

**CASA COLINA HOSPITAL AND CENTERS FOR HEALTHCARE
DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD**

TÍTULO: Ayuda económica para los pacientes - Atención benéfica y atención médica con descuento (Discounted Care and Charity Care)

Elaborado: 6/87

Revisado: 8/90, 8/91, 4/97, 9/97, 7/98, 5/01, 2/03, 6/05, 1/07, 2/11, 6/11, 5/13, 6/13, 9/13, 12/14, 3/16, 5/18, 11/18, 2/19, 8/19, 11/19

NORMA:

Casa Colina, Inc. y sus filiales (llamadas colectivamente Casa Colina) procuran brindar servicios de calidad en un entorno amable y tener un impacto positivo y cuantitativo en la salud de las personas que atendemos. Ayudar a satisfacer las necesidades de los pacientes con ingresos bajos, sin seguro o con seguro insuficiente es un elemento importante de nuestro compromiso con la comunidad. La norma de ayuda económica de Casa Colina brinda los medios a la organización para demostrar el compromiso de cumplir con su misión y sus valores.

En esta norma se indican los criterios que Casa Colina seguirá para considerar a los pacientes en programas de ayuda económica. La norma de ayuda económica ha sido elaborada por escrito para comunicar eficazmente cómo se aplicará nuestro compromiso de manera uniforme a todas las partes. Los pacientes que reciben los servicios necesarios en Casa Colina y que no cuentan con cobertura de seguro médico de terceros para el pago de todas sus facturas y que tienen problemas para pagarlas debido a dificultades económicas están cubiertos según las condiciones de la norma de ayuda económica.

Casa Colina reconoce la importancia de crear una norma de servicio benéfico que tenga en cuenta las necesidades de su comunidad y que a su vez equilibre sus obligaciones fiduciarias a largo plazo. A largo plazo, la sostenibilidad de la organización permanece como el factor fundamental para mantener los programas y servicios para la comunidad. Casa Colina brindará dichas sumas (presupuestadas anualmente) como ayuda financiera para los pacientes.

Esta norma se divide y distingue entre la atención médica con descuento y la atención benéfica.

DEFINICIÓN:

LA ATENCIÓN MÉDICA CON DESCUENTO se refiere a los servicios brindados a pacientes que no tienen seguro médico y cuyo nivel de ingresos son altos o los pacientes que tienen seguro médico insuficiente y cuyos ingresos son iguales o inferiores al 350 por ciento del nivel federal de pobreza.

LA ATENCIÓN BENÉFICA se refiere a los servicios que Casa Colina brinda habitualmente, los cuales se dan a los pacientes que no tienen recursos para pagar y que satisfacen el nivel federal de pobreza. Los servicios se brindan de manera gratuita o a precios simbólicos.

La atención benéfica o la atención médica con descuento no incluirán ajustes administrativos o contractuales. La atención benéfica o la atención médica con descuento dependerán del nivel federal de pobreza, así como de otras pautas adecuadas. Las pautas del nivel federal de pobreza se establecen y publican en el Registro Federal cada año calendario (generalmente en febrero) y se ajustan según el tamaño de la familia.

Atención médica con descuento

- A. Para ser apto para descuentos en los pagos, el paciente debe cumplir los siguientes requisitos:
1. Los ingresos familiares del paciente deben ser iguales o inferiores al 350 % del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, "FPL").
 2. Tener un seguro médico insuficiente quiere decir que el paciente no tiene una cobertura de terceros por parte de una aseguradora médica, un plan de servicio de atención médica, seguro médico, Medicare, Medi-Cal o Regional Center y cuya lesión no cumple las condiciones para recibir compensación tal como indemnización laboral, seguro automovilístico u otro tipo de seguro según lo determine y documente el Departamento de Servicios Financieros de Casa Colina.
 3. El paciente cuenta con seguro médico, pero tiene "gastos médicos altos" y sus ingresos son iguales o inferiores al 350 % del nivel federal de pobreza. Un paciente con gastos médicos altos se define como una persona cuyo ingreso familiar es menor del 350 por ciento del nivel federal de pobreza y que no recibe una tarifa de descuento del hospital como resultado de su cobertura por terceros. Para estos fines, "gastos médicos altos" significa cualquiera de las siguientes definiciones:
 - a. Gastos médicos anuales por cuenta propia que hizo el paciente en el hospital y que exceden el 10 por ciento del ingreso familiar del paciente en los 12 meses previos.
 - b. Gastos médicos anuales por cuenta propia que excedieron el 10 por ciento del ingreso familiar del paciente si dicho paciente brinda documentos que respaldan sus gastos médicos pagados por el paciente o por su familia en los 12 meses previos.
 4. El paciente debe cumplir con las pruebas de ingresos y bienes como lo determinan las leyes de California. Dichas pruebas se basan en "el ingreso familiar del paciente" al definir lo que constituye un paciente con gastos médicos altos, al comparar los gastos por cuenta propia del paciente en Casa Colina con "el ingreso familiar del paciente" o al comparar el ingreso familiar del paciente con los gastos médicos "pagados por el paciente o por su familia".
 - a. Para las personas mayores de 18 años, el cónyuge, pareja de hecho y los hijos dependientes según las pautas del Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS), ya sea que viven en casa o no.
 - b. Para las personas menores de 18 años, los padres, los familiares cuidadores y otros hijos dependientes de los padres o familiares cuidadores.
 5. El paciente que recibe un descuento como resultado de su cobertura por terceros no sería apto para recibir más descuentos de su deuda restante. Si la deuda del paciente está basada en una tarifa con descuento contractual entre Casa Colina y el asegurador, puede que no aplique un descuento adicional a la deuda restante del paciente.
 6. La aptitud del paciente se determina únicamente según el ingreso familiar; los bienes, tales como la vivienda principal, no se consideran en los criterios de selección.
 7. Cualquier paciente que no cumpla de forma razonable con el proceso de solicitud de Casa Colina podrá ser excluido de la selección.
 8. La aptitud del paciente se puede determinar en cualquier momento que Casa Colina reciba los documentos de ingresos y gastos del paciente.

- B. Casa Colina tiene la obligación de notificar a los pacientes que no tienen seguro, que tienen un seguro insuficiente o que tienen ingresos bajos acerca de la disponibilidad de programas de atención benéfica o de atención con descuento. El proceso de notificación será de dos tipos: (1) Por escrito (Documento G) y 2) Notificación pública (Documento F)

1. Notificación por escrito

La notificación por escrito contendrá lo siguiente:

- a. La disponibilidad de la atención médica con descuento o benéfica que está basada en el ingreso familiar anual junto con las pautas federales de pobreza, así como la disponibilidad de solicitudes estatales y federales para cobertura médica e información sobre la selección en inglés y español.
- b. Si se determinar que el idioma principal del paciente no es inglés ni español, y que su idioma es hablado por más del 5 % de la población de las instalaciones, Casa Colina brindará la información necesaria en el idioma principal del paciente.
- c. La notificación por escrito se publicará en línea en: www.casacolina.org/financialassistance. El resumen en lenguaje sencillo de la norma de ayuda económica (Documento D) también estará disponible en esta dirección de web.

2. Notificación pública

Se publicarán en zonas que sean clara y notoriamente visibles al público. Entre algunos ejemplos de esas zonas (recepción, inscripción o ingreso) se incluye lo siguiente: Servicios de hospitalización, servicios para niños, consultorios de especialidades, centros de diagnóstico por imágenes, cuidado médico diurno para adultos u otros ambientes ambulatorios tales como laboratorio, atención de heridas y radiología.

- C. El proceso de solicitud de Atención médica con descuento es como sigue:

1. El personal de ingreso, inscripción y servicios financieros aceptará solicitudes para analizar la posibilidad de la atención médica con descuento. Asimismo, el director/gerente del programa y otro personal correspondiente de Casa Colina, tales como los gerentes de casos y los representantes de cuenta de los pacientes pueden aceptar solicitudes para atención médica con descuento.
2. El paciente, la familia o el responsable del aspecto financiero deberá llenar la Solicitud para ayuda económica (vea el Documento A y B) y devolverla al Departamento de Servicios Financieros para el Paciente.
3. Se otorgará ayuda económica según la solicitud completada. Los requisitos que el paciente deberá cumplir para obtener atención médica con descuento se identifican a continuación. La aptitud para recibir atención médica con descuento se determinará por medio de un proceso de selección financiera. La información recopilada comprende:
 - a. la solicitud para ayuda económica llenada y firmada;
 - b. cartas de otorgamiento del del seguro social, SSI, discapacidad, desempleo, ayuda general, pensión alimenticia, etc.;
 - c. todas las fuentes de ingreso familiar:
 - i. declaraciones de impuestos más recientes
 - ii. las dos boletas de pago más recientes;
 - d. situación laboral, actual y futura; o, si es trabajador autónomo, declaración de ganancias y pérdidas actuales del año hasta la fecha para determinar el ingreso actual;

