



COUNTY OF LOS ANGELES DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

Christina R. Ghaly, M.D.

Director

Los Angeles County Department of Health Services

<b>Policy &amp; Procedure Title:</b>	Financial Assistance Programs and Charity Care Policy		
<b>Category:</b>	500-599 Fiscal & Budget Policy	<b>Policy No.:</b>	515
<b>Originally Issued:</b>	2/1/2006	<b>Update (U)/Revised (R):</b>	3/14/2023
<b>DHS Division/Unit of Origin:</b>	Office of Patient Access		
<b>Policy Contact – Employee Name, Title and DHS Division:</b> Shari Doi, Director Office of Patient Access			
<b>Contact Phone Number(s):</b>	(213) 288-7802		
<b>Distribution: DHS-wide</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>If not DHS-wide, other distribution:</b>		

**PURPOSE**

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

**DEFINITIONS**

**Charity Care:** Free or reduced cost care provided to patients unable to pay for part or all of a bill for medical services provided by DHS based on limited income or financial hardship. The amount of charity care provided is based on a financial assessment of the patient.

**Discounted Care:** A deduction from the payment obligations for medical services received at DHS. A discount is usually described as a percentage of Gross Charges or the amount Medi-Cal would pay for the same service, whichever is less.

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

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

**LA County Patient:** As defined by [DHS Policy 516.000 – Coverage Verification and Financial Screening Requirements](#), which states: Patients who reside in Los Angeles County. This may also

*The mission of the Los Angeles County Department of Health Services is to advance the health of our patients and our communities by providing extraordinary care.*

Revision/Review Dates: 2/1/2006 1/1/2015 1/1/2022 3/14/2023

Department Head/Designee Approval: Arun Patel, M.D. 3/28/2023

include patients who are in the process of transitioning to LA County residency and intend to reside in LA County or unhoused patients who usually reside in and spend most of their time in LA County.

**Out-of-County Patient:** As defined by DHS Policy 516.000 – Coverage Verification and Financial Screening, which states: Patients who reside outside of Los Angeles County.

**Patient Financial Services (PFS) staff:** DHS employees at Los Angeles General Medical Center, Harbor-UCLA Medical Center, Olive View-UCLA Medical Center, Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center, Martin Luther King Jr. Outpatient Center, and High Desert Outpatient Center who initiate and process Medi-Cal applications and other financial assistance applications.

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

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

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

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

## POLICY

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

These FAPs include the Ability to Pay (ATP) Program, Discount Payment Program (DPP), Sensitive Services Discount Payment Program (SSDPP), and an interest-free Extended Payment Program. In addition to these programs, PFS staff will provide information to patients about Covered CA and how to apply if they might be eligible.

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

## II. Ability to Pay (ATP) Program

The ATP program is the FAP for LA County patients.

### A. Covered Services/Benefits:

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

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

### B. Eligibility Criteria:

- Patients who are uninsured, underinsured, or have healthcare coverage (third party payer) with medical costs.
- There are no income limits for the program. Eligibility is based on a patient's household size and monthly gross income (i.e., employment-based earnings, disability/unemployment insurance benefits, rental income, etc.) to ensure appropriate reduced cost of care is applied. Verification may be required. Resources/assets (i.e., bank accounts, real property, etc.) are not counted in the determination.
- Patients must be screened for potential Medi-Cal eligibility using the Medi-Cal Linkage Referral Checklist and cooperate in the application process, if potentially eligible.
  - If a patient has previously applied for Medi-Cal and was found ineligible, then the patient does not need to reapply for Medi-Cal in order to apply or reapply for ATP. The exception would be if there has been changes to the Medi-Cal program or the patient has had a change in circumstance (e.g., income, household size, assets) that would impact potential eligibility for Medi-Cal.

### C. ATP Liability/Cost:

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

- *Outpatient* ATP liability will be monthly if services have been rendered regardless of the number of visits in the month.
- *Inpatient* ATP liability is per admission regardless of the length of stay.
- If the household income is at or below 200% FPL, then the liability amount is \$0 for inpatient/outpatient services.
- If the household income is above 200% FPL, then there is a liability amount for inpatient/outpatient services. The amount of liability increases respective to the income level. The higher the income level, the higher the liability amount.

**D. Duration of the ATP Services Agreement:**

The ATP agreement is one (1) year from the first day of the month of application for all inpatient and outpatient services received during a period of twelve (12) months. The ATP program can be completed in-person or telephonically with a patient/responsible relative under penalty of perjury.

- Patients can reapply for ATP annually, when their current agreement is coming to an end.
- ATP applications can be made retroactively with no time limitation. A retroactive application is based on the date of service and will use the corresponding FPL and patient information (e.g., income and household size) in existence at that time.

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

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

**F. Terms and Conditions:**

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

**III. Discount Payment Program (DPP)**

The DPP is the FAP for Out-of-County patients.

**A. Covered Services/Benefits:**

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

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

**B. Eligibility Criteria:**

- Patients who are uninsured or underinsured who receive services at a DHS facility.
- Household gross income is less than or equal to 400% of the Federal Poverty Level (FPL) to reduce their cost of care.

- Patients must be screened for potential Medi-Cal eligibility using the Medi-Cal Linkage Referral Checklist and cooperate in the application process, if potentially eligible.
  - If a patient has previously applied for Medi-Cal and was found ineligible, then the patient does not need to reapply for Medi-Cal in order to apply or reapply for DPP. The exception would be if there has been changes to the Medi-Cal program or the patient has had a change in circumstance (e.g., income, household size, assets) that would impact potential eligibility for Medi-Cal.

