

# “Atención Caritativa”: Cobertura Médica para Servicios Médicos en Hospitales

---

## Introducción

Esta publicación es un resumen de las leyes y disposiciones reglamentarias del Estado de Washington que regulan la Atención Caritativa. Si usted desea investigar más, hemos incluido las fuentes de autoridad.<sup>1</sup> Una fuente de autoridad es el lugar donde puede ubicar la información que se resume aquí.

Esta publicación responde algunas preguntas comunes sobre el programa de cobertura médica que se llama “Atención Caritativa” (en inglés, *Charity Care*). La autoridad legal para este programa se encuentra en [R.C.W. Ch. 70.170](#)<sup>2</sup> y [WAC Ch. 246-453](#)<sup>3</sup>. Las leyes y las normas están en su biblioteca local, y en Internet en <http://www.leg.wa.gov/lawsandagencyrules/>.

Nuestra publicación [¿Cómo puedo obtener cobertura médica o ayuda con facturas médicas?](#) contiene información sobre otros programas de cobertura médica que pudieran estar disponibles para personas de bajos ingresos en el Estado de Washington.

Si a usted lo están demandando por facturas de hospital impagas, y es posible que el programa de Atención Caritativa hubiera cubierto las facturas, lea nuestra publicación titulada [Cómo Presentar una Defensa de “Atención Caritativa” a una Demanda por Cobro de Deuda de un Hospital.](#)

Las leyes que rigen la Atención Caritativa pueden ser complicadas y pueden cambiar.

También sería conveniente que se comunique con [Washington CAN!](#). **Washington CAN!** es una organización sin fines de lucro que **no brinda asesoría legal. Sin embargo, está monitoreando los casos de Atención Caritativa** como parte de un programa para asegurarse que los hospitales estén cumpliendo con la ley. Para compartir la experiencia suya, llame a **Washington CAN!** al **(206) 389-0050**.

## ¿De qué se trata la “Atención Caritativa”?

La “Atención Caritativa” es un programa establecido por ley estatal. Exige a los hospitales brindar atención médica gratis o a un costo reducido si usted no puede pagar completamente

---

<sup>1</sup> Este es un ejemplo de una fuente de autoridad: [RCW 70.170.010](#).

<sup>2</sup> R.C.W. significa [Código Revisado de Washington](#), que son las leyes del Estado de Washington.

<sup>3</sup> W.A.C. significa [Código Administrativo de Washington](#), que son las reglas del Estado de Washington.

los servicios que ha recibido. La Atención Caritativa cubre los servicios de salud del hospital, incluyendo atención como paciente interno y externo.

◆ Es posible que la Atención Caritativa no cubra los servicios del personal médico que no se considere parte del personal médico del hospital.  
Ejemplos: radiólogos o anesthesiólogos que no sean empleados del hospital.

La Atención Caritativa cubre “extras” mientras se encuentre en el hospital, tales como teléfono o televisión cable, solamente si dichos servicios son gratuitos para el resto del público.

## ¿Soy elegible para la Atención Caritativa?

Depende de sus ingresos y recursos. Además, también debe aplicar y usar cualquier seguro de salud privado o cobertura de salud gubernamental (tales como Medicare y Medicaid) que se encuentren disponibles para usted. Si sus ingresos y recursos permiten que califique para la Atención Caritativa, y ha agotado todas las otras coberturas de salud disponibles, usted debiera ser elegible para el programa de Atención Caritativa. La Atención Caritativa debiera pagar las facturas impagas de solicitantes elegibles que tengan algún tipo de seguro médico que no paga todas sus facturas de hospital, incluyendo las facturas que resulten de deducibles y copagos.

**Las reglas estatales** dividen la elegibilidad para la Atención Caritativa en tres categorías, en base a ingresos y recursos (las reglas de algunos hospitales son menos estrictas):

- **Cualquier persona cuyos ingresos sean igual o menor al 100% del Nivel de Pobreza Federal**, ajustado conforme al tamaño familiar (ver tabla de abajo), puede recibir atención médica gratuita. No hay “límites de recursos” para la elegibilidad de la Atención Caritativa para personas que se encuentren en este nivel de ingresos. [WAC 246-453-040\(1\)](#). Si sus ingresos no pasan del 100% del Nivel de Pobreza Federal, no se le puede negar Atención Caritativa en base a sus ahorros u otros bienes.
- **Cualquier persona cuyos ingresos se encuentren entre el 100% y 200% del Nivel de Pobreza Federal**, ajustado conforme al tamaño familiar (ver tabla de abajo), **puede recibir atención médica a un costo reducido en base a una escala de descuentos** establecida por el hospital. Si usted lo pide, el hospital debe poner a su disposición la escala de descuentos en base a la “Política para la Atención Caritativa” del hospital. Si sus ingresos se encuentran en este nivel, el hospital puede considerar el valor de sus ahorros y otros bienes para decidir si es que es elegible para la Atención Caritativa, y para decidir el tipo de descuento que debiera recibir en su factura del hospital. [WAC 246-453-040\(2\)](#); [WAC 246-453-050\(1\)](#).
- **Cualquier persona cuyos ingresos excedan el 200% del Nivel de Pobreza Federal**, ajustado conforme al tamaño familiar (ver tabla de abajo), **puede recibir atención médica a un costo reducido si sus ingresos y recursos no son suficientes para permitirle pagar completamente por los servicios del hospital**. [WAC 246-453-040\(3\)](#). Si los ingresos suyos se encuentran en este nivel, el hospital puede decidir si reduce o no los cargos.

**La Asociación de Hospitales del Estado de Washington (WSHA) se ha comprometido** a velar por la manera en que sus hospitales miembros informarán a los pacientes sobre la Atención Caritativa, cómo tramitarán las aplicaciones de Atención Caritativa de los pacientes y la manera

en que se ofrecerá atención gratuita y a costo reducido a los pacientes. Esto es encima de las protecciones provistas por la ley estatal.

Este compromiso limita la cantidad que se cobrará a los pacientes sin seguro por servicios de hospital si sus ingresos están dentro del 100% y 300% del Nivel de Pobreza Federal (ver lista de abajo). Si un hospital decide que usted se encuentra dentro de este nivel de ingresos, debiera hablar con personal del hospital para asegurarse que sigan estos límites y que expliquen cómo se calcularon todas las facturas que usted reciba por atención en el hospital. El compromiso de asistencia financiera y de atención caritativa del WSHA está en la Internet en <http://www.wsha.org/files/63/Charity-Care-pledge.pdf>.

- **A cualquier persona sin seguro cuyos ingresos se encuentren entre el 100% y 200% del Nivel de Pobreza Federal**, ajustado conforme al tamaño familiar, no debiera cobrarse más del cálculo aproximado del costo de la atención en el hospital.
- **A cualquier persona sin seguro cuyos ingresos se encuentren entre el 200% y 300% del Nivel de Pobreza Federal**, ajustado conforme al tamaño familiar, no debiera cobrarse más del 130% del cálculo aproximado del costo de la atención en el hospital.

#### Nivel de Pobreza Federal (FPL) Oficial del 2012<sup>i</sup>

Tamaño Familiar	100% FPL Anual	100% FPL Mensual	200% FPL Mensual	250% FPL Mensual	300% FPL Mensual
1	\$11,170	\$931	\$1,862	\$2,328	\$2,793
2	\$15,130	\$1,261	\$2,522	\$3,153	\$3,783
3	\$19,090	\$1,591	\$3,182	\$3,978	\$4,773
4	\$23,050	\$1,921	\$3,842	\$4,803	\$5,763
5	\$27,010	\$2,251	\$4,502	\$5,628	\$6,753
6	\$30,970	\$2,581	\$5,162	\$6,453	\$7,743
7	\$34,930	\$2,911	\$5,822	\$7,278	\$8,733
8	\$38,890	\$3,241	\$6,482	\$8,103	\$9,723

## ¿Las leyes de Atención Caritativa aplican a todos los hospitales?

Sí. Todos los hospitales en el Estado de Washington deben ofrecer Atención Caritativa. [R.C.W. 70.170.020\(2\)](#)<sup>4</sup>; [WAC 246-453-010\(2\)](#).