- e. tamaño de la familia;
 - f. estados de cuenta bancaria, corretaje e inversiones de los dos últimos meses;
 - g. copias del formulario 1099 del año pasado con información sobre ingresos por intereses, dividendos, plusvalía, etc.; y
 - h. otros datos financieros adecuados si no se cuenta con las declaraciones de impuestos o las boletas de pago. Se excluyen ciertos bienes del paciente, tales como planes de jubilación, casas y automóviles de propiedad del paciente.
 - i. verificación del alquiler (renta);
 - j. verificación de bienes inmuebles/hipoteca.
4. Si el paciente/cliente no brinda la información completa y satisfactoria para respaldar la necesidad de atención con descuento/benéfica, la solicitud podrá ser denegada.
 5. El encargado de iniciar el pedido revisará que la solicitud esté completa y llenará el Formulario de solicitud de ayuda económica (Documento C). Se devolverá la solicitud llenada al Director de Servicios Financieros para los Pacientes.
 6. Casa Colina puede aceptar depósitos de un paciente antes de que se determine la atención médica con descuento. Si se hace un depósito, Casa Colina reembolsará dicha suma de manera oportuna, incluido el interés correspondiente.
 7. El Director de Servicios Financieros para los Pacientes llenará la hoja de cálculo financiero y comparará los datos para establecer las pautas federales de pobreza (vea el Documento E).
 8. El Director de Servicios Financieros para los Pacientes recomendará la aprobación o denegación de la solicitud entregada y enviará las solicitudes seleccionadas al Director Financiero para su aprobación o denegación.
 9. El Director Financiero enviará la solicitud aprobada al Director de Desarrollo y Planificación y al Director Ejecutivo para su aprobación o denegación final.
 10. Si se aplican todos los niveles de aprobación, el Director de Servicios Financieros para los Pacientes le informará al paciente o a su representante designado sobre la aprobación. La solicitud original se mantendrá en el Departamento de Servicios Financieros para los Pacientes por un período de 10 años o con lo exija el reglamento actual. En el caso de que se deniegue la solicitud de ayuda económica, se le notificará por escrito al solicitante. La aprobación o denegación se respaldará con documentos razonables que explican dicha decisión como se indica en las pautas del nivel de pobreza federal. Todas las decisiones se comunicarán por escrito al solicitante dentro de un plazo de 14 días laborales desde la fecha de aprobación o denegación final.
 11. El paciente puede contactar al Director de Servicios Financieros para los Pacientes o a su representante en el caso de que quiera presentar una disputa a nuestra determinación.
 12. El paciente puede apelar una denegación. El Director de Servicios Financieros para los Pacientes revisará toda la información financiera junto con la solicitud en el archivo. El paciente puede presentar más información, tal como información financiera actualizada y/u otra información pertinente que respalde su solicitud para ayuda económica.
 13. Los pacientes pueden solicitar una reevaluación de acuerdo con el procedimiento de selección financiera:
 - a. En el momento del ingreso hospitalario/ambulatorio.

- b. Cuando algún dato oportuno que se consideró anteriormente ha cambiado, tal como ingresos, tamaño de la familia, gastos especiales o fuera de lo común, etc.
- c. Si transcurre un año después del llenado de su última selección financiera.

14. El Departamento Financiero mantendrá un registro de todos los ajustes aprobado para la atención médica con descuento y la atención benéfica.

D. El proceso de facturación y cobranza con respecto a la atención médica con descuento se identifica de la siguiente manera:

1. Para los pacientes que no han brindado pruebas de seguro suficientes, el Departamento de Servicios Financieros para los Pacientes brindará información resumida junto con información de contacto precisa sobre la Norma de ayuda económica para el paciente. La información que Casa Colina brindará es la siguiente:

- a. Una declaración de los cargos por servicios brindados por Casa Colina.
- b. Un pedido para que el paciente informe al Departamento de Servicios Financieros para los Pacientes si tiene cobertura de seguro médico, Medicare, Healthy Families, Medi-Cal u otra cobertura.
- c. Los pacientes de Medicare que soliciten ayuda económica para un copago, coseguro o deducible asignado por Medicare son candidatos para Medicare Bad Debt (Deuda incobrable de Medicare) después de que hayan transcurrido 120 días desde la fecha de la primera factura y después de que se hayan hecho intentos de cobranza razonable por parte del Departamento de Contabilidad y una agencia de cobranza para cobrar la deuda. Estos saldos no se consideran parte de la Atención Benéfica.
- d. Una declaración que indica que el paciente puede obtener una solicitud para Medi-Cal, California Health Benefit Exchange (Covered California) y CCS.
- e. La información sobre la "Solicitud para ayuda económica" comprende:
 - i. Una declaración que indica que, si el paciente no tiene seguro médico, o tiene un seguro médico insuficiente, y cumple ciertos requisitos de ingresos bajos o moderados, él o ella podría ser apto para recibir atención médica con descuento o atención benéfica.
 - ii. Se harán intentos razonables para obtener información sobre la cobertura médica por terceros del paciente, incluida la cobertura a través de California Health Benefits Exchange. El hospital notificará al paciente si es apto para recibir cobertura médica a través de California Benefit Exchange u otra cobertura médica financiada por el condado o estado.

2. Si el paciente es apto para recibir atención médica con descuento, el saldo adeudado restante se cobrará usando las pautas y prácticas de Casa Colina para la facturación y cobranza. Las agencias de cobranza externas usadas por Casa Colina también deberá cumplir con las normas y prácticas de Casa Colina. Todas las prácticas de cobranza de deudas incluirán todos los términos relativos a deudas pertinentes y justos. Las normas y prácticas son las siguientes:

- a. Antes de que la deuda pase a cobranzas, el Departamento de Servicios Financieros hará los intentos razonables para informar al paciente/cliente sobre el estado de su obligación financiera. Esto comprende lo siguiente, entre otras cosas:
 - i. El detalle inicial de cargos incurridos.
 - ii. Tres estados de cuenta mensuales. La tercera y última notificación se enviará antes del transcurso de 120 días desde la determinación de que el saldo es responsabilidad del paciente.

- iii. Se llamará por teléfono al paciente después de los 30 días de la fecha de la factura para cobrar el pago por completo o negociar un programa de pagos si no se recibió una respuesta a los estados de cuenta anteriores.
- b. Cualquier deuda asignada a una agencia de cobranzas debe haber cumplido los criterios anteriores y la fecha de asignación debe ser por más de 120 días desde la facturación inicial. La excepción a lo mencionado anteriormente sería cualquier cuenta que se considere no cobrable debido a errores en la dirección (devolución por correo postal sin dirección de envío, teléfono o bancarrota).
- c. Ni Casa Colina ni ninguna agencia de cobranzas puede usar embargo de salarios o presentar gravámenes a bienes a menos que lo indique un tribunal.
- d. El paciente puede solicitar un programa de pagos extendidos para cumplir con la deuda restante una vez que se haya aplicado el descuento. Dicha extensión debe basarse en las circunstancias de cada paciente usando plazos habituales de hasta 6 meses y debe ser aprobada por el Director de Servicios Financieros para los Pacientes. Si Casa Colina y el paciente no puede llegar a un acuerdo sobre las condiciones del plan de pago, los pagos mensuales por defecto consistirán en un monto que no sea mayor del 10 por ciento del ingreso familiar del paciente en un mes, excluyendo las deducciones para gastos diarios básicos según se define en la Sección 127400(i) del Código de Salud y Seguridad de California.
- e. No se podrá cobrar intereses durante el período de pago. Si el paciente no paga durante noventa (90) días o no renegocia el plan de pago, Casa Colina tomará acciones de inmediato y asignará la deuda a cobranza inmediata.

Atención benéfica

- A. Para que un paciente sea apto para recibir atención benéfica, él o ella debe cumplir con los siguientes criterios:
- 1. El paciente se encuentra en un nivel igual o inferior al 350 % del nivel federal de pobreza.
 - 2. Si el ingreso familiar del paciente es 200 % o menos del nivel federal de cobranza, entonces todo el monto de la factura se condonará.
 - 3. Si el ingreso familiar del paciente es entre 201 % y 350 % del nivel federal de cobranza, entonces una parte de la factura se condonará según la escala ajustable siguiente:
 - a. 201 % a 250 % = 75 % condonada
 - b. 251 % a 300 % = 50 % condonada
 - c. 301 % a 350 % = 25 % condonada
 - 4. Si el ingreso familiar del paciente es más del 350 % del nivel federal de cobranza, el paciente no será automáticamente apto para recibir el ajuste de atención benéfica según el nivel de ingresos. Sin embargo, se puede considerar la ayuda económica cuando existen circunstancias específicas de atención debido a un evento o afección de suma gravedad.
 - 5. Casa Colina solicitará y verificará la misma información financiera personal que se exige para la Atención médica con descuento anteriormente. Al evaluar los activos monetarios del paciente/cliente, los primeros \$10,000 de sus activos monetarios y el 50 % de sus bienes por encima de \$10,000 no se considerarán para determinar la aptitud del paciente.

OTRAS CIRCUNSTANCIAS PARA LA SELECCIÓN DE PACIENTES:

Casa Colina considera indigentes a aquellos pacientes que son aptos para recibir cualquier programa de ayuda gubernamental para personas de bajos ingresos. Por lo tanto, dichos pacientes son automáticamente aptos para recibir Atención Benéfica según las normas de Casa Colina y los saldos de cuenta se clasificarán como Atención Benéfica si el programa gubernamental no paga por todos los servicios brindados o por los días durante la estadía hospitalaria.

Por ejemplo, los pacientes que son aptos para recibir Medi-Cal, CCS, CHDP, MSI, CMSP, u otros programas gubernamentales similares para personas de bajos ingresos, califican para recibir ayuda médica.

Cualquier balance de cuenta del paciente no reembolsado califica para ser anulado como Atención Benéfica. Específicamente, se incluyen como Atención Benéfica los cargos relativos a estadias denegadas, días de atención denegados y servicios no cubiertos. Están cubiertas todas las denegaciones a las Solicitudes de autorización de tratamiento (Treatment Authorization Request, TAR) y cualquier otro incumplimiento de pago por servicios cubiertos o no cubiertos brindados a pacientes que califican para recibir Medi-Cal y/u otro tipo de programa gubernamental para personas de bajos recursos.

Los pacientes con cobertura restringida y/u otras limitaciones tendrán montos no cubiertos clasificados como Atención Benéfica cuando el programa gubernamental para personas de bajos ingresos no haga el pago.

La parte de las cuentas del paciente de Medicare (a) de la cual el paciente es financieramente responsable (montos de coseguro y deducible), (b) que no está cubierta por el seguro u otro responsable de pago tal como Medi-Cal, y (c) que no sea reembolsada por Medicare como deuda incobrable, podrá ser clasificada como Atención Benéfica si:

1. El paciente es beneficiario de Medi-Cal u otro programa que atiende las necesidades de atención médica de pacientes con bajos ingresos; o
2. El paciente califica para recibir ayuda económica según esta norma y solo en la medida de la cancelación brindada por esta norma.