C. DPP Liability/Cost:

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

D. Duration of the DPP Services Agreement:

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

#### IV. Sensitive Services Discount Payment Program (SSDPP)

A. Covered Services/Benefits:

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

B. Eligibility Criteria:

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

---

<sup>1</sup> LA County patients are eligible for the ATP Program.

- Applicant/patient should provide identity verification<sup>2</sup> and address verification<sup>3</sup>.

C. SSDPP Liability/Cost:

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

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

D. Duration of the SSDPP Services Agreement:

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

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

**V. Extended Payment Program (EPP)**

- Interest free Extended Payment Program (EPP) is available to patients with a financial liability that request additional time to pay their liability, including patients who have been granted a discount through any of these financial assistance programs.
- EPP typically extends up to 18 months, but may be extended further, and is based on an individual review.
- Monthly payments should not be more than 10 percent of a patient's family income for a month, excluding deductions for essential living expenses.
- Any patient who asks about a payment plan and who has not already applied for other DHS financial assistance should be informed of the FAPs and screened for eligibility.

**VI. Posting of Information**

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

---

<sup>2</sup> Refer to [DHS Policy 370.1 Patient Identity Verification](#).

<sup>3</sup> Refer to [DHS Policy 370.2 Patient Address Verification](#).

**VII. Appeal Process**

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

**REFERENCE(S)/AUTHORITY:**

California Welfare & Institutions Code Section 16953(b) and Health & Safety Code 127400.

Los Angeles County Code 2.76.350 - Medical care, hospital care and public assistance—Costs to be collected by county—Reduced-cost plan/no-cost plan pilot projects.

**CROSS REFERENCES:**

DHS Policy Nos:

- 370.1 Patient Identity Verification
- 370.2 Patient Address Verification
- 516.000 Coverage Verification and Financial Screening Requirements
- 530 Collection of Billable Charges

This policy replaces DHS Policy 515.01 with effective date 1/1/2022 and replaces and renames DHS Policy 515 Registration/Financial Screening with effective date 7/1/2003.



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL CONDADO DE LOS ÁNGELES

Christina R. Ghaly, M.D.

Directora

Departamento de Servicios de Salud del Condado de Los Ángeles

<b>Título de la política y procedimiento:</b>	Política de programas de asistencia financiera y atención de caridad		
<b>Categoría:</b>	500-599 Política fiscal y presupuestaria	<b>Número de la política:</b>	515
<b>Publicación original:</b>	2/1/2006	<b>Actualización (U)/Revisado (R):</b>	3/14/2023
<b>División / Unidad de origen del DHS:</b>	Oficina de Acceso de Pacientes		
<b>Contacto de esta política – Nombre del empleado, título y sección del DHS:</b> Shari Doi, Directora de la Oficina de Acceso de Pacientes			
<b>Número(s) de teléfono de contacto:</b>	(213) 288-7802		
<b>Distribución: En todo el DHS</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Si no es en todo el DHS, otra distribución:</b>		

## PROPÓSITO

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

## DEFINICIONES

**Atención de caridad:** Atención gratuita o reducida que se brinda a pacientes que no puedan pagar parte o la totalidad de una factura por los servicios médicos proporcionados por el DHS en función de ingresos limitados o dificultades financieras. La cantidad de la caridad se proporciona en base a una evaluación financiera del paciente.

**Atención con descuento:** Una deducción de las obligaciones de pago por servicios médicos recibidos en el DHS. Un descuento generalmente se describe como un porcentaje de los cargos brutos o la cantidad que Medi-Cal pagaría por el mismo servicio, lo que sea menor.

**Programas de Asistencia Financiera (FAP por sus siglas en inglés):** A veces se les conoce como atención de caridad y atención con descuento y son equivalentes al Plan de Costo Reducido o Plan sin costo y al Plan de Capacidad de Pago al que se hace referencia en el Código del Condado 2.76.350 y según lo requerido por las Secciones 127400 y las subsiguientes del Código de Salud y Seguridad.

**Programas de atención médica financiados por el gobierno:** Esto se refiere a programas financiados por el gobierno federal o estatal como los de Medi-Cal (Medicaid) y Medicare, así como Family PACT, California Children Services (CCS), Programa de detección de cáncer, etc.

---

*La misión del Departamento de Servicios de Salud del Condado de Los Ángeles es Mejorar la salud de nuestros pacientes y nuestras comunidades brindándoles una atención extraordinaria.*

---

Fechas de revisión/revisión: 2/1/2006 1/1/2015 1/1/2022 3/14/2023

Aprobado por el Jefe del Departamento o Persona designada: Dr. Arun Patel 3/28/2023



**Paciente del Condado de Los Ángeles:** Según lo definido por [la Política 516.000 del DHS – Verificación de Cobertura y Requisitos de Evaluación Financiera](#), que establece: Los pacientes que residen en el Condado de Los Ángeles. Esto también puede incluir a pacientes que están en proceso de transición a residir en el condado de Los Ángeles y tienen la intención de residir en el condado de Los Ángeles o pacientes sin hogar que generalmente residen y pasan la mayor parte de su tiempo en el condado de Los Ángeles.

**Paciente fuera del condado:** Según lo definido por la Política 516.000 del DHS - Verificación de cobertura y evaluación financiera, que establece: Los pacientes que residen fuera del condado de Los Ángeles.

**Personal de Servicios Financieros para Pacientes (PFS por sus siglas en inglés):** Los empleados del DHS en el Centro Médico Los Ángeles General, Centro Médico Harbor-UCLA, Centro Médico Olive View-UCLA, Centro Nacional de Rehabilitación Rancho Los Amigos, Centro Ambulatorio Martin Luther King Jr. y Centro Ambulatorio High Desert que inician y procesan las solicitudes de Medi-Cal y otras solicitudes de asistencia financiera.

