

DEPARTMENT: Collections	POLICY DESCRIPTION: Discount Charity Policy for Patients for Capital Medical Center
	REPLACES POLICY DATED: 01/09/15
REVISED: 9/20/2010; 6/17/13; 1/9/15; 03/31/2015, 03/10/2016, 12/6/18	
APPROVED: 12/6/18	RETIRED:
EFFECTIVE DATE: 10.01.2008	REFERENCE NUMBER:

ALCANCE:

Para solicitar y evaluar las Solicitudes de Asistencia Financiera a los efectos de procesar descuentos de asistencia benéfica.

PROPÓSITO:

De conformidad con las pautas estatales, definir la política para proporcionar ayuda financiera a los pacientes que han recibido servicios médicos hospitalarios adecuados –por ejemplo, los servicios hospitalarios razonablemente calculados para diagnosticar, corregir, curar, aliviar o prevenir el empeoramiento de afecciones que ponen en peligro la vida, causan sufrimiento o dolor, traen como resultado una enfermedad o dolencia, amenazan con causar o agravar una discapacidad, o causan deformidad o defecto físico– si no hay otro curso de tratamiento disponible o apropiado que sea igual de eficaz y más conservador o considerablemente menos costoso para la persona que solicita el servicio. Garantizar que la política de asistencia financiera a los pacientes sea consecuente con las pautas de ingresos, tal como se definen en el WAC 246-453-040(1) y el WAC 246-453-040(2).

Asimismo, establecer protocolos para solicitar y procesar la Solicitud de Asistencia Financiera y definir los requisitos de documentación de respaldo para la validación de ingresos.

“Asistencia benéfica” o “asistencia financiera” hace referencia a la atención hospitalaria médicamente necesaria que se brinda a personas indigentes cuando la Cobertura de Terceros, si es que existe alguna, ha sido agotada hasta tal punto que las personas son incapaces de pagar por la atención o de pagar montos deducibles o montos de coseguro requeridos por una tercera parte que paga, según el criterio de esta Política.

Cobertura de Terceros se refiere a la obligación de pagar por la atención de pacientes y servicios cubiertos por parte de una compañía aseguradora, un contratista de servicios de atención médica, una organización de mantenimiento de salud, un plan médico colectivo, un programa de gobierno (Medicare, Medicaid o programas de asistencia médica, indemnización laboral, beneficios para veteranos), los beneficios de salud para miembros de tribus o los ministerios de asistencia médica según se define en 26 USC, Sección 5000A. La obligación puede incluir liquidaciones, sentencias o fallos adjudicados de hecho relacionados con los actos negligentes de otras personas (por ejemplo, en casos de accidentes automovilísticos o lesiones personales) que tuvieron como resultado enfermedades para las que el paciente ha recibido servicios de atención médica hospitalaria.

POLÍTICA:

Los descuentos o la asistencia benéfica solo podrán ser otorgados a los pacientes que reciben servicios médicos hospitalarios adecuados, tal como se define en el WAC 246-453-010(7).

DEPARTMENT: Collections	POLICY DESCRIPTION: Discount Charity Policy for Patients for Capital Medical Center
	REPLACES POLICY DATED: 01/09/15
REVISED: 9/20/2010; 6/17/13; 1/9/15; 03/31/2015, 03/10/2016, 12/6/18	
APPROVED: 12/6/18	RETIRED:
EFFECTIVE DATE: 10.01.2008	REFERENCE NUMBER:

Los pacientes que cumplen con los requisitos del nivel de ingresos establecidos en el WAC 246- 453-040(1) y el WAC 246-453-040(2) califican para descuentos de asistencia benéfica basados en el ingreso total de la unidad familiar del paciente:

- Todas las partes responsables con ingresos familiares iguales o inferiores al 250% del nivel federal de pobreza, ajustado al tamaño de la unidad familiar, deben ser considerados indigentes y califican para recibir financiamiento de asistencia benéfica para la suma total de los cargos del hospital relacionados con servicios médicos hospitalarios adecuados que no están cubiertos por financiamiento de terceros públicos o privados.
- Los pacientes tienen que cooperar y solicitar toda cobertura de terceros que pueda haber disponible para ayudar a pagar su factura hospitalaria. El incumplimiento de este proceso puede tener como resultado la denegación inicial de la solicitud.
- Los ingresos familiares anuales totales del tercero responsable se determinarán según el momento en que se proporcionaron los servicios médicos hospitalarios o según el momento en que se presentó la Solicitud de Asistencia Financiera si la solicitud se hace dentro de los dos años a partir de la fecha en que se proporcionaron los servicios médicos hospitalarios adecuados, si la parte responsable ha hecho esfuerzos de buena fe para el pago de los servicios y si la parte responsable demuestra que es elegible para la asistencia benéfica, descuento o asistencia financiera.
- Se debe completar una validación para garantizar que, si alguna parte de los servicios médicos del paciente puede pagarse mediante la cobertura de terceros, el pago haya sido recibido y acreditado a la cuenta. Los descuentos de asistencia benéfica serán aplicados a la cuenta del paciente una vez que se acrediten los pagos de la cobertura de terceros.

Notificación pública

De conformidad con el WAC 246-453-020(2) y el WAC 246-453-010(16), se publicará y se exhibirá en un lugar destacado en las áreas en las que los pacientes son admitidos o registrados, en el departamento de emergencia, y en cualquier área de servicios de facturación a la que los pacientes puedan acceder una notificación de que el hospital ofrece asistencia financiera y asistencia benéfica (que incluye atención gratuita y a precio reducido) para las personas aseguradas y no aseguradas que cumplan con los requisitos de ingresos especificados. La notificación también se pondrá a disposición de los pacientes por escrito y se explicará en persona en el momento en que el hospital solicite información sobre la cobertura de terceros.

La notificación y un resumen en lenguaje claro de esta Política, la versión actual de esta política y la Solicitud de Asistencia Financiera estarán disponibles en el sitio web del hospital.

Todos los estados de cuenta y otras comunicaciones escritas que involucren facturación o cobranza de una factura del hospital incluirán la siguiente declaración en la primera página tanto en inglés como en el segundo idioma más hablado en el área de servicios del hospital:

DEPARTMENT: Collections	POLICY DESCRIPTION: Discount Charity Policy for Patients for Capital Medical Center
	REPLACES POLICY DATED: 01/09/15
REVISED: 9/20/2010; 6/17/13; 1/9/15; 03/31/2015, 03/10/2016, 12/6/18	
APPROVED: 12/6/18	RETIRED:
EFFECTIVE DATE: 10.01.2008	REFERENCE NUMBER:

Es posible que cumpla con los requisitos para recibir atención gratuita o un descuento en la factura hospitalaria, ya sea que esté o no asegurado. Contáctese con nuestro director de asistencia financiera ingresando en [sitio web] o llamando al [número de teléfono].

Las notificaciones escritas, las explicaciones verbales, el resumen de esta Política, esta Política y la Solicitud de Asistencia Financiera estarán disponibles en todos los idiomas hablados por más del diez por ciento de la población en el área de servicio del hospital y serán interpretadas para otros pacientes que no hablen inglés o que hablen un inglés limitado, y para otros pacientes que no sepan leer o no puedan comprender la notificación escrita y la explicación.

Declaración verbal para la determinación inicial de elegibilidad

El personal de Acceso del paciente le proporcionará al paciente o a la parte responsable una Solicitud de Asistencia Financiera con instrucciones y asignará una revisión para asistencia benéfica basado en la información proporcionada verbalmente por el paciente o la parte responsable, o al recibir una solicitud firmada o una declaración que dé fe de la exactitud de la información proporcionada, o basado únicamente en la determinación inicial de categoría de garante cuando sea obvio que se trata de una persona indigente. El paciente o la parte responsable dispondrán de 14 días, o de la cantidad de tiempo que sea médica y razonablemente viable, para que el paciente obtenga y presente la documentación necesaria. No se iniciarán procesos de cobro durante el proceso de determinación de asistencia benéfica para la atención médica siempre y cuando la parte responsable colabore con los esfuerzos del hospital para llegar a una determinación inicial de la categoría de financiamiento.

