

**MANUAL DE POLÍTICA ADMINISTRATIVA  
OPERACIONES DEL DISTRITO**

---

**FECHA DE EMISIÓN:** 09/96 **ASUNTO:** Atención caritativa, atención no remunerada, servicio comunitario

**FECHA DE REVISIÓN:** 08/97, 05/99, 08/04, 04/06, 02/07, 01/10, 10/10, 09/13, 06/14, 08/15, 06/17, 02/22, 03/22, 7/2025 **NÚMERO DE POLÍTICA:** 8610-285

**Aprobación del Departamento:** 08/25  
**Aprobación del Comité de Políticas y Procedimientos Administrativos:** 08/22  
**Aprobación del Comité de Finanzas, Operaciones y Planificación:** 08/22  
**Aprobación del Consejo de Administración:** 08/22

---

**A. PROPÓSITO:**

1. El propósito de esta política es explicar quién puede obtener ayuda con su factura hospitalaria y cómo solicitarla. Esto es para las personas que no tienen seguro médico o cuyo seguro no cubre todas sus necesidades médicas. Tri-City Medical Center (TCMC) ha establecido normas y directrices sobre cómo los pacientes pueden solicitar ayuda para pagar sus facturas. Esta ayuda puede ser atención de caridad completa o programa de pago con descuento.
2. La Ley de Precios Justos de California obliga a los hospitales a seguir unas normas para ofrecer descuentos a los pacientes y atención caritativa a los pacientes que cumplan los requisitos. Los hospitales también deben tener políticas escritas que expliquen cómo ofrecen estos descuentos. Esta política va más allá de lo que exige la ley.

**B. POLÍTICA:**

1. El TCMC se compromete a brindar atención médica de calidad a todas las personas de la comunidad. Ofrecemos ayuda financiera (atención de caridad) a los pacientes elegibles que no pueden pagar los servicios que son médicamente necesarios. Esta ayuda puede ser gratuita o con descuento si usted puede demostrar dificultades financieras (no tiene suficiente dinero) o si sus facturas médicas son muy altas.
2. Todos los pacientes recibirán un trato justo y respetuoso, independientemente de cuánto dinero tengan, de su raza, credo, color, orientación sexual, identidad de género, condición de inmigrante, procedencia religiosa, discapacidad o edad.
3. El personal de la Oficina Comercial del TCMC puede ayudarle a entender sus opciones y ayudarle a solicitar programas de salud a nivel municipal, estatal y federal. Si no tiene seguro o tiene una cobertura limitada, le informaremos sobre nuestros programas de atención caritativa y de pago con descuento.
4. Si desea ayuda financiera, usted o su representante legal deben darnos información sobre su cobertura de beneficios de salud, es decir, seguro, situación financiera y documentación importante que sea necesaria para determinar su situación en relación con la política de atención de caridad, la política de pago con descuento o la elegibilidad para programas locales, estatales o federales de Tri-City Medical Center. Toda la información que se nos proporcione será confidencial y se mantendrá su dignidad durante este proceso.
5. Los médicos de la sala de urgencias que prestan atención de urgencia en un hospital también deben ofrecer descuentos a los pacientes no asegurados o a los pacientes con facturas médicas elevadas iguales o inferiores al 400% del nivel federal de pobreza. Esta declaración no debe interpretarse como una imposición de responsabilidades adicionales a Tri-City Medical Center.

6. Todas las agencias de cobro que trabajen en nombre de Tri-City Medical Center deberán cumplir con la Ley de Precios Justos de California.
7. Sin completar una solicitud de asistencia financiera, Tri-City Medical Center, a su discreción, puede aprobar asistencia financiera fuera del alcance de esta política. Los ajustes discrecionales de pago total o con descuento incluyen, entre otros, antecedentes de falta de pago en el saldo de la cuenta del paciente, cuando la derivación a una agencia de cobro externa no daría como resultado un pago en la cuenta del paciente, la situación social del paciente y pacientes/garantes que no pueden ser localizados.