Todo paciente que atraviese un evento médico de suma gravedad puede ser considerado apto para recibir ayuda financiera. La determinación de un evento médico de suma gravedad deberá basarse en el monto de la deuda del paciente según los cargos facturados y la consideración de su ingreso y bienes según se notifiquen cuando ocurra el evento. La administración deberá aplicar un criterio razonable para al hacer una determinación en base al evento médico de suma gravedad. Como pauta general, cualquier cuenta con una deuda por servicios brindados que excede los \$100,000 debe ser considerada apta para calificar como evento médico de suma gravedad.

Cualquier cuenta devuelta al hospital de una agencia de cobranza, en la que se ha determinado que el paciente o garante no cuenta con los recursos suficientes para pagar la factura podrá ser considerada para recibir Atención Benéfica. Los documentos que respaldan la incapacidad del paciente para pagar por los servicios se mantendrán en el archivo de documentos de la Atención Benéfica.

CRITERIOS PARA REASIGNAR UNA DEUDA INCOBRABLE A LA ATENCIÓN BENÉFICA

Todas las agencias de cobranzas externas contratadas por Casa Colina para hacer seguimientos de cuentas y/o cobranza de deudas incobrables usarán los siguientes criterios para identificar un cambio de estado de deuda incobrable a Atención benéfica:

1. Las cuentas del paciente no deben tener ninguna cobertura de seguros aplicable incluidas las coberturas gubernamentales u otros terceros);
2. El paciente o garante debe tener una puntuación crediticia Experian igual o menor de 500. Si la agencia de cobranzas usa otra herramienta de puntuación crediticia (que no sea Experian), el paciente y/o garante debe estar en el percentil 20 de la puntuación crediticia con el método que se use;

3. El paciente o garante no ha hecho ningún pago en el plazo de ciento ochenta (180) días de la asignación a la agencia de cobranzas;
4. La agencia de cobranzas ha determinado que el paciente/garante no puede pagar;
5. El paciente no tiene un número de seguro social válido y/o una dirección de domicilio fielmente establecida para poder determinar una puntuación crediticia; y
6. Los pacientes de Medicare asignados a una agencia de cobranzas externa después de 120 días del primer estado de cuenta y que no pueden pagar o que no han pagado un copago, coseguro o deducible asignado por Medicare son candidatos a la deuda incobrable de Medicare. La agencia de cobranzas ha agotado los intentos de cobranza definidos por el proveedor del hospital y han devuelto la cuenta como deuda incobrable de Medicare al hospital después de 45 días de intentos de cobranza razonables. Las cuentas son devueltas como deuda incobrable de Medicare. Estos saldos no se consideran parte de la Atención Benéfica.

DOCUMENTOS ADJUNTOS:

Documento A – Solicitud de ayuda económica (en inglés)

Documento B – Solicitud de ayuda económica (en español)

Documento C – Formulario de solicitud de ayuda económica

Documento D – Resumen en lenguaje sencillo de la norma de ayuda económica

Documento E – Hoja de cálculo financiera y Pautas federales de pobreza 2019

Documento F – Notificación pública de disponibilidad de los Programas de atención medica con descuento/atención benéfica

Documento G – Notificación por escrito de disponibilidad de los Programas de atención medica con descuento/atención benéfica

Documento H – Hoja informativa de Covered California (inglés y español)

Documento I – Lista de programas locales del Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud del Condado de Los Ángeles (inglés y español)



Financial Assistance Application

Date: _____

Patient /Guarantor Name: _____

Address: _____

Please complete and provide all requested information to the best of your abilities in order for Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare to accurately determine if you qualify for our Financial Assistance Program, which is based on Federal Poverty Guidelines.

- ✓ Completed and signed Financial Assistance Application
- ✓ Award letters for Social Security, SSI, Disability, Unemployment, General Relief, Alimony, etc.
- ✓ Most recent tax returns
- ✓ Pay stubs (most recent available)
- ✓ Employment status, both current and future; or, if self-employed, current year-to-date profit and loss statement to determine current income
- ✓ Family size
- ✓ Last two months' bank, brokerage and investment statements
- ✓ Copies of prior year's 1099 for interest income, dividends, capital gains, etc.
- ✓ Other appropriate financial data if tax returns or pay stubs are not available. Certain assets—such as retirement plans, homes, and automobiles owned by the patient—are excluded.
- ✓ Rent verification
- ✓ Property/mortgage verification

Please note that any incomplete application will be denied and sent back to you for completion and/or supporting documentation. If you have any questions, please contact our **Patient Financial Services Department** at **909/596-7733, ext. 5558**. Faxed requests can be faxed to **909/450-0141**.

Enclosure: [] Application: []

For Casa Colina Internal Purposes Use Only

Please complete the below information prior to providing the application to the applicant. For questions or clarification, please contact the **Director of Patient Financial Services** at ext. 5558.

Department: _____

Team Number: _____

Date Application was given to the
Applicant: _____

Internal Requestor: _____

Financial Assistance Application

Patient's Name: _____ Phone: (_____) _____

Address: _____ Date of Birth: _____
 _____ Sex: Female Male

Social Security No: _____

SECTION 1: FAMILY INFORMATION

List all persons living in the household who are related by birth, marriage, and/or adoption. Include related college students who do not reside with family but are supported by the family.

Name	Date of Birth	Sex	Relationship	Social Security No.

SECTION 2: GROSS MONTHLY INCOME

List all employers for each member of household and attach proof of gross income (before taxes or deductions). Examples of proof of income: income tax return or check stub(s), profit/loss statement from accountant (for self-employed persons).

Name	Employer Name, Address, & Phone Number	Monthly Income

List all other income including social security, railroad retirement, unemployment compensation, worker's compensation, welfare/AFDC, supplemental security income, alimony, child support, military allotment, support from an absent family member or someone not living in the household, private or government pensions, insurance or annuity payments, income from dividends, interest, rents, royalties, and/or estates/trusts. Please attach proof of income.

Source of Income	Monthly Income

SECTION 3: MONTHLY INCOME

Briefly describe your employment status including date of hire and/or last date of employment/retirement. If you are receiving income from other sources, describe the type of support, the date support began, and the date the support is expected to end, if applicable. Also, describe any other pertinent details about your income.

Identify ALL sources of monthly income for your household. Enter the person receiving the income and the amount received each month for each income category that is applicable. In addition to completing this application, for each type of income that you identify below, submit the required documentation listed AND your most recently filed tax return including ALL supporting schedules, two months of bank statements, savings account statements, and brokerage/investment statements.

OCCUPATION:	Required Documentation	Patient or Applicant	Spouse/Other Family
Wages	2 current pay stubs		
Hourly rate			
Average monthly hours worked			
Self-employment gross receipts	YTD P&L Schedule (1)		
Partnership income	YTD P&L Schedule (1)		
Social Security	Award		
Supplemental Security Income (SSI)	Award		
Unemployment	Award		
Disability	Award		
Workers compensation	Award		
General relief	Award		
Temporary Assistance for Needy Families (TANF)	Award		
Food stamps/Electronic Benefit Transfer (EBT)	Award		
Alimony	Award		
Child support	Award		
Student loans	Award		
Pension/Annuities	Last year's 1099		
Interest income	Last year's 1099		
Dividends	Last year's 1099		
Capital gains	Last year's 1099		
Gross rental income			
Other:			
TOTAL MONTHLY INCOME			

(1) YTD P&L Statement means the current year-to-date profit & loss statement for the business/partnership. If your family does not have income, in the space below, please describe how you have been able to meet your needs for food and shelter. If another person has been providing support, in addition to the below, please ask the person to send Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare a letter describing the type of support, frequency, and duration of the support.

SECTION 4: MONTHLY EXPENSES	Patient or Applicant	Spouse/Other Family
Mortgage of owner-occupied residence		
Mortgage of rental property		
Rent		
Property taxes		
Car payment		
Childcare		
Cell phone		
Food & household supplies		
Car insurance & gas		
Clothing		
Medical & dental expenses		
Insurance		
Credit card payments		
Tuition		
Child support		
Spousal support		
Installment payments		
Laundry & cleaning expenses		
Other:		
TOTAL MONTHLY EXPENSES		

If the reported monthly expenses exceed reported income, explain how you are able to meet these financial obligations.

Please state if the patient has applied for Medi-Cal or any other government programs. If yes, please provide information below:

Program Name: _____

ID/Policy #: _____

Date of Program: _____

Other: _____

SECTION 5: OTHER

Are you employed? Yes No Will you be employed in the future? Yes No

Have you filed bankruptcy? Yes No If so, when?

Also, please include any further information you feel might be helpful or make any statement you believe would assist us in reviewing your application.

PURPOSE: The purpose of this information is to determine your ability to pay for services at Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare or your possible eligibility for a medical assistance program. This information is NOT an application for Medi-Cal, County Medically Indigent Services Program, California Children Services, Healthy Families, or any other county assistance program.

YOU MUST CONTACT THE DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES IN YOUR COUNTY OF RESIDENCE TO APPLY FOR ASSISTANCE PROGRAMS.

I certify the above information to be accurate and complete, and that this application is made for Casa Colina and Centers for Healthcare to determine my eligibility for discounted or charity care. I understand that Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare reserves the right to verify all information supplied, including permission to contact employers and to check my/our credit history. I agree to notify the Patient Accounting Department of any change in my financial information within 10 days of the change.

I UNDERSTAND THAT I MAY BE STILL RESPONSIBLE FOR THE FULL AMOUNT OF MY CHARGES AT CASA COLINA HOSPITAL AND CENTERS FOR HEALTHCARE.

Signature of Patient/Responsible Party: _____

Printed Name: _____

Date: _____

Signature of Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare Representative: _____

Printed Name: _____

Date: _____



Solicitud de ayuda económica

Nombre del paciente/garante: _____

Fecha: _____

Dirección: _____

Llene y brinde toda la información solicitada de la mejor manera posible para que Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare pueda determinar con precisión si usted es apto para recibir nuestro Programa de ayuda económica, el cual se basa en las Pautas Federales de Pobreza.

