

POLÍTICA

Política de Acceso a Asistencia Financiera

Esta política es aplicable a los siguientes centros de Corewell Health:

Servicios Compartidos Corporativos de Beaumont, Beaumont Dearborn, Beaumont Farmington Hills, Beaumont Grosse Pointe, Grupo Médico Beaumont, Soluciones de Farmacia Beaumont, Beaumont Royal Oak, Beaumont Taylor, Beaumont Trenton, Beaumont Troy, Beaumont Wayne, Atención de Posagudos (Beaumont) de Corewell Health, Big Rapids (Mecosta County Medical Center), Continuing Care, Corporate (Spectrum Health System), Gerber Memorial (Newaygo County General Hospital Association), Ludington (Memorial Medical Center of West Michigan), Outpatient/Physician Practices, Pennock (Pennock Hospital), Reed City (Reed City Hospital Corporation), SH GR Hospitals (Spectrum Health Hospitals), SHMG, Spectrum Health Lakeland (Lakeland Community Hospital Watervliet; Lakeland Hospitals at Niles and St. Joseph Inc.), United/Kelsey (Spectrum Health United; Spectrum Health Kelsey Hospital), Zeeland (Zeeland Community Hospital)

Aplicabilidad limitada a:	No es pertinente.
Número de referencia:	2983
Versión Nro.:	10
Fecha de entrada en vigencia:	1/NOV/2022
Área funcional:	Finanzas, Ciclo de Ingresos
Área departamental:	Finanzas, Acceso de Pacientes

Aviso de No Discriminación: Es la política de Corewell Health y todas sus entidades subsidiarias proporcionar atención médica de calidad a todas las personas. Corewell Health no discriminará por motivos de raza, color, origen nacional, ciudadanía, sexo, religión, edad, discapacidad, creencias políticas, orientación sexual ni estado civil o situación familiar. La admisión y las decisiones de tratamiento se realizarán únicamente sobre la base de las necesidades médicas del paciente y los recursos y capacidades de la instalación para proporcionar la atención y el tratamiento médicos requeridos. La admisión y el tratamiento no serán negados por motivos de etnia, color, género, sexo, raza, origen nacional, religión, discapacidad, edad, situación de VIH, situación militar o de excombatiente, fuente de pago por los servicios o cualquier otro motivo prohibido por la ley federal, estatal o local. Los pacientes serán tratados de manera consistente con su identidad de género. Asimismo, los centros aprobados por el Cuerpo Nacional de Servicios de Salud (*National Health Service Corps, NHSC*) y el Programa de Amortización de Préstamos del Estado de Michigan (*Michigan State Loan Repayment Program, MSLRP*) no discriminarán en la prestación de servicios a una persona (y no determinarán su capacidad de acceso a programas) sobre la base de la capacidad de dicha persona de pagar, independientemente de si el pago por esos servicios fuera a realizarse mediante Medicare, Medicaid o CHIP; y no discriminarán por motivos de raza, color, sexo, origen nacional, discapacidad, religión, edad, orientación sexual o identidad de género de la persona. Para más detalles, consulte la política de [Derechos y Responsabilidades de los Pacientes](#) (anteriormente Beaumont Health), [Derechos y Responsabilidades de los Pacientes](#) (anteriormente Spectrum Health Lakeland) o [Derechos y Responsabilidades de los Pacientes](#) (anteriormente Spectrum Health West Michigan).

Una política del programa de descuentos por escala de tarifas móviles es pertinente sólo a los centros aprobados por NHSC y MSLRP. Vea el [Anexo B](#).

Las entidades consultarán la documentación asociada contenida en este documento según sea pertinente. Las copias impresas de este documento pueden estar desactualizadas y deben ser consideradas no controladas.

Vea el [Anexo C](#) para la totalidad del aviso de no discriminación, como también la disponibilidad de asistencia en otros idiomas.

1. Propósito

Delinear el proceso a seguir, con el propósito de tomar una determinación razonable acerca de quién reúne las condiciones necesarias para recibir asistencia financiera en Corewell Health. Comunicar la disponibilidad de asistencia financiera a pacientes y público en general, como también asegurarnos de que se apliquen pautas consistentes a las solicitudes de asistencia financiera, independientemente del centro de Corewell Health donde el paciente solicitante reciba servicios.

Esta política tiene por finalidad satisfacer los requerimientos de la sección 501(r) del Código de Impuestos Internos de 1986 y sus modificaciones, la que impone ciertos requerimientos a los hospitales en relación con asistencia financiera, limitaciones a los costos y actividades de facturación y cobranza. Los pacientes que no cuentan con los medios para pagar por los servicios que se les fueran proporcionados en centros de Corewell Health pueden solicitar asistencia financiera, y tener la posibilidad de recibir dicha asistencia financiera, según lo establecido por los términos y condiciones de esta política.

Esta política también tiene como finalidad satisfacer ciertas reglas de informes de costos de Medicare.

2. Responsabilidades

Esta Política de Acceso a Asistencia Financiera de Corewell Health (la "Política") será administrada por personal de Corewell Health adecuadamente designado, según lo delineado en los procesos y la educación departamentales pertinentes a la factibilidad de acceso a asistencia financiera.

3. Contenido de la Política

Corewell Health eliminará la responsabilidad financiera del paciente en relación con Atención de Emergencia o Atención Médica Necesaria, en situaciones en que el paciente/garante reúna las condiciones establecidas por las pautas de estrechez económica que se indican en la Sección 6.6 de este documento y coopere con Corewell Health en la administración de los procesos departamentales para la determinación de factibilidad de acceso a asistencia financiera. Antes de cualquier exención de cargos, deberá tomarse una determinación en buena fe de necesidad financiera.

4. Filosofía

La base del tratamiento será la Atención Médica de Emergencia o la Atención Médica Necesaria, no la obligación financiera. Toda determinación de asistencia financiera será tomada una vez que se haya demostrado la necesidad económica y se llegará a una decisión favorable en cooperación con el paciente/garante, de ser posible. Todo paciente/garante que solicite asistencia financiera estará sujeto al mismo proceso de asistencia financiera, sin importar quién sea el pagador principal.

Atención Médica Necesaria se define como todos aquellos servicios requeridos para identificar o tratar una enfermedad o lesión que, por diagnóstico o por sospecha razonable, se determine como de necesidad médica, tomando en cuenta el nivel de atención más apropiado.

