar adherirse a la Política de asistencia financiera. El Departamento Central de Cobros también deberá cumplir con todas las leyes estatales y federales con respecto a las prácticas de cobro. El Departamento Central de Cobros no utilizará embargos de salario ni buscará gravámenes contra la residencia principal de ningún paciente calificado a través del programa de asistencia financiera.
- E. Todos los esfuerzos de cobro se suspenderán mientras un garante participe activamente en el proceso de solicitud de asistencia financiera.

#### XI. Reembolso

- A. ARMC y el Departamento Central de Cobros trabajarán con los pacientes que califiquen a través de la asistencia financiera para negociar un acuerdo de reembolso mensual por los saldos adeudados según la capacidad de pago del paciente. Dicho plan no tendrá intereses. Si ARMC y el paciente no pueden llegar a un acuerdo sobre un plan de reembolso, ARMC instituirá un plan de pago razonable, con pagos mensuales de menos del 10 por ciento del ingreso familiar del paciente durante un mes después de las deducciones por gastos básicos de vida. Los planes de pago pueden considerarse inoperantes si el paciente no realiza todos los pagos programados. ARMC o el Departamento Central de Cobros harán un esfuerzo razonable para comunicarse con el paciente con el fin de renegociar un nuevo acuerdo antes de que un plan de reembolso se considere inoperante. Los esfuerzos por establecer contacto incluirán un intento de llamar al paciente al último número de teléfono conocido y un aviso por escrito enviado a la última dirección conocida. No se iniciará ninguna acción civil ni se emitirán informes crediticios adversos hasta que se hayan realizado todos los intentos por establecer contacto y se declare que el plan de reembolso extendido ya no está vigente.

#### XII. Pagos en exceso

- A. Una cuenta se considerará pagada en exceso únicamente cuando el pago se reciba directamente del paciente, cónyuge o padre de un menor después de la fecha en que se haya procesado y aprobado la solicitud de asistencia financiera. No se devolverán los pagos de cuentas anteriores a la tramitación de la solicitud de asistencia financiera. El pago de una fuente de terceros no constituirá un pago en exceso a menos que dicho pago supere los cargos facturados. Si se identifica un pago en exceso, ARMC o el Departamento Central de Cobros reembolsará a los pacientes el monto pagado en exceso más los intereses a la tasa legal establecida en la Sección 685.010 del Código de Procedimiento Civil. No se exigirá el reembolso ni los intereses, si el monto adeudado es inferior a \$ 5,00.

#### XIII. Educación y capacitación

- A. El personal del hospital recibirá capacitación sobre la asistencia financiera. El siguiente personal deberá recibir capacitación:

1. Registro/admisión
2. Entrevistadores financieros
3. Abogado del paciente
4. Facturación/cuentas del paciente

XIV. Requisitos reglamentarios

- A. Al implementar esta política, Arrowhead Regional Medical Center deberá cumplir con todas las leyes, normas y reglamentaciones federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades realizadas de conformidad con esta política.

XV. Servicios no cubiertos

- A. De conformidad con el requisito del párrafo 1.501(r)-4(b)(1)(iii)(F) de las Regulaciones del Departamento del Tesoro, Arrowhead Regional Medical Center debe identificar a todos los proveedores, además del propio centro hospitalario, que brinden atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria en el centro hospitalario y que no estén cubiertos por la Política de asistencia financiera de ARMC. Un paciente será responsable financieramente de cualquier servicio brindado por los proveedores enumerados y Arrowhead Regional Medical Center no será responsable.
- B. El Departamento de Cuentas de Pacientes mantendrá una lista de proveedores no cubiertos (Anexo C) en un documento separado de la Política de asistencia financiera y el documento debe incluir la fecha en la que se creó o actualizó por última vez. La lista de proveedores no cubiertos debe actualizarse trimestralmente para garantizar que esta sea precisa y esté actualizada, y debe estar disponible para el público, tanto en línea como de forma impresa.
- C. Si el único cambio que realiza Arrowhead Regional Medical Center a su política de asistencia financiera es actualizar la lista de proveedores, no es necesario que un organismo autorizado adopte la Política de asistencia financiera para que la política siga vigente.