**Tercer pagador:** Una organización que paga por servicios médicos a nombre de un paciente, ya sea a través de una cobertura pública de atención médica (como Medi-Cal o Medicare, que son financiados por el gobierno) o un seguro privado (como una cobertura a través del empleo o a través de Covered California, etc.).

**No asegurado:** Los pacientes que no tienen cobertura de salud para cubrir los servicios médicos que reciben.

**Subasegurados:** Las pacientes que no cuentan con una cobertura de salud suficiente para cubrir los servicios que reciben. Esto incluye a los beneficiarios con cobertura de salud privada o pública de un pago de terceros con gastos médicos que deban pagar de su propio bolsillo, incluidos los costos compartidos y los deducibles, para quienes pagar completamente los gastos de bolsillo esperados por los servicios que reciban sería de gran dificultad financiera.

**Responsabilidad:** La cantidad que el paciente debe pagar por los servicios recibidos en función de una evaluación de necesidades financieras, a veces referida como la responsabilidad de pago del paciente.

## POLÍTICA

- I. El DHS mantiene a las FAPs que abordan tanto la atención de caridad como los programas de descuento para pagar los servicios médicos recibidos en las instalaciones del DHS para pacientes que no tengan seguro, los que tengan seguro insuficiente o tengan cobertura de atención médica (de tercer pagador) con gastos médicos de bolsillo, para quienes sería de gran dificultad financiera pagar por completo. Las solicitudes de los FAPs se pueden tomar en cualquier momento que los pacientes establezcan tratos con un centro del DHS, incluso cuando los pacientes tengan servicios futuros, hayan recibido servicios o hayan recibido una factura (durante cualquier punto en el ciclo de facturación).

Estos FAPs incluyen el Programa de Capacidad de Pago (ATP), el Programa de Pago de Descuento (DPP por sus siglas en inglés), el Programa de Pago de Descuento por Servicios Sensibles (SSDPP por sus siglas en inglés) y el Programa de Pago Extendido sin intereses.

Además de estos programas, el personal de PFS proporcionará información a los pacientes sobre Covered CA y cómo presentar una solicitud si cumple con los requisitos.

El DHS pondrá a disposición de los pacientes la información sobre los FAPs y comunicará de esta información a los pacientes que puedan cumplir con los requisitos en varios puntos de contacto. Cualquier paciente que indique su incapacidad financiera para pagar una factura será examinado y evaluado para un programa financiado por el gobierno y / o por un FAP, dependiendo de su posible cumplimiento con los requisitos.

## II. Programa de Capacidad de Pago (ATP)

El programa ATP es el FAP para pacientes del condado de Los Ángeles.

### G. Servicios o beneficios cubiertos:

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

- Servicios de hospitalización, atención ambulatoria y emergencias
- Pruebas de laboratorio y de diagnóstico
- Medicamentos
- Equipo médico duradero (DME) y suministros

### H. Criterios para cumplir con los requisitos:

- Las personas que no tengan seguro, que tengan un seguro insuficiente o tengan cobertura de atención médica (de tercer pagador) con costos médicos.
- No aplican límites de ingresos para el programa. Los requisitos se basan en el tamaño del hogar del paciente y el ingreso bruto mensual (es decir, los ingresos obtenidos por su empleo, beneficios de seguro de discapacidad o desempleo, ingresos de alquiler, etc.) para garantizar que se aplique un coste adecuado de la atención. Es posible que se deba hacer una verificación. Los recursos o bienes (es decir, las cuentas bancarias, bienes inmuebles, etc.) no se contabilizarán en la determinación.
- Los pacientes deben ser evaluados para la posible aprobación de Medi-Cal utilizando la lista de verificación de referencia de vinculación con Medi-Cal y deben estar en el proceso de solicitud, si cumplen con los requisitos.
  - Si un paciente ha solicitado Medi-Cal anteriormente y se determinó que no cumplía con los requisitos, entonces el paciente no necesita volver a solicitar Medi-Cal para solicitar o volver a solicitar el ATP. Excepto si ha habido cambios en el programa de Medi-Cal o si el paciente ha tenido un cambio en sus circunstancias (por ejemplo, ingresos, tamaño del hogar, bienes) que podrían afectar los requisitos para Medi-Cal.

### I. Responsabilidad o Costo del ATP:

La cantidad que un paciente tendría que pagar puede variar dependiendo del tamaño del hogar y de sus ingresos. Las Tablas de Responsabilidad de Servicios para Pacientes Hospitalizados y Ambulatorios de ATP se actualizan anualmente utilizando los Niveles Federales de Pobreza (FPL por sus siglas en inglés) publicado en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

- *El monto de responsabilidad de ATP para pacientes ambulatorios* será mensual si recibieron servicios independientemente del número de visitas en el mes.
- El monto de responsabilidad de ATP para pacientes hospitalizados es por admisión, independientemente de la duración de la estadía.
- Si el ingreso familiar es igual o menos del 200% del FPL, entonces el monto de la responsabilidad es de \$0 para servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
- Si el ingreso familiar es superior al 200% de FPL, entonces hay un monto de responsabilidad por servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios. El monto de responsabilidad aumenta según el nivel de ingresos. Cuanto mayor sea el nivel de ingresos, mayor será el monto de su responsabilidad de pago.

J. Duración del acuerdo de servicios del ATP:

El acuerdo del ATP es de un (1) año a partir del primer día del mes de la solicitud en todos los servicios recibidos durante un período de doce (12) meses para pacientes hospitalizados y ambulatorios. El programa ATP se puede completar en persona o por teléfono con un paciente o familiar responsable bajo pena de perjurio.