Dependiendo de la situación médica del paciente, el entorno más apropiado para proporcionar atención médica puede ser el hogar, un consultorio médico, instalaciones ambulatorias, instalaciones de atención a largo plazo, rehabilitación, o una cama de hospital. A fin de considerarse atención médica necesaria, un servicio debe:

- Ser requerido para tratar una enfermedad o lesión.
- Ser consistente con el diagnóstico y el tratamiento de las afecciones del paciente.

Las entidades consultarán la documentación asociada contenida en este documento según sea pertinente.

Las copias impresas de este documento pueden estar desactualizadas y deben ser consideradas no controladas.

- Estar en conformidad con los estándares de la buena práctica médica.
- No ser para conveniencia del paciente o del médico de dicho paciente.
- Estar al nivel de atención más apropiado para el paciente, según lo determine la situación médica del paciente y no la situación financiera ni familiar del paciente.

La atención de emergencia se considera Atención Médica Necesaria.

5. Política de Atención Médica de Emergencia

Corewell Health proporcionará, sin discriminación, atención para problemas médicos de emergencia a las personas que la necesiten, independientemente de su capacidad de pago o factibilidad de acceso a asistencia financiera. Las situaciones médicas de emergencia pueden ser el resultado de la aparición repentina de un problema de salud con síntomas agudos, debido a los cuales, en ausencia de atención médica inmediata, es razonablemente probable que la salud del paciente esté en serio peligro y se produzca una grave disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo. Corewell Health no participará en acciones que disuadan a las personas de buscar atención médica de emergencia; con este fin, dicha atención médica de emergencia será proporcionada sin interferencia de cobranza de deudas ni demandas de prepago por servicios, antes del tratamiento, tal como se describe en mayor detalle en la Política sobre la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo [Emergency Medical Treatment and Active Labor Act \(EMTALA\)](#) (anteriormente Beaumont Health) o la Política sobre Afecciones Médicas de Emergencia / Tratamientos / Transferencias (Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo) [Emergency Medical Condition / Treatment / Transfer Policy \(EMERGENCY MEDICAL TREATMENT AND ACTIVE LABOR ACT - EMTALA\)](#) (anteriormente Spectrum Health).

6. Política

6.1. Requisito de Residencia

A fin de preservar nuestra misión de mejorar la salud, infundir humanidad e inspirar esperanza, Corewell Health limitará la consideración de asistencia financiera a aquellos solicitantes que demuestren un mínimo de seis meses de residencia dentro del estado de Michigan o en una comunidad incluida mediante evaluación de necesidades sanitarias hecha por el hospital como "comunidad" a la que dicho hospital atiende. Puede hacerse una excepción con pacientes que requieran Atención de Emergencia o Atención Médica Necesaria no disponible en el área de servicio de otro prestador médico.

6.2. Generalidades

- 6.2.1.** Antes de solicitar asistencia financiera, el paciente/garante y Corewell Health agotarán todas las otras opciones razonables de pago por parte de terceros, como se detalla en la sección 6.3.
- 6.2.2.** Es política de Corewell Health requerir el pago total por toda atención que no sea de emergencia o necesaria por razones médicas, incluyendo -entre otras cosas- estudios de investigación/experimentales, servicios cosméticos electivos y procedimientos de cirugía bariátrica antes de los servicios en cuestión o al momento de la primera presentación de una factura, a menos que se hayan hecho y aprobado otros arreglos de pago. Corewell Health también requerirá el pago total por la atención que no sea de emergencia o que no cuente con autorización o cobertura del seguro.
- 6.2.3.** Los pacientes/garantes que se identifiquen como económicamente imposibilitados, o que hayan sido identificados por Corewell Health como potencialmente imposibilitados para pagar, serán derivados a personal de Corewell Health apropiadamente designado para realizar evaluaciones, según sea pertinente. El personal de Corewell Health podrá entonces dar curso al proceso de solicitud de asistencia financiera para determinar si existe una probada imposibilidad de pago. Puede pedírsele al paciente/garante que complete una solicitud de asistencia financiera. Puede obtenerse un informe de crédito para verificar la información proporcionada en la solicitud pero

Las entidades consultarán la documentación asociada contenida en este documento según sea pertinente.
Las copias impresas de este documento pueden estar desactualizadas y deben ser consideradas no controladas.

no será usado únicamente para tomar una determinación de factibilidad de acceso a asistencia financiera. El proceso de solicitud de asistencia financiera puede ser obviado, en parte o en su totalidad, para ciertos pacientes/garantes que presuntamente resulten habilitados para recibir asistencia financiera, hecho subsecuentemente verificado, de acuerdo con las políticas y los procedimientos de Corewell Health. Durante el proceso de evaluación para determinación de presunta habilitación, Corewell Health puede estimar los ingresos del grupo familiar de un paciente usando un modelo de cálculo desarrollado por un tercero, el que utiliza información de informe crediticio, datos autoinformados, fuentes de datos de mercadeo e ingresos promedio de otras personas cercanas al domicilio informado del paciente. Otros ejemplos de presunta habilitación pueden incluir personas consideradas indigentes o fallecidas sin patrimonio.

- 6.2.4.** Si, como resultado del proceso de solicitud financiera, se determina que no se cumplen los criterios necesarios para la asistencia solicitada, se notificará al paciente/garante la necesidad de tomar medidas para concretar el pago, de acuerdo a la Política de Facturación y Cobro [Billing and Collection Policy](#) (anteriormente Beaumont Health) o la Política de Facturación y Cobro de Saldo Responsabilidad del Paciente [Patient Responsible Balance Billing and Collection Policy](#) (anteriormente Spectrum Health) y los procedimientos pertinentes, en el marco de los cuales el paciente/garante puede reunir las condiciones necesarias para acceder a descuentos y/u otras opciones de pago, tales como descuentos por pago inmediato, planes de pago, etc.
- 6.2.5.** Si parece que las pautas de dificultad económica pueden aplicables, se podrá pedir al paciente/garante que proporcione ciertos comprobantes según lo detallado en la solicitud, después de lo cual se procesará dicha solicitud.
- 6.2.6.** Los resultados de la determinación serán documentados en la cuenta del paciente. Se harán esfuerzos razonables para informar al paciente/garante por escrito sobre la determinación tomada (incluyendo, de ser pertinente, la asistencia para la cual la persona haya resultado habilitada) y las bases de tal determinación.
- 6.2.7.** Toda la documentación pertinente y presentada como respaldo a las solicitudes será retenida de acuerdo con la Política y Procedimientos de Retención de Documentos [Document Retention Policy and Procedures](#) (anteriormente Beaumont Health) o la Política de Administración, Retención y Destrucción de Archivos [Record Management, Retention and Destruction Policy](#) (anteriormente Spectrum Health).