- ✓ Solicitud de ayuda económica llenada y firmada
- ✓ Cartas de otorgamiento para el seguro social, SSI, discapacidad, desempleo, ayuda general, pensión alimenticia, etc.
- ✓ Declaraciones de impuestos más recientes
- ✓ Boletas de pago (las más recientes que tenga)
- ✓ Situación laboral, actual y futura; o, si es trabajador autónomo, declaración de ganancias y pérdidas actuales del año hasta la fecha para determinar el ingreso actual
- ✓ Tamaño de la familia
- ✓ Estados de cuenta bancaria, corretaje e inversiones de los dos últimos meses
- ✓ Copias del formulario 1099 del año calendario pasado con información sobre ingresos por intereses, dividendos, plusvalía, etc.
- ✓ Otros datos financieros pertinentes si no se cuenta con declaraciones de impuestos o boletas de pago. Se excluyen ciertos bienes del paciente, tales como planes de jubilación, casas y automóviles de propiedad del paciente.
- ✓ Verificación del alquiler (renta)
- ✓ Verificación de bienes inmuebles/hipoteca

Tenga en cuenta que cualquier solicitud incompleta será denegada y enviada de vuelta para ser llenada y/o para que se añadan documentos pertinentes. Si tiene preguntas, comuníquese con el **Departamento de Servicios Financieros para los Pacientes** al **909/596-7733, anexo 5558**. Las solicitudes se pueden enviar por fax al **909/450-0141**.

Documentos adjuntos: [] Solicitud: []

Solo para usos con fines internos de Casa Colina

Llene la información a continuación antes de entregar la solicitud del solicitante. Si tiene preguntas o dudas, contacte al **Director de Servicios Financieros para los Pacientes** en el anexo 5558.

Departamento:

Número de

equipo:

Fecha de entrega de la solicitud al
solicitante:

Solicitante interno:

Solicitud de ayuda económica

Nombre del paciente: _____ Teléfono: (_____) _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: Femenino Masculino

Número de seguro social: _____

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN FAMILIAR

Enumere a las personas que viven en su casa que tienen parentesco por nacimiento, matrimonio y/o adopción. Incluya a los estudiantes de la universidad que no viven con la familia pero que reciben apoyo económico.

Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo	Relación	Número de seguro social

SECCIÓN 2: INGRESO BRUTO MENSUAL

Enumere a todos los empleadores de cada miembro del hogar y adjunte pruebas de ingreso bruto (antes de los impuestos o deducciones).

Ejemplos de prueba de ingreso: declaración de impuestos sobre la renta o boletas de pago, declaración de ganancias/pérdidas del contador (para los trabajadores autónomos).

Nombre	Nombre del empleador, dirección y teléfono	Ingreso mensual

Enumere todo otro ingreso tal como seguro social, pensión ferroviaria, subsidio de desempleo, indemnización por accidentes laborales, asistencia social/AFDC, ingreso de seguridad complementario, pensión alimenticia para el cónyuge, pensión alimenticia para los hijos, asignación militar, asistencia de un familiar ausente o alguien que no vive en su hogar, pensión privada o pública, pagos del seguro o renta vitalicia, ingresos de dividendos, intereses, alquileres, regalías y/o de bienes raíces o fideicomiso. Adjunte las pruebas de ingresos.

Fuentes de ingreso	Ingreso mensual

SECCIÓN 3: INGRESO MENSUAL

Describa brevemente su situación laboral e incluya la fecha de contratación y/o la última fecha de empleo/jubilación. Si recibe ingresos de otras fuentes, describe el tipo de asistencia, la fecha cuando comenzó y la fecha cuando se prevé que termine, si corresponde. También describa cualquier otro detalle pertinente de sus ingresos.

Identifique TODA fuente de ingreso mensual en su hogar. Enumere a las personas que reciben ingresos y la cantidad que reciben cada mes en cada categoría de ingresos que sea aplicable. Además de llenar esta solicitud, presente todos los documentos requeridos para cada tipo de ingresos que identifique a continuación E incluya la declaración de impuestos más reciente incluyendo TODOS los apéndices correspondientes, estados de cuenta bancaria de dos meses, estados de cuenta de ahorro y estados de cuenta de inversiones/corretaje.

OCUPACIÓN:	Documentos requeridos	Paciente o solicitante	Cónyuge/otro familiar
Salario	2 boletas de pago actuales		
Tarifa por hora			
Promedio de horas laborales mensuales			
Facturación bruta de trabajo autónomo	YTD P&L, Apéndice (1)		
Ingreso de sociedad colectiva	YTD P&L, Apéndice (1)		
Seguro social	Otorgamiento		
Ingreso de seguridad complementario (SSI)	Otorgamiento		
Desempleo	Otorgamiento		
Discapacidad	Otorgamiento		
Indemnización por accidentes laborales	Otorgamiento		
Ayuda general	Otorgamiento		
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	Otorgamiento		
Cupones para Alimentos/Electronic Benefit Transfer (EBT)	Otorgamiento		
Pensión alimenticia para el cónyuge	Otorgamiento		
Pensión alimenticia para los hijos	Otorgamiento		
Préstamo estudiantil	Otorgamiento		
Pensión/renta vitalicia	1099 del año pasado		
Ingresos por intereses	1099 del año pasado		
Dividendos	1099 del año pasado		
Plusvalía	1099 del año pasado		
Ingreso bruto por alquiler			
Otros:			
INGRESO MENSUAL TOTAL			

(2) YTD P&L YTD, P&L significa la declaración de ganancias y pérdidas actuales del año hasta la fecha del negocio o sociedad colectiva. Si su familia no cuenta con ingresos, describa en el espacio a continuación cómo ha podido cubrir sus necesidades de alimento y vivienda. Si otra persona ha estado brindándole ayuda, además de lo que se indica a continuación, pídale a esa persona que envíe a Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare una carta describiendo el tipo de ayuda, frecuencia y duración de la ayuda.

SECCIÓN 4: GASTOS MENSUALES	Paciente o solicitante	Cónyuge/otro familiar
Hipoteca de residencia ocupada por el dueño		
Hipoteca de propiedad en alquiler		
Alquiler (renta)		
Impuestos prediales (inmobiliarios)		
Pagos por automóvil		
Cuidado de niños		
Teléfono celular		
Alimentos y artículos para el hogar		
Seguro de automóviles y gasolina		
Ropa		
Gastos médicos y dentales		
Seguro		
Pago de tarjetas de crédito		
Pago (matrícula y clases) de estudios		
Pensión alimenticia para los hijos		
Pensión alimenticia para el cónyuge		
Pagos fraccionados		
Gastos de lavado de ropa y limpieza		
Otros:		
GASTOS MENSUALES TOTALES		

Si los gastos mensuales reportados exceden los ingresos reportados, explique cómo puede cumplir con estas obligaciones económicas.

Indique si el paciente ha solicitado en ingreso en Medi-Cal o cualquier otro programa gubernamental. Si es así, brinde la información que figura a continuación:

Nombre del programa: _____

N.º de póliza/identificación: _____

Fecha del programa: _____

Otros: _____

SECCIÓN 5: OTROS

¿Usted trabaja? Yes No ¿Trabjará en el futuro? Sí No

¿Se ha declarado en bancarrota? Sí No ¿Cuándo?

Incluya también cualquier información que considere útil o indique lo que crea importante que podría ayudarnos a evaluar su solicitud.

OBJETIVO: El objetivo de esta información es determinar su capacidad para pagar los servicios de Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare o su posible aptitud para recibir un programa de ayuda médica. Esta información **NO** es una solicitud para Medi-Cal, County Medically Indigent Services Program, California Children Services, Healthy Families ni ningún otro programa de ayuda en el condado.

DEBE CONTACTAR AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE SU CONDADO DE RESIDENCIA PARA SOLICITAR EL INGRESO EN PROGRAMAS DE AYUDA.

Certifico que la información anterior es precisa y completa y que estoy presentando esta solicitud a Casa Colina and Centers for Healthcare para determinar mi aptitud para recibir atención médica con descuento o atención benéfica. Comprendo que Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare se reserva el derecho de verificar toda la información brindada, incluido el permiso para contactar a empleadores y verificar mis/nuestros antecedentes crediticios. Acepto notificar al Departamento de Contabilidad de esta entidad sobre cualquier cambio en mi información financiera en el plazo de 10 días del cambio.

COMPRENDO QUE YO PODRÍA SEGUIR SIENDO RESPONSABLE DEL MONTO COMPLETO DE LOS CARGOS EN CASA COLINA HOSPITAL AND CENTERS FOR HEALTHCARE.

Firma del paciente/parte responsable: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Firma del representante de Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

**SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA
SOLO PARA USO DE CASA COLINA**

DOCUMENTO C

Fecha: _____

Atención gratuita / Via Foundation
(No es apto para recibir Atención benéfica)

Solicitud de Atención benéfica / Atención no remunerada

Atención médica con descuento

(Según las Pautas federales de pobreza en la Norma de CCH)

Conde Warrior

Deuda incobrable de Medicare

(Solo es aplicable después de 120 días de la Notificación de envío (RA, por sus siglas en inglés) de Medicare y los intentos de cobranza. Los saldos de Medicare no califican para la notificación de costos de la Atención benéfica.)

Equipo: _____ **Corporación:** _____ **Solicitado por:** _____

Nombre del paciente: _____

Número de seguro social: _____

Diagnóstico: _____

Atención no remunerada solicitada: \$ _____ = _____ días/visitas (duración de la estadía)

Descuento solicitado: \$ _____

EXPLICACIÓN:

APTITUD: _____ Aprobada _____ Desaprobada _____ Parcial (____%)

Apto para recibir \$ _____ , _____ días/visitas (duración de la estadía)

Por: _____ Fecha: _____

Comentarios: _____

AUTORIZACIÓN: _____ Aprobada _____ Desaprobada _____ Parcial (_____)

Por: Director Financiero _____ Fecha _____

_____ Aprobada _____ Desaprobada
Por: Director de Desarrollo y Planificación _____ Fecha _____

_____ Aprobada _____ Desaprobada
Por: Presidente y Director General _____ Fecha _____

Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare
Resumen en lenguaje sencillo de la Norma de ayuda económica

¿Quién es apto?