◆ La Atención Caritativa también aplica a todos los hospitales psiquiátricos en el Estado de Washington.

El Departamento de Salud del Estado de Washington mantiene copias de las políticas de Atención Caritativa de los hospitales en el Estado de Washington. La lista de los hospitales que le han entregado al Departamento de Salud copia de su política de Atención Caritativa se encuentra en la Internet en

<http://www.doh.wa.gov/EHSPHL/hospdata/CharityCare/CharityPolicies /Default.htm>.

Todos los hospitales deben fijar anuncios o colocar en lugares destacados de las áreas públicas del hospital información sobre la disponibilidad de Atención Caritativa gratuita o a un costo reducido. [WAC 246-453-010\(16\)](#); [WAC 246-453-020\(2\)](#). **Cuidado.** No todos los hospitales cumplen con esta disposición del aviso. Siempre pida aplicar al programa de Atención Caritativa si piensa que va a necesitar cobertura.

## ¿Cómo solicito Atención Caritativa?

Cuando el hospital le pida a usted información sobre la disponibilidad de aseguranza, debe entregarle información por escrito sobre su programa de Atención Caritativa, que incluya cómo puede aplicar al programa. Si usted no puede leer, o no entiende la explicación, el hospital debe encontrar a alguien que pueda ayudarle a comprender la explicación. El hospital debe proporcionar esta información y explicación escrita en todos los idiomas hablados por más del 10% de la población en su área de servicio. Además, en el caso de pacientes que no puedan comunicarse efectivamente en inglés y que no lean o comprendan la explicación en uno de los idiomas en que se ha traducido la información y explicación, el hospital debe proporcionar un intérprete calificado para que explique la disponibilidad de atención médica gratuita o a costo reducido. WAC [246-453-010\(16\)](#), [246-453-020\(2\)](#).

Usted puede pedir al personal del hospital una aplicación para el programa de Atención Caritativa **en cualquier momento**.

◆ Pida al personal del hospital una aplicación para el programa de Atención Caritativa y copia de la “Política de Atención Caritativa” cuando recién ingrese al hospital, o lo más pronto posible después de eso. El personal del hospital debe darle una aplicación **sea cuando sea** que usted la pida.

---

<sup>4</sup> RCW 70.170.020(2) dice que todas las instituciones de salud licenciadas como hospitales licenciadas bajo RCW 70.41.020(2) deben ofrecer Atención Caritativa. Esto es un error. La definición de qué clases de instituciones de salud deben licenciarse como hospitales (y ofrecer Atención Caritativa) se encuentra en RCW 70.41.020(4).

## ¿Cómo decide el hospital si soy elegible para el programa de Atención Caritativa?

El hospital debe tomar dos decisiones:

- una **determinación inicial** y
- una **determinación final** de su elegibilidad para Atención Caritativa.

El hospital debe tomar su **determinación inicial** en base a toda la información verbal que usted proporcione. El hospital podría requerir que usted firme una declaración escrita confirmando la exactitud de la información verbal que usted proporcione. [WAC 246-453-030\(1\)](#). El hospital debe tomar la determinación inicial al momento que usted ingresa al hospital, o lo más pronto posible después de empezar a proporcionar servicios. [WAC 246-453-020\(1\)\(b\)](#).

Si usted colabora con los intentos del hospital por tomar una determinación inicial, entonces no se pueden tomar medidas de cobranza en su contra y no pueden pedirle un depósito por los servicios que el hospital proporciona mientras se está tomando la decisión inicial sobre su elegibilidad para el programa de atención caritativa. [WAC 246-453-020\(1\)\(c\),\(6\)](#).

Una vez se tome la determinación inicial que usted es elegible para programa de Atención Caritativa, **usted tiene al menos 14 días calendarios para obtener la documentación** que respalde la información que le entregó al hospital verbalmente. Entonces, el hospital tomará una **determinación final** sobre si es elegible o no para el programa de Atención Caritativa. [WAC 246-453-020\(3\)](#). El hospital debe hacer todos los intentos que sean razonables por determinar si es que alguna agencia gubernamental o alguna compañía de seguros privada cubrirá todos, o algunos, de los gastos de hospital suyos. [WAC 246-453-020\(4\)](#).

### Ejemplos de documentación que comprueban su elegibilidad para la Atención Caritativa:

- talones de pago
- declaraciones de impuestos a la renta del año pasado
- planillas "W-2"
- formularios de compensación de desempleo que aprueben o nieguen su reclamación
- formularios que aprueben o nieguen Medicaid y/o asistencia médica subsidiada por el Estado, y
- declaraciones escritas de empleadores o agencias de asistencia pública. [WAC 246-453-030\(2\)](#).

Esta no es una lista exhaustiva de todos los tipos de documentos que puede utilizar para comprobar que es elegible para el programa de Atención Caritativa. Usted podría tener otros documentos que respalden su reclamación que es elegible. También presente esos documentos.

Los hospitales no debieran pedir tanta información suya o hacer que la diligencia para solicitar Atención Caritativa sea tan difícil por otros motivos que usted se desanime y no aplique. [WAC 246-453-030\(5\)](#). El hospital debe tomar en consideración las barreras de idioma y cualquier

discapacidad física, mental, intelectual o sensorial que pudiera hacer que sea difícil para usted cumplir con los requisitos para poder aplicar al programa de Atención Caritativa. [WAC 246-453-020\(5\)](#).

◆ Una vez que el hospital haya recibido de usted la documentación requerida, tiene que tomar una determinación final sobre su elegibilidad para el programa de Atención Caritativa y notificarle de su decisión dentro de 14 días calendarios. La notificación también debe indicar la cantidad, si la hay, que usted debe pagar por los servicios del hospital. [WAC 246-453-020\(7\)](#).

## ¿Y si se niega mi aplicación para el programa Atención Caritativa?

Si el hospital decide que usted no es elegible para el programa de Atención Caritativa, el hospital debe notificarle por escrito que se negó su aplicación y debe decir por qué. [WAC 246-453-020\(8\)](#). Usted puede apelar esa decisión. El hospital debe informarle por escrito cómo apelar su determinación final que no es elegible para el programa de Atención Caritativa.

◆ PERO - si usted está de acuerdo que sus ingresos exceden el 200% del Nivel de Pobreza Federal, sus derechos de apelación de la denegación del hospital de Atención Caritativa podrían ser limitados.

El procedimiento de apelación del hospital debe incluir la oportunidad para que usted corrija deficiencias en los documentos que proporcionó, y la oportunidad de pedir una revisión de la decisión por el director de la gestión financiera del hospital o su equivalente. [WAC 246-453-020\(9\)](#). Usted debe enviar copia de su apelación al Departamento de Salud, Atención Sr. Randall Huyck, Hospital and Patient Data Systems, P.O. Box 47814, Olympia, WA 98504-7814.

El hospital debe notificarle que **usted tiene 30 días para apelar la denegación de su aplicación para el programa de Atención Caritativa**. Si usted apela dentro de los primeros 14 días, entonces no se puede iniciar ninguna acción de cobranza hasta que se tramite su apelación y se deniegue. Si usted apela después de los 14 días pero dentro del plazo de los 30 días, entonces cualquier acción de cobranza debe suspenderse una vez que usted presente la apelación. [WAC 246-453-020\(9\)\(a\),\(b\)](#).

Si se deniega su apelación, usted debe ser notificado por escrito de la decisión y los motivos. El hospital debe enviar copia de su decisión, y copias de los documentos en los cuales se basó la decisión, al Departamento de Salud. [WAC 246-453-020\(9\)\(c\)](#).

El Departamento de Salud debe revisar las denegaciones para el programa de Atención Caritativa. Si el hospital ha negado indebidamente Atención Caritativa, el Departamento de Salud podría intentar sancionar al hospital y a miembros individuales del personal. [RCW 70.170.070](#); [WAC243-456-020\(9\)\(d\)](#). Si usted quiere que el Departamento de Salud revise su aplicación denegada, llame al (360) 236-4210.