6.3. Pago por parte de terceros

Antes de solicitar asistencia financiera, el paciente/garante y Corewell Health agotarán todas las opciones razonables de pago por parte de terceros, incluyendo -entre otras- Medicaid y la inscripción en el mercado de seguros médicos (Health Insurance Marketplace).

Corewell Health se reserva el derecho de investigar, verificar, entrevistar y pedir cesión de derechos sobre:

- todo beneficio proveniente de cualquier fuente aseguradora de terceros;
- todo beneficio proveniente de programas de ayuda estatales o federales para los que el paciente/garante pueda estar habilitado;
- todo beneficio proveniente de cualquier organización de beneficencia; y/o
- litigios pendientes.

La asistencia financiera es el recurso de última instancia para la resolución de deudas pendientes en la cuenta. Como tal, el paciente/garante debe cumplir con todas sus responsabilidades en el marco de cualquiera de los programas anteriormente mencionados que sean pertinentes o utilizar recursos personales disponibles, antes de resultar habilitado para recibir asistencia financiera. Si el paciente/garante no proporciona la información

Las entidades consultarán la documentación asociada contenida en este documento según sea pertinente.

Las copias impresas de este documento pueden estar desactualizadas y deben ser consideradas no controladas.

solicitada o si no participa en uno de los programas anteriormente indicados, es posible que se rechace su solicitud de asistencia financiera.

6.4. Disponibilidad de asistencia financiera

Corewell Health ha implementado medidas para publicar extensamente comunicaciones a pacientes y público en general en relación con la disponibilidad de asistencia financiera. Los métodos de comunicación incluyen, entre otros, letreros en los departamentos de emergencias de cada hospital, las áreas de registro y otros espacios públicos, como también en el sitio de Internet de Corewell Health (como se indica en la sección 6.5). Además, Corewell Health ofrecerá un resumen en lenguaje simple de su Política de Asistencia Financiera, como parte del proceso de ingreso y/o alta del paciente, y proporcionará ayuda a las personas para completar el proceso de solicitud.

Se notificará a los pacientes sobre la Política de Asistencia Financiera por un período de al menos 120 días desde la fecha del primer estado de facturación posterior al alta. Los saldos de los pacientes podrán ser evaluados para recibir asistencia financiera durante al menos 240 días desde la fecha del primer estado de facturación (“Período de solicitud”). Si Corewell Health recibe una solicitud de asistencia financiera durante el período de solicitud, sea que dicha solicitud esté completa o incompleta, suspenderá toda gestión de cobranza hasta que una determinación con respecto a la asistencia financiera haya sido tomada.

Algunos servicios pueden ser proporcionados a los pacientes de Corewell Health por parte de prestadores de atención médica que pueden no registrarse por la Política de Acceso a Asistencia Financiera de Corewell Health y su proceso. Para obtener una lista de dichos prestadores de atención médica, por favor vea la versión más reciente del [Anexo A](#), que será actualizada periódicamente a medida que la información vaya cambiando.

6.5. Proceso de identificación y solicitud de asistencia financiera

El objetivo del proceso de acceso a asistencia financiera es determinar la capacidad de pago del paciente/garante.

Una copia gratuita de la Política de Asistencia Financiera, como también el formulario actual de solicitud de asistencia financiera y un resumen en lenguaje simple de la política, están disponibles en todos los centros de Corewell Health. Además, una copia puede ser obtenida de forma gratuita en:

- Para (anteriormente) Beaumont Health:
 - <https://www.beaumont.org/patients-families/billing/financial-assistance>
 - llamando al (877) 687-7309; o
 - enviando un correo electrónico a EastFinancialCounseling@corewellhealth.org
- Para (anteriormente) Spectrum Health Lakeland:
 - <https://www.spectrumhealthlakeland.org/patient-visitor-guide/patient/billing/financial-assistance>
 - llamando al (844) 408.4103; o
 - enviando un correo electrónico a SHLfinancialcounseling@spectrumhealth.org
- Para (anteriormente) Spectrum Health West Michigan:
 - <https://www.spectrumhealth.org/billing/financial-assistance>
 - llamando al (844) 838.3115; o
 - enviando un correo electrónico a FinancialCounseling@spectrumhealth.org

Se podrá pedir a cada solicitante que complete una solicitud de asistencia financiera y que proporcione la información que Corewell Health le haya pedido como parte del proceso de solicitud. Corewell Health determina la asistencia financiera de acuerdo a lo establecido por las pautas de estrechez económica indicadas en la Sección 6.6. Corewell Health puede pedir

copias de talones de pago, declaraciones de impuestos federales y demás comprobantes de ingresos y bienes descriptos en la solicitud. Se puede hacer uso de tecnología y de otros expedientes públicos, tales como documentos de declaración de quiebra, actas de defunción y registros de patrimonio, a fin de identificar de manera proactiva y eficaz a aquellos pacientes que reúnan las condiciones para recibir asistencia cuando no puedan proporcionar información completa para la solicitud o a fin de automatizar el proceso de obtención de la información necesaria y el análisis de capacidad de pago en circunstancias específicas. Si se hace uso de tecnología para ayudar a determinar la presunta elegibilidad, se usará para obtener la información necesaria para el proceso de solicitud. Se considerará como presuntamente habilitados a los solicitantes que tengan protección confirmada por quiebra; situación de fallecimiento sin patrimonio; también a aquellos que no tengan techo, lo cual deberá ser confirmado mediante documentación proporcionada por refugios u otras fuentes aceptadas. Se puede pedir a los solicitantes que ayuden y cooperen en el proceso de solicitud de beneficios provenientes de un seguro de terceros, del estado, del gobierno federal o de otros programas de beneficencia previamente mencionados en la sección 6.3.

Un paciente que sea beneficiario de Medicaid se considerará presuntamente habilitado para 100% de asistencia financiera a modo de ajuste por atención de beneficencia.

