



Asunto: ASISTENCIA FINANCIERA	Sección: financiera	Número de póliza: FN 300	Página:
	Aplicación: en todo el sistema		Fecha de emisión: Febrero del 2025
	Persona de contacto: Vicepresidente Asociado, Departamento de Ingresos		Sustituye a: Enero del 2024
Recomendado:  Stephen W. Kimmel Vicepresidente Ejecutivo de Finanzas del Sistema	Aprobado:  Rick W. Merrill Presidente y CEO		
Fuente de la póliza: Código de Rentas Internas, § 501(r) Código de Salud y Seguridad de Texas, §§ 311.043-.045	Revisión: Inicial/Fecha		

I. PÓLIZA

En relación con su exención de ciertos impuestos federales y estatales, y en apoyo de su misión de atender las necesidades de salud de la comunidad, Cook Children's Health Care System (CCHCS) proporcionará asistencia financiera a los pacientes elegibles de acuerdo con esta póliza de asistencia financiera (FAP, por sus siglas en inglés). Esta FAP también tiene como objetivo cumplir con la obligación de Cook Children's Medical Center (CCMC) y Cook Children's Medical Center - Prosper (CCMC-P) de brindar beneficios a la comunidad a través de asistencia financiera, de acuerdo con las disposiciones de las Secciones 311.043-.045 del Código de Salud y Seguridad de Texas, y la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas.

La asistencia financiera se otorgará al paciente, si cumple con los requisitos, independientemente de su edad, sexo, identidad o expresión de género, orientación sexual, discapacidad física o mental, raza, credo, origen étnico, religión, idioma o nacionalidad.

Una persona que sea elegible para recibir asistencia financiera bajo esta FAP nunca se le cobrará más por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que los montos generalmente facturados a individuos con seguro médico.

II. PROPÓSITO

Establecer el marco mediante el cual CCHCS identifica a los pacientes que pueden calificar para recibir asistencia financiera y para describir cómo CCHCS determinará la elegibilidad de los pacientes para recibir atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria, ya sea a cobro completo o con descuento.

III. ALCANCE

Sujeto a las exclusiones establecidas en la Sección V a continuación, esta FAP se aplica a todos los servicios de emergencia y otros servicios necesarios por razones médicas proporcionados por CCMC, CCMC-P, Cook Children's Physician Network (CCPN) y Cook Children's Home Health (CCHH).

IV. DEFINICIONES

Familia	Grupo de dos o más personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que residen (viven) juntas.
Ingresos familiares	Los ingresos anuales y las prestaciones económicas de todas las fuentes familiares. La prueba de ingresos puede determinarse anualizando los ingresos del grupo familiar acumulados en lo que va del año, tomando en consideración la tasa de ingresos actual.
Normas Federales de Pobreza	Una norma anual establecida por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. que utiliza el tamaño del hogar y los ingresos para definir el nivel de pobreza federal. Consulte el Anexo A para las Normas Federales de Pobreza del año en curso.
Comité de Asistencia Financiera	Un comité de CCHCS con la responsabilidad de considerar las apelaciones de las determinaciones de elegibilidad para la asistencia financiera, y de considerar y conceder excepciones a cualquier requisito, exclusión o criterio de elegibilidad establecido en esta FAP.
Persona con carencias financieras	Individuos con un ingreso familiar igual o inferior al 500 % según las Normas Federales de Pobreza.

Cargos Totales	El precio completo establecido para la atención médica que se cobra de manera consistente y uniforme a los pacientes antes de aplicar cualquier concesión contractual, descuento o deducción.
Grupo familiar	Un grupo familiar está compuesto por todas las personas que ocupan una unidad de vivienda (casa o departamento), estén o no relacionadas entre sí.
Atención necesaria por razones médicas	Esos servicios de atención médica que son razonables y necesarios para diagnosticar, prevenir o tratar una enfermedad, lesión o afección de manera que cumpla con los estándares generalmente aceptados de la práctica médica y clínicamente apropiados en términos de tipo, frecuencia, extensión y duración.
Persona con carencias médicas	Un paciente que ha sido determinado como incapaz de pagar algunos o todos los gastos médicos relacionados con los servicios recibidos, debido a que dichos gastos (después de aplicar todos los pagos de terceros, ajustes contractuales, descuentos por montos generalmente facturados (AGB), descuentos por indigencia financiera y otros ajustes o descuentos disponibles) superan un cierto porcentaje del ingreso familiar.
Bienes no exentos	Los bienes que no están exentos de la bancarrota y que pueden ser vendidos por un administrador de bancarrota para pagar las deudas.
Elegibilidad presuntiva	Aquellas personas que no hayan presentado una solicitud completa de asistencia financiera, pero cuya elegibilidad pueda determinarse a partir de información disponible públicamente o software de modelado predictivo de terceros.
Área de servicio primaria	El área de servicio primaria está compuesta por los condados de Tarrant, Parker, Johnson, Denton, Hood, Wise y Collin.