Un paciente puede ser apto para recibir atención médica con descuento si sus ingresos familiares son iguales o inferiores al 350 % del nivel federal de pobreza. La atención benéfica está disponible si los ingresos familiares son iguales o inferiores al 200 % del nivel federal de pobreza. Si los ingresos familiares son entre 201 % y 350 % del nivel federal de cobranza, entonces se podrá condonar una parte de la factura.

¿Qué cubre la Norma de ayuda económica?

La Norma de ayuda económica cubre los servicios de atención médica clínicamente necesarios que se brindan en Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare. Los servicios del médico no están incluidos en la Norma de ayuda económica de Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare.

Cómo se puede solicitar esta ayuda:

Para obtener la Norma de ayuda económica y la Solicitud de ayuda económica por internet, visite www.casacolina.org/financialassistance. También puede pedir copias en papel en los Departamentos de Ingreso e Inscripción en nuestras instalaciones ubicadas en 255 E. Bonita Ave., Pomona, CA 91767. Si desea que le enviemos una copia por correo postal, llame al 909/596-7733, anexo 5558. La solicitud está en inglés y español.

Una vez que haya llenado la solicitud, envíela por correo postal a P.O. Box 6001, Pomona, CA 91769-6001, o por fax al 909/450-0141, con todos los documentos correspondientes enumerados a continuación.

- ❖ Solicitud para ayuda económica llenada y firmada
- ❖ Cartas de otorgamiento para el seguro social, ingreso de seguridad complementario (SSI, por sus siglas en inglés), discapacidad, desempleo, ayuda general, pensión alimenticia, etc.
- ❖ Todas las fuentes de ingresos familiares (incluya las declaraciones de impuestos)
- ❖ Boletas de pago (las más recientes que tenga)
- ❖ Situación laboral, actual y futura; o, si es trabajador autónomo, declaración de ganancias y pérdidas actuales del año hasta la fecha para determinar el ingreso actual
- ❖ Tamaño de la familia
- ❖ Estados de cuenta bancaria, corretaje e inversiones de los dos últimos meses
- ❖ Copias del formulario 1099 del año calendario pasado con información sobre ingresos por intereses, dividendos, plusvalía, etc.
- ❖ Otros datos financieros adecuados si no se cuenta con las declaraciones de impuestos o las boletas de pago. Se excluyen ciertos bienes del paciente, tales como planes de jubilación, casas y automóviles de propiedad del paciente.
- ❖ Verificación del alquiler (renta)
- ❖ Verificación de bienes inmuebles/hipoteca

Si no brinda los documentos requeridos, el proceso de aplicación puede retrasarse o su solicitud puede ser denegada. La solicitud y los documentos completos son necesarios para determinar su aptitud. Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar la solicitud, llame al 909/596-7733, anexo 5558.

**HOJA DE CÁLCULO FINANCIERA Y
PAUTAS FINANCIERAS DE POBREZA 2019 – PORCENTAJE DE DESCUENTO DE CASA COLINA**

Personas en el hogar	Pautas del nivel federal de pobreza	Entre 100 %	y 200 %	DESCUENTO 100 %
1	\$12,490	\$12,490	\$24,980	
2	\$16,910	\$16,910	\$33,820	
3	\$21,330	\$21,330	\$42,660	
4	\$25,750	\$25,750	\$51,500	
5	\$30,170	\$30,170	\$60,340	
6	\$34,590	\$34,590	\$69,180	
7	\$39,010	\$39,010	\$78,020	
8	\$43,430	\$43,430	\$86,860	

Personas en el hogar	Pautas del nivel federal de pobreza	Entre 201 %	y 250 %	DESCUENTO 75 %
1	\$12,490	\$24,981	\$31,225	
2	\$16,910	\$33,822	\$42,275	
3	\$21,330	\$42,662	\$53,325	
4	\$25,750	\$51,503	\$64,375	
5	\$30,170	\$60,343	\$75,425	
6	\$34,590	\$69,183	\$86,475	
7	\$39,010	\$78,024	\$97,525	
8	\$43,430	\$86,864	\$108,575	

**HOJA DE CÁLCULO FINANCIERA Y
PAUTAS FINANCIERAS DE POBREZA 2019 – PORCENTAJE DE DESCUENTO DE CASA COLINA**

Personas en el hogar	Pautas del nivel federal de pobreza	Entre 251 %	y 300%	DESCUENTO 50 %
1	\$12,490	\$31,226	\$37,470	
2	\$16,910	\$42,277	\$50,730	
3	\$21,330	\$53,327	\$63,990	
4	\$25,750	\$64,378	\$77,250	
5	\$30,170	\$75,428	\$90,510	
6	\$34,590	\$86,478	\$103,770	
7	\$39,010	\$97,529	\$117,030	
8	\$43,430	\$108,579	\$130,290	

Personas en el hogar	Pautas del nivel federal de pobreza	Entre 301 %	y 350 %	DESCUENTO 25%
1	\$12,490	\$37,471	\$43,715	
2	\$16,910	\$50,732	\$59,185	
3	\$21,330	\$63,992	\$74,655	
4	\$25,750	\$77,253	\$90,125	
5	\$30,170	\$90,513	\$105,595	
6	\$34,590	\$103,773	\$121,065	
7	\$39,010	\$117,034	\$136,535	
8	\$43,430	\$130,294	\$152,005	

* Registro Federal, 1 de febrero de 2019. Los montos anteriores indican el ingreso anual.

Public Notice

If you are uninsured or underinsured, you may qualify for the Financial Assistance Program. Paper copies of the Financial Assistance Program are available upon request. Please contact the Admissions or Registration Departments or call the Patient Accounting Department at 909/596-7733, ext. 5558 or online at www.casacolina.org/financialassistance.

Notificación pública

Si usted no tiene cobertura de seguro médico, podrá calificar para el Programa de Ayuda Económica. Las copias en papel del Programa de Ayuda Económica están a disposición de los interesados. Comuníquese con los Departamentos de Ingreso o Inscripción, llame al Departamento de Contabilidad al (909) 596-7733, ext. 5558 o visite la página web www.casacolina.org/financialassistance.



Copy of the Conditions of Admission and Patient Handbook

Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare is proud of its goal to provide quality care to all who need it regardless of ability to pay.

If you do not have health insurance and worry that you may not be able to pay in full for your care, we may be able to help. Casa Colina provides financial assistance to patients based on their income and needs. We may be able to help you get financial coverage or work with you to arrange a manageable payment plan.

It important that you let us know if you will have trouble paying your bill; federal and state laws require health organizations make reasonable efforts to collect payment for services from patients/clients. The organization may turn unpaid bills over to a collection agency, which could affect your credit status. We would like to work with you to avoid this situation.

For more information, please contact our Patient Accounting office at 909/596-7733, ext. 5558. We will treat your questions with confidentiality and courtesy.

Patient Name: _____ MR#: _____
Date of Birth: _____

NOTIFICACION PARA EL PACIENTE / CLIENTE SOBRE ASISTENCIA FINANCIERA

Casa Colina Hospital y Centros de Salud está orgulloso de su misión de proporcionar atención de calidad a todos los que necesitan independientemente de la capacidad de pago.

Si usted no tiene seguro médico y tiene preocupaciones que no puede pagar por su cuidado , o servicios, cabe la posibilidad que le podemos ayudar. Casa Colina Hospital y Centros de Salud proporciona ayuda financiera a los pacientes basados en sus ingresos y necesidades. Quizás podamos ayudarle a conseguir la cobertura financiera, o trabajar con usted para organizar un plan de pagos manejable.

Es importante que usted nos haga saber si usted tendra dificultad en pagar su cuenta; las leyes federales y del estado requieren a organizaciones médicas que hagan esfuerzos razonables para recuperar fondos por servicios a pacientes/clientes. La organización puede mandar cuentas no pagadas a una agencia de colección, que puede afectar su estado de crédito. Quisieramos trabajar con usted para evitar esta situación.

Para mas información, por favor comuníquese con nuestra oficina de Servicios al Paciente a (909) 596-7733 ext. 5558. Trataremos sus preguntas en confianza y con cortesía.

Nombre de Paciente: _____ MR#: _____

Fecha de Nacimiento: _____

COVERED CALIFORNIA FACT SHEET (ENGLISH)



Covered California is where you can get quality, affordable health coverage. You may even get help paying for it.

As part of the Affordable Care Act (ACA), Covered California is a program where lawfully present Californians and their families can compare quality health plans and choose the one that works best for their health needs and budget. Covered California is the only place where you can get financial help to pay for your health insurance.



Your notes:

Are you eligible? Find out here.



Maximum Annual Household Income to Qualify for Financial Help

FAMILY SIZE	MEDI-CAL	COVERED CALIFORNIA
1	\$16,754	\$48,560
2	\$22,715	\$65,840
3	\$28,677	\$83,120
4	\$34,638	\$100,400
5	\$40,600	\$117,680
6	\$46,652	\$134,960

You may be eligible for low or no-cost Medi-Cal.

You may be eligible for financial help through Covered California.

All numbers listed above are estimates. For larger households, please visit the Shop and Compare tool at CoveredCA.com to find out if your family qualifies.

Enrollment deadlines

FOR COVERAGE EFFECTIVE ON	COMPLETE ENROLLMENT BY	PAY YOUR PREMIUM
January 1, 2019	December 15, 2018	Make sure to pay your first bill on time, and continue to make monthly payments by the due date on your invoice.
February 1, 2019	January 15, 2019	

Even if you only need coverage for just a few months, look to Covered California throughout the year for your health insurance needs. Medi-Cal enrollment is year-round.

Have questions? We can help.

CoveredCA.com | 800.300.1506



Covered California complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.800.300.0713 (TTY: 1.888.889.4500). 注意: 如果您使用中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.800.300.1333 TTY 1.888.889.4500

COVERED CALIFORNIA FACT SHEET (SPANISH)



Averigua si puedes obtener ayuda para pagar tu seguro médico

Covered California es el lugar donde puedes obtener cobertura de salud de calidad y a bajo costo. Hasta podrías obtener ayuda para pagarla.