Corewell Health puede delegar la determinación de acceso a asistencia financiera en organizaciones asociadas, a fin de evitar la duplicación de esfuerzos. Las organizaciones asociadas adoptarán las pautas de esta política con propósitos de habilitación o, por las características de la población a la que atienden, habrán cumplido con los requisitos mínimos de nuestra solicitud. Cuando dicha delegación ocurra, Corewell Health revisará periódicamente la documentación de las organizaciones responsables de la determinación para asegurarse del cumplimiento de esta política.

6.6. Condiciones habilitantes conforme a las Pautas de Estrechez Económica

Excepto por los pacientes que reciban atención en un centro aprobado por el Cuerpo Nacional de Servicios de Salud (*National Health Service Corps, NHSC*) o por el Programa de Amortización de Préstamos del Estado de Michigan (*Michigan State Loan Repayment Program, MSLRP*), a fin de determinar la habilitación para recibir asistencia financiera, Corewell Health evaluará la capacidad del paciente/garante de reembolsar a Corewell Health por los servicios solicitados o previamente proporcionados.

Para determinar capacidad de pago, Corewell Health evaluará información tal como la que se indica a continuación:

- Nivel de ingresos
- Patrimonio neto
- Situación de empleo
- Otras obligaciones financieras
- Monto y frecuencia de las facturas médicas.

Puede obtenerse un informe crediticio para validar la información anterior. Spectrum Health usará las Pautas Federales de Pobreza (*Federal Poverty Guidelines, FPG*) vigentes de los Estados Unidos como base para determinar si se reúnen las condiciones habilitantes. A fin de considerarse la eliminación de toda responsabilidad financiera (atención gratuita) con relación a montos de lo contrario adeudados, el ingreso del solicitante deberá ser igual o inferior al 250% del nivel de pobreza, según lo establecido por las Pautas Federales de Pobreza (vea <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> para las pautas vigentes), según lo publicado anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Department of Health and Human Services*).

También puede exigirse la documentación relativa a los ingresos del grupo familiar del paciente/garante, no para asignar responsabilidad a un tercero, sino para determinar cómo

Las entidades consultarán la documentación asociada contenida en este documento según sea pertinente.

Las copias impresas de este documento pueden estar desactualizadas y deben ser consideradas no controladas.

dichos ingresos afectan directamente la situación económica del solicitante. Grupo familiar, según lo define la Oficina del Censo de los Estados Unidos, es un conjunto de dos o más integrantes de una familia, emparentados por nacimiento, matrimonio, adopción u otra forma, quienes viven juntos (las personas que no pertenecen a la familia, tales como coarrendatarios, no cuentan); todas las personas emparentadas que viven en el mismo hogar son consideradas integrantes del mismo grupo familiar. Corewell Health no considera como un grupo familiar combinado a las personas que viven bajo un mismo techo pero que se mantienen a sí mismas. Tampoco se considera grupo familiar una situación de convivencia transitoria resultante de una afección médica.

Los antecedentes clínicos, conductuales y/o sociales del paciente no serán considerados al momento de evaluar su capacidad de pago.

6.7. Uniformidad

A fin de asegurarnos de la aplicación uniforme de esta política dentro de Corewell Health, lo siguiente rige a todas las entidades de Corewell Health que correspondan:

- Todos los cargos serán registrados en la cuenta del paciente, siguiendo los procedimientos normales a tal efecto. Si bien dichos cargos son las unidades base consideradas a efectos de contabilizar la facturación y cobranza, los costos (no los cargos) serán la unidad principal de información a tener en cuenta en la valoración de la asistencia financiera.
- Los servicios no serán codificados a tarifas menores ("downcoded").
- No se utilizará "cortesía profesional".
- Corewell Health no discriminará por motivos de raza, color, origen nacional, ciudadanía, sexo, religión, edad, discapacidad, creencias políticas, orientación sexual ni estado civil o situación familiar.
- Los pacientes que se ajusten a los criterios de esta política y que resulten aprobados para recibir asistencia financiera, estarán habilitados para recibir atención médica gratuita de Emergencia o Necesaria por Razones Médicas, durante el período de aprobación señalado en la sección 6.9. Dado que Corewell Health no cobra monto alguno a pacientes habilitados para asistencia financiera en el marco de esta política, Corewell Health cumple completamente con las limitaciones de "montos generalmente facturados" e inferiores a cargos brutos, aplicables a los hospitales de beneficencia.

6.8. Proceso de Aprobación de Solicitud

6.8.1. Todas las determinaciones de asistencia financiera deben ser aprobadas por el personal pertinente, de acuerdo a lo delineado en los procesos y educación departamentales de determinación de acceso a asistencia financiera.

6.8.2. Toda determinación de asistencia financiera debe ser acompañada de los comprobantes pertinentes, los que serán retenidos como se indica anteriormente en la Sección 6.2.7.

6.9. Período de aprobación

Toda solicitud de asistencia financiera que haya sido aprobada de acuerdo a la Política de Acceso a Asistencia Financiera podrá tener validez por un período de al menos 90 días e incluir atención médica necesaria o atención médica de emergencia subsecuente. Un cambio en la situación financiera o la habilitación de un tercero pagador puede alterar el período de aprobación y hacer necesaria una nueva revisión.

6.10. Proceso de apelación

Las personas a quienes se les niegue la asistencia financiera en el marco de lo establecido por esta Política pueden solicitar una revisión de tal determinación. Toda revisión se hará al nivel inmediato superior de autoridad para aprobación. Las apelaciones que progresen por encima del nivel de jefatura departamental (*management*) dentro de Acceso del Paciente son

Las entidades consultarán la documentación asociada contenida en este documento según sea pertinente.

Las copias impresas de este documento pueden estar desactualizadas y deben ser consideradas no controladas.

presentadas ante una comisión de altos directivos de Corewell Health seleccionados por el vicepresidente sénior de Ciclo de Ingresos o quien éste designe.

6.11. Gestión de cobranza en caso de facturas impagas

En el caso de que un paciente/garante no solicite o no reúna las condiciones para obtener asistencia financiera en el marco de lo establecido por esta política, las medidas de cobranza que Corewell Health puede tomar si no se efectúa el pago correspondiente se describen con mayor detalle en las políticas indicadas a continuación:

- Política de Facturación y Cobranza [Billing and Collection Policy](#) (anteriormente Beaumont Health)
- Política de Facturación y Cobranza del Saldo Responsabilidad del Paciente [Patient Responsible Balance Billing and Collection Policy](#) (Legacy Spectrum Health).