◆ El Departamento de Salud y sus contratistas deben mantener confidencial cualquier información que pudiera identificarle a usted o a cualquier otro paciente. [RCW 70.170.090.](#)

## **¿Y si el hospital no cumple con los plazos legales para tomar su determinación inicial o final (o nunca tomó la decisión) sobre mi elegibilidad para el programa de Atención Caritativa?**

Los hospitales deben hacer todo intento razonable por cumplir los plazos legales para tomar las determinaciones iniciales y finales sobre la elegibilidad de los pacientes para la Atención Caritativa. Sin embargo, los hospitales pueden tomar dichas determinaciones toda las veces que reciban la documentación u otra información que respalde la decisión de elegibilidad para el programa de Atención Caritativa. Además, si usted pagó todos los cargos por los servicios del hospital, o parte de ellos, que la Atención Caritativa debiera haber cubierto, usted tiene derecho a un reembolso dentro del transcurso de 30 días desde cuando se resuelva que es elegible para el programa de Atención Caritativa. [WAC 246-453-020\(10\), \(11\).](#)

Si un hospital no tramita correctamente su aplicación para el programa de Atención Caritativa, comuníquese inmediatamente con el hospital y exija que lo hagan tal como lo describimos en esta publicación. Esta publicación contiene una carta requerimiento de ejemplo y el modelo de una en blanco.

## **Apliqué para el programa de Atención Caritativa. El hospital no tomó ninguna determinación. Refirieron mi factura a una agencia de cobranzas. ¿Y ahora qué?**

Contacte a ambos, a la agencia de cobranzas y al hospital. Infórmeles que el hospital no ha cumplido con la ley, y que usted está pidiendo que el hospital tramite su aplicación para el programa de Atención Caritativa inmediatamente. También debe pedir que suspendan las acciones de cobranza. Esta publicación contiene una carta ejemplo para una agencia de cobranzas y el modelo de una en blanco. Envíe copia de la carta al hospital a la agencia de cobranzas, y copia de la carta a la agencia de cobranzas al hospital.

## **Todavía no aplico para el programa de Atención Caritativa, pero creo que soy elegible. Mientras tanto, el hospital ha referido mi factura a una agencia de cobranzas. ¿Qué puedo hacer?**

Contacte a ambos, a la agencia de cobranzas y al hospital. Infórmeles que el hospital no ha cumplido con la ley. Pida que el hospital le envíe inmediatamente una aplicación para el programa de Atención Caritativa. También debe pedir que suspendan sus acciones de cobranza. Esta publicación contiene cartas ejemplo para el hospital y para la agencia de cobranzas además de cartas modelo en blanco. Envíe copia de la carta al hospital a la agencia de cobranzas, y copia de la carta a la agencia de cobranzas al hospital.

## ¿Y si el hospital o una agencia de cobranzas me está demandando?

Escríble inmediatamente al abogado contrario. Infórmele que el hospital no ha cumplido con la ley al no considerarlo para elegibilidad del programa de Atención Caritativa, y que la demanda debiera desestimarse o suspenderse al menos hasta que el hospital decida si es que es elegible para la Atención Caritativa. Si aún no lo ha hecho, también debiera escribirle al hospital una carta pidiendo una aplicación para el programa de Atención Caritativa, o exigiendo que tramiten correctamente la aplicación que usted ya presentó (ver arriba). Envíe copia de su carta al abogado del hospital, y copia de su carta al hospital al abogado. Esta publicación contiene una carta ejemplo para un abogado y una carta modelo en blanco.

Nuestro paquete informativo titulado [Cómo Presentar una Defensa de “Atención Caritativa” a una Demanda por Cobro de Deuda de un Hospital](#) le ayudará a preparar una **CONTESTACIÓN** a la **DENUNCIA**. De esa manera se asegurará que no se emita un fallo de incomparecencia en su contra. Llame a CLEAR para obtener este paquete, o descárguelo de [www.washingtonlawhelp.org](http://www.washingtonlawhelp.org). Si no puede convencer al abogado que pare su caso hasta que se tome una determinación sobre la Atención Caritativa, prepárese para ir a una audiencia judicial y presentar pruebas de sus ingresos y recursos.

## El hospital negó mi aplicación para el programa de Atención Caritativa. Ahora, el hospital me está demandando. ¿Qué puedo hacer?

Si no pudo convencer al Departamento de Salud que cambie la decisión del hospital (ver arriba), debe tratar de convencer a un juez que el hospital se equivocó en la decisión que tomó, aunque usted haya colaborado con el procesamiento de la aplicación para el programa de Atención Caritativa.

Es posible que usted gane si es que puede reunir buena documentación que demuestre que sus ingresos y recursos lo hacen elegible para la Atención Caritativa. Podría ser que el hospital o el abogado de la agencia de cobranzas no tenga el cuadro completo de su caso. Llame y escriba al abogado y proporcione documentación de su elegibilidad. Esta publicación contiene una carta ejemplo y una carta modelo en blanco.

◆ Usted también debe registrar en el juzgado una CONTESTACIÓN a la demanda. Vea nuestra publicación titulada [Cómo Presentar una Defensa de “Atención Caritativa” a una Demanda por Cobro de Deuda de un Hospital.](#)

## ¿Y si se ha obtenido en mi contra una sentencia por servicios del hospital que debieron haber sido cubiertos por el programa de Atención Caritativa?

Si usted puede demostrar que en realidad era elegible para la Atención Caritativa, existen circunstancias limitadas en las cuales usted podría conseguir que la sentencia se anule. Nuestra publicación titulada [Cómo anular una sentencia u orden judicial](#) contiene más información.

## Otros derechos y requerimientos

Todos los hospitales deben dar **atención médica de emergencia** a pacientes que no pueden pagar todo o parte del costo. Un hospital no puede transferir a un paciente con una situación de emergencia, o a quien se encuentre en trabajo de parto activo, a menos que:

- el paciente lo autorice o
- la transferencia se deba a los recursos médicos limitados del hospital que transfiere al paciente. [RCW 70.170.060\(2\)](#).

Ningún hospital ni su personal médico pueden negarse a **admitir pacientes que se anticiparía van a requerir un tratamiento inusualmente más costoso o prolongado** a menos que la atención médica disponible en el hospital no fuera apropiada para las necesidades del paciente. [RCW 70.170.060\(1\)\(c\)](#).

◆ Ningún hospital ni su personal médico pueden adoptar o usar prácticas o políticas de admisión que resulten en una reducción significativa en la proporción de pacientes de bajos ingresos admitidos que no pueden pagar todo o parte de los cargos anticipados. [RCW 70.170.060\(1\)\(a\),\(b\)](#).

Un hospital podría negarse a proporcionar servicios a un paciente elegible que no necesite servicios de emergencia o cuyo tratamiento no sería inusualmente costoso o prolongado. Si usted cree que se ha infringido su derecho a recibir atención médica, llame al Departamento de Salud al (360) 236-4210. Si el Departamento de Salud no le ayuda y usted no está satisfecho con sus motivos, llame a CLEAR.

Es contra la ley que un hospital o su personal participen en prácticas injustas y discriminatorias debido a la raza, credo, color, origen nacional, o sexo de un individuo, la presencia de una discapacidad, o el uso de un perro guía entrenado o un animal de servicio por una persona con discapacidad. Si cree que un hospital ha discriminado injustamente en contra de usted, llame a la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Washington al 1-800-233-3247.

## ¿Y si necesito asistencia legal?

- **Aplique por Internet en [CLEAR\\*Online](#) - <http://nwjustice.org/get-legal-help>**  
o
- **Llame a CLEAR al 1-888-201-1014**

CLEAR es una línea telefónica gratuita en el Estado de Washington que ofrece servicios centralizados de evaluación, asesoramiento y derivación a personas de bajos ingresos que buscan asistencia legal gratuita para problemas legales civiles.