Residente	Una persona que es ciudadana de los EE. UU. o residente permanente legal y vive en el área de servicio primaria de CCHCS. Un residente permanente legal posee una tarjeta de registro de extranjero/I-551, comúnmente conocida como "Green card". Una persona que se encuentra en los EE. UU. con cualquier tipo de visa no se considera residente para efectos de calificar para asistencia financiera bajo esta póliza.
Persona sin seguro médico	Una persona que no cuenta con ninguna cobertura de atención médica (seguro médico).

V. PROVEEDORES/SERVICIOS NO CUBIERTOS:

A. Proveedores hospitalarios no afiliados y servicios contratados por el hospital

Si bien esta FAP se aplica a todos los doctores y otros proveedores de atención médica empleados por CCHCS, CCMC, CCMC-P, CCPN y CCHH, no se aplica a los servicios prestados en CCMC y CCMC-P por proveedores y contratistas que no son empleados de CCHCS ni están afiliados a CCHCS, y a los pacientes se les puede facturar por separado por dichos servicios. Consulte el Anexo B para obtener una lista de proveedores hospitalarios afiliados a CCHCS cubiertos por esta FAP, así como una lista de proveedores hospitalarios no afiliados no cubiertos por esta FAP. Esta lista se revisará trimestralmente y se actualizará según corresponda.

B. Procedimientos y servicios electivos y excluidos

Esta FAP no se aplica a procedimientos electivos, ni a ciertos otros procedimientos y servicios excluidos, como se indica en el Anexo C. Esta lista se revisará periódicamente y se actualizará según sea necesario. El Comité de Asistencia Financiera puede otorgar excepciones caso por caso, teniendo en cuenta la naturaleza de la enfermedad del paciente, la disponibilidad de tratamientos alternativos, la probabilidad de que el tratamiento conduzca a un resultado exitoso, la resolución de casos similares y las restricciones de presupuesto de CCHCS. Ningún factor es determinante.

C. Productos farmacéuticos y terapéuticos de alto costo

Esta FAP no se aplica a ciertos productos farmacéuticos ni terapéuticos de alto costo, como se indica en el Anexo D. Esta lista se revisará periódicamente y se actualizará según sea necesario. El Comité de Asistencia Financiera puede otorgar excepciones caso por caso, teniendo en cuenta la naturaleza de la enfermedad del paciente, la disponibilidad de tratamientos alternativos, la probabilidad de que el tratamiento conduzca a un resultado exitoso, la resolución de casos similares y las restricciones de presupuesto de CCHCS. Ningún factor es determinante.

D. Ubicación Child Study Center

Esta FAP no se aplica a los programas ni servicios proporcionados en/por Child Study Center, incluidos, pero no limitados a, los Servicios de Autismo, la Clínica de Trastornos de Comportamiento y la escuela Jane Justin.

VI. EXCLUSIONES DE ELEGIBILIDAD

A. Programa internacional y servicios de salud global

Los pacientes provenientes del Programa Internacional o de los Servicios de Salud Global no califican para recibir asistencia financiera bajo esta FAP, independientemente de si el paciente cumple o no con los criterios de elegibilidad establecidos en esta FAP.

B. Reclamaciones y acuerdos de terceros

Un paciente no es elegible para recibir asistencia financiera bajo esta FAP si recibe o se espera que reciba un acuerdo financiero de un tercero que incluya un pago destinado a compensar los cargos por la atención médica brindada por CCHCS. Se espera que el paciente utilice el monto del acuerdo para pagar cualquier saldo pendiente en su cuenta. Cualquier descuento o cancelación de los cargos no se interpretará como una renuncia por CCHCS de su capacidad para hacer cumplir un derecho de retención del hospital o de otra manera buscar el reembolso de cualquier cantidad adeudada por un tercero en nombre de un paciente, incluyendo un asegurador de responsabilidad de terceros. La asistencia financiera puede ser total o parcialmente revertida en el caso de una recuperación de un tercero u otra fuente.