Una copia gratuita de dichas políticas puede ser obtenida en:

- Para (anteriormente) Beaumont Health:
 - <https://www.beaumont.org/patients-families/billing/financial-assistance>
 - llamando al (877) 687-7309; o
 - enviando un correo electrónico a EastFinancialCounseling@corewellhealth.org
- Para (anteriormente) Spectrum Health Lakeland:
 - <https://www.spectrumhealthlakeland.org/patient-visitor-guide/patient/billing/financial-assistance>
 - llamando al (844) 408.4103; o
 - enviando un correo electrónico a SHLfinancialcounseling@spectrumhealth.org
- Para (anteriormente) Spectrum Health West Michigan:
 - <https://www.spectrumhealth.org/billing/financial-assistance>
 - llamando al (844) 838.3115; o
 - enviando un correo electrónico a FinancialCounseling@spectrumhealth.org

Al menos 30 días antes de iniciar cualquier acción de cobranza, se dará aviso mediante comunicación por escrito y separadamente a cada persona.

6.12. Bases para el cálculo de los montos generalmente facturados (*Amounts Generally Billed, AGB*)

Corewell Health (incluyendo entidades sustancialmente relacionadas) no cobra a pacientes habilitados para asistencia financiera en el marco de la Política de Asistencia Financiera un monto por Atención de Emergencia y Atención Médica Necesaria mayor que los montos generalmente facturados a aquellas personas que tienen seguro y cuyo seguro cubre dicha atención. Por el contrario, Corewell Health proporciona atención de Emergencia u otra Atención Médica Necesaria sin costo a todos los pacientes que cumplan los criterios requeridos para recibir asistencia financiera en el marco de esta política. Corewell Health utiliza el método de actualización retrospectiva para calcular un porcentaje de montos generalmente facturados para cada instalación hospitalaria, dividiendo la suma de todos los montos de sus reclamaciones por atención de Emergencia y otras instancias de atención Médica Necesaria que hayan sido permitidas por Medicare en base a tarifa por servicio, en combinación con seguros privados para los doce (12) meses previos del año calendario, por la suma de los cargos brutos asociados a dichas reclamaciones. Corewell Health publica una copia actualizada de la descripción de dicho cálculo y los porcentajes respectivos en su sitio web:

- [billing-percentages-english.pdf \(beaumont.org\)](#) (anteriormente Beaumont Health).
- [amounts-generally-bill-agb-table2019-english.pdf \(spectrumhealthlakeland.org\)](#) (anteriormente Spectrum Health Lakeland).

- [spectrum-health-amounts-generally-billed-table.pdf \(contentstack.io\)](#) (anteriormente Spectrum Health West Michigan).

En cumplimiento de la ley de Michigan Corewell Health no le cobrará a un paciente sin seguro y con un ingreso del grupo familiar igual o inferior al 250% de las Pautas Federales de Pobreza más de 115% de la tasa de reembolso de Medicare.

6.13. Carga financiera catastrófica

Corewell Health reconoce que algunos eventos médicos de magnitud pueden provocar una carga financiera catastrófica al paciente y la familia. Por esta razón, Corewell Health se reserva el derecho de evaluar estas situaciones caso a caso. Se considerará la reducción de la obligación financiera contabilizando facturas médicas acumuladas dentro de los últimos 240 días, como también aquellas que se anticipen para dentro de los siguientes 90 días. Una carga financiera catastrófica es aquella que genera una carga financiera del 25% o más de los ingresos del grupo familiar.

7. Actualizaciones

Corewell Health se reserva el derecho de alterar, enmendar, modificar o eliminar esta política en cualquier momento, sin previo aviso por escrito.

Toda enmienda a esta política es delegada al presidente y al director general ejecutivo de Corewell Health y sus delegados. Toda modificación a cualquiera de los anexos a esta política y a los documentos que la respaldan, como por ejemplo la solicitud de asistencia financiera, el resumen en lenguaje simple, etc., ha sido delegada al director sénior de Registro y Asesoramiento Financiero de Corewell Health.

8. **Políticas revocadas y reemplazadas:** Esta política revoca y reemplaza las siguientes políticas a partir de la fecha de inicio de su vigencia: Política de Acceso a Asistencia Financiera del Grupo de Hospitales Spectrum Health (*Spectrum Health Hospital Group Financial Assistance Eligibility Policy*) #SH-ADMIN-FIN-001; Política de Asistencia Financiera de Lakeland Health (*Lakeland Health Financial Assistance Policy*) CORP #176; Política de Acceso a Asistencia Financiera de Spectrum Health (*Spectrum Health Financial Assistance Eligibility Policy*) #2983; Política de Asistencia Financiera de Beaumont Health (*Beaumont Health Financial Assistance Policy*) #9349605.

9. Referencias

Derechos y responsabilidades del paciente

[Patient Rights and Responsibilities](#) (anteriormente Beaumont Health)

Derechos y responsabilidades del paciente

[Patient Rights and Responsibilities](#) (anteriormente Spectrum Health Lakeland)

Derechos y responsabilidades del paciente

[Patient Rights and Responsibilities](#) (anteriormente Spectrum Health West Michigan)

Política de Facturación y Cobranza

[Billing and Collection Policy](#) (anteriormente Beaumont Health)

Política de Facturación y Cobranza del Saldo Responsabilidad del Paciente

[Patient Responsible Balance Billing and Collection Policy](#) (anteriormente Spectrum Health)

Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo

[Emergency Medical Treatment and Active Labor Act \(EMTALA\)](#) (anteriormente Beaumont Health)

Política sobre Afecciones/Tratamiento/Transferencia Médicos de Emergencia (Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo)

[Emergency Medical Condition / Treatment / Transfer Policy \(EMERGENCY MEDICAL TREATMENT AND ACTIVE LABOR ACT - EMTALA\)](#) (anteriormente Spectrum Health)

Política y Procedimientos de Retención de Documentos

[Document Retention Policy and Procedures](#) (anteriormente Beaumont Health)

Las entidades consultarán la documentación asociada contenida en este documento según sea pertinente.

Las copias impresas de este documento pueden estar desactualizadas y deben ser consideradas no controladas.