C. **DEFINICIONES CLAVE Y ELEGIBILIDAD (QUIÉN PUEDE OBTENER AYUDA):**

1. Atención Médica Caritativa - significa atención médica 100% gratuita por servicios médicamente necesarios prestados en Tri-City Medical Center.
2. Programa de Pago con Descuento - significa cualquier cargo por atención que es reducido pero no gratuito.
  - a. Atención Caritativa en Circunstancias Especiales - Si usted no cumple con otras reglas pero tiene una situación difícil, como bancarrota y no tener casa, aún puede recibir ayuda.
  - b. Las siguientes personas pueden tener derecho a la ayuda caritativa por circunstancias especiales:
    - i. Quiebra: Pacientes que están en bancarrota o han terminado la bancarrota recientemente.
    - ii. Sin hogar / Sin vivienda: Pacientes sin domicilio ni lugar donde vivir, o cuando el hospital no puede localizarlos aunque lo intente.
    - iii. Fallecido sin patrimonio: Pacientes que han fallecido y no tienen un patrimonio (dinero o bienes dejados atrás) o cobertura de terceros.
    - iv. Denegaciones de MediCal / Medicaid: Pacientes que deberían estar cubiertos por MediCal o Medicaid generalmente se supone que califican para recibir la Atención Caritativa completa, especialmente si:
      - 1) Su cobertura es limitada o restringida
      - 2) El hospital recibe una denegación por solicitud de autorización de tratamiento (AR), necesidad médica o facturas (incluso si las facturas se presentaron demasiado tarde, por ejemplo, presentación extemporánea).
    - v. Superación de los límites de estancia: Cuando a los pacientes beneficiarios de MediCal / Medicaid o de otros programas estatales o del condado se les cobran días de hospitalización que superan el límite permitido.
    - vi. Servicios no cubiertos para pacientes elegibles para MediCal / Medicaid: Servicios que no son pagados por MediCal o Medicaid, para pacientes que de otra manera son elegibles.
    - vii. Seguros no contratados: Pacientes cuyo seguro no es aceptado en el hospital como:
      - 1) Medicaid de otro estado
3. Compañías de seguros no asociadas con el hospital que deniegan la reclamación del paciente. Estas categorías son comunes en los hospitales de California, pero no cubren todas las situaciones posibles. También pueden darse otros casos, dependiendo de las normas y decisiones del propio hospital.
4. Nivel Federal de Pobreza (FPL) - La cantidad que el gobierno establece como medida de bajos ingresos.
5. Paciente con costes médicos elevados: si sus facturas médicas de bolsillo suponen más del 10% (diez por ciento) de sus ingresos familiares, o si su familia gana el 400% (cuatrocientos por ciento) o menos del FPL. Paciente asegurado con costes médicos elevados (coseguro, franquicia y/o alcanzado un límite de por vida, no cubiertos relativos a servicios no necesarios desde el punto de vista médico)
  - a. Indicador de costes médicos elevados:

- i. Gastos médicos de bolsillo anuales incurridos por el paciente, en Tri-City Medical Center, que superan el 10% de los ingresos familiares del paciente en los 12 meses anteriores.
  - ii. Gastos médicos anuales de bolsillo del paciente que superen el 10% de los ingresos familiares del paciente, si el paciente proporciona documentación de los gastos médicos del paciente pagados por el paciente o su familia en los 12 meses anteriores.
  - iii. Ingresos familiares anuales que no superen el 400% del nivel de pobreza anual.
6. Médicamente necesario: servicio sanitario que es razonable y necesario para
  - a. Proteger la vida
  - b. Prevenir una enfermedad importante o una discapacidad significativa,
  - c. Aliviar un dolor intenso
  - d. Prevenir diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o dolencia, los síntomas de una enfermedad, lesión, afección o dolencia
  - e. Cumplir las normas aceptadas de la medicina
7. Familia del paciente y determinación de los ingresos familiares
  - a. Pacientes adultos: Pacientes mayores de 18 años. La familia del paciente incluye a su cónyuge o pareja de hecho y a los hijos a su cargo menores de 21 años (vivan o no en casa), así como a los hijos a su cargo de cualquier edad si son discapacitados.
  - b. Para pacientes
    - i. Menores de 18 años o de 18 a 20 años o
    - ii. Que tengan entre 18 y 20 años de edad y sean hijos a cargo, los padres del paciente o un familiar a cargo, si dichos hijos son discapacitados.
8. La documentación de los ingresos familiares se limitará a 6 talones de pago recientes o al formulario 1040 de la declaración de la renta del año en curso. No se tendrán en cuenta los bienes del paciente ni los de su familia.
9. Fórmula de pago razonable: pagos mensuales que no superan el 10% de los ingresos familiares del paciente durante un mes, después de restar los gastos para las necesidades básicas.
  - a. "Gastos de manutención esenciales" se refiere a los costes de lo siguiente: renta o pago y mantenimiento de la casa, alimentos y suministros domésticos, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguros, escuela o guardería, manutención de los hijos o del cónyuge, transporte y gastos de automóvil, incluidos seguros, gasolina y reparaciones, pagos a plazos, lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios.
10. Paciente que paga por cuenta propia/ sin seguro - Alguien que no tiene seguro para su factura. Paciente que paga por cuenta propia es un paciente que no tiene cobertura de terceros de un asegurador de salud, plan de servicios de atención médica, programa federal de atención médica, compensación de trabajadores, cuenta de ahorros médicos u otra cobertura para la totalidad o cualquier parte de la factura, incluidas las reclamaciones contra terceros cubiertas por seguros, seguros de automóviles u otros seguros según lo determinado y documentado por TCMC.
11. Cobertura de terceros - Cualquier seguro o programa que ayude a pagar su factura, como póliza de seguro u otra cobertura pre-pagada adquirida para protección contra ciertos eventos, como seguro de salud, de automóvil y de responsabilidad general.
12. Atención Médica Caritativa de Alto Costo - Se refiere a una condonación de la responsabilidad financiera restante de un Paciente de Alto Costo Médico después de que el pago es efectuado por una tercera fuente de pago por Servicios Médicamente Necesarios (por ejemplo, no un Paciente que Paga por Cuenta Propia), que lo libera de su obligación financiera por Servicios Médicamente Necesarios.