Verificación de ingresos y activos

- Medicare requiere una verificación independiente de los ingresos y recursos a fin de determinar la asistencia benéfica con respecto a los beneficiarios de Medicare (PRM-I § 312).
- Para los beneficiarios de Medicare, además de completar satisfactoriamente la Solicitud de Asistencia Financiera, la documentación de ingresos preferida será la Declaración de Impuestos Federales del año más reciente. Todo paciente o parte responsable que no pueda proporcionar su Declaración de Impuestos Federales más reciente puede proporcionar uno de los siguientes documentos*** de respaldo para cumplir con este requisito de verificación de ingresos:
 - Documentación de respaldo W-2
 - Documentación de respaldo 1099
 - Estados de cuenta de bancos y corredores de bolsa enumerados en la Declaración de Impuestos Federales más reciente

DEPARTMENT: Collections	POLICY DESCRIPTION: Discount Charity Policy for Patients for Capital Medical Center
	REPLACES POLICY DATED: 01/09/15
REVISED: 9/20/2010; 6/17/13; 1/9/15; 03/31/2015, 03/10/2016, 12/6/18	
APPROVED: 12/6/18	RETIRED:
EFFECTIVE DATE: 10.01.2008	REFERENCE NUMBER:

- Informe crediticio actual
- Beneficios elegibles de Medicare (Qualified Medicare Benefits o QMB, para pacientes hospitalizados solamente)
- ***El beneficiario de Medicare que también es elegible para Medicaid (beneficiario con elegibilidad doble) automáticamente se presumirá indigente siempre y cuando se cumpla con los requisitos de “Facturación obligada” respaldados por la notificación de pago de Medicaid del estado.
- Documentación adicional aceptable para pacientes que no tienen Medicare:
 - Comprobantes de pago del empleador más reciente
 - Copias de todos los estados de cuentas de los últimos 3 meses
 - Documentación escrita de las fuentes de ingresos
- Cualquiera de los siguientes documentos se considerará prueba suficiente para tomar la determinación final de la categoría de asistencia benéfica cuando la información de los ingresos sea anualizada según corresponda:
 - (a) declaración de retención "W-2";
 - (b) comprobantes de pago;
 - (c) declaración de impuestos sobre la renta presentada más recientemente;
 - (d) formularios de aprobación o denegación de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado;
 - (e) formularios de aprobación o denegación de subsidios por desempleo; o
 - (f) declaraciones escritas de empleadores o agencias de bienestar público.
- En el caso de que la parte responsable no pueda proporcionar ninguno de los documentos descritos anteriormente, el hospital puede basarse en declaraciones escritas y firmadas por la parte responsable para tomar una determinación final de elegibilidad para la clasificación como persona indigente.
- También se puede reunir información complementaria utilizando la información de una base de datos externa según esté disponible mediante agencias nacionales de información de crédito como Experian, Equifax o Transunion. Esa información se usará para definir si una persona cumple con los requisitos para recibir asistencia financiera “razonable”, o si califica razonablemente para recibir asistencia benéfica o un descuento. Queda terminantemente prohibido usar esa información para excluir a cualquier persona de la posibilidad de recibir la asistencia benéfica o un descuento.
- Tras un minucioso examen de la Solicitud de Asistencia Financiera y el análisis documentado a través del procesamiento para Elegibilidad de Medicaid u otros medios, el gerente podrá prescindir de la documentación de respaldo en las cuentas

DEPARTMENT: Collections	POLICY DESCRIPTION: Discount Charity Policy for Patients for Capital Medical Center
	REPLACES POLICY DATED: 01/09/15
REVISED: 9/20/2010; 6/17/13; 1/9/15; 03/31/2015, 03/10/2016, 12/6/18	
APPROVED: 12/6/18	RETIRED:
EFFECTIVE DATE: 10.01.2008	REFERENCE NUMBER:

que no sean de Medicare, Champus o Medicaid, o cuentas de responsable de pago secundario que no sean de Medicare cuando sea evidente que el paciente o la parte responsable no puede cumplir con el requisito de documentación de respaldo, pero claramente reúne los requisitos para recibir asistencia benéfica.

- En ningún caso se considerarán gravámenes sobre bienes.
- Los Registradores, Asesores Financieros, Servicios de Apoyo y Cobradores (Personal de Acceso del paciente) deberán utilizar todos los sistemas pertinentes disponibles en línea con el fin de recopilar la información correcta para la determinación de asistencia benéfica. Todas las gestiones realizadas deben documentarse de forma clara, concisa y coherente en el Sistema de Cobros/Artiva. El personal debe demostrar respeto e integridad en todas las relaciones internas y externas. La confidencialidad se considera de suma importancia y debe ser respetada por todo el personal. Todas las pautas establecidas por esta política deben cumplirse sin excepción.