- Los pacientes pueden volver a solicitar el ATP anualmente, cuando su acuerdo actual esté llegando a su fin.
- Las solicitudes para el ATP se pueden hacer retroactivamente sin limitación de tiempo. Una solicitud retroactiva se basa en la fecha de servicio y utilizará la información correspondiente del FPL y del paciente (por ejemplo, los ingresos y el tamaño del hogar) existente en ese momento.

K. Presunto cumplimiento de requisitos para la Capacidad de Pago (Auto ATP):

- Los pacientes que tienen Medi-Cal restringido (de cobertura limitada) sin costo compartido (SOC) y son pacientes del Condado de Los Ángeles cumplen con los requisitos para el ATP y el programa ATP se aplicará automáticamente a cualquier visita (encuentro) en los servicios médicamente necesarios que no estén cubiertos por Medi-Cal.
- Los pacientes que presuntamente cumplen con los requisitos estarán cubiertos por el ATP sin tener que completar ni firmar un Acuerdo de Servicios del ATP.

L. Términos y Condiciones:

Los Términos y Condiciones junto con el Acuerdo de Servicios del ATP se proporcionarán al paciente para sus propios registros. Los Términos y Condiciones proporcionan información detallada sobre los servicios cubiertos, los requisitos, la duración del acuerdo de servicio de elegibilidad, el monto de responsabilidad de ATP, la responsabilidad de terceros y el proceso de apelación.

### III. Programa de Pago de Descuento (DPP)

El DPP es el FAP para pacientes fuera del condado.

E. Servicios y beneficios cubiertos:

El Programa DPP cubre todos los servicios médicamente necesarios proporcionados en las instalaciones del DHS solamente, incluyendo:

- Servicios de hospitalización, atención ambulatoria y emergencias
- Pruebas de laboratorio y de diagnóstico
- Medicamentos
- Equipo médico duradero (DME) y suministros

F. Criterios para cumplir con los requisitos:

- Los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que reciben servicios en un centro del DHS.
- El ingreso bruto del hogar debe ser menor o igual al 400% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) para reducir el costo de la atención.
- Los pacientes deben ser evaluados para la posible aprobación de Medi-Cal utilizando la lista de verificación de referencia de vinculación con Medi-Cal y cooperar en el proceso de solicitud, si cumplen con los requisitos.
  - Si un paciente ha solicitado Medi-Cal anteriormente y se determinó que no cumplía con los requisitos, entonces el paciente no necesita volver a solicitar Medi-Cal para solicitar o volver a solicitar DPP. Excepto si ha habido cambios en el programa de Medi-Cal o si el paciente ha tenido un cambio en sus circunstancias (por ejemplo, ingresos, tamaño del hogar, bienes) que podrían afectar los requisitos del Medi-Cal

G. Responsabilidad o Costo del DPP:

- El monto de responsabilidad del paciente no será mayor que el monto que el centro médico recibiría del programa Medi-Cal por el mismo servicio a un paciente elegible para Medi-Cal. Si la cantidad que el centro recibe del programa Medi-Cal excede los cargos, el monto de responsabilidad del paciente no será mayor del 95% del monto de responsabilidad del paciente.
- Cada centro médico utiliza la tasa de reembolso de Medi-Cal para la fecha correspondiente de servicio.
  - El monto de la responsabilidad por servicios de admisión de pacientes hospitalizados se calcula por día en cada admisión de hospitalización.
  - El monto de la responsabilidad por servicios ambulatorios en las clínicas de un hospital se calcula por cada visita ambulatoria durante el período del Acuerdo del DPP.

H. Duración del Acuerdo de Servicios del DPP:

- Cada ingreso de paciente hospitalizado requiere un formulario por separado.
- Los servicios ambulatorios recibidos en las clínicas de un hospital del DHS requieren un formulario de Acuerdo del DPP por un período anual (12 meses); se puede hacer un solo acuerdo para todos los servicios ambulatorios recibidos durante un solo período de 12 meses.
  - Las solicitudes para el DPP se pueden hacer retroactivamente sin limitación de tiempo. Una solicitud retroactiva se basa en la fecha de servicio y utilizará la información correspondiente del FPL y del paciente (por ejemplo, los ingresos y el tamaño del hogar) existente en ese momento.

#### IV. Programa de pago de descuento de servicios sensibles (SSDPP)

##### E. Servicios y beneficios cubiertos:

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

##### F. Criterios para cumplir con los requisitos:

- El solicitante o paciente debe tener residencia en los Estados Unidos (fuera del condado de Los Ángeles).<sup>4</sup>
- El ingreso bruto mensual del hogar debe ser menor o igual al 400% del FPL. Se acepta una declaración de ingresos; No se requiere verificación de ingresos en el momento de la solicitud.
- Los recursos (propiedad) no se contabilizarán.
- El solicitante o paciente debe proporcionar verificación de identidad<sup>5</sup> y verificación de domicilio.<sup>6</sup>

##### G. Responsabilidad o costo del SSDPP:

Cada acuerdo de responsabilidad del SSDPP puede variar según el tamaño del hogar y de los ingresos.

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

##### H. Duración del Acuerdo de Servicios del SSDPP:

El formulario de Acuerdo del SSDPP se puede completar en persona o por teléfono con un paciente o pariente responsable bajo pena de perjurio. El Acuerdo del SSDPP cubrirá una (1) admisión hospitalaria o cualquier servicio ambulatorio recibido durante un período de doce (12) meses. Cada admisión adicional de pacientes hospitalizados requiere un formulario de Acuerdo del SSDPP por separado.

- Las solicitudes para el SSDPP se pueden realizar retroactivamente sin limitación de tiempo. Una solicitud retroactiva se basa en la fecha de servicio y utilizará la información correspondiente del FPL y del paciente (por ejemplo, sus ingresos y el tamaño de la familia) existente en ese momento.

