



Políticas y procedimientos administrativos y operacionales

Número de política:	1.10	Fecha de emisión original:	15 de enero de 2013
Sector:	Finanzas	Fecha de actualización:	29 de abril de 2013
Título:	Política de Ayuda Financiera	Fecha de modificación:	17 de febrero de 2021
Organismo regulador:	Departamento del Tesoro de los EE. UU., el IRS		

I. POLÍTICA:

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

La lista de los lugares y los servicios específicos que cubre esta política se incluye en el Apéndice A.

Definiciones

Los pacientes y los fiadores se definen como las personas que tienen responsabilidad financiera por el pago de una cuenta en Children's Healthcare of Atlanta. Estos pueden ser el paciente, su padre, madre o tutor o la persona que haya sido identificada como el fiador para una cuenta determinada en Children's Healthcare of Atlanta.

Medicamento necesario, según lo definen los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por su siglas en inglés), es un "servicio o los suministros que sean adecuados y necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de una afección médica de un paciente, los que son provistos para el diagnóstico, la atención directa y el tratamiento de la afección médica, los que cumplen los estándares de la buena práctica médica en el área local y los que no son principalmente para la comodidad del paciente o de su médico".

La Comisión de Excepción de Beneficencia se define y describe dentro de la Política de Beneficencia de Children's. El grupo examina y recomienda los criterios que se deben utilizar para determinar si los servicios prestados a los pacientes que tienen la cobertura de un seguro califican para ayuda financiera en relación con el saldo que es responsabilidad del paciente después del pago del seguro.



Políticas y procedimientos administrativos y operacionales

II. PROCEDIMIENTO:

A. Criterios aplicables para el Programa de Ayuda Financiera de Children's

Requisitos para recibir ayuda financiera

- La situación financiera del paciente o del fiador debe cumplir una prueba de necesidades. Children's utiliza una escala basada en los ingresos de acuerdo con las pautas actuales de nivel de pobreza publicadas anualmente en el Registro Federal de los EE. UU. Los pacientes o los fiadores cumplen los requisitos para recibir ayuda financiera parcial o completa cuando los 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 médicamente necesario, pero no estaba cubierto por ningún plan de seguro o existía un saldo remanente después de que todos los pagos del seguro se habían recibido.
- El paciente no ha sido aprobado para participar en ningún programa de fundaciones privadas, estatales o federales. Children's examina regularmente a todos los pacientes con recursos financieros limitados para ver si cumplen los requisitos para los siguientes programas:
 - Planes grupales de seguro médico
 - COBRA
 - Planes individuales de seguro médico, incluidos los disponibles en el mercado de seguros de salud HealthCare.gov
 - Créditos fiscales de cobertura de salud
 - Peachcare for Kids
 - Medicaid (incluidos Emergency Medicaid, Medically Needy, Katie Beckett, Presumptive Medicaid, etc.).
- El paciente o el fiador debe haber cumplido plenamente con el proceso de solicitud para obtener el financiamiento de cualquiera de los programas privados, estatales o federales apropiados. Los pacientes que califiquen para cualquiera de estos programas deben inscribirse en el programa o cumplir el proceso completo de solicitud presentando todos los documentos requeridos por la agencia u organización.
- El paciente o el fiador agotó todas las otras fuentes de ayuda financiera de fundaciones privadas u otras organizaciones de servicio social y relacionadas con la salud.
- El paciente o el garante ha completado la solicitud de ayuda financiera de Children's en su totalidad y ha presentado toda la documentación justificativa adecuada que se solicita.

B. Método para inscribirse en el Programa de Ayuda Financiera de Children's

1. Si se determina que el paciente o el fiador no califica para la asistencia federal o estatal, de fundaciones privadas o de otras organizaciones de servicio social o



Políticas y procedimientos administrativos y operacionales

relacionadas con la salud, el paciente o el fiador puede completar el formulario de Solicitud de ayuda financiera de Children's (*Children's Financial Application Form*).

El formulario de Solicitud de ayuda financiera (*Financial Application Form*, véase el apéndice B) puede obtenerse sin costo en cualquier oficina de Children's Hospital o puede solicitarse por teléfono, fax, correo o personalmente durante el horario comercial en la oficina del Departamento de Asesoramiento Financiero (*Financial Counseling Department*):

Dirección:
1575 Northeast Expressway
Atlanta, GA. 30329
Tel: (404) 785-5060
Fax: (404) 785-9236

La Solicitud de ayuda financiera de Children's está disponible en inglés y en español y puede descargarse desde el sitio web de Children's en:

<https://www.choa.org/patients/bills-and-insurance>

2. El formulario de la Solicitud de ayuda financiera debe presentarse junto con los documentos requeridos como se indica en la solicitud al Coordinador de Recursos Financieros de Children's (*Children's Financial Resource Coordinator*) en la dirección indicada antes para ser considerado para la ayuda financiera de Children's.

