



Políticas y procedimientos administrativos y operacionales

Número de política:	1.10	Fecha de emisión original:	15 de enero de 2013
Sector:	Finanzas	Fecha de estudio:	29 de abril de 2013
Título:	Política de Ayuda Financiera	Fecha de actualización:	1 de enero de 2014 1 de febrero de 2018
Organismo Regulador:	Departamento del Tesoro de los EE. UU., IRS		

POLÍTICA:

Children's Healthcare of Atlanta, Inc. (forma abreviada "Children's") entiende que los pacientes o los fiadores pueden tener dificultades para cubrir los gastos de atención médica debido a circunstancias imprevistas, a la falta de cobertura de seguro médico o a que las deudas de los montos a pagar por cuenta propia exceden sus medios económicos. Children's brinda opciones de asistencia financiera a pacientes o fiadores, y este documento muestra en líneas generales el procedimiento a seguir para solicitar ayuda financiera y los criterios utilizados para determinar la elegibilidad.

Esta política abarca todos los servicios brindados por proveedores, incluidos los servicios de emergencia, que ofrece Children's Healthcare of Atlanta; sin embargo, no incluye los honorarios profesionales de los médicos. La lista de lugares de atención y servicios específicos comprendidos en esta política se incluye en el Apéndice A.

A todos los efectos de esta política, la frase "pacientes o fiadores" refiere a la(s) persona(s) financieramente responsable(s) de una cuenta en Children's Healthcare of Atlanta: pacientes, madres, padres, tutores legales o cualquier otra persona que se identifique como fiador de una cuenta de Children's.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) definen el término "**necesario desde el punto de vista médico (también, médicamente necesario)**" de la manera siguiente: Servicios o suministros que: son adecuados y necesarios para el diagnóstico o tratamiento del estado de salud de un paciente, se proveen para el diagnóstico, atención directa y tratamiento de la enfermedad, cumplen con los estándares de la buena práctica médica en el área local y su razón de ser no es principalmente debido a la conveniencia del paciente o de su doctor.

Los CMS definen el término "**entidad de proveedores**" de la manera siguiente: proveedor de servicios de atención médica que se crea o lo adquiere otro proveedor principal con la finalidad de ofrecer servicios de atención médica de un tipo diferente de aquellos que ofrece el proveedor principal bajo el nombre, propiedad, administración y control financiero del proveedor principal. Una entidad de proveedores comprende tanto las instalaciones físicas específicas que sirven como el lugar donde se brindan servicios de un tipo tal cuyos pagos pueden reclamarse bajo los programas de Medicare o Medicaid, como también el personal y equipos necesarios para realizar los servicios en el lugar".



Políticas y procedimientos administrativos y operacionales

Los servicios brindados por proveedores se prestan en un departamento o lugar hospitalario que es propiedad del hospital, o el hospital alquila el espacio, y emplea a médicos y otro tipo de personal de apoyo que participa en la atención de los pacientes
<https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/downloads/r57soma.pdf>

PROCEDIMIENTO:

Children's tomará las medidas correspondientes para comunicar a los pacientes o fiadores acerca del Programa de Ayuda Financiera así como de los pasos a seguir para presentar una solicitud de ayuda.

Criterios de elegibilidad para el Programa de Ayuda Financiera de Children's

La elegibilidad para el Programa de Ayuda Financiera de Children's requiere que se cumplan estos criterios:

- La situación financiera del paciente o del fiador cumple con ciertas condiciones de una prueba de necesidades. Children's utiliza una escala basada en los ingresos de acuerdo con las pautas actuales de pobreza publicadas en el Registro Federal de los EE. UU. Los pacientes o fiadores calificarán como elegibles para recibir ayuda financiera total o parcial cuando sus ingresos familiares sean iguales o menores al 340% de lo establecido en las Pautas Federales de Pobreza publicadas.
- El servicio que se le brindó al paciente era necesario desde el punto de vista médico pero no estaba cubierto o ningún seguro lo cubría en forma completa. Donde el paciente o el fiador haya quedado con una obligación financiera luego del pago del seguro médico.
- El paciente no fue aceptado para participar en ningún programa de financiación federal, de organismo estatal o fundación privada.
- El paciente o fiador cumplió con todos los pasos del proceso de solicitud de financiación de un programa federal, estatal o de una fundación privada.
- El paciente o fiador agotó todos los otros posibles medios de ayuda financiera de fundaciones privadas o de otras organizaciones relacionadas con la salud y servicios sociales.
- El paciente o los fiadores que cumplan con los requisitos enumerados anteriormente podrán solicitar ayuda económica en cualquier momento, antes, durante o después de recibir la atención médica.
- Children's otorgará asistencia según su decisión de acuerdo con pruebas que pueden ser diferentes de las descritas en el documento de la Política de Asistencia Financiera (FAP).

Método para la aplicación del Programa de Ayuda Financiera de Children's

1. Children's estudia regularmente los casos de todos los pacientes con recursos financieros limitados para determinar su elegibilidad para los siguientes programas:



Políticas y procedimientos administrativos y operacionales

- Planes Grupales de Seguro Médico
 - Planes Individuales de Seguro médico
 - COBRA
 - Créditos tributarios (de impuestos) para Cobertura Médica
 - Peachcare for Kids (seguro médico para niños)
 - Medicaid (incluidos Emergency Medicaid, Medically Needy, Katie Beckett, Presumptive Medicaid, etc.)
2. Los pacientes que califiquen para cualquiera de los programas referidos en el párrafo anterior deberán inscribirse en el programa o cumplir con el proceso de solicitud en su totalidad, presentando todos los documentos requeridos; de lo contrario, dichos pacientes pueden no ser elegibles para el Programa de Ayuda Financiera de Children's. Los requisitos específicos de este programa se encuentran en <http://dfcs.dhs.georgia.gov/medicaid>
3. Si se determina que el paciente o fiador no es elegible para recibir ayuda estatal o federal ni de fundaciones privadas u otras organizaciones relacionadas con la salud y servicios sociales, el paciente o fiador podrá completar el formulario *Children's Financial Application Form* para recibir ayuda financiera.

Los formularios de solicitud de ayuda financiera pueden obtenerse en forma gratuita en cualquiera de las dependencias de Children's o solicitarse por teléfono, fax o correo electrónico, o personalmente en horario de oficina en el Departamento de Asesoramiento Financiero:

Teléfono: 404/785/5060, Fax: 404/785/9236, Dirección: 1644 Tullie Circle, Atlanta GA 30329. Los formularios *Children's Financial Application Form* están disponibles en inglés en español se pueden descargar del sitio web de Children's en: www.choa.org/Patients-families/Billing-and-Insurance/Financial-Assistance.

4. El formulario *Children's Financial Application Form* completo debe presentarse junto con los documentos requeridos a la atención del *Children's Financial Resource Coordinator* (coordinador de recursos financieros) para la consideración de otorgamiento de ayuda financiera de Children's.

Para ver la documentación requerida por el formulario de solicitud de ayuda financiera de Children's, consulte Apéndice B.

5. Toda solicitud incompleta no será considerada y se enviará una carta por correo al solicitante pidiéndole la documentación que falte.
6. Una vez recibida la solicitud completa y todos los documentos de información comprobatoria, el coordinador de recursos financieros congelará la cuenta en el sistema de facturación de Children's para detener todas las medidas tendientes al cobro en tanto se estudia la solicitud.