**D. TABLA DE DESCUENTOS PARA SERVICIOS MÉDICAMENTE NECESARIOS**

| <u>Nivel de ingresos</u><br>Basado en el Nivel Federal de Pobreza (FPL) | <u>Importe del descuento</u><br><u>Servicios médicamente necesarios</u> |
|---|---|
| Hasta el 400% del FPL   | 100% Descuento  |
| 401% a 500% FPL   | 75% de descuento  |
| Más del 500% del FPL  | Descuentos caso por caso  |
| Coste médico elevado  | 100% de descuento   |
| Circunstancia especial  | Descuentos caso por caso  |

- a. Todas las personas registradas sin seguro serán registradas como pacientes de pago por cuenta propia o pendientes de MediCal / Medicaid, y se deberá tomar una solicitud de MediCal / Medicaid.
  - b. Los pacientes electivos que tengan un deducible elevado y/o una obligación de coseguro se reunirán con un asesor financiero y completarán el Formulario de solicitud de asistencia financiera (FAAF).
  - c. Si el paciente no califica para caridad o MediCal / Medicaid, se requerirá el pago por adelantado del servicio.
  - d. Si se determina la existencia de una obra benéfica y se requiere un pago parcial, el pago deberá efectuarse antes de la prestación del servicio.
  - e. Las determinaciones de beneficencia superiores a \$25,000 requieren la aprobación del Director Financiero o su designado.
2. Solicitud - Excepto en aquellos casos en que Tri-City Medical Center haya determinado que se aplican requisitos mínimos de solicitud y documentación, para calificar para la Atención Médica Caritativa se debe completar una FAAF.
- a. Miembros de la familia: el paciente deberá proporcionar el número de miembros de la familia que viven en su hogar, según se define en esta política.
  - b. Cálculo de ingresos
    - i. En el caso de pacientes adultos, se incluyen los ingresos brutos combinados del paciente y su cónyuge o pareja de hecho.
    - ii. Para los pacientes menores de edad, esto incluye los ingresos del paciente (si los hay), y de su(s) progenitor(es), tutor legal o pareja de hecho de un progenitor o tutor.
  - c. Comprobación de ingresos - Se pedirá a los pacientes que comprueben los ingresos establecidos en el FAAF. La documentación de ingresos incluirá el Verificación de ingresos: los pacientes deberán verificar los ingresos establecidos en el FAAF. La documentación de ingresos incluirá el formulario de declaración de impuestos 1040, 6 recibos de sueldo recientes u otros indicadores de ingresos apropiados. La participación actual en un programa de beneficios públicos, incluyendo la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), la Seguridad Social por Incapacidad, el Seguro de Desempleo, MediCal/Medicaid, el programa para personas sin recursos del condado, cupones de alimentos, WIC u otros programas similares relacionados con la indigencia, puede utilizarse para verificar la indigencia.
  - d. Documentación no disponible: cuando el paciente no pueda proporcionar documentación que acredite sus ingresos, se procederá de la siguiente manera:
    - i. Pacientes caducados: Se puede considerar que los pacientes caducados no tienen ingresos.
    - ii. Declaración por escrito: El paciente puede firmar la FAAF dando fe de la exactitud de la información sobre ingresos facilitada.
    - iii. Declaración verbal: El asesor financiero de Tri-City Medical Center puede proporcionar una atestación escrita de que el paciente verificó verbalmente el cálculo de ingresos. Se debe intentar documentar los ingresos anuales del paciente antes de tomar una declaración verbal.