XVI. Declaración de procedimientos de emergencia sanitaria local

- A. El funcionario de salud pública del condado o la junta de supervisores deben proclamar una emergencia sanitaria local y adjuntarla a este documento de asistencia financiera para pacientes como anexo (Anexo A).
1. Una emergencia sanitaria puede estar relacionada con una situación de emergencia en la que se modifican las normas estatales o federales para satisfacer las necesidades sanitarias inmediatas de la comunidad del hospital durante una crisis sanitaria.
- B. Durante una emergencia sanitaria, Arrowhead Regional Medical Center puede "flexibilizar" su Política de asistencia financiera para satisfacer las necesidades de la comunidad en crisis. Estos cambios se incluirán en la política de asistencia financiera para pacientes como anexo.
- C. Se pueden proporcionar descuentos para pacientes relacionados con el tratamiento médico en el momento de la crisis, independientemente de la fecha de esta política (ya que es posible que los líderes del hospital no puedan reaccionar con la suficiente rapidez y actualizar el contenido de la política para poder satisfacer necesidades más urgentes durante la emergencia sanitaria).



**REFERENCIAS:** Código de Salud y Seguridad de California, secciones 127400-127455  
AB 103. Estatuto 2010, capítulo 445 Sección 127450  
SB 1276. Estatuto 2014, capítulo 758  
Política Administrativa (ADM) Nro. 100.03  
Regulaciones del Departamento del Tesoro, párrafo 1.501(r)-4(b)(1)(iii)(F)  
Política Administrativa Nro. 100.03, Manuales de políticas y procedimientos:  
formato, estándares y proceso de aprobación

**DEFINICIONES:** N/A

**ANEXOS:** Anexo A: Declaración de emergencia sanitaria local  
Anexo B: Solicitud: inglés y español  
Anexo C: Lista de proveedores no cubiertos

<b>FECHA DE APROBACIÓN:</b>	<u>N/A</u>	<u>Comité de Políticas, Procedimientos y Estándares</u>
	<u>23/11/2022</u>	<u>Comité de Seguridad y Calidad del Paciente</u> <small>Administrador correspondiente, hospital o comité médico</small>
	<u>08/12/2022</u>	<u>Comité de Gestión de Calidad</u> <small>Administrador correspondiente, hospital o comité médico</small>
	<u>26/01/2023</u>	<u>Comité Ejecutivo Médico</u> <small>Administrador correspondiente, hospital o comité médico</small>

**REEMPLAZA:** Política Administrativa Nro. 110.28  
Política Administrativa Nro. 110.29 Edición 9

**CON VIGENCIA A PARTIR DE:** 05/02/2007

**REVISADO:** 13/08/2010, 03/01/2012, 02/01/2014, 01/01/2015, 20/08/2015, 01/07/2016, 01/01/2020, 04/10/2021

**REVISADO:** 12/09/2022

351 N. Mountain View Ave., San Bernardino, CA 92415 | Teléfono: 909-387-9145 Fax SC 387-6223

[www.SBCounty.gov](http://www.SBCounty.gov)



## Administración de Salud Pública

**Trudy Raymundo**  
Directora

**Corwin Porter**  
Subdirector

**Dr. Maxwell Ohikhuaro.**  
Funcionario de salud

### DECLARACIÓN DE EMERGENCIA SANITARIA LOCAL

CONSIDERANDO QUE, la sección 101080 del Código de Salud y Seguridad autoriza a un funcionario de salud local a declarar una emergencia sanitaria local en la jurisdicción del funcionario de salud, o en cualquier parte de ella, siempre que el funcionario de salud determine razonablemente que existe una amenaza inminente y próxima de introducción de cualquier enfermedad contagiosa, infecciosa o transmisible, agente químico, agente biológico no transmisible, toxina o agente radiactivo;

CONSIDERANDO QUE, la propagación comunitaria de COVID-19 está ocurriendo en los Estados Unidos;

CONSIDERANDO QUE, debido a la transmisión comunitaria de COVID-19 en los Estados Unidos, incluso en los condados vecinos, existe un riesgo continuo y la probabilidad de que se identifiquen pacientes positivos de COVID-19 en el condado de San Bernardino;

CONSIDERANDO QUE, según lo anterior, existe una amenaza inminente y próxima de la introducción de COVID-19 en el condado de San Bernardino y una amenaza para la salud pública de los residentes del condado;

POR TANTO, el funcionario de la salud del Condado declara por medio del presente documento una emergencia sanitaria.