#### V. Programa Extendido de Pago (EPP)

- El programa de pago extendido sin intereses (EPP por sus siglas en inglés) está disponible para pacientes con una responsabilidad financiera que solicitan tiempo adicional para pagar su responsabilidad, incluidos los pacientes a quienes se les haya aplicado un descuento en cualquiera de estos programas de asistencia financiera.
- El programa EPP generalmente se extiende hasta 18 meses, pero puede extenderse aún más, y se basa en una revisión individual.

<sup>4</sup> Los pacientes del condado de Los Ángeles son elegibles para el Programa ATP.

<sup>5</sup> Consulte [Política 370.1 del DHS Verificación de la identidad del paciente.](#)

<sup>6</sup> Consulte [Política 370.2 del DHS Verificación de la dirección del paciente.](#)

- Los pagos adicionales no deben ser más del 10 por ciento de los ingresos familiares de un paciente durante un mes, se excluyen las deducciones por gastos esenciales de subsistencia.
- Cualquier paciente que pregunte sobre un plan de pago y que aún no haya solicitado otra asistencia financiera del DHS debe ser informado de los FAPs y seguir una evaluación para determinar si cumplen con los requisitos.

## VI. **Publicación de la información**

Los avisos sobre la disponibilidad de los FAPs para pacientes de bajos ingresos y sin seguro se publicarán en lugares visibles en todas las instalaciones de cada condado, que incluyen al menos Admisión y Registración, Consulta de facturación, Departamento de Emergencias, otros entornos de atención ambulatoria como salas de espera, unidades de observación y el sitio web del DHS. El contenido de cada aviso publicado sobre los FAPs tendrá instrucciones breves sobre cómo solicitarlo, se incluirá un número de teléfono para obtener más información. Las copias de esta información deben estar disponibles para los pacientes, cuando las soliciten.

## VII. **Proceso de apelación**

Los pacientes que deseen apelar su determinación de cumplimiento de requisitos para asistencia financiera pueden presentar su solicitud por escrito al personal de evaluación financiera del DHS. El personal del DHS proporcionará a los pacientes las instrucciones y / o el formulario de apelación correspondiente. Se proporcionará una respuesta por escrito al paciente dentro de los diez (10) días hábiles.

## **REFERENCIA(S) / AUTORIDAD:**

Código de Bienestar e Instituciones de California, Sección 16953 (b) y Código de Salud y Seguridad 127400.

Código del Condado de Los Ángeles 2.76.350 - Atención médica, atención hospitalaria y asistencia pública: Los cobros que el condado debe hacer por proyectos piloto de Plan de Costo Reducido o Plan sin costo.

## **REFERENCIAS RELEVANTES:**

Números de políticas del DHS:

370.1	Verificación de la identidad del paciente
370.2	Verificación del domicilio del paciente
516.000	Requisitos de verificación de cobertura y evaluación financiera
530	Cobro de cargos facturables

Esta política reemplaza la Política 515.01 del DHS con fecha de vigencia del 1/1/2022 y reemplaza y cambia el nombre de la Política 515 Registro y Evaluación Financiera del DHS con fecha de vigencia del 7/1/2003.

**COUNTY OF LOS ANGELES – DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES  
ABILITY TO PAY (ATP) PROGRAM SERVICES AGREEMENT**

Facility: \_\_\_\_\_ MRUN # \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**SECTION I: PATIENT INFORMATION**

---

Patient: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Social Security #: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Telephone: Home (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Work (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Message (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Los Angeles County Resident  Yes  No (Ineligible) Patient has approved Restricted Medi-Cal  Yes  No

Patient has Medicare deductible/coinsurance, Medi-Cal SOC, or private insurance deductible/coinsurance.

**SECTION II: INCOME INFORMATION**

---

Family members in patient's household \_\_\_\_\_ Total Monthly Income \$ \_\_\_\_\_  
(From Worksheet Part B, Line 1)

**SECTION III: ATP LIABILITY**

---

In consideration for being charged for health care services rendered by the County of Los Angeles (County) to the patient in accordance with the County's Ability-to-Pay Plan (ATP), I/we (patient or responsible relative) \_\_\_\_\_, promise to pay the County for services received from the County's health care facilities, from \_\_\_\_\_ through \_\_\_\_\_, the ATP Liability Amount of

\_\_\_\_\_ dollars (\$ \_\_\_\_\_) per admission for all inpatient services provided to the patient covered by this Agreement from admission until discharge from the County's Health care facility; AND

\_\_\_\_\_ dollars (\$ \_\_\_\_\_) for each month during which outpatient services are received by the patient covered by this Agreement for all outpatient visits provided during that month.

**SECTION IV: ATP CERTIFICATION**

---

Such ATP Liability Amount has been determined under the ATP and is based upon information which I/we provide in this Agreement. I/we understand that I/we may be asked later for proof of some or all of the information used for this Agreement. I understand that I am expected to save documents I might have that would help prove that what I said today is true, (for example, copies of pay stubs, income tax returns, bank statements, receipts), for 6 months from the date of the application. If I am asked for these documents in the next 6 months, I will have 20 days to mail or bring the information to the facility or to give some other acceptable verification. If I am asked for this proof and don't provide it, I may be held responsible for the full charges for my medical care.

It is understood and agreed that the above ATP Liability Amount for such inpatient services or for such outpatient services shall not be subsequently adjusted for any reason except as provided under the ATP.

I/we understand and agree that this Agreement shall be governed by the terms and conditions set forth in the ATP, which has been made available to me/us for review and which is incorporated herein by reference, and that I/we shall fully cooperate with the County in accordance with the ATP. Pursuant to Section 360.5 of the California Code of Civil Procedure, I/we agree that all statutes of limitation upon the debt for the health care services which are covered by the Agreement are hereby waived.