3. Los pacientes que decidan no proporcionar la información financiera solicitada por un asesor financiero de Tri-City Medical Center serán informados de que su solicitud de atención médica caritativa no puede continuar sin esta información. Si no cumplen, no se tendrá más en cuenta su solicitud de ayuda caritativa y se continuará con el seguimiento estándar de Cuentas por Cobrar.
4. Los Planes de Pago Extendido, sin cargos por intereses, estarán disponibles y serán negociados entre Tri-City Medical Center y el paciente para permitir que el paciente que es elegible para el Programa de Pago con Descuento pague durante un período de tiempo extendido. Si Tri-City Medical Center y el paciente no pueden acordar un plan de pago, Tri-City Medical Center utilizará la fórmula de "plan de pago razonable" para determinar el plan de pago.
5. Intercambio de beneficios de salud de California: Tri-City Medical Center obtendrá información sobre si el paciente puede ser elegible para el Intercambio de beneficios de salud de California. Se proporcionará información a un paciente que no haya mostrado prueba de cobertura de terceros, una declaración de que el paciente puede ser elegible para la cobertura a través del Intercambio de Beneficios de Salud de California u otro programa de cobertura de salud financiado por el Estado o el Condado.
6. Si el paciente solicita, o tiene una solicitud pendiente, de otro programa de cobertura sanitaria simultáneamente con una solicitud de asistencia sanitaria caritativa o de un programa de pago con descuento, ni la solicitud de asistencia sanitaria caritativa, ni la de un programa de pago con descuento, ni la de un programa de cobertura sanitaria excluyen la elegibilidad para el otro programa.
7. Toda actividad de cobranza interna y externa se basará en los procedimientos escritos aquí contenidos. Tri-City Medical Center mantendrá un acuerdo por escrito de cualquier agencia externa que cobre deudas en el que se establezca que la agencia externa se adherirá a las normas y prácticas de Tri-City Medical Center. Específicamente, la agencia de cobro externa cumplirá con la definición y aplicación del plan de pago razonable de Tri-City Medical Center, definido en el presente.

**E. PERÍODO DE ELEGIBILIDAD (DURACIÓN DE LA AYUDA):**

1. La ayuda financiera (ajuste de Asistencia Financiera) se utilizará para todas las facturas médicas que califiquen, incluidas las facturas recibidas antes de las fechas de aprobación de la solicitud.
2. La aprobación de la asistencia financiera es válida durante 180 días, una vez concedida la aprobación.
3. Para las facturas recibidas después de 180 días desde la aprobación de la ayuda financiera, deberá rellenarse una solicitud de ayuda financiera por separado si el paciente solicita ayuda financiera para pagar dichas facturas.

**F. NOTIFICACIÓN**

1. Plazos - No existe un plazo fijo para tomar decisiones (determinación) sobre la asistencia caritativa. A veces, la ayuda financiera se otorga después de que una factura pasa a cobranza.
  - a. En algunos casos, es posible que no se identifique a un paciente elegible para la ayuda caritativa antes de que se inicie la acción de cobro.
  - b. Las agencias de cobro de TCMC deberán estar al tanto de este procedimiento para que las agencias sepan que deben devolver a Tri-City Medical Center las cuentas de los pacientes que puedan ser elegibles para la Atención Médica Caritativa.
2. Una vez que se haya tomado una determinación sobre el Programa de Pago Completo o con Descuento, se enviará una notificación por escrito al paciente en la que se le informará sobre la decisión de Tri-City Medical Center.