C. Planes sin beneficios fuera de la red de cobertura

Un paciente no es elegible para recibir asistencia financiera bajo esta FAP si tienen cobertura a través de una compañía de seguros médicos comercial que no tiene un contrato con CCHCS y que no pagará beneficios fuera de la red de cobertura a CCHCS o no autoriza que los servicios sean prestados en CCHCS.

D. Plan de ministerios de cuidado de salud compartido/Planes no regulados

Un paciente no es elegible para asistencia financiera bajo esta FAP si el paciente está cubierto bajo un plan de Plan de Ministerios de Cuidado de Salud Compartido u otro plan de salud alternativo no regulado. El Comité de Asistencia Financiera puede conceder excepciones caso por caso, pero la disponibilidad de asistencia financiera bajo esta póliza es siempre secundaria a otras fuentes de pago.

E. Pacientes elegibles para programas patrocinados por el gobierno que se niegan a solicitarlos

Si CCHCS determina que un paciente puede calificar para un programa gubernamental, como Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), el programa Niños con Necesidades Médicas Especiales (CSHCN) o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), pero el paciente se niega a solicitar asistencia, la factura no será considerada para asistencia financiera. El paciente será responsable del saldo total y del pago del monto estimado adeudado en el momento de los servicios.

VII. CÁLCULO DE LOS MONTOS GENERALMENTE FACTURADOS

A una persona elegible para la FAP no se le podrá cobrar más por atención de emergencia u otra atención necesaria por razones médicas que los montos generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés) a personas con seguro médico. CCHCS utiliza el método retrospectivo para calcular los AGB dividiendo la suma de los montos permitidos por Medicare fee-for-service (cobro por servicio), Medicaid y aseguradoras de salud privadas entre los Cargos Brutos asociados a dichas reclamaciones. Las reclamaciones del año fiscal anterior (12 meses) se incluyen en el cálculo, y los AGB se calculan anualmente y se aplican en base al año calendario. CCHCS calculará por separado los AGB para CCMC y CCMC-P, pero aplicará el cálculo de AGB más bajo como la tasa para todo el sistema en todas las entidades de CCHCS. Consulte el Anexo E para los cálculos actuales de AGB del año calendario y una descripción de cómo se calcularon esos montos.

VIII. ELEGIBILIDAD PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA

Excepto para los pacientes que son admitidos en CCMC o CCMC-P por emergencia, para ser elegible para recibir asistencia financiera bajo esta FAP, el paciente debe ser ciudadano de los EE. UU. o residente permanente legal de los EE. UU., y debe residir (vivir) en el Área de Servicio Primario de CCHCS, o, si el paciente reside fuera del Área de Servicio Primario, debe tener una relación preexistente con un doctor o proveedor de CCHCS.

La asistencia financiera también estará disponible bajo esta FAP para los pacientes que reciban servicios en CCMC o CCMC-P por emergencia y no tengan los recursos para pagar por esos servicios, independientemente de su estado de residencia o ciudadanía.

CCHCS podrá ajustar los criterios de elegibilidad de vez en cuando en función de los recursos financieros de la organización y según sea necesario para satisfacer las necesidades de la comunidad.

A. Persona con carencias financieras

Para ser elegible para recibir asistencia financiera según los criterios de indigencia financiera, el ingreso familiar del paciente debe ser igual o inferior al 500 % de las Normas Federales de Pobreza, y no debe haber otros bienes no exentos disponibles para pagar los montos adeudados. Los pacientes que sean determinados como personas con carencias financieras y que, de otra manera, cumplan con los criterios de elegibilidad establecidos en esta póliza, recibirán un descuento para la atención por razones médicas de la siguiente manera:

Ingresos familiares como porcentaje según las normas federales de pobreza	Descuento
Menos o igual al 400 %	100 %
Más del 400 %, pero no más del 500 %	75 %
Más del 500 %	0 %

B. Persona con carencias médicas

Para ser elegible para recibir asistencia financiera según los criterios de carencias médicas, un paciente debe cumplir con TODAS las siguientes condiciones:

1. Las facturas médicas, después de cualquier pago de terceros, ajuste contractual, descuento por pago directo o descuento por indigencia financiera, superan los porcentajes específicos del ingreso familiar indicados en la tabla a continuación; y
2. No hay otros bienes no exentos disponibles para pagar los montos adeudados.