I/we certify that, during the next year, if the patient gets or loses insurance, or if his or her family size or income changes, I/we promise to immediately report that fact to the facility where this form was completed.

It is agreed that if I/we have a change in financial circumstances, including but not limited to an increase in the patient's or guarantor's income, or the patient, or patient's heirs or personal representative(s), receipt of damages recovered as a result of patient's injury by accident, negligence, or wrongful act, I/we will notify the facility where this Agreement was completed and this Agreement may, at the election of the County of Los Angeles, be terminated, and the County's hospital shall be entitled to its reasonable charges.

This agreement shall not in any way diminish or defeat the County's right, under the California Government Code sections 23004.1 and 23004.2, or the Hospital Lien Act, or any other applicable laws to recover reimbursement from any responsible third-parties, including tortfeasors, the reasonable charges for health care services provided to the patient.

COUNTY OF LOS ANGELES – DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES  
ABILITY TO PAY (ATP) PROGRAM SERVICES AGREEMENT

**I/WE CERTIFY UNDER PENALTY OF PERJURY BY MY/OUR SIGNATURE(S) THAT THE INFORMATION I/WE HAVE PROVIDED AS PART OF THE APPLICATION PROCESS AND AS LISTED ABOVE IS TRUE AND COMPLETE TO THE BEST OF MY/OUR KNOWLEDGE AND BELIEF. I/WE ALSO CERTIFY BY MY/OUR SIGNATURES THAT I/WE HAVE READ AND UNDERSTAND ALL THE FORGOING AND THAT I/WE AGREE TO SIGN THIS STATEMENT WITHOUT ANY RESERVATION WHATSOEVER.**

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Responsible Relative Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Interviewer Signature

\_\_\_\_\_  
Date



**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD (DHS) DEL CONDADO DE LOS ANGELES  
ACUERDO DE SERVICIOS DEL PROGRAMA DE HABILIDAD DE PAGO (ATP)**

Centro médico: \_\_\_\_\_ N° de MRUN: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SECCION I: INFORMACION DEL PACIENTE**

---

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N° de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

N° de teléfono: Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Mensaje (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Es residente del condado de Los Angeles?  Si  No (Inelegible)

¿Tiene el paciente Medi-Cal aprobado con restricciones?  Si  No

Paciente tiene deducible/coseguro de Medicare, Medi-Cal con costo (SOC), o deducible/coseguro de seguro medico privado.

**SECCION II: INFORMACION SOBRE LOS INGRESOS**

---

Número de familiares en el hogar \_\_\_\_\_

Total de ingresos mensuales \$ \_\_\_\_\_  
(Cantidad de la hoja de cálculo parte B, línea 1)

**SECCION III: RESPONSABILIDAD DE ATP**

---

En consideración de haber cobrado cargos por los servicios de salud que el Condado de Los Angeles (Condado) ha dado al paciente en acuerdo de con el Plan de Habilidad de Pago (ATP), yo/nosotros (paciente o familiar responsable) \_\_\_\_\_, prometemos pagar al Condado por los servicios que recibí de los centros médicos del Condado, de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, la cantidad de responsabilidad de ATP es: \_\_\_\_\_ Dólares (\$ \_\_\_\_\_) por admisión para todos los servicios de hospitalización que reciba el paciente conforme a este Acuerdo, de admisión hasta que sea dado(a) de alta de los centros médicos del Condado; Y \_\_\_\_\_ Dólares (\$ \_\_\_\_\_) para cada mes por todos los servicios ambulatorios (cuidado de paciente externo) que reciba el paciente durante el mes conforme a este Acuerdo.

**SECCION IV: CERTIFICACION DE ATP**

---

Esta cantidad de responsabilidad de ATP se ha determinado bajo el ATP y está basada en la información que yo/nosotros proveo/proveemos en este Acuerdo. Yo/nosotros entiendo/entendemos que después puedan pedir toda o parte de la información indicada en este Acuerdo. Entiendo que se espera que conserve los documentos que pueda que tenga y que podría demostrar lo que dije hoy aquí es cierto (por ejemplo, copias de talones de cheques, devoluciones de impuestos, estados de cuenta bancaria, estados de cuentas de propiedades, recibos, etc.) por 6 meses a partir de la fecha de esta solicitud. Entiendo que si me piden estos documentos en los próximos 6 meses, tendré 20 días para enviar por correo la información o llevarla en persona al centro médico o mostrar algún otro tipo de comprobante aceptable. Si me piden comprobantes y no los proveo, podría ser responsable de todos mis costos de atención médica.

Se entiende y se acuerda, que la cantidad de responsabilidad de ATP para todos los servicios de ingreso a hospitales y todos los servicios ambulatorios (cuidado de paciente externo) no será ajustada posteriormente por alguna razón excepto en casos previstos en el ATP.

Yo/nosotros entiendo/entendemos y estoy/estamos de acuerdo que este Contrato será gobernado por los términos y condiciones establecidos en el ATP, cuáles han sido disponibles a mi/nosotros para ser revisados cuales se incorpora al presente documento de referencia, y que yo/nosotros cooperaremos plenamente con el Condado de acuerdo con el ATP. En conformidad con la sección 360.5 del Código Civil de Procedimiento de California, yo/nosotros estoy/estamos de acuerdo con todos los estatutos de limitación sobre la deuda para los servicios de salud cubiertos por el Acuerdo se renuncian por este medio.

Yo/nosotros certificamos que si durante el próximo año obtengo/obtenemos o pierdo/perdemos seguro médico, o si el número de miembros de la familia o mis ingresos cambian, prometo informar estos cambios de inmediato al centro médico en donde haya completado la solicitud.