Como parte de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés), Covered California es un programa donde la mayoría de los residentes legales de California y sus familias pueden comparar planes de salud de calidad y elegir el que mejor se ajuste a sus necesidades de salud y presupuesto. Covered California es el único lugar en donde puedes obtener ayuda económica para pagar tu seguro médico.



Tus notas:

¿Calificas? Entérate aquí.



Ingreso familiar anual máximo para calificar para ayuda económica

TAMAÑO FAMILIAR	MEDI-CAL	COVERED CALIFORNIA
1	\$16,754	\$48,560
2	\$22,715	\$65,840
3	\$28,677	\$83,120
4	\$34,638	\$100,400
5	\$40,600	\$117,680
6	\$46,652	\$134,960

Podrías calificar para Medi-Cal a bajo o sin costo alguno.

Podrías calificar para ayuda económica a través de Covered California.

Las cantidades mostradas son solo estimaciones. Para familias más grandes, visita la herramienta de Buscar y Comparar en CoveredCA.com/espanol para saber si tu familia califica.

Fechas límites de inscripción

PARA QUE LA COBERTURA EMPIECE EL	COMPLETA TU INSCRIPCIÓN ANTES DEL	PAGA TU PRIMA
1 de enero de 2019	15 de diciembre de 2018	Asegúrate de pagar tu primera factura a tiempo y continúa haciendo los pagos mensuales antes de la fecha de vencimiento en tu factura.
1 de febrero de 2019	15 de enero de 2019	

Aun si solo necesitas cobertura durante pocos meses, Covered California está disponible todo el año para atender tus necesidades de seguro de salud. La inscripción en Medi-Cal es todo el año.

¿Tienes preguntas? Te podemos ayudar.

CoveredCA.com/espanol | 800.300.0213







COUNTY OF LOS ANGELES DHCS LIST OF LOCAL PROGRAMS (ENGLISH)

COUNTY OF LOS ANGELES - DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

You Can Get NO-COST or LOW-COST MEDICAL CARE

AT ANY LA COUNTY CLINIC OR HOSPITAL IF YOU ARE ELIGIBLE FOR ONE OF THE PROGRAMS BELOW

Program	Who Can Get it?	How Much Does It Cost?	What Care Is Covered?	Where Do I Go for Care?
Ability to Pay (ATP) <i>The former ORSA is now part of ATP</i>	Los Angeles County residents who do not qualify for Medi-Cal, or Medicare	<ul style="list-style-type: none"> No-Cost for persons with incomes at or under 138% FPL Low-Cost for those over 138% FPL 	<ul style="list-style-type: none"> Clinic and outpatient hospital visits Tests and medicines Inpatient hospital care Emergency Room (ER) visits Certain surgeries 	ONLY <ul style="list-style-type: none"> County hospitals County clinics
Pre-Payment Plan	Los Angeles County residents	<ul style="list-style-type: none"> A low-cost, flat fee for each visit, if paid within 7 days of choosing Pre-Payment Plan 	<ul style="list-style-type: none"> Clinic and outpatient hospital visits Tests only ER visits Certain outpatient surgeries <i>Does not include hospital inpatient care or medicine you take home</i>	ONLY <ul style="list-style-type: none"> County hospitals County clinics
Discount Payment Plan	Non-County residents who <ul style="list-style-type: none"> have no insurance or have high medical costs even with insurance do not qualify for Medi-Cal; income is at or under 350% FPL 	<ul style="list-style-type: none"> A 5% discount off charges or what Medi-Cal would pay (whichever is less) 	<ul style="list-style-type: none"> Inpatient hospital care and outpatient hospital visits Emergency Room (ER) visits 	ONLY <ul style="list-style-type: none"> County hospitals
Specialty No-Cost or Low-Cost Programs				
County Mental Health Services (Short Doyle)	Persons needing mental health treatment who <ul style="list-style-type: none"> Do not qualify for Medi-Cal Are functionally disabled by severe and persistent mental illness or who are seriously emotionally disturbed 	<ul style="list-style-type: none"> One amount for the whole year Varies, depending on family size, resources and income 	<ul style="list-style-type: none"> Inpatient hospital care Outpatient mental health care 	<ul style="list-style-type: none"> Call the L.A. County Department of Mental Health at 800-854-7771 to find a county mental health facility
Child Delivery Plan	<ul style="list-style-type: none"> Pregnant women who are Los Angeles County residents Each mother must apply for Medi-Cal for her baby 	<ul style="list-style-type: none"> \$2,000 flat fee paid within 7 days after leaving the hospital 	<ul style="list-style-type: none"> All labor and delivery services 	ONLY <ul style="list-style-type: none"> County hospitals
Dialysis; TB; Post-Polio	<ul style="list-style-type: none"> Dialysis & Post-Polio: California residents TB: No residency requirement 	<ul style="list-style-type: none"> Low-Cost fees 	<ul style="list-style-type: none"> Care for kidney disease, inpatient tuberculosis care, and post-polio related services 	ONLY <ul style="list-style-type: none"> County hospitals County clinics
No Extra Cost Medicines	Los Angeles County residents who are outpatient clinic patients	<ul style="list-style-type: none"> No-Cost 	<ul style="list-style-type: none"> Medicine for emergency and public health services 	ONLY <ul style="list-style-type: none"> County hospitals County clinics
Who Can Apply for No-Cost or Low-Cost programs in LA County?				
Minimum requirements	Patients must be a Los Angeles County resident and provide acceptable proof that you live in Los Angeles County (ID and proof of address or statement certifying homelessness) and must have medical costs that Medi-Cal, Medicare, private insurance or other benefits won't pay.			
What is income at 138% of the Federal Poverty Level (FPL)?	Income is based on your family size. For 2018, 138% FPL monthly income is \$1,397 for a family of one; \$1,893 for two; \$2,390 for three; \$2,887 for four; \$3,384 for five; \$3,881 for six; \$4,377 for seven; \$4,874 for eight; \$5,371 for nine; \$5,868 for ten. For families larger than ten, add about \$497 per person. For pregnant women count the woman and the number of expected babies. A county worker will see if your income qualifies for these programs and the amount you must pay.			
Can non-LA County residents still receive low-cost care?	Yes, non-LA County residents may receive a discount on their cost for care at LA County hospital under the Discount Payment Plan if they have income at or under 350% FPL. Only LA County residents may get no-cost medical care.			
For more information and where to apply, go to www.dhs.lacounty.gov - see the back of this sheet for L.A. County locations				

COUNTY OF LOS ANGELES DHCS LIST OF LOCAL PROGRAMS (ENGLISH)

COUNTY OF LOS ANGELES - DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

Additional information about No-Cost or Low-Cost programs in LA County					
How to apply for ATP	ATP: Patients apply for ATP during a financial screening appointment at one of the hospitals and clinics listed below. The amount you must pay, if anything is based on your income. The application is good for one year.				
What are payments for ATP?	ATP now covers inpatient and outpatient care with one agreement. The former ORSA program is part of ATP. If you have questions about the change, see a financial services worker. <ul style="list-style-type: none"> • Patients whose incomes after deductions are above 138% FPL pay a low-cost for services. • Patients pay one amount for each inpatient admission, regardless of how long the patient stays in the hospital. • Patients only pay one amount each month for outpatient care, regardless of how many outpatient visits the patient has in a month. • General Relief patients always get care at no-cost. 				
Can I use ATP for services not covered by other programs?	Yes - You may use ATP for services not covered by Medi-Cal, Medicare or private insurance. <ul style="list-style-type: none"> • ATP will cover your deductible for private insurance, but it doesn't cover Medicare deductibles or Medi-Cal share of cost. 				
Can I get more time for payments?	Yes – If you are in the ATP or Out-of-County programs and cannot pay the amount you owe within 30 days, you may make arrangements to pay it over a longer period of time. Our extended payment plan bases how long you have to pay on your income, resources and family size.				
Do I have to apply for Medi-Cal before I get a County No-Cost/Low-Cost Program?	Yes - If a County worker determines that you may qualify for Medi-Cal. Also, new mothers using the Child Delivery Plan must apply for Medi-Cal for their baby. <i>If you do not fully cooperate with the Medi-Cal application process, you cannot get ATP, Discount Payment or Child Delivery Plan.</i> No - If using Pre-Payment, you do not have to apply for Medi-Cal. Pregnant women who use the Child Delivery Plan do not have to apply for Medi-Cal.				
Pre-Payment Amounts	\$60 for prenatal visits for the first 7 visits, the rest are at no-cost; \$80 for urgent care visits at all locations; \$60 for clinic visits at Comprehensive Health Centers (CHC) and Health Centers (HC); \$140 at county hospital emergency rooms; \$80 for clinic visits at county hospital clinics, MLK Outpatient Center, & High Desert Regional HC \$500 at outpatient surgery clinics.				
Is my immigration status affected by using these programs?	The County does NOT report patients to US Citizenship and Immigration Services. US Citizenship and Immigration Services will Not consider you a public charge if you use the No-Cost or Low-Cost Programs.				
What happened to Healthy Way LA?	Healthy Way LA (HWLA) ended on 12/31/13, Medi-Cal now covers those people that would have been eligible for the HWLA. If you had HWLA and do not now have Medi-Cal, please see a county worker.				
FOR MORE INFORMATION AND WHERE TO APPLY FOR NO-COST OR LOW-COST CARE IN LA COUNTY					
Hospitals	Harbor/UCLA Medical Center Patient Financial Services 1000 West Carson St. Bldg. 3-South Torrance 90509 (310) 222-3012	LAC+USC Medical Center 1100 N. State St. T-17 – Billing Inquiry Los Angeles 90033 (323) 409-6361	Olive View/UCLA Medical Center 14445 Olive View Dr. 2 nd Floor, Room 2D151 Syomar 91342 (747) 210-4154	Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center 7601 E. Imperial Hwy. Bldg.602 Downey 90242 (562) 385-7320	
Clinics	Antelope Valley Health Center 335-B E. Ave. K-6 Lancaster 93535 Member Services (661) 471-4147 (661) 471-4000	Glendale Health Center 501 N. Glendale Ave. Glendale 91206 (818) 291-8900	Lake Los Angeles Clinic 16921 E. Avenue O, Space G Lake Los Angeles 93535 (661) 471-4000	Mid Valley Comp. Health Center 7515 Van Nuys Blvd. Van Nuys 91405 (818) 627-3000	Martin Luther King, Jr. Outpatient Center 1670 East 120 th St. Los Angeles 90059 (424) 338-1817
	Bellflower Health Center 10005 E. Flower St. Bellflower 90706 (562) 526-3000	H. Claude Hudson Comp. Health Center. 2829 South Grand Ave. Los Angeles 90007 (213) 699-7000	La Puente Health Center 15930 Central Ave. La Puente 91744 (626) 986-2900	San Fernando Health Center 1212 Pico St. San Fernando 91340 (818) 627-4777	High Desert Regional Health Center 335 East Ave I Lancaster 93536 (661) 471-4000
	Dollarhide Health Center 1108 N. Oleander Compton 90220 (310) 763-2244	H.H. Humphrey Comp. Health Center 5850 So. Main St. Los Angeles 90003 (323) 897-6000	Littlerock Community Clinic 8201 Pearlblossom Hwy. Littlerock 93543 (661) 471-4000	South Valley Health Center 38350 40th St. East Palmdale 93550 (661) 471-4000	E. R. Roybal Comp. Health Center 245 S. Fetterly Ave. Los Angeles 90022 (323) 362-1010
	El Monte Comp. Health Center 10953 Ramona Boulevard El Monte 91731 (626) 434-2500	Harbor/UCLA Family Health Center 1403 West Lomita Blvd., 2 nd Floor Harbor City, 90710 (310) 534-7600	Long Beach Comp. Health Center. 1333 Chestnut Ave. Long Beach 90813 (562) 753-2300	Wilmington Health Center 1325 Broad Ave. Wilmington 90744 (310) 404-2040	