7. El proceso de revisión puede llevar hasta noventa (90) días a partir de la fecha de recepción de la solicitud completa y de todos los documentos de información comprobatoria.
8. Si la solicitud de ayuda financiera no estuviera completa y no se presentara toda la documentación de información comprobatoria dentro de los treinta (30) días siguientes a haberlo solicitado así un asesor financiero, la solicitud se dará por cerrada, y el paciente o fiador recibirá una factura por el saldo adeudado.
9. Una vez recibida la solicitud completa, el coordinador de recursos financieros evaluará la solicitud y toda la documentación de información comprobatoria de acuerdo con las siguientes pautas:
 - Si el paciente o fiador **no está asegurado**, el análisis para determinar la elegibilidad se basará en el número de personas que componen la familia y en sus ingresos, usando las pautas federales de nivel de pobreza vigentes en ese momento. La ayuda financiera se otorgará al paciente o fiador elegible sobre una base escalonada desde cero por ciento (0 %) hasta cien por ciento (100 %), y se aplicará al saldo de la deuda.
 - Si el paciente o fiador **está asegurado**, la elegibilidad será determinada en primer lugar por un estudio de la solicitud de ayuda financiera y las pautas federales de nivel de pobreza, como se establece anteriormente. Las cuentas de pacientes que no cumplan con los criterios para el descuento del cien por ciento (100%), serán estudiadas por la Comisión de Excepción de Beneficencia para determinar cualquier posible descuento basándose en las circunstancias específicas del paciente o fiador.
10. Una vez finalizado el proceso de evaluación, se enviará una carta de determinación de la elegibilidad al paciente o fiador, en la que se comunicará la situación de la solicitud de ayuda financiera de la persona que la realizó junto con las razones de Children's para esa decisión.
11. Si recibe la aprobación para recibir ayuda financiera de Children's, la fecha en que la aprobación se hizo efectiva y el nivel de ayuda le serán comunicados por carta, incluido el porcentaje de descuento sobre cualquier saldo pendiente.
12. Una vez aprobado, se procesará el reajuste de la factura por servicios médicos brindados al paciente.
13. Si al paciente o fiador le corresponde un reembolso como resultado del descuento aplicado, se le otorgará dicho reembolso.
14. Si se concede un descuento parcial, el saldo restante deberá pagarse en su totalidad o habrá una opción para acordar un plan de pago sin intereses.

15. El paciente o fiador podrá decidir si desea apelar la decisión sobre ayuda financiera de Children's. Las apelaciones serán evaluadas por la Comisión de Excepción de Beneficencia, que tendrá la responsabilidad de determinar qué esfuerzos razonables se realizaron para establecer si el paciente o fiador era elegible y confirmar que las políticas de Children's hayan sido aplicadas correctamente. Si el paciente o tutor decide no apelar la decisión, la solicitud se dará por cerrada y se retomarán las medidas para el cobro ya que esto significará que el saldo pendiente debe ser pago.
16. Un paciente o fiador podrá presentar una nueva solicitud si cambian sus necesidades de atención médica o sus circunstancias financieras.

C. Prácticas para el cobro y la facturación en caso de no aprobación de ayuda financiera o de aprobación de ayuda financiera parcial.

1. El paciente o el fiador recibirá una factura si el saldo completo es responsabilidad del paciente (pago por cuenta propia) y
 - El saldo a pagar por cuenta propia es mayor o igual a \$10.00.
 - La cuenta del paciente no tiene ninguna retención de estados de cuenta ni indicadores de facturación que impidan la generación de estas facturas, incluida una solicitud de ayuda financiera pendiente.
 - Se encuentra en archivo una dirección de correo válida sin correspondencia devuelta.
2. Las cuentas califican para que se realicen actividades internas de cobro de deudas dentro de Children's debido a que no se han pagado. Luego de intentar cobrar la deuda por todos los medios internos posibles, si aún no se paga, la cuenta quizás se transfiera a un proveedor externo de servicios de cobros como "deuda incobrable". Children's toma las medidas adecuadas para confirmar que los pacientes y los encargados sepan sobre los esfuerzos que se realizan antes de enviar las cuentas a un cobrador de "deudas incobrables". A continuación se muestra un resumen de las medidas que se toman para cobrar saldos pendientes:
 - a. Cobro "interno" de cuentas atrasadas
 - El fiador recibe mensualmente los estados de cuenta y/o cartas de cobro de deudas atrasadas.
 - Luego de aproximadamente noventa (90) días, luego de enviarse el primer estado de cuenta, si el saldo no se paga en su totalidad y no se ha realizado ningún acuerdo de pago, se emite una carta de cobro de deuda o un estado de cuenta final.
 - b. Cobro externo de "deudas incobrables"