Política de Administración, Retención y Destrucción de Archivos
[Record Management, Retention and Destruction Policy](#) (anteriormente Spectrum Health)

10. Desarrollo y aprobación de la política

Documento propiedad de:

Kyleigh Hafeli (Spec, Project)

Escrita por:

Sarah Clark (VP, Registration/Fin Counseling)

Revisada por:

Amy Assenmacher (SVP, Finance Revenue Cycle), Celeste McIntyre (SVP, Corporate Controller), Courtney Guernsey (VP, Patient Financial Services), Darryl Elmouchi (President, Corewell Health West), Hardik Dalal (SVP, Finance CHW), Loren Hamel (President, CHS & Strat Advisor CH), Matthew Cox (Chief Financial Officer), Steffany Dunker (Managing Counsel)

Líderes en Corewell Health Beaumont: Benjamin Schwartz, MD (President, Corewell Health East), Christopher Flores (SVP Finance)

Aprobada por:

Christina Freese Decker (President & CEO)

11. Palabras clave:

asistencia, ayuda, pobreza, acceso, condiciones, beneficencia, caridad, resoluciones, cortesía profesional, atención de beneficencia, política, financiera, fap

Política de Acceso a Asistencia Financiera de Corewell Health – Anexo A

La Política de Acceso a Asistencia Financiera de Corewell Health ("Política") sólo cubre las Entidades de Corewell Health (listadas en la Política) y todos los prestadores empleados por dichas Entidades.

(Anteriormente) Beaumont Health:

Una lista de prestadores no cubiertos por la Política puede ser vista en nuestro sitio web al hacer clic [aquí](#).

(Anteriormente) Spectrum Health Lakeland:

Esta Política no rige para Caring Circle. Una lista de prestadores no cubiertos por la Política puede ser vista en nuestro sitio web al hacer clic [aquí](#).

(Anteriormente) Spectrum Health West Michigan:

Una lista de prestadores no cubiertos por la Política puede ser vista en nuestro sitio web al hacer clic [aquí](#).

Cuerpo Nacional de Servicios de Salud (*National Health Service Corps*) y Programa de Descuentos por Escala de Tarifas Móviles del Programa de Amortización de Préstamos del Estado de Michigan (*Michigan State Loan Repayment Sliding Fee Scale Discount Program*) – Anexo B

Lo siguiente registrará para los Centros de Atención Médica de Corewell Health Aprobados por NHSC & MSLRP solamente.

POLÍTICA: Para poner servicios gratuitos o descontados a disposición de quienes pasan necesidades. Los pacientes que reciban atención en un centro de atención de Corewell Health aprobado por el Cuerpo Nacional de Servicios de Salud (*National Health Service Corps, NHSC*) o por el Programa de Amortización de Préstamos del Estado de Michigan (*Michigan State Loan Repayment Program, MSLRP*) serán evaluados para asistencia financiera teniendo en cuenta los requisitos de NHSC de ingresos y tamaño de familia; no serán evaluados teniendo en cuenta otros factores.

PROPÓSITO: Todos los pacientes que requieran servicios de atención médica en centros NHSC y MSLRP de Corewell Health cuentan con la garantía de que serán atendidos independientemente de su capacidad de pago. A nadie se le niega el servicio por carecer de medios financieros para pagar. Este programa está diseñado para proporcionar atención gratuita o descontada a aquellos sin medios o con medios limitados para pagar por sus servicios médicos (sin seguro médico o con seguro médico insuficiente).

Los pacientes que reciban atención en un centro médico aprobado por NHSC o MSLRP pueden usar el formulario vigente para Solicitud Confidencial de Asistencia Financiera NHSC/MSLRP [NHSC/MSLRP Confidential Financial Assistance Application](#). A los solicitantes que reciban atención en centros NHSC o MSLRP no se les pide que soliciten beneficios provenientes de seguros de terceros, programas estatales o federales, ni otros programas de beneficencia antes de que se les considere habilitados para acceder a asistencia financiera.

Los centros de atención de Corewell Health aprobados por NHSC y MSLRP ofrecerán un Programa de Descuentos por Escala de Tarifas Móviles a todos aquellos que no pueden pagar por sus servicios. A nadie que no pueda pagar en un centro de atención aprobado por NHSC o MSLRP se le negará el acceso a servicios. Corewell Health determinará la posibilidad de acceso al programa de acuerdo con la capacidad de pago de la persona, y no discriminará por motivos de raza, color, sexo, origen nacional, discapacidad, religión, edad, orientación sexual o identidad de género. Las Pautas Federales de Pobreza (*Federal Poverty Guidelines, FPG*) son usadas para crear y actualizar anualmente la escala tarifaria móvil (*sliding fee schedule, SFS*) mediante la cual se hace una determinación de acceso. No obstante, los pacientes que reciban atención en un centro de Corewell Health aprobado por NHSC o MSLRP, y estén al o por debajo del 250% del nivel de pobreza (vea <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> para las pautas vigentes) recibirán la eliminación de toda responsabilidad financiera (atención médica gratuita) por los servicios proporcionados en los centros aprobados por NHSC o MSLRP, de acuerdo con el Programa de Descuentos por Escala de Tarifas Móviles.

PROCEDIMIENTO:

Las siguientes pautas deberán ser seguidas al proporcionar el Programa de Descuentos por Escala de Tarifas Móviles.

1. Notificación: Corewell Health notificará a los pacientes acerca del Programa de Descuentos por Escala de Tarifas Móviles de la siguiente manera:
 - Información acerca de la Política de Pago estará disponible para todos los pacientes al momento del servicio.

Las entidades consultarán la documentación asociada contenida en este documento según sea pertinente. Las copias impresas de este documento pueden estar desactualizadas y deben ser consideradas no controladas.

- A cada paciente se le ofrecerá al momento de la admisión una notificación de la disponibilidad del Programa de Descuentos por Escala de Tarifas Móviles.
 - La información relacionada con la disponibilidad del Programa de Descuentos por Escala de Tarifas Móviles será incluida junto con las notificaciones de cobro enviadas por Corewell Health.
 - En el sitio web de Corewell Health hay una explicación de nuestro Programa de Descuentos por Escala de Tarifas Móviles junto con un formulario de solicitud.
 - Corewell Health pone notificaciones sobre el Programa de Descuentos por Escala de Tarifas Móviles en el área de espera de las clínicas.
2. Solicitud de descuento: Las solicitudes de servicios descontados pueden ser hechas por pacientes, familiares, personal de servicios sociales u otras personas que estén en conocimiento de la existencia de una dificultad financiera extrema. El Programa de Descuentos por Escala de Tarifas Móviles sólo estará disponible para consultas en la clínica. La mesa de recepción y la oficina comercial disponen de información y formularios.