- **Fuera del Condado de King**: Llame al 1-888-201-1014 en días de semana desde las 9:10 a.m. hasta las 12:25 p.m. CLEAR trabaja con una línea de intérpretes telefónicos para proporcionar intérpretes gratuitos cuando sea necesario. Si usted es sordo o tiene

problemas para oír, por favor llame al 1-888-201-1014 por medio de su servicio repetidor TTY o de Video preferido.

- **Condado de King**: Llame al 211 para información y derivación a un proveedor de servicios legales de lunes a viernes entre las 8:00 am – 6:00 pm. O llame al (206) 461-3200, o al teléfono gratuito 1-877-211-WASH (9274). El 211 trabaja con una línea de intérpretes telefónicos para proporcionar intérpretes gratuitos cuando sea necesario. Si usted es sordo o tiene problemas para oír, llame al 1-800-833-6384 o al 711. Será conectado gratuitamente con una operadora repetidora, quien luego le conectará con el 211. También puede encontrar información sobre proveedores de servicios legales en el Condado de King en el sitio web del 211: [www.resourcehouse.com/win211/](http://www.resourcehouse.com/win211/).
- **Si usted tiene 60 años de edad o más**: Llame a CLEAR\*Sr. al 1-888-387-7111, sin importar sus ingresos.

5909SP

---

Esta publicación contiene información general sobre sus derechos y responsabilidades. No tiene la intención de reemplazar asesoramiento legal específico. Esta información está vigente a la fecha de su impresión, mayo 2012.

© 2012 Northwest Justice Project — 1-888-201-1014

(Se otorga permiso para su copia y distribución a Alliance for Equal Justice y a individuos sólo para fines no comerciales.)

**EJEMPLO DE CARTA A UN ABOGADO QUE ESTA REPRESENTANDO A UNA AGENCIA DE COBRANZAS CUANDO A USTED NO SE LE HA DADO LA OPORTUNIDAD DE APLICAR AL PROGRAMA DE ATENCIÓN CARITATIVA O CUANDO SU SOLICITUD NO SE TRAMITÓ DEBIDAMENTE (Para ser usada cuando su factura del hospital se envió a cobranzas y la agencia de cobranzas lo está demandando o está planeando hacerlo.)**

FECHA

SU NOMBRE  
SU DIRECCIÓN  
SU CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL

Abogado de cobranzas  
DIRECCIÓN  
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

Estimado(a) Abogado(a):

Estoy siendo demandado o se me está amenazando con una demanda por sus clientes, ABC COLLECTIONS, por no pagar una factura de hospital. Creo que deberían haberme ofrecido y otorgado Atención Caritativa por los servicios médicos que recibí en el HOSPITAL GENERAL aproximadamente el 1 de MARZO, 2011.

Conforme a la Ley de Washington, WAC 246-453-020(10), los Hospitales “deben hacer todo intento razonable por tomar determinaciones iniciales y finales en casos de designación de Atención Caritativa de manera oportuna; sin embargo, los Hospitales harán esas designaciones **en cualquier momento** una vez conozcan los hechos o reciban la documentación, como se describe en WAC 246-453-030, que indique que el ingreso de la parte responsable es igual o menor al 200% del nivel de pobreza federal ajustado conforme al tamaño de la familia”.

No hay nada en las leyes de Washington que permita a los hospitales decir que hay un plazo límite después del cual los pacientes no pueden calificar para el programa de Atención Caritativa (por ejemplo, *después* de que una factura se envíe a cobranzas). Más aún, si un paciente paga parte o toda la factura y subsecuentemente se determina que calificaba para la Atención Caritativa a la fecha del tratamiento médico, “cualquier pago en exceso de la cantidad determinada como apropiada según WAC 246-453-040, será reembolsada al paciente dentro de los treinta días de haber sido designado para recibir Atención Caritativa”. WAC 246-453-020(1).

En base a la ley arriba mencionada, adjunto copia de una carta requerimiento que escribí al hospital pidiendo que me envíe una aplicación para poder aplicar al programa de Atención Caritativa y/o que tramiten debidamente mi aplicación para el programa de Atención Caritativa que ya presenté.

Hasta que el HOSPITAL GENERAL tome una decisión sobre mi aplicación al programa de Atención Caritativa, estoy pidiendo que desestimen o suspendan esta acción\*. Para resolver este asunto de manera eficiente y justa, estoy dispuesto a discutir este asunto con ustedes en la fecha más temprana que sea mutuamente conveniente.

Atentamente,

SU NOMBRE Y FIRMA

Con Copia a: HOSPITAL GENERAL

\*WAC 246-453-090 estipula que quienquiera que no cumpla con las normas, procedimientos y tarifas de la tabla de descuentos según lo exige el WAC 246-453-080 (Atención Caritativa), se encuentra en contravención de RCW 70.170.060. Sanciones penales incluyen cargos penales por delito menor y sanciones civiles monetarias.

**EJEMPLO DE CARTA A UN ABOGADO REPRESENTANDO A LA AGENCIA DE COBRANZAS CUANDO USTED HA SIDO NEGADO INDEBIDAMENTE LA COBERTURA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN CARITATIVA (Para ser usada cuando su factura del hospital ha sido enviada a cobranzas y la agencia de cobranzas lo está demandando o está planeando hacerlo).**

FECHA

SU NOMBRE  
SU DIRECCIÓN  
SU CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL

Abogado de cobranzas  
DIRECCIÓN  
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

Estimado(a) Abogado(a):

Su cliente, ABC COLLECTIONS, me está demandando o me está amenazando con una demanda, por no pagar una(s) factura(s) de hospital, copia(s) que adjunto. Creo que se debería haber determinado que calificaba para el programa de Atención Caritativa y que mi obligación legal con el HOSPITAL GENERAL por los servicios médicos que recibí aproximadamente el 1 de MARZO, 2011, es nada o es muchísimo menos que la cantidad que se indica [si la conoce, escriba la cantidad reducida].

Conforme a las leyes de Washington, la elegibilidad para el programa de Atención Caritativa se divide en 3 categorías en base a ingresos y recursos:

**(1) Cualquier persona cuyos ingresos sean igual o menor al 100% del Nivel de Pobreza Federal**, ajustado conforme al tamaño de la familia (ver tabla adjunta), **tiene derecho a atención médica gratuita**. No hay límite de recursos. [WAC 246-453-040(1)].

**(2) Cualquier persona cuyos ingresos sean más del 100% pero sin exceder el 200% del Nivel de Pobreza Federal**, ajustado conforme al tamaño de la familia (ver tabla adjunta), **tiene derecho a atención médica a un costo reducido en base a una escala variable de descuentos** establecida por el hospital. La escala variable de la política del programa de Atención Caritativa del hospital debe estar disponible si uno la pide. El hospital tiene la discreción de imponer un límite de recursos. [246-453-040(2), 246-453-050(1)].

**(3) Cualquier persona cuyos ingresos excedan el 200% del Nivel de Pobreza Federal**, ajustado conforme al tamaño de la familia, **podría ser elegible para recibir atención médica a un costo reducido si sus ingresos y recursos no son suficientes para permitirle pagar la totalidad de los servicios del hospital.** [246-453-040(3)]. Depende del hospital decidir reducir los cargos si los ingresos de uno se encuentran en este nivel.

Yo creo que los ingresos y recursos disponibles para mi familia de \_\_\_\_\_ [indicar número de personas en su familia], en la fecha que recibimos los servicios debería haber resultado en que se determinara que calificaba para el programa de Atención Caritativa y los servicios debieron haber sido gratis o a un costo reducido. Esta información, de la cual adjunto una copia, fue presentada al HOSPITAL GENERAL, el cual concluyó erróneamente que yo no calificaba. Como dice la carta al HOSPITAL GENERAL adjunta, estoy solicitando una vez más que reconsideren su decisión. Presenté o voy a presentar como defensa a la demanda, mi elegibilidad para el programa de Atención Caritativa. Para poder resolver este asunto en forma eficiente y justa, estoy dispuesto a discutir con ustedes este tema lo más pronto posible en una fecha que sea conveniente para ambos. Alternativamente, les pido que me comuniquen por escrito su disposición a desestimar o desistir entablar una demanda concerniente a las facturas en cuestión del hospital.\*

Atentamente,

SU NOMBRE Y FIRMA

Con Copia a: HOSPITAL GENERAL

\*WAC 246-453-090 estipula que quienquiera que no cumpla con las normas, procedimientos y tarifas de la tabla de descuentos según lo exige el WAC 246-453-080 (Atención Caritativa), se encuentra en contravención de RCW 70.170.060. Sanciones penales incluyen cargos penales por delito menor y sanciones civiles monetarias.