COUNTY OF LOS ANGELES DHCS LIST OF LOCAL PROGRAMS (SPANISH)

COUNTY OF LOS ANGELES – DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
USTED PUEDE OBTENER ATENCIÓN MÉDICA SIN COSTO o A BAJO COSTO
EN CUALQUIER CLÍNICA o HOSPITAL DEL CONDADO DE LOS ANGELES SI USTED ES ELEGIBLE PARA UNOS DE ESTOS PROGRAMAS

Programa	¿Quién lo puede obtener?	¿Cuánto cuesta?	¿Qué servicios cubre?	¿A dónde voy para servicio médico?
Habilidad de Pago (ATP) <i>El programa anterior de ORSA ahora es parte de ATP</i>	Residentes del Condado de Los Angeles quienes no califican para Medi-Cal, o Medicare	<ul style="list-style-type: none"> Sin costo para las personas con ingresos a o a menos del 138% FPL Bajo costo para las personas con ingresos más del 138% FPL 	<ul style="list-style-type: none"> Visitas a clínicas y visitas de hospital para pacientes externos Análisis (pruebas) y medicamentos Hospitalizaciones Visitas a sala de emergencia Ciertas cirugías 	Solamente: <ul style="list-style-type: none"> Hospitales del Condado Clínicas del Condado
Plan de Pago por Adelantado	Residentes del Condado de Los Angeles	<ul style="list-style-type: none"> Un bajo costo, una tarifa fija por visita, si es pagado dentro de siete (7) días después de haber elegido el Plan de Pago por Adelantado 	<ul style="list-style-type: none"> Visitas a clínicas y visitas de hospital para pacientes externos Análisis (pruebas) solamente Visitas a sala de emergencia Ciertas cirugías de consulta externa <i>No incluye hospitalización o medicinas que lleve a casa</i> 	Solamente: <ul style="list-style-type: none"> Hospitales del Condado Clínicas del Condado
Plan de Descuento de Pagos	Personas que no son residentes del Condado de Los Angeles <ul style="list-style-type: none"> Que no tiene seguro médico o tengan costos altos aun con seguro medico Que no califiquen para Medi-Cal Con ingresos a o a menos del 350% FPL 	<ul style="list-style-type: none"> Un descuento de 5% de los costos o la cantidad que el Medi-Cal pagaría (la cantidad que sea menor) 	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalizaciones Visitas a sala de emergencia 	Solamente: <ul style="list-style-type: none"> Hospitales del Condado
Programas Sin Costo o A Bajo Costo Especializados				
Servicios de Salud Mental del Condado	Personas que necesitan tratamiento de salud mental <ul style="list-style-type: none"> Que no califiquen para Medi-Cal Que están funcionalmente discapacitado por enfermedad mental grave y persistente o que estén seriamente perturbadas emocionalmente 	<ul style="list-style-type: none"> Una cantidad para todo el año El costo es variable, dependiendo de los recursos e ingresos y número de miembros de la familia 	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalizaciones Visitas a clínicas de Salud Mental 	Solamente: <ul style="list-style-type: none"> Hospitales del Condado
Plan de Maternidad	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres embarazadas que son residentes del Condado de Los Angeles Cada madre tiene que aplicar para Medi-Cal para su bebé 	<ul style="list-style-type: none"> \$2,000 tarifa fija pagada dentro de 7 días después de salir del hospital 	<ul style="list-style-type: none"> Todos los servicios de parto 	Solamente: <ul style="list-style-type: none"> Hospitales del Condado
Diálisis del Riñón, Tuberculosis (TB) y Post Polio	<ul style="list-style-type: none"> Diálisis y Post Polio: residentes de California TB: No requiere residencia 	<ul style="list-style-type: none"> Tarifas a bajo costo 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento para enfermedad de riñón, cuidado de hospitalización de tuberculosis, y servicios relacionados con el cuidado de Post Polio 	Solamente: <ul style="list-style-type: none"> Hospitales del Condado Clínicas del Condado
Medicinas sin Costo Adicional	Residentes del Condado de Los Angeles que son pacientes de las clínicas de paciente externo	<ul style="list-style-type: none"> Sin costo 	<ul style="list-style-type: none"> Medicina de emergencia y servicios de salud pública 	Solamente: <ul style="list-style-type: none"> Hospitales del Condado Clínicas del Condado
¿Quién Puede Solicitar los Programas Sin Costo o A Bajo Costo en el Condado de Los Angeles?				
Requisitos Mínimos	Pacientes tienen que ser residentes del Condado de Los Angeles y demostrar comprobantes aceptables de residencia del Condado de Los Angeles (identificación y comprobante de domicilio o declaración que certifique falta de hogar) y tiene que haber recibido un cobro médico que el Medi-Cal, Medicare, seguro médico privado o algún otro beneficio no pagará.			
¿Cuáles son los ingresos de 138% del Nivel de Pobreza Federal (FPL)?	Los ingresos están basados en el número de miembros de su familia. El ingreso mensual en 2018 del 138% de FPL es de \$1,389 para una familia de una persona; \$1,893 para dos; \$2,390 para tres; \$2,887 para cuatro; \$3,384 para cinco; \$3,881 para seis; \$4,377 para siete; \$4,874 para ocho; \$5,371 para nueve; \$5,868 para diez. Para familias con más de ocho personas, añada aproximadamente \$497 por persona. En casos de mujeres embarazadas, se cuenta la mujer y él bebe o bebes que espera. Un trabajador del Condado determinará si su ingreso califica para estos programas y la cantidad que tendrá que pagar.			
¿Pueden recibir atención médica a bajo costo las personas que no son residentes del Condado de Los Angeles?	Sí, personas que no son residentes del Condado de Los Angeles con ingreso menos del 350% del FPL (Nivel Federal de la Pobreza) podrían recibir un descuento. Solamente los residentes del Condado de Los Angeles pueden obtener cuidado médico sin costo.			
Para obtener más información sobre estos programas y donde aplicar, visite www.dhs.lacounty.gov - O vea el reverso de esta hoja para localidades del Condado de Los Angeles				

COUNTY OF LOS ANGELES DHCS LIST OF LOCAL PROGRAMS (SPANISH)