3. **Administración:** El procedimiento del Programa de Descuentos por Escala de Tarifas Móviles será administrado a través del equipo de Revisión de Asistencia Financiera de Acceso del Paciente. A los pacientes se les entregará información acerca de la Política de Asistencia Financiera y de la Política y el Procedimiento del Programa de Descuentos por Escala de Tarifas Móviles. El personal deberá ofrecer ayuda para la compleción de la solicitud. Se respetará la dignidad y confidencialidad de todos aquellos que pidan y/o reciban servicios de atención médica.
4. **Compleción de la Solicitud:** El paciente o la parte responsable debe completar la Solicitud Confidencial de Asistencia Financiera NHSC y MSLRP en su totalidad. Habrá personal disponible, si es necesario, para ayudar al paciente o la parte responsable con las solicitudes. Al firmar la solicitud, las personas confirman que sus ingresos son los informados en el formulario de solicitud.
5. **Requisitos de acceso:** Los descuentos se harán en base a los ingresos y al tamaño de la familia solamente.
 - a. La familia se define como un grupo de dos o más personas (una de las cuales es cabeza de familia) emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción, quienes residen juntas. Todas estas personas (incluyendo los miembros de subfamilias emparentadas) son consideradas miembros de una familia. Al calcular el tamaño de la familia, Corewell Health aceptará miembros del grupo familiar no emparentados.
 - b. Los ingresos incluyen: salarios brutos; sueldos; propinas; ingresos provenientes de negocios y empleo autónomo; compensación por desempleo; compensación por lesiones laborales; seguro social; ingresos de seguridad suplementarios; pagos a exmilitares/veteranos; beneficios a sobrevivientes; pensiones o jubilaciones; intereses; dividendos; regalías; ingresos por inmuebles en alquiler, propiedades y fideicomisos; pensión alimenticia; sustento de menores; ayuda externa al grupo familiar; otras fuentes varias.
6. **Verificación de ingresos:** Los solicitantes deben proporcionar uno de los siguientes comprobantes: formulario W-2 del año anterior, últimos dos talones de pago, carta del empleador o formulario 4506-T (si no presenta W-2). A las personas que trabajan por cuenta propia se les puede pedir que presenten un detalle de ingresos y gastos del negocio para los tres meses más recientes. Se debe proporcionar información adecuada para la determinación de acceso al programa. Se puede usar una autodeclaración de ingresos. Los pacientes que no puedan proporcionar verificación escrita, pueden proporcionar una declaración firmada de ingresos.
7. **Descuentos:** Aquellos pacientes de centros aprobados por NSHC o MSLRP, con ingresos iguales o inferiores al 250% del nivel de pobreza, recibirán un descuento total del 100% para servicios de atención médica (es decir, recibirán atención médica de forma gratuita). Los pacientes de los centros aprobados por NHSC y MSLRP pueden acceder a este descuento por 90 días a partir de la fecha de determinación, y deben volver a solicitarlo cada 90 días.
8. **Notificación al solicitante:** La determinación de acceso al Programa de Descuentos por Escala de Tarifas Móviles será informada a(l)/los solicitante(s) por escrito o, de ser pertinente, la razón de la denegación. Las solicitudes de acceso al programa cubren saldos pendientes del paciente por seis meses anteriores a la fecha de solicitud, como también todo saldo generado dentro de los 90 días posteriores a la fecha de aprobación, a menos que la situación financiera de dichos solicitantes cambie significativamente. El solicitante tiene la opción de volver a solicitar después de que hayan pasado los 90 días o en cualquier momento en que se haya producido un cambio significativo en los ingresos de la familia. Cuando el solicitante vuelve a solicitar, el período de cálculo retrospectivo será el menor: seis meses o el vencimiento de su última solicitud.
9. **Negativa a pagar:** Si un paciente expresa verbalmente que no está dispuesto a pagar o si sale del recinto sin haber pagado por los servicios, dicho paciente recibirá correspondencia escrita en

Las entidades consultarán la documentación asociada contenida en este documento según sea pertinente.

Las copias impresas de este documento pueden estar desactualizadas y deben ser consideradas no controladas.

relación con sus obligaciones de pago. Si el paciente no solicitó la escala tarifaria variable, se adjuntará a la notificación información acerca de la disponibilidad del Programa de Descuentos por Escala de Tarifas Móviles. Si el paciente no hace un esfuerzo por pagar o no responde dentro de los 60 días, esto se considerará como negativa a pagar. En ese momento, Corewell Health puede explorar opciones que incluyen, entre otras, ofrecer al paciente un plan de pagos, la exención de los cargos o la derivación a una agencia de cobranza. La Política de Facturación y Cobranza de Corewell Health rige para pacientes NHSC y MSLRP que estén por encima del 250% de las Pautas Federales de Pobreza. Según se describe anteriormente, a aquellos que están por debajo del 250% de las Pautas Federales de Pobreza no se les cobra por la atención, por lo cual no están sujetos a la política de cobranza.

10. Conservación de datos: La información relacionada con las decisiones acerca del acceso al Programa de Descuentos por Escala de Tarifas Móviles será conservada por el administrador del programa. Los detalles acerca de aprobaciones y denegaciones de solicitudes serán conservados por el sistema de gestión del centro de atención médica y vigilados por el administrador del programa.
11. Revisión de la política y los procedimientos: El descuento por escala de tarifas móviles será actualizado de acuerdo a las Pautas Federales de Pobreza vigentes. Corewell Health también revisará posibles cambios en nuestra política y nuestros procedimientos, y para examinar prácticas institucionales que puedan ser obstáculos a pacientes posiblemente habilitados, impidiéndoles acceder a nuestras disposiciones de atención a la comunidad.
12. Presupuesto: Durante el proceso presupuestario anual, se agregará un monto estimado en concepto de servicio del Programa de Descuentos por Escala de Tarifas Móviles, como deducción de ingresos.

Escala de Tarifas Móviles

Tamaño del grupo familiar	PAUTAS FEDERALES DE POBREZA	
	100%	250%
1	\$14,580	\$36,450
2	\$19,720	\$49,300
3	\$24,860	\$62,150
4	\$30,000	\$75,000
5	\$35,140	\$87,850
6	\$40,280	\$100,700
7	\$45,420	\$113,550
8	\$50,560	\$126,400
Cada adicional	\$5,140	\$12,850

Las entidades consultarán la documentación asociada contenida en este documento según sea pertinente.
Las copias impresas de este documento pueden estar desactualizadas y deben ser consideradas no controladas.