Los pacientes que sean determinados como personas con carencias médicas serán elegibles para un descuento que resulte en un saldo máximo pendiente que no exceda los porcentajes especificados en la tabla a continuación:

Ingresos familiares como porcentaje según las normas federales de pobreza	Obligación máxima como porcentaje del Ingreso Familiar
Más del 400 %, pero no más del 500 %	5 %
Más del 500 %, pero no más del 600 %	10 %
Más del 600 %, pero no más del 700 %	15 %
Más del 700 %	20 %

Si se determina que un paciente tiene carencias médicas, cualquier descuento previamente aplicado por no estar asegurado o por ser de pago directo será revertido y, en su lugar, se aplicará como asistencia financiera. Si el saldo pendiente después de aplicar los criterios de carencias médicas excede los AGB, el saldo pendiente se reducirá aún más para reflejar los AGB. De igual manera, si el saldo pendiente después de aplicar los criterios de carencias médicas excede los AGB, el saldo pendiente se reducirá aún más para reflejar los AGB.

C. Elegibilidad automática

Las siguientes personas son automáticamente elegibles para recibir asistencia financiera al 100 % con respecto a su responsabilidad como pacientes, sin necesidad de presentar una solicitud. Si alguno de los elementos listados a continuación se utiliza como base para determinar el descuento de asistencia financiera, se debe conservar la documentación en el expediente para fines de auditoría.

1. Fallecimiento del paciente: después del fallecimiento de un paciente, cualquier monto pendiente en la cuenta del paciente, después del pago por parte de los terceros pagadores, se cancelará automáticamente como asistencia financiera, en la medida permitida por la ley estatal y federal aplicable, incluidas las reglas y regulaciones de pago promulgadas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y el Texas Health and Human Services Commission.
2. Pacientes elegibles para Medicaid que han agotado los beneficios.

3. Pacientes con Medicaid en los seis meses anteriores o posteriores a la fecha de servicio bajo revisión.
4. Cargos no cubiertos por Medicaid como parte del gasto de Medicaid del paciente.

D. Elegibilidad presuntiva

Se puede realizar una evaluación interna de la elegibilidad financiera en lugar de requerir que el paciente complete el proceso de solicitud establecido en la Sección IX(D) de esta FAP. Este proceso de evaluación interna utiliza software de terceros para realizar una revisión electrónica de bases de datos de registros públicos con el fin de estimar y tener en cuenta los ingresos familiares, el tamaño del hogar y el estado laboral del paciente, y evaluar de otro modo la necesidad financiera y la capacidad de pago.

Las personas que cumplan con los criterios de elegibilidad no basados en ingresos pueden calificar para asistencia financiera bajo esta FAP según los resultados del proceso de evaluación interna. Las personas que califiquen para recibir asistencia financiera mediante el proceso de evaluación interna, o que califiquen para un descuento parcial pero inferior al 100 %, serán notificadas sobre la base de esa decisión e informadas de que, no obstante, pueden solicitar asistencia financiera conforme a la Sección IX(D) dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la notificación.

Los servicios proporcionados en una consulta de atención primaria no son elegibles para asistencia financiera basada en el proceso de evaluación interna, pero pueden ser solicitados mediante el proceso de solicitud establecido en la Sección IX(D) de esta FAP.

E. Descuento para personas sin seguro médico/Pago por cuenta propia

Los pacientes sin seguro médico que no califiquen para recibir asistencia financiera aún pueden ser elegibles para un descuento por no tener seguro médico/pago por cuenta propia según lo establecido en la Póliza [FN 670 de CCHCS sobre el descuento para pacientes sin seguro médico/pago por cuenta propia](#).

IX. PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR LA ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA

Para ser considerado para recibir asistencia financiera, debe estar archivado un Formulario de Evaluación Financiera en la Oficina Central de Negocios, excepto que los pacientes que sean determinados como automáticamente o presuntamente elegibles para asistencia financiera pueden no requerir un Formulario de Evaluación Financiera.

- A. Período de solicitud:** una solicitud de asistencia financiera se debe presentar a más tardar el día 240 después de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta.
- B. Período de determinación de elegibilidad:** la elegibilidad se determinará según la revisión del ingreso familiar durante un período de hasta tres meses previos a la fecha de servicio aplicable o el año fiscal anterior, si está disponible. El objetivo de CCHCS es tomar una determinación sobre la elegibilidad del garante para recibir asistencia financiera tan pronto como se disponga de suficiente información sobre los recursos

financieros del garante y su elegibilidad para recibir asistencia gubernamental. Se tomará una determinación sobre la elegibilidad dentro de los 30 días posteriores a la recepción de toda la información necesaria para tomar una decisión.