## EJEMPLO DE CARTA AL HOSPITAL SOBRE LA ATENCIÓN CARITATIVA

SU DIRECCIÓN  
SU CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DEL HOSPITAL  
DIRECCIÓN DEL HOSPITAL  
CIUDAD DEL HOSPITAL, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

REF: Aplicación para el Programa de Atención Caritativa

Estimado HOSPITAL GENERAL  
(nombre del hospital)

Mi nombre es: SUSANA PACIENTE

Mi fecha de nacimiento es: 1-1-60

Recibí atención médica en su hospital en la(s) siguiente(s) fecha(s): 4-1-11 a 4-8-1

Desde esa fecha, mi cuenta con el hospital:  
(Marque todo lo que aplique)

- No se ha pagado y me han dicho que se enviará a cobranzas.  
 Ya se envió a cobranzas.  
 Ya se envió a cobranzas y la agencia de cobranzas me está demandando por no pagar la factura del hospital.

Los ingresos del hogar sobre los cuales se debería tomar la decisión de elegibilidad para el programa de Atención Caritativa son:

[Marque todo lo que aplique, vea la tabla en la página 2 para determinar el porcentaje del Nivel de Pobreza Federal para el tamaño de su familia.]

- Igual o menor al 100% del Nivel de Pobreza Federal para el tamaño de mi familia.  
 Igual o menor al 200% del Nivel de Pobreza Federal para el tamaño de mi familia.  
 Más del 200% del Nivel de Pobreza Federal para el tamaño de mi familia, pero mis ingresos y recursos no son suficientes para pagar la totalidad de los servicios del hospital que me están cobrando.

La situación de mi petición para cobertura del programa de Atención Caritativa es la siguiente:

[Marque la casilla que corresponda.]

- No me dieron una aplicación para el programa de Atención Caritativa cuando fui admitido al hospital para recibir atención médica. Por favor acepten el presente como mi petición oficial de una aplicación para el programa de Atención Caritativa para que me la envíen a la dirección de arriba.
- Apliqué al programa de Atención Caritativa pero mi aplicación jamás fue debidamente procesada. Por favor acepten el presente como mi petición oficial para que mi aplicación para el programa de Atención Caritativa se tramite debidamente y para que se tome una determinación final sobre mi elegibilidad.
- Mi aplicación para el programa de Atención Caritativa se negó indebidamente y debería reconsiderarse en base a la información aquí adjunta que verifica mis ingresos y recursos.

Favor de enviarme inmediatamente una copia de la Política de Atención Caritativa del Hospital a la cual tengo derecho bajo la ley.

También estoy pidiendo que se suspenda cualquier actividad de cobranza hasta que se resuelva mi aplicación para el programa de Atención Caritativa.\*

Atentamente,

(Su firma)

\*WAC 246-453-090 estipula que quienquiera que no cumpla con las normas, procedimientos y tarifas de la tabla de descuentos según lo exige el WAC 246-453-080 (Atención Caritativa), se encuentra en contravención de RCW 70.170.060. Sanciones penales incluyen cargos penales por delito menor y sanciones civiles monetarias.

## **EJEMPLO DE CARTA A LA AGENCIA DE COBRANZAS (Para usarse cuando su factura del hospital se envió a cobranzas)**

FECHA

SU NOMBRE  
SU DIRECCIÓN  
SU CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL

AGENCIA DE COBRANZAS  
DIRECCIÓN DE LA AGENCIA DE COBRANZAS  
CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL DE LA AGENCIA DE COBRANZAS

RE: Petición para la suspensión de cobranza pendiente la determinación de Atención Caritativa

Estimada AGENCIA DE COBRANZAS,

Mi factura del HOSPITAL GENERAL ha sido enviada a ustedes para su cobro. Creo que deberían haberme ofrecido y otorgado Atención Caritativa para los servicios médicos que recibí en el HOSPITAL GENERAL aproximadamente el 1 de MARZO, 2011.

De acuerdo a la Ley de Washington, WAC 246-453-020(10), los Hospitales “deben hacer todo intento razonable por tomar determinaciones iniciales y finales para la designación de Atención Caritativa de manera oportuna; sin embargo, los Hospitales harán esas designaciones **en cualquier momento** después de conocer los hechos o de recibir la documentación, como se describe en WAC 246-453-030, indicando que el ingreso de la persona responsable es igual o menor al 200% del estándar federal de pobreza ajustado por el tamaño de la familia”.

No hay un plazo límite después del cual los pacientes no puedan calificar para el programa de Atención Caritativa (por ejemplo, *después* de que una factura se envíe a cobranzas). Más aún, si un paciente paga parte o toda la factura y subsecuentemente se determina que calificaba para Atención Caritativa a la fecha del tratamiento médico, “cualquier pago en exceso de la cantidad determinada a ser asignada en conformidad con WAC 246-453-040 será reembolsada al paciente dentro de los treinta días de haber logrado la designación de Atención Caritativa”. WAC 246-453-020(1).

Tal y como la ley arriba mencionada claramente estipula, ahora se me debe dar la oportunidad de aplicar al programa Atención Caritativa, y cualquier acción de cobranza de parte de su agencia debe suspenderse hasta que se haya tomado una determinación acerca de mi petición al programa de Atención Caritativa.\*

Estoy pidiendo que desestimen esta acción legal hasta que el HOSPITAL GENERAL tome una decisión acerca de mi petición al programa de beneficencia Atención Caritativa.

Atentamente,

SU NOMBRE Y FIRMA

CON COPIA A: HOSPITAL GENERAL

\*WAC 246-453-090 estipula que quienquiera que no cumpla con las normas, procedimientos y tarifas de la tabla de descuentos según lo exige el WAC 246-453-080 (Atención Caritativa), se encuentra en contravención de RCW 70.170.060. Sanciones penales incluyen cargos penales por delito menor y sanciones civiles monetarias.

**CARTA A UN ABOGADO QUE ESTA REPRESENTANDO A UNA AGENCIA DE COBRANZAS CUANDO A USTED NO SE LE HA DADO LA OPORTUNIDAD DE APLICAR PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN CARITATIVA O CUANDO SU SOLICITUD NO SE TRAMITÓ DEBIDAMENTE**

**(LETTER TO ATTORNEY REPRESENTING THE COLLECTION AGENCY WHEN YOU HAVEN'T BEEN GIVEN A CHANCE TO APPLY FOR CHARITY CARE OR YOUR APPLICATION WASN'T PROPERLY PROCESSED)**

FECHA / (DATE): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ABOGADO / (Attorney): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estimado Sr(a). / (Dear Mr./Ms.) \_\_\_\_\_:

Estoy siendo demandado o se me está amenazando con una demanda por su cliente, \_\_\_\_\_, por no pagar una factura de hospital. Creo que deberían haberme ofrecido y otorgado Atención Caritativa por los servicios médicos que recibí en \_\_\_\_\_ aproximadamente el \_\_\_\_\_.

*(I am being sued or threatened with a lawsuit by your clients, \_\_\_\_\_, for nonpayment of a hospital bill. I believe that I should have been offered and granted Charity Care for the medical services that I received at \_\_\_\_\_ on approximately \_\_\_\_\_.)*

Conforme a la Ley de Washington, WAC 246-453-020(10), los Hospitales “deben hacer todo intento razonable por tomar determinaciones iniciales y finales en casos de designación de Atención Caritativa de manera oportuna; sin embargo, los Hospitales harán esas designaciones **en cualquier momento** una vez conozcan los hechos o reciban la documentación, como se describe en WAC 246-453-030, que indique que el ingreso de la parte responsable es igual o menor al 200% del nivel de pobreza federal ajustado conforme al tamaño de la familia”.