Políticas y procedimientos administrativos y operacionales

- Luego de aproximadamente ciento veinte (120) días de haberse realizado los intentos de cobro interno de cuentas atrasadas (incluido el envío de la carta de cobro de deuda o estado de cuenta final), se transferirá la cuenta a una agencia de cobros especializada en "deudas incobrables".
 - Las cuentas permanecen a cargo de esta agencia entre seis (6) y doce (12) meses, tiempo durante el cual la agencia de cobros hará otros intentos a fin de cobrar los saldos pendientes. Si aún así no se logra cobrar, el saldo quizá se dé por perdido como una deuda incobrable.
- c. Children's se rige por la Ley de Prácticas Justas de Cobro de Deudas. "Children's no implora ninguna acción de cobro extraordinaria tal como la define el IRS". En ningún momento, Children's ni los cobradores que actúen en representación de Children's, informarán a ninguna agencia de información de solvencia crediticia (como, por ejemplo, Equifax, Transunion, Experian) ni utilizarán ningún medio legal o judicial para cobrar las deudas de pagos por cuenta propia. Esta política corresponde a todos los saldos de pagos por cuenta propia de facturas del hospital o de profesionales en todas las instalaciones de Children's. Además, Children's no "vende" sus cuentas por cobrar a agentes externos.

D. Cómo cobramos por nuestros servicios

Base para establecer los montos a cobrar a los pacientes

- Las sumas que se cobren por servicios médicos de emergencia y servicios necesarios del punto de vista médico que se proporcionen en el hospital (se excluyen los honorarios profesionales de los médicos) a pacientes elegibles para recibir ayuda financiera, no superarán las cantidades que se cobran en general a personas que tienen seguros que cubren dichos servicios.
- Se puede considerar la posibilidad de hacer reajustes de las deudas por atención médica debido a dificultades financieras o como beneficencia, para pacientes cuyos ingresos y bienes no les permitan pagar todo lo que deben dentro de un plazo razonable. La cantidad que se espera que un paciente y/o un fiador deba pagar se determina de acuerdo con su elegibilidad para participar en el Programa de Ayuda Financiera de Children's, tal como se determina en los criterios de elegibilidad que se detallan en II. A. Criterios de elegibilidad para el Programa de Ayuda Financiera de Children's.
- Children's podrá denegar una solicitud de ayuda financiera por varios motivos, entre otros:
 - Ingresos suficientes.
 - Nivel suficiente de bienes.

- Falta de cooperación del paciente o fiador o falta de interés por realizar cualquier esfuerzo razonable para liquidar de forma responsable el saldo adeudado, o presentarse a consideración de elegibilidad por parte de Medicaid u otra cobertura financiera.
- Solicitudes de atención médica en ausencia de medios concretos de obtener ayuda de largo plazo (por ejemplo medicación o dispositivos de implantación) necesarios para llevar adelante con éxito el tratamiento médico inicial (no se incluye la atención médica para una afección de emergencia).
- Solicitud de ayuda financiera incompleta a pesar de los esfuerzos razonables realizados para asistir al paciente
- Reclamación de responsabilidad o de seguro pendientes.
- Retención de información, por parte del paciente, sobre seguros o pago o fondos provenientes de conciliaciones relativas a seguros, incluidos pagos de seguro enviados al paciente para cubrir los servicios brindados, y reclamaciones por daños personales o accidentes.
- Proveer información errónea como medio de lograr la aprobación para recibir asistencia financiera.