C. Período de calificación: para los pacientes cuya elegibilidad se determina según los criterios de elegibilidad presuntiva, la asistencia financiera solo se aplicará a la(s) fecha(s) de servicio para las cuales se realizó la evaluación de elegibilidad presuntiva. Para los pacientes que completen el proceso de solicitud establecido en la Subsección (D) a continuación, la elegibilidad para recibir asistencia financiera se extenderá a cualquier servicio elegible proporcionado hasta seis meses antes de la fecha de servicio aplicable y hasta un año después de la fecha de servicio aplicable.

D. Cómo solicitar asistencia financiera

1. Las personas pueden solicitar asistencia financiera completando el Formulario de Evaluación Financiera (ver Anexo F) y presentando la documentación de respaldo.
2. Se puede utilizar la siguiente documentación de ingresos familiares para determinar la elegibilidad:
 - i. Formulario W-2.
 - ii. Declaración de impuestos del año anterior.
 - iii. Talones de cheque.
 - iv. Talones de cheque de pensión.
 - v. Cartas del Seguro Social o comprobantes de depósito que demuestren el importe de los depósitos del Seguro Social.
 - vi. Talones de cheques del desempleo de los EE. UU.
 - vii. Talones de pago de otros programas del gobierno.
 - viii. Carta del empleador, en papel membretado de la empresa, indicando el monto del pago.
 - ix. Pensión alimenticia o manutención de los hijos.
 - x. Ingresos procedentes de herencias y fideicomisos.
 - xi. Ingresos por dividendos, rentas, regalías e intereses.
 - xii. Pagos regulares de seguros o anualidades.
 - xiii. Atestiguación verbal o escrita como prueba de ingresos, solo en casos excepcionales.

E. Solicitudes incompletas: si no se recibe toda la documentación requerida (es decir, la solicitud está incompleta), se proporcionará al solicitante un aviso por escrito que describa la información adicional o documentación necesaria para completar la solicitud y se le dará una oportunidad razonable para hacerlo. El aviso deberá incluir la información de contacto, como el número de teléfono y la ubicación física, del departamento que pueda proporcionar información sobre la FAP y asistencia con el proceso de solicitud de la FAP. Las regulaciones del IRS prohíben cualquier actividad de cobro extraordinaria durante el período de 240 días de solicitud.

F. Descalificación: un solicitante que proporcione información falsa como parte del proceso de solicitud no calificará para recibir asistencia financiera bajo esta póliza. Cualquier asistencia financiera previamente otorgada basada en dicha información falsa podrá ser completa o parcialmente revertida, y el paciente seguirá siendo responsable de todos los saldos pendientes.

X. INICIATIVAS DE FACTURACIÓN Y COBRO

A. Estado de cuenta de facturación: después de determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera, se proporcionará un estado de cuenta de facturación a la persona que indique la cantidad que debe pagar como resultado de ser elegible para recibir asistencia financiera.

1. El estado de cuenta indicará la cantidad que debe la persona y cómo se calculó esa cantidad. El estado de cuenta de facturación puede reflejar los cargos totales que se utilizaron como punto de partida antes de aplicar las deducciones, descuentos o ajustes, siempre que la cantidad que el individuo debe pagar personalmente sea menor que los cargos totales por dicho cuidado.
2. El estado de cuenta proporcionará un código QR, así como la dirección del sitio web (www.cookchildrens.org/financial-assistance) donde el individuo podrá obtener información sobre la FAP, incluyendo los montos generalmente facturados (AGB) por los servicios prestados y cómo se calculan los AGB.

B. Notificar a los pacientes sobre la FAP antes de iniciar actividades extraordinarias de cobro (ECA, por sus siglas en inglés): al menos 30 días antes de iniciar una o más ECA para obtener el pago por los servicios, CCHCS notificará a los pacientes sobre su FAP de las siguientes maneras:

1. Incluyendo un resumen en lenguaje sencillo de la FAP junto con un aviso de las ECA(s) que el hospital tiene la intención de iniciar para obtener el pago por los servicios, y una fecha límite después de la cual dichas ECA(s) podrán ser iniciadas (la fecha límite no podrá ser antes de 30 días después de la fecha en que se proporcione el aviso por escrito).
2. Haciendo un esfuerzo razonable por notificar verbalmente al individuo sobre la FAP y cómo puede obtener asistencia con el proceso de solicitud de la FAP.