**G. COMUNICACIÓN:**

1. Paciente:

- a. Cuando se registre en el hospital, o poco después, recibirá información por escrito sobre los programas de asistencia caritativa y los datos de contacto si necesita más información. Esta información también está en el sitio web de Tri-City Medical Center y a su disposición.
  - b. Todas las declaraciones de pacientes a personas sin seguro incluirán información sobre cómo obtener ayuda y otras opciones de seguro. Esta información se proporcionará en su idioma principal.
  - c. Los avisos sobre la asistencia benéfica se colocan claramente en los lugares donde se registran los pacientes.
2. Carteles y otros avisos: la información sobre la asistencia benéfica también se facilitará mediante la colocación de carteles de forma visible en los lugares de admisión y registro.

H. **FORMULARIOS/DOCUMENTOS RELACIONADOS:**

1. Formulario del asistente financiero del paciente - Muestra

I. **REFERENCIA:**

1. Código de Salud y Seguridad de California, Sección 127400, et. Seq
2. Disposiciones de la Ley de Asistencia Asequible, IRC §501



## Tri-City Medical Center

### Formulario de solicitud de asistencia financiera

La Asistencia Financiera (Atención de Caridad) está disponible para usted si no tiene los recursos para pagar sus gastos hospitalarios y no califica para ningún programa gubernamental. Todo paciente no asegurado que indique su incapacidad para pagar será evaluado para recibir atención de caridad. Además, a discreción del Hospital, cualquier paciente asegurado que indique una incapacidad para pagar su responsabilidad después de que su seguro haya pagado será examinado para la atención de caridad. Si necesita ayuda para completar el formulario, por favor llame al (760) 940-5912.

#### Instrucciones para cumplimentar la solicitud de ayuda financiera:

**Requisitos para la Asistencia Financiera:** Todas las fuentes de financiación de la solicitud deben cumplirse y determinarse previamente, como Medi-Cal y otros programas estatales o del condado. Su solicitud de asistencia financiera puede quedar en suspenso si ha solicitado otro programa de cobertura médica al mismo tiempo hasta que se haya determinado el resultado de dicha solicitud.

Pacientes que no tienen una tercera fuente de pago, como una compañía de seguros o un programa gubernamental, para ninguna parte de sus gastos médicos **y** tienen un ingreso familiar igual o inferior al 400% del nivel federal de pobreza.

Pacientes que están cubiertos por un seguro, pero tienen (i) ingresos familiares iguales o inferiores al 400% del nivel federal de pobreza; **y** (ii) gastos médicos propios o de su familia (incurridos en la filial del hospital o pagados a otros proveedores en los últimos 12 meses) que superan el 10% de los ingresos familiares del paciente.

Pacientes que están cubiertos por un seguro, pero agotan sus prestaciones antes o durante su estancia en el hospital, y tienen ingresos familiares iguales o inferiores al 400% del nivel federal de pobreza.

#### Se requiere prueba de ingresos:

Junto con su solicitud, adjunte la siguiente información o una explicación de por qué no dispone de esta información. La falta de documentación puede retrasar el proceso de su solicitud y podría resultar en la denegación de la ayuda financiera.

Últimos seis (6) recibos de sueldo del empleador actual u otras declaraciones de ingresos de todos los miembros de la familia.

Formulario de declaración de impuestos (1040) del año en curso.

Una vez completada, la solicitud y los documentos acreditativos pueden entregarse a cualquier miembro del equipo de registro, al cajero o al equipo de servicios financieros para pacientes.

#### Proceso de notificación de asistencia financiera:

Una vez completado el proceso de elegibilidad, recibirá por correo una carta de notificación de asistencia financiera. En ella se le indicará si reúne los requisitos para acogerse al Programa de Pago Completo o al Programa de Pago con Descuento. Es posible que reciba una notificación en la que se le indique que no reúne los requisitos para recibir asistencia financiera o que se necesita más información para decidir, por ejemplo, la determinación.