E. Medidas para publicitar el Programa de Ayuda Financiera de Children's:

- Se brinda información sobre el Programa de Ayuda de Children's a pacientes o fiadores:
 - en el registro o ingreso del paciente, incluido un folleto en el paquete informativo que se entrega a los pacientes al ingresar al hospital
 - en el transcurso de la visita del asesor financiero de Children's a la habitación del paciente.
- Publicitando la disponibilidad de ayuda financiera en las salas de espera.
- En el sitio web externo de Children's, www.choa.org
- En los resúmenes de facturación y cartas de cobro enviadas a pacientes o fiadores.
- En las llamadas al Departamento de Atención al Cliente de Children's.
- En anuncios publicitando el Programa de Ayuda Financiera de Children's publicados anualmente en el periódico Atlanta Journal-Constitution.



Políticas y procedimientos administrativos y operacionales

APÉNDICE A:

El Programa de Ayuda Financiera de Children's cubre los servicios de proveedores realizados en cualquiera de las instalaciones o entidades de Children's:

Children's Healthcare of Atlanta
<ul style="list-style-type: none">• Children's Healthcare of Atlanta at Egleston (pacientes hospitalizados y ambulatorios)• Children's Healthcare of Atlanta at Scottish rite (pacientes hospitalizados y ambulatorios)
Centro Autónomo de Cirugía para Pacientes Ambulatorios
<ul style="list-style-type: none">• Children's Healthcare of Atlanta Surgery Center en Meridian Mark Plaza

- Los servicios profesionales (Profes) no están cubiertos bajo esta política excepto los servicios profesionales de la sala de urgencias.
- Los servicios prestados por Children's Healthcare of Atlanta at Hughes Spalding **NO** están cubiertos Bajo esta política. (Children's Healthcare of Atlanta at Hughes Spalding es propiedad del Grady Health System® y es dirigido por HSOC Inc., institución asociada a Children's. La atención médica brindada es cubierta por separado por la Política de ayuda financiera/beneficencia del Grady Health System.)



Políticas y procedimientos administrativos y operacionales

APÉNDICE B:

Formulario de Solicitud de Ayuda Financiera de Children's

Estimados padres, madres o tutores legales:

Cada año, a través del Fondo Fiduciario para Cuidados de Personas Indigentes de Georgia (*Georgia Indigent Care Trust Fund*), Children's Healthcare of Atlanta recibe fondos especiales para ayudar a los padres a pagar las cuentas médicas de sus hijos, siempre y cuando cumplan ciertos requisitos. Para solicitar un arancel reducido o gratuito por los servicios médicos que ya han sido provistos por Children's Healthcare of Atlanta, se debe proveer toda la información que se solicita en el formulario adjunto, junto con los comprobantes de ingresos, incluidos los formularios de impuestos completos más recientes y W2, como también los últimos talones de pago salarial.

Si no recibimos toda la información solicitada, junto con los comprobantes de ingresos, se les enviará una carta en la que se les pedirá la información faltante. Si dentro de los 30 días del pedido inicial la solicitud de ayuda financiera no está completa y acompañada de los documentos pertinentes, se la considerará cerrada.

Tenga en cuenta que debe residir en el estado de Georgia para poder obtener los fondos provistos por el Fondo Fiduciario para Cuidados de Personas Indigentes de Georgia. Se considera que una persona es residente si ha ingresado al estado con un compromiso laboral, o si está buscando empleo y no recibe ayuda por parte de otro estado.

Si no es residente de Georgia, o existe alguna consideración especial que usted desee que tengamos presente, debe usarse este mismo formulario para solicitar que se los tome en cuenta a fin de recibir ayuda financiera provista por otros fondos que no sean los del Fondo Fiduciario para Cuidados de Personas Indigentes de Georgia. La consideración de estas solicitudes estará determinada por la disponibilidad de otros fondos para otorgar ayuda a los solicitantes que reúnan los requisitos necesarios. Aun si envía esta solicitud, no le garantizamos que usted reúna las condiciones para recibir ayuda financiera o que puedan conseguir ayuda de otros programas de financiamiento.

En un plazo de 90 días se le notificará sobre la decisión del comité. Mientras tanto, sus cuentas se mantendrán suspendidas.

Recuerde que esta solicitud cubre únicamente los servicios médicos que ya han sido provistos. Si después de haber presentado la solicitud ocurren otros servicios médicos, debe avisarnos para que podamos determinar si necesita completar otra solicitud.