C. Protección para determinados gastos superiores al AGB: si CCHCS no sabe si un individuo es elegible para recibir asistencia financiera y el individuo no ha presentado una solicitud completa para asistencia financiera, puede facturarle los cargos habituales, siempre que posteriormente realice intentos oportunos para determinar la elegibilidad del individuo. No se deberán cobrar ni solicitar cargos superiores a los AGB como condición previa para proporcionar atención médica necesaria al individuo. Además, si se realizaron pagos en exceso por parte del individuo antes de que se determinara su elegibilidad para recibir asistencia financiera, dichos pagos, si son superiores a \$5.00, deben ser reembolsados.

D. Iniciativas de cobro: no se llevarán a cabo iniciativas de cobro hasta que se haya hecho todo lo posible para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera según una solicitud completa de la FAP, o en el caso de una solicitud incompleta de la FAP, el individuo no haya respondido a la solicitud de información adicional y/o documentación dentro de un plazo razonable.

1. Los acuerdos con agencias de cobro deben establecer que no iniciarán esfuerzos de cobro hasta que CCHCS haya realizado esfuerzos razonables, según lo

indicado en esta póliza, para determinar si el individuo es elegible para recibir asistencia financiera. Si se determina que la persona es elegible, la agencia de cobro debe tomar todas las medidas disponibles de forma razonable a fin de revertir cualquier gestión de cobro (con la excepción de la venta de deuda) que se haya realizado para cobrar la deuda en cuestión.

2. Las cuentas en las que las agencias de cobro contratadas hayan evaluado la capacidad financiera y determinado que no es posible pagar los saldos se considerarán elegibles para recibir asistencia financiera de forma automática. Las agencias de cobro proporcionarán informes por separado de las cuentas devueltas a CCHCS, indicando cuáles corresponden a garantes sin capacidad de pago y cuáles a garantes con capacidad de pago que se niegan a pagar.

XI. DIVULGACIÓN DE LA PÓLIZA DE ASISTENCIA FINANCIERA:

CCHCS divulgará ampliamente la información contenida en esta FAP de la siguiente manera:

1. Poniendo copias en papel de la póliza, un resumen en lenguaje claro de la póliza y el Formulario de Evaluación Financiera disponibles, en inglés y español, a solicitud y de manera gratuita, tanto por correo como en las áreas de emergencias y admisión;
2. Colocando de manera visible carteles y volantes con información general sobre la disponibilidad de asistencia financiera en áreas públicas de CCMC y CCMC-P, incluyendo las áreas de emergencias y admisión;
3. Notificando a los miembros de la comunidad que probablemente necesiten asistencia financiera sobre su disponibilidad, proporcionando volantes para su distribución en agencias locales y organizaciones sin fines de lucro que aborden las necesidades de salud de las poblaciones de bajos ingresos de la comunidad, junto con instrucciones sobre cómo pueden obtener más información;
4. Publicando esta FAP, un resumen en lenguaje sencillo de la póliza y el Formulario de Evaluación Financiera en una ubicación de fácil acceso en el sitio web de Cook Children's;
5. Incluyendo un aviso escrito y visible en todos los estados de cuenta que notifique e informe a los destinatarios sobre la disponibilidad de asistencia financiera bajo la FAP e incluya un número de teléfono del departamento que puede proporcionar información sobre la FAP y el proceso de solicitud, así como la dirección del sitio web donde se pueden obtener copias de la FAP, el Formulario de Evaluación Financiera y el resumen en lenguaje sencillo de la FAP; y
6. Ofreciendo una copia impresa del resumen en lenguaje sencillo de esta FAP como parte del proceso de ingreso o alta.

ANEXOS

- Anexo A. Normas Federales de Pobreza.
- Anexo B. Proveedores hospitalarios cubiertos y no cubiertos y servicios contratados.
- Anexo C. Procedimientos/servicios excluidos
- Anexo D. Productos farmacéuticos y terapéuticos de alto costo
- Anexo E. Cálculo de los montos generalmente facturados.
- Anexo F. Formulario de evaluación financiera.

REFERENCIAS

Código de Rentas Internas, § [501\(r\)](#)
[Código de Salud y Seguridad de Texas, §§ 311.043-.045](#)

PÓLIZAS RELACIONADAS

[MC 011 Examen médico de emergencia y traslado de pacientes](#)
[FN 100 Requisitos de facturación](#)
[FN 175 Requisito de cobro al momento del servicio](#)
[AD 550 Inmigrantes indocumentados](#)
[FN 670 Descuento para personas sin seguro médico/pago por cuenta propia](#)

Fin de la póliza

ANEXO A**NORMAS FEDERALES DE POBREZA PARA 2026**

Personas en el hogar	Normas Federales de Pobreza
1	\$15,960
2	\$21,640
3	\$27,320
4	\$33,000
5	\$38,680
6	\$44,360
7	\$50,040
8	\$55,720

Para los grupos familiares más de 8 personas, agregue \$5,680 por cada persona adicional.