Efecto de pendiente a Medicaid sobre el descuento de asistencia benéfica

Los procesos de Pendiente a Medicaid y Pendiente a Asistencia Benéfica no deben ser procesos simultáneos. La Determinación de Pendiente a Medicaid debe resolverse antes de evaluarse la posibilidad de Pendiente a Asistencia Benéfica.

Procesamiento para asistencia benéfica basado en las pautas federales de límites de pobreza

A los pacientes que pertenezcan al rango de entre el 0% y el 250% de las pautas federales de límites de pobreza (FPG, por sus siglas en inglés) se les procesará un 100% de descuento de asistencia benéfica. A los pacientes que pertenezcan al rango de entre el 251% y el 400% de las FPG se les procesará un 60% de descuento de asistencia benéfica. Este proceso será gestionado al establecer IPLAN con una Clase Financiera de 15 para los Pendientes a Asistencia Benéfica, Asistencia Benéfica de entre el 10% y el 250%, y Asistencia Benéfica de entre el 251% y el 400%. Cuando una cuenta califica para el rango de entre el 0% y el 250% de las FPG, la herramienta de Asistencia Benéfica asignará 099-51 para asignar un descuento del 100%. Cuando una cuenta cualifica para el rango de entre el 251% y el 400% de las FPG, la herramienta de Asistencia Benéfica asignará 099-53 Iplan y asignará automáticamente el descuento del 60% (archivo C300, modelo C300), descuento asignado automáticamente. Estos IPLAN serán adjuntados a LOGIDS estándar con los modelos apropiados para calcular el descuento aplicable y asignar automáticamente a la cuenta en la factura final, y deben ser prorrateados al porcentaje adecuado de los cargos del paciente. Estos registros no serán revisados por discrepancias ni por ningún otro fin, ya que los pagos incompletos o sobrepagos de pagos por cuenta propia se identifican tal y como se identifican normalmente a través de nuestras unidades de cobros e informes de balance crediticio. En las cuentas en las que IPLAN de asistencia benéfica se asigna a la posición secundaria o terciaria, deberá aplicarse el correspondiente descuento manual. Se establecerán códigos estándar de procedimiento para su uso en aquellos casos en los que el descuento tiene que ser aplicado manualmente.

DEPARTMENT: Collections	POLICY DESCRIPTION: Discount Charity Policy for Patients for Capital Medical Center
	REPLACES POLICY DATED: 01/09/15
REVISED: 9/20/2010; 6/17/13; 1/9/15; 03/31/2015, 03/10/2016, 12/6/18	
APPROVED: 12/6/18	RETIRED:
EFFECTIVE DATE: 10.01.2008	REFERENCE NUMBER:

Procesamiento de asistencia benéfica basado en circunstancias atenuantes

Puede haber casos de circunstancias atenuantes en las que el paciente o la parte responsable no pueda completar la Solicitud de Asistencia Financiera y/o proporcionar documentación de respaldo y no se pueda llevar a cabo la verificación de recursos, o casos en los que la indigencia médica del paciente se determine tal y como lo indican los requisitos/la política del estado. En esas circunstancias, un CFO, PAD o su designado pueden tomar la decisión de prescindir de la documentación de respaldo necesaria con la condición de que todos los intentos de obtener información adicional estén claramente documentados o se puedan realizar verificaciones adicionales de recursos para validar la necesidad de la asistencia benéfica. Algunas de las siguientes podrían considerarse circunstancias atenuantes:

- Residentes indocumentados o personas sin hogar. Pacientes identificados como residentes indocumentados o personas sin hogar a través de:
 - Determinación de elegibilidad de Medicaid
 - Proceso de inscripción
 - Alta para un refugio
 - Documentación de un coordinador clínico o coordinador de caso
- Fallecimiento del paciente. Si un paciente fallece y se determina a través del contacto con la familia y/o los registros del juzgado que no existe patrimonio alguno y no existe documentación al respecto, el paciente puede ser considerado para un descuento de asistencia benéfica a través de la revisión y aprobación del gerente para una excepción de la política. Los pacientes que fallecen antes o durante el proceso de evaluación para asistencia benéfica serán analizados para determinar si existe patrimonio en caso de no haberse completado el proceso. De no documentarse la indagación respecto al patrimonio, la cuenta se remitirá a un Representante Superior de Correspondencia para su revisión, y el proceso de asistencia benéfica se suspenderá en espera del resultado de la revisión.
- Medicamento indigente. Sobre la base de los requisitos o las pautas estatales, si el paciente/parte responsable cumple con los requisitos para la categoría de medicamento indigente, un descuento de asistencia benéfica podrá ser aplicado después de la finalización del proceso de comprobación de recursos para el paciente/parte responsable según las directrices del estado.
- Conforme al WAC 246-453-040, los pacientes serán considerados indigentes si los ingresos familiares anuales están por debajo del 200% de las FPG ajustado al tamaño de la familia (para Capital Medical Center, los pacientes serán considerados indigentes si los ingresos de la familia están por debajo del 250% de las FPG ajustado al tamaño de la familia); en los casos en que los ingresos del paciente/parte responsable superen el 200% del nivel federal de pobreza, ajustado al tamaño de la unidad familiar, el hospital puede determinar clasificar como indigentes sobre la base de las circunstancias financieras individuales de la parte responsable.