Anexo C

Aviso de No Discriminación:

Es la política de Corewell Health y todas sus entidades subsidiarias proporcionar atención médica de calidad a todas las personas. Corewell Health no discriminará por motivos de raza, color, origen nacional, ciudadanía, sexo, religión, edad, discapacidad, creencias políticas, orientación sexual ni estado civil o situación familiar. La admisión y las decisiones de tratamiento se realizarán únicamente sobre la base de las necesidades médicas del paciente y los recursos y capacidades de la instalación para proporcionar la atención y el tratamiento médicos requeridos. La admisión y el tratamiento no serán negados por motivos de etnia, color, género, sexo, raza, origen nacional, religión, discapacidad, edad, situación de VIH, situación militar o de excombatiente, fuente de pago por los servicios o cualquier otro motivo prohibido por la ley federal, estatal o local. Los pacientes serán tratados de manera consistente con su identidad de género.

Para más detalles, vea la política de [Derechos y Responsabilidades del Paciente](#) (anteriormente Beaumont Health), [Derechos y Responsabilidades del Paciente](#) (anteriormente Spectrum Health Lakeland) o [Derechos y Responsabilidades del Paciente](#) (anteriormente Spectrum Health West Michigan) para más detalles.

Corewell Health:

- Proporciona de forma gratuita medidas de ayuda a personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes cualificados para comunicación en lenguaje por señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona de forma gratuita, a personas cuyo idioma principal no es el inglés, servicios de traducción e interpretación, tales como:
 - Intérpretes cualificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si usted necesita estos servicios, para centros de (anteriormente) Spectrum Health, contacte al departamento de Traducción e Interpretación a los teléfonos: 616.267.9701 o 1.844.359.1607 (TTY:711).

Para centros de (anteriormente) Beaumont Health, póngase en contacto con el departamento de Experiencia de Pacientes y Familias, a los teléfonos: 313-593-7070 (Dearborn, Taylor, Trenton y Wayne), 947-521-8880 (Farmington Hills), 248-551-7040 (Grosse Pointe, Royal Oak, Troy), 248-426-6976 (Farmington Hills RNC), 248-743-9500 (Beaumont, Servicios de Salud en el Hogar). 313-253-9024 (Dearborn RNC) o 947-522-2007 (Grupo Médico Beaumont).

Si usted considera que Corewell Health no ha cumplido con proporcionar estos servicios o que ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género o religión, puede presentar una queja ante:

- Para (anteriormente) Beaumont Health
Departamento de Experiencia del Paciente
26901 Beaumont Blvd.
Southfield, MI 48033
947-522-1472
Pfcc@beaumont.org

- Para (anteriormente) Spectrum Health
Dirección de Experiencia del Paciente
100 Michigan St NE MC 006
Grand Rapids, MI 49503
616-391-2624; sin cargo: 1-855-613-2262
patient.relations@spectrumhealth.org

Usted puede presentar su queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, la Dirección de Experiencia del Paciente está a su disposición.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento Estadounidense de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo postal o teléfono:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios para la presentación de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Contáctenos

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-359-1607 (TTY: 711).

(Arabic) العربية

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-844-359-1607 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

中文 (Chinese): 國語/普通話 (Mandarin), 粵語 (Cantonese)

請注意：如果您講中文，您可以獲得免費的語言輔助服務。請撥打1-844-359-1607 (TTY 手語翻譯：711)

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-359-1607 (TTY: 711).

Ako govornite srpsko (Serbian, Croatian or Bosnian)

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-844-359-1607 (TTY: 711). (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

አማርኛ (Amharic)

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-844-359-1607. (መስማት ለተሳናቸው: (TTY: 711).

नेपाली (Nepali)

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-844-359-1607 (टिडिवाइ: (TTY: 711).

Thuɔŋjaŋ (Nilotic – Dinka)

PID KENE: Na ye jam në Thuɔŋjaŋ, ke kuony yenë koc waar thook atö kuka lëu yök abac ke c'in wënh cuatë piny. Yuɔpë 1-844-359-1607 (TTY: 711).

Kiswahili (Swahili)

KUMBUKA: Ikiwa unazungumza Kiswahili, unaweza kupata, huduma za lugha, bila malipo. Piga simu 1-844-359-1607 (TTY: 711).

(Farsi) فارسی

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1.844.359.1607 (TTY: 711).

Français (French)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique-vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1.844-359-1607 (TTY : 711).

မြန်မာ (Burmese)

သတိပြုရန်- သင် မြန်မာစကားပြောဆိုပါက ဘာသာစကား အကူအညီဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-844-359-1607, (TTY: 711) ကို ခေါ်ဆိုပါ။

(Dari) فارسی دری

توجه اگر به زبان دری صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی بصورت رایگان برای شما در دسترس است. تماس با 1-844-359-1607 (TTY: 711).

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole)

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, gen èd nan lang ki disponib gratis pou ou.
Rele nimewo 1-844-359-1607 (TTY: 711).

Ikinyarwanda (Kinyarwanda)

ICYITONDERWA: Niba uvuga ikinyarwanda, serivisi z'ubufasha ku byerekeye ururimi, urazihabwa, ku buntu. Hamagara 1-844-359-1607 (ABAFITE UBUMUGA BW'AMATWI BIFASHISHA ICYUMA CYANDIKA -TTY: 711).

Soomaali (Somali)

DIGTOONI: Haddii aad hadasho Soomaali, adeegyada caawimada luqadda, oo bilaasha, ayaad heli kartaa. Wac 1.844-359-1607 (TTY: 711).

(Sudanese) اللهجة السودانية

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللهجة السودانية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل على الرقم 1-844-359-1607 (رقم الصم والبكم: 711).

தமிழ் (Tamil)

கவனம்: நீங்கள் தமிழ் பேசினால், உங்களுக்கு இலவசமான மொழி உதவிச் சேவைகள் கிடைக்கின்றன. இந்த எண்ணை அழைக்கவும்: 1-844-359-1607 (TTY: 711).

ትግርኛ Tigrinya

ትግርኛ: ትግርኛ እንዲሁ ትዘረዝሩ ከንካ፣ ናይ ቋንቋ ደገፍ ኣልግሎታት፣ ብናጻ ክቕርቡልካ እዮም። ደውል 1.844-359-1607 (TTY: 711)።