Dr. Erin Gustafson, Maestría en Salud Pública  
Oficina de la Salud en funciones

Fecha

#### BOARD OF SUPERVISORS

ROBERT A. LOVINGOOD  
First District

JANICE RUTHERFORD  
Second District

DAWN ROWE  
Third District

CURT HAGMAN  
Chairman, Fourth District

JOSÉ GONZÁLES  
Vice Chair, Fifth District

**Gary McBride**  
Chief Executive Officer



400 N. Pepper Avenue, Colton. California 92324-1819 | Phone 909.580.1000  
[www.arrowheadmedcenter.org](http://www.arrowheadmedcenter.org)

*The Heart of a  
Healthy Community™*

**ARMC**  
**400 N PEPPER AVE**  
**COLTON CA 92324**  
**1-877-818-0672**  
**ATTN: PATIENT ACCOUNTS DEPARTMENT**

In order to make your application complete, the following documentation must be included:

- **PROOF OF DENIAL FROM MEDI-CAL (if applicable)**
- **COPY OF PICTURE IDENTIFICATION**
- **PROOF OF INCOME**
- **PROOF OF SPOUSES INCOME (if applicable)**
- **STATEMENT OF SUPPORT IF THERE IS NO INCOME**

Failure to submit all required documentation with the application will result in an incomplete application.

The application process takes approximately 45 days from the date the application is received.

**FAILURE TO COMPLY WITH THE QUALIFICATION REQUIREMENTS FOR ANY GOVERNMENT ASSISTANCE PROGRAM WILL RESULT IN FINANCIAL ASSISTANCE DENIAL.**

**Please be advised that this application is for Arrowhead Regional Medical Center (ARMC) Charges only and coverage does not apply to the Professional Fees incurred, such as Physicians, Anesthesiologist, Radiology, Laboratory, etc. THESE CHARGES WILL BE YOUR FINANCIAL RESPONSIBILITY.**

**Arrowhead Regional Medical Center maintains a list of non-covered providers you can find it online at <https://www.arrowheadmedcenter.org> or you may request a copy by calling Patient Accounts department 1-877-818-0672.**

**SAN BERNARDINO COUNTY BOARD OF SUPERVISORS**

ROBERT A. LOVINGOOD  
First District

JANICE RUTHERFORD  
Second District

DAWN ROWE  
Third District

CURT HAGMAN  
Chairman, Fourth District

JOSE GONZALES  
Vice Chair, Fifth District

**Gary McBride**  
Chief Executive Officer



400 N. Pepper Avenue, Colton. California 92324-1819 | Phone 909.580.1000  
[www.arrowheadmedcenter.org](http://www.arrowheadmedcenter.org)

*The Heart of a  
Healthy Community™*

**FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM  
STATEMENT OF FINANCIAL CONDITION**

PATIENT NAME \_\_\_\_\_ SPOUSE \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_ PHONE \_\_\_\_\_

CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_

MR# or V# \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
(PATIENT) (SPOUSE)

**FAMILY STATUS: List all dependents that you support  
(If additional space is needed please use page 5)**

Name	Age	Relationship
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**EMPLOYMENT AND OCCUPATION**

Employer: \_\_\_\_\_ Position: \_\_\_\_\_

Contact Person and Telephone: \_\_\_\_\_

If self-employed. Name of Business: \_\_\_\_\_

Spouse's Employer: \_\_\_\_\_ Position: \_\_\_\_\_

Contact Person and Telephone: \_\_\_\_\_

If self-employed, Name of Business: \_\_\_\_\_

**SAN BERNARDINO COUNTY BOARD OF SUPERVISORS**

ROBERT A. LOVINGOOD First District	JANICE RUTHERFORD Second District	DAWN ROWE Third District	CURT HAGMAN Chariman, Fourth District	JOSE GONZALES Vice Chair, Fifth District
---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------	--	---

**Gary McBride**  
Chief Executive Officer



400 N. Pepper Avenue, Colton. California 92324-1819 | Phone 909.580.1000  
[www.arrowheadmedcenter.org](http://www.arrowheadmedcenter.org)