COUNTY OF LOS ANGELES – DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

Información adicional acerca de los programas Sin Costo o A Bajo Costo en el Condado de Los Angeles																					
Cómo aplicar para ATP	ATP: Los pacientes aplican para el ATP durante una cita de evaluación de finanzas en los hospitales o clínicas listadas abajo. La cantidad que tiene que pagar, si es que tiene que pagar, está basada en sus ingresos. La aplicación es para todo un año.																				
¿Cuáles son los pagos para el ATP?	ATP ahora cubre el cuidado de paciente externo e interno como parte del mismo acuerdo. El programa anterior de ORSA ahora es parte del ATP. Si tiene alguna pregunta acerca de este cambio, pregúntele a un trabajador de finanzas. <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con ingresos sobre el 138% del FPL pagan un costo bajo por sus servicios. • Pacientes pagan una cantidad por admisión (hospitalización), sin importar el número de días que este ingresado. • Pacientes solo pagan una cantidad por mes por cuidado de paciente externo, sin importar el número de visitas externas que tengan durante el mes. • Los pacientes que reciben Asistencia General (General Relief) reciben cuidado médico sin costo. 																				
¿Puedo usar ATP para servicios no cubiertos por otros programas?	Si – Usted puede usar el ATP para los servicios que no cubre el Medi-Cal, Medicare, o seguro médico privado. <ul style="list-style-type: none"> • ATP cubrirá el deducible de su seguro médico privado, pero no cubre el deducible de su Medicare o Parte del Costo de Medi-Cal. 																				
¿Me podrían dar más tiempo para hacer pagos?	Si – Usted recibe ATP o el Plan de Descuento de Pagos y no puede pagar la cantidad que debe dentro de 30 días, usted puede hacer arreglos para hacer pagos durante un período de tiempo más largo. El plazo de nuestro plan de pago extendido se basa en sus ingresos, recursos y número de miembros de su familia.																				
¿Tengo que aplicar para Medi-Cal antes de obtener un programa del Condado sin costo o a bajo costo?	Si - Un trabajador del Condado determina que usted podría ser elegible para Medi-Cal. Además, las madres que usen el Plan de Maternidad tendrán que aplicar para el Medi-Cal para su bebé. <i>Si usted no coopera plenamente con el proceso de inscripción de Medi-Cal, no podrá recibir ATP o el Plan de Maternidad.</i> No – Si usa el plan de Pago por Adelantado o el Plan de Maternidad solo para la madre, la madre no tendrá que aplicar para el Medi-Cal.																				
Cantidades de Pago Por Adelantado	\$60 por cada una de las primeras 7 visitas prenatales, las demás visitas son sin costo; \$60 por cada visita a los Centros de Salud Comprensiva (CHC) y Centros de Salud (HC); \$80 por visitas a clínicas de hospitales del Condado. MLK Outpatient Center, & High Desert Regional HC																				
¿Será mi situación migratoria afectada al utilizar estos programas?	Si usted recibe asistencia a través de los programas sin costo o a bajo costo del Condado, el Servicio de Inmigración y Naturalización (USCIS) de EE.UU. NO lo considerará como una carga pública.																				
¿Qué paso con Healthy Way LA (HWLA)?	El programa de Healthy Way LA se finalizó el 31 de Diciembre del 2013. El Medi-Cal ahora cubre aquellas personas que hubieran sido elegibles para el HWLA. Si usted tenía HWLA y no dispone de Medi-Cal, consulte con un trabajador del Condado.																				
PARA MAS INFORMACION Y DONDE SOLICITAR ATENCION MEDICA SIN COSTO O A BAJO COSTO EN EL CONDADO DE LOS ANGELES																					
Hospitales	<table border="0"> <tr> <td>Harbor/UCLA Medical Center Patient Financial Services 1000 West Carson St. Bldg. 3-South Torrance 90509 (310) 222-3012</td> <td>LAC+USC Medical Center 1100 N. State St. T-17 – Billing Inquiry Los Angeles 90033 (323) 409-6361</td> <td>Olive View/UCLA Medical Center 14445 Olive View Dr. 2nd Floor, Room 2D142 Sylmar 91342 (747) 210-4154</td> <td>Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center 7601 E. Imperial Hwy. Bldg.602 Downey 90242 (562) 385-7320</td> </tr> </table>	Harbor/UCLA Medical Center Patient Financial Services 1000 West Carson St. Bldg. 3-South Torrance 90509 (310) 222-3012	LAC+USC Medical Center 1100 N. State St. T-17 – Billing Inquiry Los Angeles 90033 (323) 409-6361	Olive View/UCLA Medical Center 14445 Olive View Dr. 2 nd Floor, Room 2D142 Sylmar 91342 (747) 210-4154	Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center 7601 E. Imperial Hwy. Bldg.602 Downey 90242 (562) 385-7320																
Harbor/UCLA Medical Center Patient Financial Services 1000 West Carson St. Bldg. 3-South Torrance 90509 (310) 222-3012	LAC+USC Medical Center 1100 N. State St. T-17 – Billing Inquiry Los Angeles 90033 (323) 409-6361	Olive View/UCLA Medical Center 14445 Olive View Dr. 2 nd Floor, Room 2D142 Sylmar 91342 (747) 210-4154	Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center 7601 E. Imperial Hwy. Bldg.602 Downey 90242 (562) 385-7320																		
Clínicas	<table border="0"> <tr> <td>Antelope Valley Health Center 335-B E. Ave. K-6 Lancaster 93535 (661) 471-4147 (661) 471-4000</td> <td>Glendale Health Center 501 N. Glendale Ave. Glendale 91206 (818) 291-8900</td> <td>Lake Los Angeles Clinic 16921 E. Avenue 0, Space G Lake Los Angeles 93535 (661) 471-4000</td> <td>Mid Valley Comp. Health Center 7515 Van Nuys Blvd. Van Nuys 91405 (818) 627-3000</td> <td>Martin Luther King, Jr. Outpatient Center 1670 East 120th St. Los Angeles 90059 (424) 338-1817</td> </tr> <tr> <td>Bellflower Health Center 10005 E. Flower St. Bellflower 90706 (562) 526-3000</td> <td>H. Claude Hudson Comp. Health Center. 2829 South Grand Ave. Los Angeles 90007 (213) 699-7000</td> <td>La Puente Health Center 15930 Central Ave. La Puente 91744 (626) 986-2900</td> <td>San Fernando Health Center 1212 Pico St. San Fernando 91340 (818) 627-4717</td> <td>High Desert Regional Health Center 335 East Ave I Lancaster 93536 (661) 471-4000</td> </tr> <tr> <td>Dollarhide Health Center 1108 N. Oleander Compton 90220 (310) 763-2244</td> <td>H.H. Humphrey Comp. Health Center 5850 So. Main St. Los Angeles 90003 (323) 897-6000</td> <td>Littlerock Community Clinic 8201 Pearblossom Hwy. Littlerock 93543 (661) 471-4000</td> <td>South Valley Health Center 38350 40th St. East Palmdale 93550 (661) 471-4000</td> <td>E. R. Roybal Comp. Health Center 245 S. Fetterly Ave. Los Angeles 90022 (323) 362-1010</td> </tr> <tr> <td>El Monte Comp. Health Center 10953 Ramona Boulevard El Monte 91731 (626) 434-2500</td> <td>Harbor/UCLA Family Health Center 1403 West Lomita Blvd., 2nd Floor Harbor City, 90710 (310) 534-7600</td> <td>Long Beach Comp. Health Center. 1333 Chestnut Ave. Long Beach 90813 (562) 735-2300</td> <td>Wilmington Health Center 1325 Broad Ave. Wilmington 90744 (310) 518-8800</td> <td></td> </tr> </table>	Antelope Valley Health Center 335-B E. Ave. K-6 Lancaster 93535 (661) 471-4147 (661) 471-4000	Glendale Health Center 501 N. Glendale Ave. Glendale 91206 (818) 291-8900	Lake Los Angeles Clinic 16921 E. Avenue 0, Space G Lake Los Angeles 93535 (661) 471-4000	Mid Valley Comp. Health Center 7515 Van Nuys Blvd. Van Nuys 91405 (818) 627-3000	Martin Luther King, Jr. Outpatient Center 1670 East 120th St. Los Angeles 90059 (424) 338-1817	Bellflower Health Center 10005 E. Flower St. Bellflower 90706 (562) 526-3000	H. Claude Hudson Comp. Health Center. 2829 South Grand Ave. Los Angeles 90007 (213) 699-7000	La Puente Health Center 15930 Central Ave. La Puente 91744 (626) 986-2900	San Fernando Health Center 1212 Pico St. San Fernando 91340 (818) 627-4717	High Desert Regional Health Center 335 East Ave I Lancaster 93536 (661) 471-4000	Dollarhide Health Center 1108 N. Oleander Compton 90220 (310) 763-2244	H.H. Humphrey Comp. Health Center 5850 So. Main St. Los Angeles 90003 (323) 897-6000	Littlerock Community Clinic 8201 Pearblossom Hwy. Littlerock 93543 (661) 471-4000	South Valley Health Center 38350 40th St. East Palmdale 93550 (661) 471-4000	E. R. Roybal Comp. Health Center 245 S. Fetterly Ave. Los Angeles 90022 (323) 362-1010	El Monte Comp. Health Center 10953 Ramona Boulevard El Monte 91731 (626) 434-2500	Harbor/UCLA Family Health Center 1403 West Lomita Blvd., 2 nd Floor Harbor City, 90710 (310) 534-7600	Long Beach Comp. Health Center. 1333 Chestnut Ave. Long Beach 90813 (562) 735-2300	Wilmington Health Center 1325 Broad Ave. Wilmington 90744 (310) 518-8800	
Antelope Valley Health Center 335-B E. Ave. K-6 Lancaster 93535 (661) 471-4147 (661) 471-4000	Glendale Health Center 501 N. Glendale Ave. Glendale 91206 (818) 291-8900	Lake Los Angeles Clinic 16921 E. Avenue 0, Space G Lake Los Angeles 93535 (661) 471-4000	Mid Valley Comp. Health Center 7515 Van Nuys Blvd. Van Nuys 91405 (818) 627-3000	Martin Luther King, Jr. Outpatient Center 1670 East 120th St. Los Angeles 90059 (424) 338-1817																	
Bellflower Health Center 10005 E. Flower St. Bellflower 90706 (562) 526-3000	H. Claude Hudson Comp. Health Center. 2829 South Grand Ave. Los Angeles 90007 (213) 699-7000	La Puente Health Center 15930 Central Ave. La Puente 91744 (626) 986-2900	San Fernando Health Center 1212 Pico St. San Fernando 91340 (818) 627-4717	High Desert Regional Health Center 335 East Ave I Lancaster 93536 (661) 471-4000																	
Dollarhide Health Center 1108 N. Oleander Compton 90220 (310) 763-2244	H.H. Humphrey Comp. Health Center 5850 So. Main St. Los Angeles 90003 (323) 897-6000	Littlerock Community Clinic 8201 Pearblossom Hwy. Littlerock 93543 (661) 471-4000	South Valley Health Center 38350 40th St. East Palmdale 93550 (661) 471-4000	E. R. Roybal Comp. Health Center 245 S. Fetterly Ave. Los Angeles 90022 (323) 362-1010																	
El Monte Comp. Health Center 10953 Ramona Boulevard El Monte 91731 (626) 434-2500	Harbor/UCLA Family Health Center 1403 West Lomita Blvd., 2 nd Floor Harbor City, 90710 (310) 534-7600	Long Beach Comp. Health Center. 1333 Chestnut Ave. Long Beach 90813 (562) 735-2300	Wilmington Health Center 1325 Broad Ave. Wilmington 90744 (310) 518-8800																		