DEPARTMENT: Collections	POLICY DESCRIPTION: Discount Charity Policy for Patients for Capital Medical Center
	REPLACES POLICY DATED: 01/09/15
REVISED: 9/20/2010; 6/17/13; 1/9/15; 03/31/2015, 03/10/2016, 12/6/18	
APPROVED: 12/6/18	RETIRED:
EFFECTIVE DATE: 10.01.2008	REFERENCE NUMBER:

Aprobación de circunstancias atenuantes

- La asignación de asistencia benéfica en circunstancias atenuantes debe presentarse en el formulario de “Aprobación de asignación de asistencia benéfica”. La solicitud debe ser aprobada sobre la base de los niveles de aprobación de ETRAN (ref. NSH.PP.PAS.003).
- Debe enviarse el formulario firmado para que se escanee y se coloque en el expediente de la solicitud de Asistencia Benéfica.

Programas estatales y cobertura futura

Varios programas de condados y gobiernos locales analizan a los pacientes conforme a las pautas federales de límites de pobreza para determinar si son elegibles para participar en Medicaid. La participación de los pacientes en estos programas o su futura participación también satisface los requisitos de certificación de ingresos de la Política de Asistencia Benéfica para Personas No Aseguradas. Se utilizará la fórmula de cero ingresos y un dependiente en la herramienta web para obtener un 100% de ajuste aplicado; no es necesario completar la Solicitud de Asistencia Financiera. La cuenta se identificará como “100% aprobado para MCD” o cobertura futura, para “programa o MCO”.

Medicaid de otro estado sin número de proveedor

Los pacientes que participan activamente en programas estatales de Medicaid de otros estados para los que no se dispone de un número de proveedor y cuyos cargos prorrateados son de menos de dos mil quinientos dólares (\$2,500) también satisfacen los requisitos de certificación de ingresos de la Política de Asistencia Benéfica para Personas No Aseguradas. Para estas cuentas, el Iplan de OOS Medicaid será reemplazado por el IPLAN (099-50) pendiente a asistencia benéfica. Todas las semanas se enviará al Director de Correspondencia una lista de dichas cuentas. Las cuentas serán revisadas y aprobadas a través de la Herramienta en línea para Asistencia Benéfica.

Denegación de seguros

Cuando la Cobertura de Terceros deniega una cuenta por servicios no cubiertos o por fecha de servicio no cubierta, etcétera, el Iplan pagador será eliminado, y el Iplan para personas no aseguradas será asignado como pagador principal. Se asignará automáticamente el descuento para personas no aseguradas y se enviará un estado de cuenta al paciente. Según nuestra política, es necesario intentar cobrar la parte que es responsabilidad del paciente. Si el paciente no puede pagar y se comunica con el hospital, el Servicio al Cliente, la Agencia o cualquier otro agente de SSC, se le proporcionará una Solicitud de Asistencia. Tras la recepción de la Solicitud de Asistencia Financiera por el SSC, el Iplan (099-50) pendiente a asistencia benéfica se añadirá a la cuenta.