*(Under Washington Law, WAC 246-453-020(10), Hospitals “should make every reasonable effort to reach initial and final determinations of charity care designation in a timely manner; however, hospitals shall make those designations **at any time** upon learning of facts or receiving documentation, as described in WAC 246-453-030, indicating that the responsible*

*party's income is equal to or below two hundred percent of the federal poverty standard as adjusted for family size.”)*

No hay nada en las leyes de Washington que permita a los hospitales decir que hay un plazo límite después del cual los pacientes no pueden calificar para el programa de Atención Caritativa (por ejemplo, *después* de que una factura se envíe a cobranzas). Más aún, si un paciente paga parte o toda la factura y subsecuentemente se determina que calificaba para la Atención Caritativa a la fecha del tratamiento médico, “cualquier pago en exceso de la cantidad determinada como apropiada según WAC 246-453-040, será reembolsada al paciente dentro de los treinta días de haber sido designado para recibir Atención Caritativa”. WAC 246-453-020(1).

*(There is nothing in Washington law that allows hospitals to claim that there is a time limit after which patients can't qualify for Charity Care (such as after a bill has been sent to collections). Furthermore, if a patient pays part of or all of the bill and is subsequently found to have qualified for charity care for the time of the medical treatment, “any payments in excess of the amount determined to be appropriate in accordance with WAC 246-453-040 shall be refunded to the patient within thirty days of achieving the charity care designation.” WAC 246-453-020(1).)*

En base a la ley arriba mencionada, adjunto copia de una carta requerimiento que escribí al hospital pidiendo que me envíe una aplicación para poder aplicar al programa de Atención Caritativa y/o que tramiten debidamente mi aplicación para el programa de Atención Caritativa que ya presenté.

*(Based on the aforementioned law, I have attached a copy of a demand letter I have written the hospital requesting that it send me an application so that I may apply for Charity Care and/or properly process the Charity Care application I have submitted.)*

Hasta que \_\_\_\_\_ tome una decisión sobre mi aplicación al programa de Atención Caritativa, estoy pidiendo que desestimen o suspendan esta acción\*. Para resolver este asunto de manera eficiente y justa, estoy dispuesto a discutir este asunto con ustedes en la fecha más temprana que sea mutuamente conveniente.

*(Until \_\_\_\_\_ makes a decision regarding my Charity Care application, I am asking that you dismiss or stop this action. \* In the interest of resolving this issue efficiently and fairly, I am receptive to discussing this issue further with you at the earliest mutually convenient time.)*

Atentamente / (*Sincerely*),

CC: \_\_\_\_\_

\*WAC 246-453-090 estipula que quienquiera que no cumpla con las normas, procedimientos y tarifas de la tabla de descuentos según lo exige el WAC 246-453-080 (Atención Caritativa), se encuentra en contravención de RCW 70.170.060. Sanciones penales incluyen cargos penales por delito menor y sanciones civiles monetarias.

*(\*WAC 246-453-090 provides that anyone failing to comply with the policies, procedures, and sliding fee schedules as required by WAC 246-453-080 (Charity Care) shall constitute a violation of RCW 70.170.060. Criminal penalties include criminal misdemeanor charges and civil monetary penalties.)*

**CARTA A UN ABOGADO REPRESENTANDO A LA AGENCIA DE COBRANZAS CUANDO A USTED SE LE HA NEGADO INDEBIDAMENTE LA COBERTURA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN CARITATIVA**

**(LETTER TO ATTORNEY REPRESENTING THE COLLECTION AGENCY WHEN YOU HAVE BEEN IMPROPERLY DENIED CHARITY CARE COVERAGE)**

FECHA / (DATE): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estimado(a) Sr(a). / (Dear Mr./Ms.) \_\_\_\_\_:

Su cliente, \_\_\_\_\_, me está demandando o me está amenazando con una demanda, por no pagar una(s) factura(s) de hospital, copia(s) que adjunto.

*(I am being sued or have been threatened with a lawsuit by your clients, \_\_\_\_\_ for nonpayment of a hospital bill(s), a copy of which is attached.*

Creo que se debería haber determinado que calificaba para el programa de Atención Caritativa y que mi obligación legal para con \_\_\_\_\_ por los servicios médicos que recibí aproximadamente el \_\_\_\_\_, es nada o es muchísimo menos que la cantidad que se indica [si la conoce, escriba la cantidad reducida].

*I believe that I should have been determined to be eligible for Charity Care and that my legal obligation to \_\_\_\_\_ for the medical services that I received on approximately \_\_\_\_\_, is nothing or significantly less than the stated amount [if known, state reduced amount].)*

Conforme a las leyes de Washington, la elegibilidad para el programa de Atención Caritativa se divide en 3 categorías en base a ingresos y recursos:

*(Under Washington Law, eligibility for Charity Care is divided into 3 categories based on income and resources:)*

**(1) Cualquier persona cuyos ingresos sean igual o menor al 100% del Nivel de Pobreza Federal, ajustado conforme al tamaño de la familia (ver tabla adjunta), tiene**

**derecho a atención médica gratuita.** No hay límite de recursos. [WAC 246-453-040(1)].

***((1) Any person whose income is at or below 100% of the Federal Poverty Level, adjusted for family size (see attached chart), is entitled to free care. There are no resource limits. [WAC 246-453-040(1)]***

**(2) Cualquier persona cuyos ingresos sean más del 100% pero sin exceder el 200% del Nivel de Pobreza Federal,** ajustado conforme al tamaño de la familia (ver tabla adjunta), **tiene derecho a atención médica a un costo reducido en base a una escala variable de descuentos** establecida por el hospital. La escala variable de la política del programa de Atención Caritativa del hospital debe estar disponible si uno la pide. El hospital tiene la discreción de imponer un límite de recursos. [246-453-040(2), 246-453-050(1)].

***((2) Any person whose income is more than 100% but not more than 200% of the Federal Poverty Level, adjusted for family size (see attached chart), is entitled to reduced cost care based on a sliding scale established by the hospital. The hospital's sliding scale "Charity Care Policy" must be made available upon request. The hospital has the discretion to impose a resource limit. [246-453-040(2), 246-453-050(1)]***

**(3) Cualquier persona cuyos ingresos excedan el 200% del Nivel de Pobreza Federal,** ajustado conforme al tamaño de la familia, **podría ser elegible para recibir atención médica a un costo reducido si sus ingresos y recursos no son suficientes para permitirle pagar la totalidad de los servicios del hospital.** [246-453-040(3)]. Depende del hospital decidir reducir los cargos si los ingresos de uno se encuentran en este nivel.

***((3) Any person whose income exceeds 200% of the Federal Poverty Level, adjusted for family size, may be eligible for reduced cost care if their income and resources aren't sufficient to enable them to fully pay for the hospital-based services. [246-453-040(3)] It's up to the hospital whether to reduce charges if your income at this level.)***

Yo creo que los ingresos y recursos disponibles para mi familia de \_\_\_\_\_ [indicar número de personas en su familia], en la fecha que recibimos los servicios debería haber resultado en que se determinara que calificaba para el programa de Atención Caritativa y los servicios debieron haber sido gratis o a un costo reducido. Esta información, de la cual adjunto una copia, fue presentada a \_\_\_\_\_, el cual concluyó erróneamente que yo no calificaba. Como dice la carta a \_\_\_\_\_ adjunta, estoy solicitando una vez más que reconsideren su decisión. Presenté o voy a presentar como defensa a la demanda, mi elegibilidad para el programa de Atención Caritativa.