Atentamente,

Tri-City Medical Center - Equipo de asistencia financiera



## Tri-City Medical Center

### Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

#### Información del Paciente

|  |  |
|--|--|
| Nombre del paciente (Apellido, Nombre) | Fecha de Nacimiento                    |
| Dirección                              | Número de teléfono                     |
| Ciudad, Estado, Código Postal          | Número de historia clínica o de cuenta |

#### Información del Cónyuge o padre/tutor (si el paciente es menor de 18 años)

|   |                           |
|---|---------------------------|
| Nombre (Apellido, Nombre)                         | Fecha de nacimiento       |
| Dirección (si no es la misma que la del paciente) | Número de teléfono        |
| Ciudad, Estado, Código Postal                     | Relación con el paciente: |

#### Información de los padres (si el paciente es menor de 18 años)

|   |                           |
|---|---------------------------|
| Nombre (Apellido, Nombre)                         | Fecha de nacimiento       |
| Dirección (Si no es la misma que la del paciente) | Número de teléfono        |
| Ciudad, Estado, Código Postal                     | Relación con el paciente: |

#### Preguntas adicionales (Marque Sí o No)

|   |    |    |
|---|----|----|
| 1. ¿Residía el paciente en California en el momento de recibir el servicio?   | Sí | No |
| 2. ¿Tenía el paciente seguro médico en el momento del servicio?   | Sí | No |
| 3. ¿Era el paciente beneficiario activo de Medicaid en el momento del servicio?                                     | Sí | No |
| 4. ¿Fueron sus lesiones causadas por un tercero (por ejemplo, durante un accidente de coche o un resbalón y caída)? | Sí | No |
| 5. ¿Tiene algún otro seguro que pueda aplicarse (como una póliza de automóvil)?                                     | Sí | No |

\*Si ha contestado **Sí** a las preguntas 2 ó 5, adjunte a esta solicitud una copia de su tarjeta de seguro o Medicaid.

#### Familia/dependientes (Indique el número de miembros de la familia que viven en su casa)

| Nombre | Relación con el paciente | Edad |
|--------|--------------------------|------|
|        |                          |      |
|        |                          |      |
|        |                          |      |



**Ingresos brutos mensuales (Enumere TODOS los ingresos de adultos de los miembros de la familia en el hogar)**

| <b>Fuentes de ingresos brutos mensuales (antes de impuestos)</b>  | <b>Paciente</b> | <b>Miembros de la familia</b> |
|---|-----------------|-------------------------------|
| <b>Empleo/Autónomo</b>  | \$              | \$                            |
| <b>Seguridad Social</b>   | \$              | \$                            |
| <b>Discapacidad</b>   | \$              | \$                            |
| <b>Desempleo</b>  | \$              | \$                            |
| <b>Pensión, jubilación, anualidad</b>   | \$              | \$                            |
| <b>Pensión alimenticia</b>  | \$              | \$                            |
| <b>Otros</b>  | \$              | \$                            |
| <b>Total de ingresos mensuales combinados: \$</b>   |                 |                               |
| <b>Si no tiene ingresos mensuales, adjunte una declaración por escrito en la que explique cómo usted o el paciente se hacen cargo de sus gastos mensuales, incluyendo quién le proporciona comida, alojamiento, transporte, etc., y cuánto tiempo lleva sin ingresos.</b> |                 |                               |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**FIRMA**

Mi firma a continuación certifica que todo lo que he declarado en esta solicitud es correcto y está sujeto a revisión bajo auditoría. Entiendo que, si se determina que la información que proporciono es falsa, la asistencia financiera puede ser denegada y puedo ser responsable de pagar por los servicios prestados.

---

|  |                              |              |
|--|------------------------------|--------------|
| <b>Nombre del solicitante</b><br>(Nombre en letra de imprenta) | <b>Firma del solicitante</b> | <b>Fecha</b> |
|--|------------------------------|--------------|

**Por favor envíe su solicitud completa y los documentos requeridos a:**

Centro Médico Tri-City  
 Contabilidad de pacientes  
 4002 Vista Way| Oceanside, CA 92056  
 760-940-7329



## PAUTAS DE POBREZA DE 2025 PARA LOS 48 ESTADOS CONTIGUOS Y EL DISTRITO DE COLUMBIA

| Personas en la familia/hogar | Pautas de pobreza (100%) | Pautas de pobreza (400%) |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                            | \$0 - \$15.650           | \$62.600                 |
| 2                            | \$0 - \$21.150           | \$84.600                 |
| 3                            | \$0 - \$26.650           | \$106.600                |
| 4                            | \$0 - \$32.150           | \$128.600                |
| 5                            | \$0 - \$37.650           | \$150.600                |
| 6                            | \$0 - \$43.150           | \$172.600                |
| 7                            | \$0 - \$48.650           | \$194.600                |
| 8                            | \$0 - \$54.150           | \$216.600                |

**Para familias/hogares con más de 8 personas, añadir 6.880 \$ por cada persona adicional.**