Restituciones a las cuentas de asistencia benéfica

La expectativa general es que todos los pacientes paguen por los servicios prestados si no están totalmente cubiertos por terceros. En el caso de que una parte responsable pague una parte o la

DEPARTMENT: Collections	POLICY DESCRIPTION: Discount Charity Policy for Patients for Capital Medical Center
	REPLACES POLICY DATED: 01/09/15
REVISED: 9/20/2010; 6/17/13; 1/9/15; 03/31/2015, 03/10/2016, 12/6/18	
APPROVED: 12/6/18	RETIRED:
EFFECTIVE DATE: 10.01.2008	REFERENCE NUMBER:

totalidad de los cargos relacionados con los servicios médicos hospitalarios apropiados y, posteriormente, se determine que reunía los requisitos para asistencia benéfica en el momento en que se prestaron los servicios; o si la Solicitud de Asistencia Financiera se presenta dentro de los dos años a partir de la fecha en que se proporcionaron los servicios médicos hospitalarios, si el Solicitante ha estado haciendo esfuerzos de buena fe para pagar los servicios y si el Solicitante demuestra que es elegible para recibir Asistencia Benéfica o Asistencia Financiera, cualquier pago en exceso de la cantidad que se considere adecuada de conformidad con el WAC 246-453-040 será reembolsado al paciente dentro de los treinta días posteriores a que se determine la elegibilidad para recibir asistencia benéfica para la atención médica.

Intentos de cobro

No se iniciarán intentos de cobro de la parte responsable mientras dure la determinación inicial de la categoría de patrocinio. Si la determinación inicial indica que es posible que la parte responsable cumpla con los criterios para su clasificación como persona indigente, se descartarán los intentos de cobro hasta que se tome una determinación final, siempre y cuando la parte responsable colabore con los intentos razonables del hospital para llegar a una determinación final de la categoría de patrocinio.

Notificación de determinación final

Los solicitantes de asistencia benéfica recibirán una notificación de la determinación final de la categoría de patrocinio en un plazo de catorce días calendario a partir de la recepción de la información solicitada. En el caso de las aprobaciones, las partes deben ser notificadas de la cantidad que será cubierta. En el caso de denegación, las partes serán notificadas por escrito de la denegación y de los motivos de la decisión.

Proceso de disputa del paciente

- Toda parte a la que se le niegue asistencia benéfica será notificada de que dispone de treinta días para solicitar una apelación de la determinación final. Toda parte a la que se le niegue asistencia benéfica también será informada de un procedimiento de apelación que le permita corregir las posibles deficiencias en la documentación o solicitar la revisión de la denegación.
- En caso de que el paciente desee presentar una disputa y apelar su elegibilidad para esta política, el paciente puede solicitar una revisión del Director de Acceso del Paciente, el Director Financiero del Hospital o un ejecutivo del SSC. Cualquier disputa o apelación se enviará al Director Financiero en cuanto se reciba.
- Si el paciente apela su denegación y se le deniega por segunda vez, por la misma cuenta y por la misma razón, se enviará una copia de la denegación apelada y los motivos de la denegación a la parte responsable y al Director Financiero. También se enviará una copia a la oficina de Sistemas de Datos de Pacientes y Hospitales del Departamento de Salud del Estado de Washington junto con copias de la documentación en la cual se basó la decisión.

DEPARTMENT: Collections	POLICY DESCRIPTION: Discount Charity Policy for Patients for Capital Medical Center
	REPLACES POLICY DATED: 01/09/15
REVISED: 9/20/2010; 6/17/13; 1/9/15; 03/31/2015, 03/10/2016, 12/6/18	
APPROVED: 12/6/18	RETIRED:
EFFECTIVE DATE: 10.01.2008	REFERENCE NUMBER:

- Se cesará todo intento de cobro en los casos en que se presente una apelación de la denegación de cobertura de asistencia benéfica hasta tanto haya concluido la apelación.

Responsabilidad de aprobación

La oficina de administración dirige la política sobre la base de las pautas normativas anteriores; y las decisiones sobre aprobaciones finales, denegaciones o excepciones las toma el Presidente y/o Director Ejecutivo del Capital Medical Center.

Capacitación

El hospital ha establecido un programa de capacitación estandarizado sobre esta política y sobre el uso de los servicios de intérpretes para ayudar a las personas que tienen un dominio limitado de idioma inglés y a las personas que no hablan inglés a comprender la información relacionada con esta política. El hospital proporcionará capacitación regular para el personal que trabaja en las áreas de registro, admisiones, facturación y cualquier otro personal que corresponda para que pueda responder de manera efectiva las preguntas sobre asistencia financiera o asistencia benéfica disponible en el hospital, obtener cualquier servicio de intérprete que sea necesario y dirigir las consultas al departamento correspondiente de manera oportuna.