Se acuerda que si tengo/tenemos cualquier cambio en circunstancias económicas, incluye sin limitación cambios en los ingresos del paciente o guarantor, el paciente, herederos o representante(s) personal(es) del paciente, recibo de daños que como resultado de lesión se recuperó por accidente del paciente, negligencia o acto ilícito, yo/nosotros notificaré/notificaremos al centro de salud donde se completó este Acuerdo y a la elección del Condado de Los Angeles este Acuerdo será cancelado y el hospital del Condado tendrá derecho a sus gastos razonables.

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD (DHS) DEL CONDADO DE LOS ANGELES  
ACUERDO DE SERVICIOS DEL PROGRAMA DE HABILIDAD DE PAGO (ATP)**

Este Acuerdo no disminuirá de ninguna forma, ni nulificará, el derecho del Condado bajo el Código Gubernamental de California secciones 23004.1 y 23004.2, o la ley de Gravámenes Hospitalarios, y cualquier otra ley correspondiente para recuperar el reembolso de cualquier tercero responsable, incluyendo autores de hecho ilícitos civiles, por cargos razonables de servicios de atención médica proporcionada al paciente.

**CERTIFICO/CERTIFICAMOS BAJO PENA DE PERJURIO POR MEDIO DE MI/NUESTRAS FIRMA/FIRMAS QUE LA INFORMACION QUE HE/HEMOS PROVEIDO, SEGUN SE SOLICITAN EN ESTE ACUERDO, ES FIEL Y COMPLETA MI/NUESTRO MEJOR ENTENDIMIENTO Y CONOCIMIENTO. TAMBIEN CERTIFICO/CERTIFICAMOS CON MI/NUESTRA FIRMA(S) QUE HE/HEMOS LEIDO Y COMPRENDEMOS TODO LO ANTERIORMENTE ESCRITO, Y QUE ACUERDO/ACORDAMOS FIRMAR ESTA DECLARACION SIN NINGUNA RESERVA.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del familiar responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del trabajador(a)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**COUNTY OF LOS ANGELES - DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  
**DISCOUNT PAYMENT PLAN AGREEMENT (INPATIENT/OUTPATIENT)**  
(Please Print)

Facility: \_\_\_\_\_ MRUN # \_\_\_\_\_ Inpt. Admit Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Outpt. Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**SECTION I: PATIENT INFORMATION**

Patient: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Social Security #: \_\_\_\_\_  
Permanent Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Country/State/County: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
Telephone: [Home] (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ [Work] (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ [Message] (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Local Address: \_\_\_\_\_

**SECTION II: INCOME INFORMATION:**

Family size _____ Grand Total Monthly Gross Income - [Enter from Worksheet, Part A. 4 or E. 3] \$ _____	<b>DISCOUNT PAYMENT PLAN ELIGIBILITY: (County Use Only)</b> Family income less than or equal to 400% FPL: <input type="checkbox"/> Yes (eligible) <input type="checkbox"/> No (ineligible)
---	--

**SECTION III: DISCOUNT PAYMENT PLAN CERTIFICATION:**

I certify that, as of today's date, I, (or patient), do/(does) not have Medi-Cal, Medicare, Short Doyle, CHAMPUS, California Children Services, or private health insurance, or any other form of health care coverage for the condition for which the patient is being treated. In consideration for being charged for health care services rendered by the County of Los Angeles (County) in accordance with the County's Discount Payment Plan, I/we \_\_\_\_\_ promise to pay the County (check one):

- INPATIENT:** For all inpatient services received by the patient covered by this Agreement from admit date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ until discharged from the County's Health care facility, the Discount Payment Plan Liability Amount of \_\_\_\_\_ dollars (\$ \_\_\_\_\_) per day for such inpatient stay of admission or 95% of the patient liable amount for person with health care coverage (except Medi-Cal beneficiaries with a share of cost), whichever is less; or for persons without health care coverage and Medi-Cal beneficiaries with a share of cost, \$ \_\_\_\_\_ per day for such inpatient stay of admission or 95% of gross charges, whichever is less OR
- OUTPATIENT:** For all outpatient services received by the patient covered by this Agreement from \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ through \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, the Discount Payment Plan Liability Amount of \_\_\_\_\_ dollars (\$ \_\_\_\_\_) for each outpatient visit during such period or 95% of the patient liable amount for person with health care coverage (except Medi-Cal beneficiaries with a share of cost) or for persons without health care coverage and Medi-Cal beneficiaries with a share of cost, \$ \_\_\_\_\_ for each outpatient visit during such period or 95% of gross charges, whichever is less.

Pursuant to Section 360.5 of the California Code of Civil Procedure, which allows written waivers related to actions for the repayment of County aid, I/we hereby waive all statues of limitation upon collection of debt covered by this Agreement.

I/we certify that, during the next year, if the patient gets or loses insurance, or if his or her family size or income changes, I/we promise to immediately report that fact to the facility where this form was completed.

It is agreed that if I/we have a change in financial circumstances, including but not limited to an increase in the patient's or guarantor's income, or the patient, or patient's heirs or personal representative(s), receipt of damages recovered as a result of patient's injury by accident, negligence, or wrongful act, I/we will notify the facility where this Agreement was completed and this Agreement may, at the election of the County of Los Angeles, be terminated, and the County's hospital shall be entitled to its reasonable charges.

This agreement shall not in any way diminish or defeat the County's right, under California Government Code Sections 23004.1 and 23004.2, or the Hospital Lien Act, or any other applicable laws to recover reimbursement from any responsible third-parties, including tortfeasors, the reasonable charges for health care services provided to the patient.