Debe enviarse la solicitud completa por correo a Indigent Care Trust Fund Committee, 1644 Tullie Circle, Atlanta, Georgia 30329, o por fax al (404) 785-9236. Por favor, incluya los siguientes comprobantes de ingresos: el formulario de impuestos 1040 más reciente, junto con sus W-2, como también los dos últimos talones de pago salarial. *Las solicitudes que no estén acompañadas de los comprobantes de ingresos no serán tomadas en cuenta para la ayuda financiera.*

Una vez que se haya tomado una decisión sobre su solicitud, le enviaremos una notificación por correo y usted podrán apelarla en forma verbal o escrita, dentro de los 30 días de haber recibido la carta.

Para apelar en forma verbal, llamar al 404-785-5060

La apelación por escrito debe ser enviada por correo a:

The Charity Coordinator
Le damos la bienvenida a Children's Healthcare of Atlanta.
1644 Tullie Circle,
Atlanta
TRA 30329

Si tienen alguna pregunta sobre este proceso, por favor llámenos al 404-785-5060.

Atentamente,

Fondo Fiduciario para Cuidados de Personas Indigentes



Políticas y procedimientos administrativos y operacionales

Estado financiero

(En imprenta, por favor)

Número de cuenta: _____ MR #: _____

Nombre del paciente: _____ Masc. _____ Fem. _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento del paciente _____ Fechas de admisión: _____

Información del solicitante

Nombre: Dr. Sr. Sra. Srta. _____

Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Cuántos años lleva en esta dirección: _____

Estado civil: Casado(a) _____ Divorciado(a) _____ Soltero(a) _____ Separado(a) _____

Número de hijos: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Cantidad de años con este empleador: _____

Puesto/Título: _____ Tipo de negocio: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

For Office Use Only

Advisory Board:

Información del cónyuge o cosolicitante

Nombre: Dr. Sr. Sra. Srta. _____

Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Cuántos años lleva en esta dirección: _____

Estado civil: Casado(a) _____ Divorciado(a) _____ Soltero(a) _____ Separado(a) _____

Número de hijos: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Cantidad de años con este empleador: _____

Puesto/Título: _____ Tipo de negocio: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

For Office Use Only



Políticas y procedimientos administrativos y operacionales

Ingreso mensual antes de los impuestos

Por favor, adjunte los siguientes documentos como comprobante de ingresos: el formulario de impuestos 1040 más reciente, acompañado por sus W-2, como también los dos últimos talones de pago salarial.
Las solicitudes que no estén acompañadas de los comprobantes de ingresos no serán tomadas en cuenta para la ayuda financiera.

Solicitante	Cónyuge o cosolicitante*
Paga por hora \$	Paga por hora \$
Horas de trabajo por semana	Horas de trabajo por semana
Seguro Social por mes \$	Seguro Social por mes \$
Discapacidad por mes \$	Discapacidad por mes \$
Ingresos netos por alquiler \$	Ingresos netos por alquiler \$
Desempleo por mes \$	Desempleo por mes \$
Manutención de menores por mes \$	Manutención de menores por mes \$
Pensión alimenticia por mes \$	Pensión alimenticia por mes \$
Asistencia pública \$	Asistencia pública \$
Otros \$	Otros \$
Total mensual \$	Total mensual \$

*Si está casado(a), debe incluirse la información del cónyuge en la solicitud.