ANEXO B

PROVEEDORES HOSPITALARIOS CUBIERTOS Y NO CUBIERTOS

Cook Children's Medical Center

Proveedores Cubiertos por esta Póliza de Asistencia Financiera:

[Aquí](#) está disponible una lista de doctores y otros proveedores de atención médica que brindan servicios en Cook Children's Medical Center y que están cubiertos por esta FAP. Puede solicitar una copia impresa de esta lista llamando al 682.885.1860.

Proveedores no cubiertos por esta póliza de asistencia financiera:

[Aquí](#) está disponible una lista de doctores y otros proveedores de atención médica que brindan servicios en Cook Children's Medical Center y que **no** están cubiertos por esta FAP. Puede solicitar una copia impresa de esta lista llamando al 682.885.1860.

Cook Children's Medical Center - Prosper

Proveedores cubiertos por esta póliza de asistencia financiera:

[Aquí](#) está disponible una lista de doctores y otros proveedores de atención médica que brindan servicios en Cook Children's Medical Center – Prosper y que están cubiertos por esta póliza de asistencia financiera. Puede solicitar una copia impresa de esta lista llamando al 682.885.1860.

Proveedores no cubiertos por esta póliza de asistencia financiera:

[Aquí](#) está disponible una lista de doctores y otros proveedores de atención médica que brindan servicios en Cook Children's Medical Center – Prosper y que **no** están cubiertos por esta póliza de asistencia financiera. Puede solicitar una copia impresa de esta lista llamando al 682.885.1860.

ANEXO C

PROCEDIMIENTOS/SERVICIOS EXCLUIDOS

- Servicios de transporte proporcionados por cualquier entidad que no sea Cook Children's Teddy Bear Transport.
- Servicios de laboratorio externos
- Equipos médicos duraderos
- Trasplantes de órganos sólidos
- Trasplantes de médula ósea

ANEXO D

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y TERAPÉUTICOS DE ALTO COSTO EXCLUIDOS

Alglucosidasa

Amfotericina B liposomal

Basiliximab

Blinatumomab

Clofarabina

Dinutuximab

Eculizumab

Elevidys

Factores

Infliximab

Kymriah

Leuprorelina

Melfalán

Mepolizumab

Omalizumab

Pegaspargasa

Pegfilgrastim

Rasburicasa

Spinraza

Supprelin

Synagis

Trombina

Vedolizumab

Zolgensma

ANEXO E

CÁLCULO DE LOS MONTOS GENERALMENTE FACTURADOS

Luego de determinar la elegibilidad para asistencia financiera, no se cobrará a una persona más de los montos generalmente facturados (AGB) a individuos con seguro. CCHCS utiliza el “Método de Revisión Retroactiva” para calcular los montos generalmente facturados (AGB) dividiendo la suma de las reclamaciones permitidas por Medicare en servicio directo, Medicaid y los seguros privados de salud, entre los Cargos Totales asociados con esas reclamaciones. Se incluyen las reclamaciones del año fiscal anterior (12 meses) en el cálculo. Los AGB se calculan anualmente y se aplican sobre una base de año calendario. CCHCS calculará por separado los AGB para Cook Children’s Medical Center y Cook Children’s Medical Center – Prosper, pero aplicará el cálculo más bajo de AGB como la tarifa general para todas las entidades de CCHCS. Consulte a continuación el cálculo más reciente de los AGB.

Año fiscal 2025 de Cook Children’s Medical Center:

Cargos totales:	\$4,013,550,020
Descuentos/ajustes contractuales:	\$1,729,345,404
Tasa de descuento:	43%
AGB para el año calendario 2026:	57%

Año fiscal 2025 de Cook Children’s Medical Center – Prosper:

Cargos totales:	\$221,808,998
Descuentos/ajustes contractuales:	\$72,436,232
Tasa de descuento:	33%
AGB para el año calendario 2026:	67%

AGB del Sistema de CCHCS para el año fiscal 2026: 57 %



Attachment E FINANCIAL EVALUATION FORM

1. APPLICANT (GUARANTOR) INFORMATION:

Relationship to Patient				Marital Status			
<input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Spouse/Domestic Partner <input type="checkbox"/> Other:				<input type="checkbox"/> Single		<input type="checkbox"/> Married/Domestic Partner	
				<input type="checkbox"/> Divorced		<input type="checkbox"/> Separate	
Last Name			First Name			Middle Initial	
Date of Birth		Home Phone			Cell Phone		
Street Address			City		State	County	Zip
Current Employer			Employer's Address (Street, City, State)			Work Phone	
*If you are not working, how long have you been unemployed?							