*The Heart of a  
Healthy Community™*

**CURRENT MONTHLY INCOME**

	Patient	Spouse
Gross Pay (before deductions)	_____	_____
<b>Section A (Income-Unearned):</b>		
Social Security Pension	_____	_____
Retirement or VA benefits	_____	_____
Unemployment	_____	_____
State Disability Insurance (Temporary)	_____	_____
Alimony or Child Support Payments Received	_____	_____
Other (specify) _____	_____	_____
<b>Total Income:</b>	_____	_____
<b>Section B:</b>		
Alimony, Child Support Payments Paid	_____	_____

Please circle one:

Do you have Insurance:	YES OR NO
Are you eligible for MEDICARE:	YES OR NO
Are you Eligible for MEDI-CAL:	YES OR NO
Are you eligible for government programs: (i.e. Victims of Crime, Medi-Cal, Healthy Families, or California Children Services (CCS), etc.)	YES OR NO

**SAN BERNARDINO COUNTY BOARD OF SUPERVISORS**

ROBERT A. LOVINGOOD First District    JANICE RUTHERFORD Second District    DAWN ROWE Third District    CURT HAGMAN Chariman, Fourth District    JOSE GONZALES Vice Chair, Fifth District

**Gary McBride**  
Chief Executive Officer



400 N. Pepper Avenue, Colton. California 92324-1819 | Phone 909.580.1000  
[www.arrowheadmedcenter.org](http://www.arrowheadmedcenter.org)

*The Heart of a  
Healthy Community™*

**PLEASE AGREE TO THE FOLLOWING INFORMATION**

- I declare under penalty of perjury that the answers I have given are true and correct to the best of my knowledge,
- I agree to allow Arrowhead Regional Medical Centex to check my employment for the puipose of determining my eligibility for a financial assistance.
- I understand that the information submitted on this application is subject to verification which may include a credit check.
- I understand that I may be required to provide proof of the information I am providing.
- I further agree, that in consideration for receiving health care services as a result of an accident or injury, to reimburse the County from the proceeds of any litigation or settlement resulting from such act.

\_\_\_\_\_  
(Signature of Patient or Guarantor)

\_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(Signature of Spouse)

\_\_\_\_\_  
(Date)

**SAN BERNARDINO COUNTY BOARD OF SUPERVISORS**

ROBERT A. LOVINGOOD  
First District

JANICE RUTHERFORD  
Second District

DAWN ROWE  
Third District

CURT HAGMAN  
Chariman, Fourth District

JOSE GONZALES  
Vice Chair, Fifth District

**Gary McBride**  
Chief Executive Officer



400 N. Pepper Avenue, Colton. California 92324-1819 | Phone 909.580.1000  
[www.arrowheadmedcenter.org](http://www.arrowheadmedcenter.org)

*The Heart of a  
Healthy Community™*

**Additional Space for comments:**

Copia no controlada si se imprime

**SAN BERNARDINO COUNTY BOARD OF SUPERVISORS**

ROBERT A. LOVINGOOD  
First District

JANICE RUTHERFORD  
Second District

DAWN ROWE  
Third District

CURT HAGMAN  
Chariman, Fourth District

JOSE GONZALES  
Vice Chair, Fifth District

**Gary McBride**  
Chief Executive Officer



400 N. Pepper Avenue, Colton. California 92324-1819 | Phone 909.580.1000  
[www.arrowheadmedcenter.org](http://www.arrowheadmedcenter.org)

*The Heart of a  
Healthy Community™*

**ARMC**  
**400 N PEPPER AVE**  
**COLTON CA 92324**  
**1-877-818-0672**  
**ATTN. PATIENT ACCOUNTS DEPARTMENT**

A fin de completar esta solicitud, la siguiente documentación debe ser incluida:

- COPIA DE DESAPROBACION DEL PROGRAMA MEDICAL (si correspond?)
- COPIA DE IDENTIFICACION CON FOTO
- PRUEBA DE INGRESOS
- PRUEBA DE INGRESOS DE SU ESPOSO (A) (si correspond')
- CARTA DE SOSTENIMIENTO (STATEMENT OF SUPPORT) Si no tiene ingresos

El no presentar toda la documentación necesaria con la solicitud resultará en una solicitud incompleta.

El proceso de solicitud toma aproximadamente 45 días a partir de la fecha de recibida la solicitud.

**INCUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE CALIFICACION PARA CUALQUIER PROGRAMA DE ASISTENCIA DEL GOBIERNO DARA LUGAR A LA DESAPROBACION DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA.**

**Se le Avisa que el Programa de Asistencia Financiera  cubre Solamente los Cargos del Hospital Arrowhead Regional Medical Center (ARMC) y No Cubre los Cargos Incurridos por Profesionales, tales como Doctores, Anestesiólogo, Radiología, Laboratorio, etc. LOS CARGOS PROFESIONALES SERÁN SU RESPONSABILIDAD FINANCIERA.**

El hospital Arrowhead Regional Medical Center mantiene una lista de los proveedores que no son cubiertos por el programa de Asistencia Financiera la cual puede encontrar en nuestro sitio web <https://www.arrowheadmedcenter.org> o puede pedir una copia llamando al departamento de Cuentas del Paciente (Patient Accounts) 1-877-818-0672.

**SAN BERNARDINO COUNTY BOARD OF SUPERVISORS**

ROBERT A. LOVINGOOD  
First District

JANICE RUTHERFORD  
Second District

DAWN ROWE  
Third District

CURT HAGMAN  
Chairman, Fourth District

JOSE GONZALES  
Vice Chair, Fifth District

**Gary McBride**  
Chief Executive Officer





400 N. Pepper Avenue, Colton. California 92324-1819 | Phone 909.580.1000  
[www.arrowheadmedcenter.org](http://www.arrowheadmedcenter.org)

*The Heart of a  
Healthy Community™*

**PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA  
DECLARACIÓN DE SITUACIÓN FINANCIERA**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ ESPOSO (A): \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

MR# o V# \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
(Paciente) (Espos(a))

**ESTADO DE FAMILIA: Lista de todos los dependientes que usted mandene  
(Si necesita espacio adicional favor de ndlizar la pagina 5)**

Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**EMPLEO Y OCUPACIÓN**

Empresa: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre y teléfono de supervisor: \_\_\_\_\_

Si tiene negocio propio, nombrel del negocio: \_\_\_\_\_

Empresa de esposo (a): \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre y teléfono de supervisor de su esposo (a): \_\_\_\_\_

Si tiene negocio propio, nombrel del negocio \_\_\_\_\_

**SAN BERNARDINO COUNTY BOARD OF SUPERVISORS**

ROBERT A. LOVINGOOD  
First District

JANICE RUTHERFORD  
Second District

DAWN ROWE  
Third District

CURT HAGMAN  
Chariman, Fourth District

JOSE GONZALES  
Vice Chair, Fifth District

**Gary McBride**  
Chief Executive Officer



400 N. Pepper Avenue, Colton. California 92324-1819 | Phone 909.580.1000  
[www.arrowheadmedcenter.org](http://www.arrowheadmedcenter.org)

*The Heart of a  
Healthy Community™*

**INGRESOS MENSUALES**

	Paciente	Esposo (a)
Sueldo en bruto (antes de deducción)	_____	_____
<b>Sección A (Ingresos no consumado):</b>		
Pensión de Seguro Social	_____	_____
Pensión de Veteranos	_____	_____
Beneficios de Desempleo	_____	_____
Seguro Estatal por Incapacidad (Temporal)	_____	_____
Pensión alimenticia (hijos) (Child Support)	_____	_____
Pensión alimenticia (esposos) (Alimony)	_____	_____
Otro (especificar) _____	_____	_____
<b>TOTAL:</b>	_____	_____

**Sección B:**

¿Paga usted pensión alimenticia a esposo (a) o pensión alimenticia a (hijos) por motivo de una orden judicial o por algún acuerdo con el Procurador de Distrito? \_\_\_\_\_

Tiene seguro médico: SI O NO  
Es usted elegible para seguro de MEDICARE: SI O NO  
Es usted elegible para seguro de MEDI-CAL: SI O NO  
Es usted elegible para (Víctimas de Crimen, Medi-Cal, Healthy Families, o California Children Services (CCS), etc.) SI O NO



400 N. Pepper Avenue, Colton. California 92324-1819 | Phone 909.580.1000  
[www.arrowheadmedcenter.org](http://www.arrowheadmedcenter.org)

*The Heart of a  
Healthy Community™*

**FAVOR DE FIRMAR EN ACUERDO CON LA SIGUIENTE INFORMACIÓN**

- Declaro bajo perjurio que las respuestas que he proporcionado son verdaderas y correctas de acuerdo a lo que se.
- Estoy de acuerdo en permitirle a Arrowhead Regional Medical Center verificar mi lugar de empleo.
- Entiendo que la información sometida puede ser sujeto a verificación lo cual puede incluir una verificación de crédito.
- Entiendo que puedo ser requerido a proporcionar la prueba de la información que estoy proporcionando.
- Además estoy de acuerdo, que en consideración por recibir servicios de atención médica como consecuencia de un accidente o lesión, debo rembolsar al Condado de las ganancias de cualquier litigio o la liquidación resultante de dicha ley.