***(I believe that the income and resources available to my family of [indicate number in your family] at the time services were provided should have resulted in my being determined eligible for free or reduced Charity Care Coverage. This information, a copy of which is attached, was presented to \_\_\_\_\_ but it erroneously concluded that I wasn't eligible. As the attached letter to \_\_\_\_\_ states, I am requesting once again that they reconsider their decision. I have raised or will raise as a defense to a lawsuit my eligibility for Charity Care.)***

Para poder resolver este asunto en forma eficiente y justa, estoy dispuesto a discutir con ustedes este tema lo más pronto posible en una fecha que sea conveniente para

ambos. Alternativamente, les pido que me comuniquen por escrito su disposición a desestimar o desistir entablar una demanda concerniente a las facturas en cuestión del hospital.\*

*(In the interest of resolving this issue efficiently and fairly, I am receptive to discussing this issue further with you at the earliest mutually convenient time. Alternatively, I would request that you communicate in writing your willingness to dismiss or forego the filing of a lawsuit concerning the hospital bills at issue. \*)*

Atentamente / (Sincerely),

CC: \_\_\_\_\_

\*WAC 246-453-090 estipula que quienquiera que no cumpla con las normas, procedimientos y tarifas de la tabla de descuentos según lo exige el WAC 246-453-080 (Atención Caritativa), se encuentra en contravención de RCW 70.170.060. Sanciones penales incluyen cargos penales por delito menor y sanciones civiles monetarias

*(\*WAC 246-453-090 provides that anyone failing to comply with the policies, procedures, and sliding fee schedules as required by WAC 246-453-080 (Charity Care) shall constitute a violation of RCW 70.170.060. Criminal penalties include criminal misdemeanor charges and civil monetary penalties.)*

# CARTA AL HOSPITAL SOBRE LA ATENCIÓN CARITATIVA

## (CHARITY CARE LETTER TO HOSPITAL)

FECHA / (DATE): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

REF: Aplicación para el Programa de Atención Caritativa / (*Charity Care Application*)

Estimado HOSPITAL \_\_\_\_\_  
(nombre de hospital / (*name of hospital*))

Mi nombre es / (*My name is*): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mi fecha de nacimiento es / (*My Date of Birth is*): \_\_\_\_\_

Recibí atención médica en su hospital en la(s) siguiente(s) fecha(s): \_\_\_\_\_  
(*I received medical care at your hospital on the following date or dates*)

Desde esa fecha, mi cuenta con el hospital (*Since that date, my account with the hospital has*):  
(Marque todo lo que aplique / (*Check all that apply*))

\_\_\_\_\_ No se ha pagado y me han dicho que se enviará a cobranzas.  
(*Not been paid and I am told that it will be sent to collections.*)

\_\_\_\_\_ Ya se envió a cobranzas.  
(*Already been sent to collections.*)

\_\_\_\_\_ Ya se envió a cobranzas y la agencia de cobranzas me está demandando por no pagar la factura del hospital  
(*Already been sent to collections and I am being sued by the collection agency for nonpayment of the hospital bill.*)

Los ingresos del hogar sobre los cuales se debería tomar la decisión de elegibilidad para el programa de Atención Caritativa son:  
(*The household income on which a Charity Care eligibility decision should be made is:*)

[Marque todo lo que aplique, vea la tabla en la página 2 para determinar el porcentaje del Nivel de Pobreza Federal para el tamaño de su familia.]

*([Check all that apply, see the table on page 2 to determine percentage of Federal Poverty Line for your family size.]*

- Igual o menor al 100% del Nivel de Pobreza Federal para el tamaño de mi familia.  
*(At or below 100% of the Federal Poverty Line for my family size.)*
- Igual o menor al 200% del Nivel de Pobreza Federal para el tamaño de mi familia.  
*(At or below 200% of the Federal Poverty Line for my family size.)*
- Más del 200% del Nivel de Pobreza Federal para el tamaño de mi familia, pero mis ingresos y recursos no son suficientes para pagar la totalidad de los servicios del hospital que me están cobrando.  
*(Above 200% of the Federal Poverty Line for my family size but my income and resources aren't sufficient to fully pay for the hospital services for which I am being billed.)*

La situación de mi petición para cobertura del programa de Atención Caritativa es la siguiente:  
*(The status of my request for Charity Care Coverage is:)*

[Marque la casilla apropiada / *(Check the appropriate box.)*]

- No me dieron una aplicación para el programa de Atención Caritativa cuando fui admitido al hospital para recibir atención médica. No se me hizo entrega del aviso de Atención Caritativa por escrito y no se me explicó, o no se brindó asistencia adecuada considerando mi capacidad limitada para hablar o leer inglés, o algún otro requerimiento de asistencia adicional. Por favor acepten el presente como mi petición oficial de una aplicación para el programa de Atención Caritativa para que me la envíen a la dirección de arriba.  
*(I wasn't given a Charity Care application when I was admitted to the hospital for medical care. Charity Care notice wasn't given to me in writing and explained, or adequate assistance wasn't given considering my limited ability to speak or read English, or other need for extra assistance. Please accept this as my formal request for a Charity Care application to be sent to me at the address above.)*
- Apliqué al programa de Atención Caritativa pero mi aplicación jamás se tramitó debidamente. Por favor acepten el presente como mi petición oficial para que mi aplicación para el programa de Atención Caritativa se tramite debidamente y para que se tome una determinación final sobre mi elegibilidad.  
*(I applied for Charity Care but my application was never properly processed. Please accept this as my formal request that my application for Charity Care be properly processed and a final determination made as to my eligibility.)*
- Mi aplicación para el programa de Atención Caritativa se negó indebidamente y debería ser reconsiderada en base a la información aquí adjunta que verifica mis ingresos y recursos..  
*(My application for Charity Care was improperly denied and should be reconsidered based on the information I have attached verifying my income and resources.)*

Favor de enviarme inmediatamente una copia de la Política de Atención Caritativa del Hospital a la cual tengo derecho bajo la ley.

*(Please immediately send me a copy of the Hospital's Charity Care policy which I am entitled to under the law.)*

También estoy pidiendo que se suspenda cualquier actividad de cobranza hasta que se resuelva mi aplicación para el programa de Atención Caritativa.\*

*(I am also requesting that any collection activity be stopped until my Charity Care application has been considered. \*)*

Atentamente / *(Sincerely)*,

\*WAC 246-453-090 estipula que quienquiera que no cumpla con las normas, procedimientos y tarifas de la tabla de descuentos según lo exige el WAC 246-453-080 (Atención Caritativa), se encuentra en contravención de RCW 70.170.060. Sanciones penales incluyen cargos penales por delito menor y sanciones civiles monetarias.

*(\*WAC 246-453-090 provides that anyone failing to comply with the policies, procedures, and sliding fee schedules as required by WAC 246-453-080 (Charity Care) shall constitute a violation of RCW 70.170.060. Criminal penalties include criminal misdemeanor charges and civil monetary penalties.)*

# CARTA A LA AGENCIA DE COBRANZAS

## (LETTER TO THE COLLECTION AGENCY)

FECHA / (DATE): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

RE: Petición para la suspensión de cobranza pendiente la determinación de Atención Caritativa  
(Request For Suspension Of Collection Pending Charity Care Determination)

Estimado(a) / (Dear) \_\_\_\_\_,

Mi factura de \_\_\_\_\_ les fue enviada a ustedes para su cobro. Creo que deberían haberme ofrecido y otorgado Atención Caritativa para los servicios médicos que recibí en el \_\_\_\_\_ aproximadamente el \_\_\_\_\_.  
(My hospital bill from \_\_\_\_\_ has been sent to you for collection. I believe that I should have been offered and granted Charity Care for the medical services that I received at \_\_\_\_\_ on approximately \_\_\_\_\_.)

Según la Ley de Washington, WAC 246-453-020(10), los Hospitales “deben hacer todo intento razonable por tomar determinaciones iniciales y finales para la designación de Atención Caritativa de manera oportuna; sin embargo, los Hospitales harán esas designaciones **en cualquier momento** después de conocer los hechos o de recibir la documentación, como se describe en WAC 246-453-030, indicando que el ingreso de la persona responsable es igual o menor al 200% del nivel de pobreza federal ajustado conforme al tamaño de la familia”.  
(Under Washington Law, WAC 246-453-020(10), Hospitals “should make every reasonable effort to reach initial and final determinations of charity care designation in a timely manner; however, hospitals shall make those designations **at any time** upon learning of facts or receiving documentation, as described in WAC 246-453-030, indicating that the responsible party’s income is equal to or below two hundred percent of the federal poverty standard as adjusted for family size.”)