**I/WE CERTIFY UNDER PENALTY OF PERJURY BY MY/OUR SIGNATURE(S) THAT THE INFORMATION I/WE HAVE PROVIDED AS REQUESTED IN THIS AGREEMENT IS TRUE AND COMPLETE TO THE BEST OF MY/OUR KNOWLEDGE AND BELIEF. I/WE ALSO CERTIFY BY MY/OUR SIGNATURE(S) THAT I/WE HAVE READ AND UNDERSTAND ALL THE FOREGOING AND THAT I/WE AGREE TO SIGN THIS STATEMENT WITHOUT ANY RESERVATION WHATSOEVER.**

Patient/Responsible Relative Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
County Interviewer: (Print Name) \_\_\_\_\_ Telephone No.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Signature) \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Supervisor's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Check box, if applicable:  Patient not eligible for Medi-Cal/Medicaid.

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL CONDADO DE LOS ANGELES**  
**ACUERDO DE DESCUENTO DE PLAN DE PAGO (HOSPITALIZACION/CLINICA)**  
**(Por Favor Imprima)**

Facilidad: \_\_\_\_\_ MRUN # \_\_\_\_\_

Fecha de Hospitalización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Fecha de Visita a la Clínica: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**SECCION I: INFORMACION DEL PACIENTE**

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ # del Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Dirección Permanente: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ País/Estado/Condado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: [Casa] (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ [Trabajo] (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ [Mensaje] (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Dirección Local: \_\_\_\_\_

**SECCION II: INFORMACION DE INGRESO:**

Tamaño de la familia _____ Gran Total de Ingreso Mensual - [Transferir de la Hoja de cálculo, parte A. 4 o E. 3] \$ _____	<b>OOO DESCUENTO DE ELEGIBILIDAD DE PLAN DE PAGO:</b> (Uso del Condado) Ingreso familiar menos de o igual a 400% FPL: <input type="checkbox"/> Si (elegible) <input type="checkbox"/> No (inelegible)
--	--

**SECCION III: FUERA DEL CONDADO/PAIS CERTIFICACION DE DESCUENTO DE PLAN DE PAGO:**

Yo certifico que, a partir de la fecha de hoy, yo, (o paciente), no tengo(tiene) Medi-Cal, Medicare, Servicios de Salud Mental del Condado, CHAMPUS, Servicios para Niños de California (CCS), o seguro de salud privado, o cualquier otra forma de cobertura de cuidado de salud para la condición por la cual el paciente está tratándose.

En consideración por cobrar por los servicios de cuidado de salud rendidos por el Condado de Los Ángeles (Condado) de acuerdo con el OOO Descuento de Plan de Pago del Condado, yo/nosotros \_\_\_\_\_ prometo(emos) pagar al Condado (marque una):

- HOSPITALIZACION:** Por todos los servicios médicos recibidos por el paciente internado y cubierto por este convenio de pago comenzando con el día de admisión \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, hasta que sea dado de alta de la institución de salud del Condado, la cantidad obligada por el OOO Descuento de Plan de Pago de \_\_\_\_\_ dólares (\$ \_\_\_\_\_) por día para tal estancia de hospitalización o el 95% de cargos, el que sea menos; o
- SERVICIOS EXTERNOS:** Por todo servicio externo recibido por el paciente cubierto por este convenio de pago, desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, hasta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, la cantidad obligada por el OOO Descuento de Plan de Pago de \_\_\_\_\_ dólares (\$ \_\_\_\_\_) por cada visita a la clínica durante este periodo o el 95% de cargos, el que sea menos.

De acuerdo con la Sección 360.5 del Código de Procedimiento Civil de California, que permite las renunciaciones por escrito relacionadas a las acciones para el reembolso de ayuda del Condado, yo/nosotros renuncio/renunciamos por el presente todas las limitaciones en la colección de deuda cubierta por este Acuerdo.

Yo/Nosotros certifico/certificamos que, durante el próximo año, si el paciente consigue o pierde seguro, o si su tamaño familiar o el ingreso cambia, yo/nosotros prometemos a inmediatamente informar ese hecho a la facilidad dónde este formulario fue completado.

Es acordado que si yo/nosotros tenemos un cambio en las circunstancias financieras, incluso pero no limitado a un aumento en el ingreso del paciente o garantizador, o el paciente, o los herederos del paciente o representante(s) personales, el recibo de daños y perjuicios recuperados como consecuencia de accidente, descuido, o acto injusto, yo/nosotros notificare/notificaremos a la facilidad dónde este Convenio fue completado y este Convenio puede ser, a la elección del Condado de Los Ángeles, ser terminado, y el hospital del Condado tendrá derecho a sus cargos razonables.

Este acuerdo no disminuirá de ninguna forma o vencerá el derecho del Condado, bajo las Secciones del Código Gubernamentales de California 23004.1 y 23004.2, o el Acto de Embargo de Hospital, o cualquier otra ley aplicable para recuperar el reembolso de cualquier tercero responsable, incluso los daños (tortfeasors), los cargos razonables por servicios de cuidado de salud proporcionados al paciente.

**YO/NOSOTROS CERTIFICO(AMOS) BAJO PENA DE PERJURIO CON MI/NUESTRA FIRMA QUE LAS RESPUESTAS Y LA INFORMACION CONTENIDA EN ESTE CONVENIO SON CIERTAS Y COMPLETAS POR MI/NUESTRO CONOCIMIENTO Y CONVICCION. YO/NOSOTROS TAMBIEN CERTIFICO(AMOS) QUE HE/HEMOS LEIDO Y ENTENDIDO LO ANTEDICHO Y APLICO(AMOS) MI/NUESTRA FIRMA A ESTE CONVENIO SIN NINGUNA RESERVACION.**

Firma del Paciente/Pariente responsable: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Entrevistador del condado: **(Por favor Imprima)** \_\_\_\_\_

Número de Teléfono.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

(Firma) \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del supervisor \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Marque la caja, si es aplicable:  El paciente no es elegible para Medi-Cal/Medicaid.