\_\_\_\_\_  
(Firma de Paciente o Garantizador)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma de Esposo (a))

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**SAN BERNARDINO COUNTY BOARD OF SUPERVISORS**

ROBERT A. LOVINGOOD  
First District

JANICE RUTHERFORD  
Second District

DAWN ROWE  
Third District

CURT HAGMAN  
Chariman, Fourth District

JOSE GONZALES  
Vice Chair, Fifth District

**Gary McBride**  
Chief Executive Officer



400 N. Pepper Avenue, Colton. California 92324-1819 | Phone 909.580.1000  
[www.arrowheadmedcenter.org](http://www.arrowheadmedcenter.org)

*The Heart of a  
Healthy Community™*

**Espacio Adicional para comentarios:**

Copia no controlada si se imprime

**SAN BERNARDINO COUNTY BOARD OF SUPERVISORS**

ROBERT A. LOVINGOOD  
First District

JANICE RUTHERFORD  
Second District

DAWN ROWE  
Third District

CURT HAGMAN  
Chariman, Fourth District

JOSE GONZALES  
Vice Chair, Fifth District

**Gary McBride**  
Chief Executive Officer



400 N. Pepper Avenue, Colton. California 92324-1819 | Teléfono 909-580-1000  
[www.arrowheadmedcenter.org](http://www.arrowheadmedcenter.org)

*The Heart of a  
Healthy Community™*

### ARROWHEAD REGIONAL MEDICAL CENTER LISTA DE PROVEEDORES DEL HOSPITAL

Grupo de médicos	Servicios prestados	Información de contacto
Arrowhead Family Medical Group Inc.	Servicios de medicina familiar	Arrowhead Family Medical Group Inc. Buzón 8714, Redlands, CA 92375 (909) 580-3370
Arrowhead Pathology Medical Group	Servicios de patología	Arrowhead Pathology Medical Group 400 N Pepper Ave., Colton, CA 92324 (909) 580-0010
Arrowhead Pediatric Medical Group	Servicios pediátricos	Arrowhead Pediatric Medical Group 400 N Pepper Ave., Colton, CA 92324 (909) 580-6315
CEP America (Vituity)	Servicios psiquiátricos	CEP America (Vituity) 430 N Vineyard Ave., Ontario, CA 91764 Consultas de pacientes: 1-800-498-7157 Consultas en español: 1-800-952-83 51 Solicitudes de abogados: (209) 567-5755, ext 4755
Arrowhead Radiology Medical Group	Servicios de radiología	Arrowhead Radiology Medical Group Buzón 2006, San Bernardino, CA 92406 (909) 580-1520
Cal Med Physicians and Surgeons	Servicios quirúrgicos	Cal Med Physicians and Surgeons 410 Alabama St., Suite 105 Redlands, CA 92374 (909) 580-63 34
Universidad de Ciencias y Medicina de California	Servicios de neurología	Universidad de Ciencias y Medicina de California 217 Club Center Dr. San Bernardino, CA 92408 (909) 580-6334