If you marked **YES** to **Married or Domestic Partner**, please complete Section 2.

2. CO-APPLICANT (GUARANTOR) INFORMATION:

Relationship to Patient							
<input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Spouse/Domestic Partner <input type="checkbox"/> Other:							
Last Name			First Name			Middle Initial	
Date of Birth		Home Phone			Cell Phone		
Street Address			City		State	County	Zip
Current Employer			Employer's Address (Street, City, State)			Work Phone	
*If you are not working, how long have you been unemployed?							

3. FAMILY INFORMATION: Please provide names of everyone in the household.

Patient: Yes or No	Last Name	First Name	Middle Initial	Date of Birth	Employed	Gross Income
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Total Number of Household Members:						



FINANCIAL EVALUATION FORM

OTHER COVERAGE QUESTIONS:

Check Appropriate Answer

A)	Is the patient applying for assistance with bills for:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	<ul style="list-style-type: none"> • Past Services (indicate dates): • Future Services (indicate dates): 		
	Does the patient have health insurance? If yes , please provide the following information:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
B)	Health Insurance Name:	Subscriber Name:	
	Member/Patient Identification Number:	Group Number:	
	Group/Employer Name:	Effective Date:	Health Insurance Phone:

You must provide a copy of one of the following as verifiable proof of income:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • W-2 • Prior Year's Tax Return • Three Most Recent Pay Check Stubs • Proof of Child Support Income • Retirement Check Stubs | <ul style="list-style-type: none"> • Social Security Letters or Deposit Slips (showing the amount of the Social Security deposit) • Unemployment Check Stubs • Other Governmental Program Check Stubs • Letter from Employer (on company letterhead) indicating the payment amount |
|--|--|

4. INCOME INFORMATION:

Monthly Income Sources	Applicant	Co-Applicant	Combined Monthly Income
Wages	\$	\$	\$
Public Assistance	\$	\$	\$
Social Security	\$	\$	\$
Unemployment Compensation	\$	\$	\$
Alimony	\$	\$	\$
Child Support	\$	\$	\$
Pension	\$	\$	\$
Income from Rent or Real Estate	\$	\$	\$
Dividends, Interest	\$	\$	\$
Other Income (describe)	\$	\$	\$
TOTAL COMBINED MONTHLY INCOME:			\$

DISCLOSURE: BEFORE APPLYING FOR FINANCIAL ASSISTANCE WITH COOK CHILDREN'S HEALTH CARE SYSTEM YOU MUST SHOW PROOF OF APPLICATION AND/OR DENIAL FROM MEDICAID, CSHCN, CHIP OR ANY OTHER STATE PROGRAM FOR WHICH YOUR CHILD MIGHT BE ELIGIBLE OR PROVIDE INCOME DOCUMENTATION THAT INDICATES ELIGIBILITY IS NOT POSSIBLE. FAILURE TO DO SO MAY RESULT IN AUTOMATIC DISQUALIFICATION.

Cook Children's Health Care System may require an applicant for financial assistance to furnish any information that is reasonably necessary to substantiate the applicant's eligibility. Failure to do so within the time frame set forth in Cook Children's Financial Assistance Policy will result in denial of eligibility, and the entire bill will be due and payable immediately. I also understand that if the information I submit is false, the request will be denied and any prior determination of eligibility for uncompensated services will be retroactively revoked and I will be responsible for payment of all charges. I certify that the information contained in the application is true, correct and complete. I understand that, should this request for financial assistance be denied for any reason, I will be fully responsible for financial obligations arising from health care services rendered by Cook Children's. I further understand that should I receive partial assistance, I will be fully responsible for the remaining balance.

5. SIGNATURE

Applicant / Co-Applicant	Date

Return completed application to:
 801 Seventh Avenue
 Fort Worth, TX 76104-2796

Or email to:
 CBOfinancialcounselor@cookchildrens.org

Or fax to:
 682-885-1396