No hay un plazo límite después del cual los pacientes no puedan calificar para el programa de Atención Caritativa (por ejemplo, después de que una factura se envíe a cobranzas). Más aún, si un paciente paga parte o toda la factura y subsecuentemente se determina que calificaba para Atención Caritativa a la fecha del tratamiento médico, “cualquier pago en exceso de la cantidad determinada a ser asignada en conformidad con WAC 246-453-040 será reembolsada al paciente dentro de los treinta días de haber logrado la designación de Atención Caritativa”. WAC 246-453-020(1).

*(There is no time limit after which patients can't qualify for Charity Care (such as after a bill has been sent to collections). Furthermore, if a patient pays part of or all of the bill and is subsequently found to have qualified for charity care for the time of the medical treatment, "any payments in excess of the amount determined to be appropriate in accordance with WAC 246-453-040 shall be refunded to the patient within thirty days of achieving the charity care designation." WAC 246-453-020(1).)*

Tal y como la ley arriba mencionada claramente estipula, ahora se me debe dar la oportunidad de aplicar al programa Atención Caritativa, y cualquier acción de cobranza por parte de su agencia debe suspenderse hasta que se haya tomado una determinación acerca de mi aplicación para el programa de Atención Caritativa.\*

*(As the aforementioned law clearly states, I must now be given the opportunity to apply for charity care, and any collection action by your agency must be stopped until a determination is made on my Charity Care application. \*)*

Estoy pidiendo que desestimen esta acción legal hasta que el \_\_\_\_\_ tome una decisión acerca de mi aplicación al programa de Atención Caritativa.

*(I am asking that you dismiss this legal action until \_\_\_\_\_ makes a decision regarding my Charity Care application.)*

Atentamente / (Sincerely),

CC: \_\_\_\_\_

\*WAC 246-453-090 estipula que quienquiera que no cumpla con las normas, procedimientos y tarifas de la tabla de descuentos según lo exige el WAC 246-453-080 (Atención Caritativa), se encuentra en contravención de RCW 70.170.060. Sanciones penales incluyen cargos penales por delito menor y sanciones civiles monetarias.

*(\*WAC 246-453-090 provides that anyone failing to comply with the policies, procedures, and sliding fee schedules as required by WAC 246-453-080 (Charity Care) shall constitute a violation of RCW 70.170.060. Criminal penalties include criminal misdemeanor charges and civil monetary penalties.)*

**CARTA AL DEPARTAMENTO DE SALUD**

**(LETTER TO THE DEPARTMENT OF HEALTH)**

FECHA / (DATE): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sr. Randall Huyck, Sistemas de Datos del Hospital y de Pacientes  
(Mr. Randall Huyck, Hospital and Patient Data Systems)

Departamento de Salud Del Estado de Washington (*Washington State Department of Health*) \_\_\_\_\_

PO Box 47814  
Olympia, WA 98504-7814

RE: Petición para la suspensión de cobranza pendiente la determinación de Atención Caritativa  
(*Request For Suspension Of Collection Pending Charity Care Determination*)

Estimado Sr. Huyck / (*Dear Mr. Huyck*):

Recibí atención médica en el Hospital \_\_\_\_\_ aproximadamente el \_\_\_\_\_, 20\_\_ , y el hospital está exigiendo pago, mi factura se envió a cobranzas, o estoy siendo demandado. Creo que deberían haberme ofrecido y otorgado Atención Caritativa por los servicios médicos que recibí y que puedo calificar para el programa de Atención Caritativa en cualquier momento.

*(I received care at \_\_\_\_\_ Hospital on approximately \_\_\_\_\_, 20\_\_ , and the hospital is demanding payment, my bill has been sent to collection, or I am being sued. I believe that I should have been offered and granted Charity Care for the medical services that I received and that Charity Care can be provided to me at any time.)*

Mis ingresos ajustados conforme al tamaño de mi familia son (marque todo lo que aplique, vea la tabla en la página 2 para determinar el porcentaje del Nivel de Pobreza Federal para el tamaño de su familia):

*(My income as adjusted for family size is (check all that apply, see the table on page 2 to determine percentage of Federal Poverty Line for your family size)☺*

\_\_\_\_\_ Igual o menor al 100% del Nivel de Pobreza Federal para el tamaño de mi familia.  
*(At or below 100% of the Federal Poverty Line for my family size.)*

\_\_\_\_\_ Igual o menor al 200% del Nivel de Pobreza Federal para el tamaño de mi familia.  
*(At or below 200% of the Federal Poverty Line for my family size.)*

\_\_\_\_\_ Más del 200% del Nivel de Pobreza Federal para el tamaño de mi familia, pero mis ingresos y recursos no son suficientes para pagar la totalidad de los servicios del hospital que me están cobrando.  
*(Above 200% of the Federal Poverty Line for my family size but my income and resources aren't sufficient to fully pay for the hospital services for which I am being billed.)*

[Marque la casilla apropiada / (Check the appropriate box.)]

\_\_\_\_\_ No me dieron una aplicación para el programa de Atención Caritativa cuando fui admitido al hospital para recibir atención médica. No se me hizo entrega del aviso de Atención Caritativa por escrito y no se me explicó, o no se brindó asistencia adecuada considerando mi capacidad limitada para hablar o leer inglés, o algún otro requerimiento de asistencia adicional.  
*(I wasn't given a Charity Care application when I was admitted to the hospital for medical care. Charity Care notice wasn't given to me in writing and explained, or adequate assistance wasn't given considering my limited ability to speak or read English, or other need for extra assistance.)*

\_\_\_\_\_ Apliqué al programa de Atención Caritativa pero mi solicitud jamás se tramitó debidamente, y el hospital no quiso darme la forma para aplicar, o se rehusó a aceptar my aplicación para el programa de Atención Caritativa, o no procesó y tomó debidamente una determinación final respecto a mi aplicación..  
*(I applied for Charity Care but my application was never properly processed and either the hospital would not give me the application form, refused to accept my application for Charity Care, or didn't properly process and make a final determination on my Charity Care application.)*

\_\_\_\_\_ Mi aplicación para el programa de Atención Caritativa se negó indebidamente.  
*(My application for Charity Care was improperly denied.)*

Explicación adicional / (Additional explanation):

---

---

---

---

---

Por favor revise la denegación de mi aplicación al programa de Atención Caritativa o el incumplimiento del hospital con los requerimientos de notificación, aplicación, determinación, y algún otro requisito del programa de Atención Caritativa. Si el hospital me ha negado Atención Caritativa indebidamente, pido que el Departamento de Salud imponga sanciones civiles contra el hospital y contra miembros individuales del personal.

*(Please review the denial of my Charity Care application or the hospital's failure to comply with Charity Care notice, application, determination, and other Charity Care requirements. If the hospital has inappropriately denied Charity Care, I ask that the Department of Health impose civil penalties against the hospital and individual staff members.)*

[Marcar una de las casillas de abajo / (*Check one box below*).]

Pido que el Departamento de Salud y sus contratistas mantengan confidencial cualquier información que pudiera identificarme.

*(I ask that the Department of Health and its contractors maintain the confidentiality of any information which may identify me.)*

O / (*OR*)

Autorizo al Departamento de Salud y a sus contratistas para que revelen mi nombre al Hospital para propósitos de investigación pero que aparte de eso, mantengan mi información confidencial.

*(I authorize the Department of Health and its contractors to disclose my name to the Hospital for purposes of investigation but to otherwise keep my information confidential.)*

Gracias por adelantado por investigar mi reclamo contra el Hospital \_\_\_\_\_. Por favor háganme saber qué tan pronto podrán responder a éste reclamo.

*(Thank you in advance for investigating my complaint against \_\_\_\_\_ Hospital. Please let me know how quickly you'll be able to respond to this complaint.)*

Atentamente / (*Sincerely*),

---

<sup>i</sup> Las cifras han sido redondeadas al número entero más cercano.