#### BOARD OF SUPERVISORS

COL PAUL COOK (RET.)  
First District

JANICE RUTHERFORD  
Second District

DAWN ROWE  
Third District

CURT HAGMAN  
Chairman Fourth District

JOE BACA, JR.  
Fifth District

LEONARD X. HERNÁNDEZ  
Chief Executive Officer

CEP America (Vituity)	Medicina de emergencia	CEP America (Vituity) 430 N Vineyard Ave., Ontario, CA 91764 Consultas de pacientes: 1-800-498-7157 Consultas en español: 1-800-952-8351 Solicitudes de abogados: (209) 507-5755, ext 4755
Fundación Médica City of Hope	Servicios oncológicos	Fundación Médica City of Hope 1500 E Duarte Rd. Duarte, CA 91010 (626) 775-3200
Faculty Physicians & Surgeons of LLUMC	Servicios cardiovasculares	Faculty Physicians & Surgeons of LLUMC 11175 Campus Street, Suite 11120 Loma Linda, CA 92354 (909) 651-5582
Faculty Physicians & Surgeons of LLUMC	Urología	Faculty Physicians & Surgeons of LLUMC 11175 Campus Street, Suite 11120 Loma Linda, CA 92354 (909) 651-5582
Inland Empire Anesthesia Medical Group	Servicios de anestesia	Inland Empire Anesthesia Medical Group 310 North Indian Hill Blvd., Nro. 601 Claremont, CA 91711 (909) 580-2440
Dr. Kris J. Storkersen, Inc.	Oftalmología	Dr. Kris J. Storkersen, Inc. 400 N Pepper Ave., Colton, CA 92324
Dr. Jeffrey N. Roberts, Inc.	Otorrinolaringología	Dr. Jeffrey N. Roberts, Inc. 400 N Pepper Ave., Colton, CA 92324
Universidad de Ciencias y Medicina de California	Servicios de gastroenterología	Universidad de Ciencias y Medicina de California 217 Club Center Dr. San Bernardino, CA 92408 (909) 580-6334
Inland Medical Rehabilitation	Servicios de rehabilitación	Inland Rehabilitation Services 400 N Pepper Ave., Colton CA 92324 (909) 580-6250
Mojave Radiation Oncology Medical Group Inc.	Servicios de oncología radioterápica	Mojave Radiation Oncology 2650 Elm Ave. Ste. 201 Long Beach, CA 90806 (909) 887-8800

Arrowhead Pediatric Medical Group	Servicios neonatales	Arrowhead Pediatric Medical Group 400 N Pepper Ave., Colton, CA 92324 (909) 580-6315
Quantum Healthcare Medical Associates Inc.	Servicios de medicina interna y neurología	Quantum Healthcare Associates 5000 Hopyard Road, Suite 100 Pleasanton, CA 94588
San Bernardino Medical Orthopedic Group, Inc.	Servicios ortopédicos	San Bernardino Medical Orthopedic Group, Inc. 1901 W. Lugonia Avenue, Ste 230 Redlands, CA 92374 (909) 557-1601
Valley Obstetrics and Gynecology Medical Group	Servicios de obstetricia y ginecología	Valley Obstetrics and Gynecology Medical Group (909) 580-6250 400 N Pepper Ave., Colton CA 92324

**\* Los pacientes serán económicamente responsables de cualquier servicio prestado por los proveedores mencionados. Tenga en cuenta que los grupos médicos mencionados anteriormente también pueden ofrecer asistencia financiera a los pacientes; puede comunicarse con ellos para obtener más información.**

\*Revisado el 23/09/2021

Metadatos del documento

Nombre del documento: ADM 110.29 v10 Patient Financial Assistance.docx

Ubicación original: /Arrowhead Regional Medical Center/Administrative Policies and Procedures (ADM)/Section 100 - Administrative/110 Operations

Creado el: 20/11/2023

Publicado el: 20/11/2023

Última revisión el: 23/11/2022

Próxima revisión el: 23/11/2025

Con fecha de vigencia a partir del: 20/11/2023

Creador: Dolph, Tricia  
*Personal administrativo*

Comité/equipo de políticas: Políticas Administrativas (ADM)

Propietario/PYME: Grajeda, Genaro  
*Otro cargo (no está en la lista)*

Gerente: Grajeda, Genaro  
*Otro cargo (no está en la lista)*

Autores:: Shelby, Katrina  
*Directora asociada*  
Dolph, Tricia  
*Personal administrativo*  
Grajeda, Genaro  
*Otro cargo (no está en la lista)*  
Leichliter, Ashley  
*Otro cargo (no está en la lista)*

Revisor: Shelby, Katrina  
*Directora asociada*  
Dolph, Tricia  
*Personal administrativo*  
Grajeda, Genaro  
*Otro cargo (no está en la lista)*  
Leichliter, Ashley  
*Otro cargo (no está en la lista)*

Aprobador: Shelby, Katrina  
*Directora asociada*  
Dolph, Tricia  
*Personal administrativo*  
Grajeda, Genaro  
*Otro cargo (no está en la lista)*  
Leichliter, Ashley  
*Otro cargo (no está en la lista)*

Editor: Dolph, Tricia  
*Personal administrativo*



COPIA NO CONTROLADA SI SE IMPRIME