Gastos mensuales de subsistencia

Pago de la hipoteca de la casa \$	Saldo sin pagar \$
Pago del alquiler \$	Saldo sin pagar \$
Servicios públicos \$	Saldo sin pagar \$
Automóvil \$	Saldo sin pagar \$
Préstamos \$	Saldo sin pagar \$
Tarjetas de crédito \$	Saldo sin pagar \$
(lista)	(razón)
Seguro \$	Saldo sin pagar \$
Doctor \$	Saldo sin pagar \$
Hospital \$	Saldo sin pagar \$
Otros \$	Saldo sin pagar \$
Total \$	Total \$

Si usted no anotó ingresos, por favor explique de qué forma paga la comida y la vivienda:



Políticas y procedimientos administrativos y operacionales

Consentimiento y acuerdo

Confirmando que la información contenida en esta solicitud es correcta y está completa, y que Children's Healthcare of Atlanta tiene mi permiso para verificar su exactitud. Entiendo que si Children's Healthcare of Atlanta comprueba que intencionalmente se ha incluido información falsa, no podré recibir ayuda financiera y seré responsable de todos los cargos.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Firma del cónyuge o cosolicitante: _____

Fecha: _____

APÉNDICE C
Cuadro del tamaño familiar e ingreso según FPL

NIVELES DE INGRESO 2018 - MENSUAL

**PAUTAS FEDERALES DEL NIVEL DE POBREZA (FPG, por sus siglas en inglés) Y
PORCENTAJES SELECCIONADOS DE LAS MISMAS**

(Según el Registro federal, Volumen 83, Número 12 (lunes, 18 de enero de 2018, en las páginas 2642-2644)

Tamaño de familia	Ingreso MENSUAL por debajo de									Tamaño de familia
	125%	145%	165%	185%	200%	235%	270%	305%	340%	
	FPG	FPG	FPG	FPG	FPG	FPG	FPG	FPG	FPG	
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	
1	\$1,265	\$1,467	\$1,669	\$1,872	\$2,023	\$2,377	\$2,732	\$3,086	\$3,440	1
2	\$1,715	\$1,989	\$2,263	\$2,538	\$2,743	\$3,223	\$3,704	\$4,184	\$4,664	2
3	\$2,165	\$2,511	\$2,857	\$3,204	\$3,463	\$4,069	\$4,676	\$5,282	\$5,888	3
4	\$2,615	\$3,033	\$3,451	\$3,870	\$4,183	\$4,915	\$5,648	\$6,380	\$7,112	4
5	\$3,065	\$3,555	\$4,045	\$4,536	\$4,903	\$5,761	\$6,620	\$7,478	\$8,336	5
6	\$3,515	\$4,077	\$4,639	\$5,202	\$5,623	\$6,607	\$7,592	\$8,576	\$9,560	6
7	\$3,965	\$4,599	\$5,233	\$5,868	\$6,343	\$7,453	\$8,564	\$9,674	\$10,784	7
8	\$4,415	\$5,121	\$5,827	\$6,534	\$7,063	\$8,299	\$9,536	\$10,772	\$12,008	8
9	\$4,865	\$5,643	\$6,421	\$7,200	\$7,783	\$9,145	\$10,508	\$11,870	\$13,232	9
10	\$5,315	\$6,165	\$7,015	\$7,866	\$8,503	\$9,991	\$11,480	\$12,968	\$14,456	10
11	\$5,765	\$6,687	\$7,609	\$8,532	\$9,223	\$10,837	\$12,452	\$14,066	\$15,680	11
12	\$6,215	\$7,209	\$8,203	\$9,198	\$9,943	\$11,683	\$13,424	\$15,164	\$16,904	12
13	\$6,665	\$7,731	\$8,797	\$9,864	\$10,663	\$12,529	\$14,396	\$16,262	\$18,128	13
14	\$7,115	\$8,253	\$9,391	\$10,530	\$11,383	\$13,375	\$15,368	\$17,360	\$19,352	14
15	\$7,565	\$8,775	\$9,985	\$11,196	\$12,103	\$14,221	\$16,340	\$18,458	\$20,576	15
16	\$8,015	\$9,297	\$10,579	\$11,862	\$12,823	\$15,067	\$17,312	\$19,556	\$21,800	16
*	\$450	\$522	\$594	\$666	\$720	\$846	\$972	\$1,098	\$1,224	*

* Para las unidades familiares de más de 8, la cantidad que se indica se añadió a cada integrante adicional.

J	Ingreso superior a 340 % de las pautas de pobreza federales
----------	--