Consulte el Apéndice B para conocer la documentación requerida por el formulario de Solicitud de ayuda financiera de Children's.

3. Las solicitudes incompletas no serán consideradas y se enviará una carta por correo al solicitante pidiéndole la documentación que falte.
4. Una vez completada la solicitud y recibidos todos los documentos de información comprobatoria, el Coordinador de Recursos Financieros marcará la cuenta en el sistema de facturación de Children's para detener los esfuerzos de cobro mientras se analiza la solicitud.
5. Si la Solicitud de ayuda financiera está incompleta y no se recibe toda la documentación de información comprobatoria dentro de los treinta (30) días del pedido de un asesor financiero, se cerrará la solicitud y el paciente o el fiador recibirá una factura por el saldo adeudado.
6. Una vez recibida la solicitud completa, el Coordinador de Recursos Financieros evaluará la solicitud y toda la documentación de información comprobatoria según los siguientes criterios:

- Si el paciente o el fiador **no está asegurado**, el análisis de idoneidad se basará en el número de personas que componen la familia y el ingreso según las pautas federales de nivel de pobreza actual. La ayuda financiera se otorgará a los pacientes o a los fiadores que reúnan los requisitos sobre una base escalonada desde 0% hasta 100% del monto generalmente facturado por Children's.
 - Si el paciente o el fiador está **asegurado**, la idoneidad se determina mediante un análisis de la Solicitud de ayuda financiera y las pautas federales de nivel de pobreza, como se señaló antes. Las cuentas de los pacientes que no cumplen los criterios para un descuento del 100% son revisadas por la Comisión de Excepción de Beneficencia en relación con los descuentos que haya disponibles según las circunstancias específicas del paciente o el fiador.
7. El proceso de revisión puede tomar hasta noventa (90) días a partir de la fecha de recepción de la solicitud completa y de todos los documentos de información comprobatoria.
 8. Children's puede denegar una Solicitud de ayuda financiera debido a varias razones, entre otras:
 - a. Ingresos superiores a los de las pautas federales de nivel de pobreza.
 - b. Nivel de activos suficientes.
 - c. Falta de cooperación del paciente o del fiador, incluso la falta de respuesta a los esfuerzos razonables para asegurar su idoneidad para Medicaid u otra cobertura financiera.
 - d. Solicitudes de servicios o cuidados opcionales sin prueba de ayuda a largo plazo (por ejemplo, los necesarios para regímenes de medicamentos o de implantación) necesarias para mantener el éxito de los resultados de la atención.
 - e. Solicitud de ayuda financiera incompleta a pesar de los esfuerzos razonables del personal de Children's para conseguir la información.
 - f. Seguro, cobertura de responsabilidad civil o reclamos pendientes.
 - g. Retención de información de seguros, pagos de terceros o liquidación de fondos, incluso los pagos del seguro enviados al paciente para cubrir los servicios brindados, así como reclamos relacionados con lesiones personales o accidentes.
 - h. Proporcionar información inexacta como medio de asegurar la aprobación de la ayuda financiera.
 9. Una vez finalizado el proceso de evaluación, se enviará una carta de determinación de idoneidad al paciente o al fiador en la que se comunicará el estado de la solicitud junto con los criterios para la determinación de Children's.

10. Si Children's aprueba la ayuda financiera, la fecha de vigencia de la aprobación y el nivel de ayuda se comunicará por carta, donde se incluirá el porcentaje de descuento sobre cualquier saldo pendiente y el monto adeudado.
11. Una vez aprobado, se procesará el ajuste de la factura del hospital del paciente.
12. Si al paciente o al fiador le corresponde un reembolso como resultado del descuento aplicado, se otorgará el reembolso correspondiente.
13. Si se concede un descuento parcial, el saldo restante deberá pagarse en su totalidad o habrá una opción para establecer un plan de pagos sin intereses.
14. El paciente o el fiador podrá decidir si desea apelar la decisión relativa a la ayuda financiera de Children's. La solicitud de apelación será revisada por la Comisión de Excepción de Beneficencia, que tiene la responsabilidad de determinar si se hicieron los esfuerzos razonables para establecer si el paciente o el fiador cumplía los requisitos y de confirmar que las políticas de Children's se han aplicado correctamente. Si el paciente o el tutor decide no apelar la decisión, la solicitud se cerrará y se reanudarán las actividades de cobranza, ya que se esperará el pago del saldo pendiente.
15. Un paciente o un fiador podrá presentar una nueva solicitud si cambian sus necesidades de atención médica o sus circunstancias financieras.
16. Children's puede determinar si un paciente o un fiador cumple los requisitos para beneficencia u otra ayuda financiera presuntamente basada en otra información o en información distinta de la presentada en una Solicitud de ayuda financiera completada.

C. Prácticas para el cobro y la facturación en el caso de una aprobación parcial o una desaprobarción de la ayuda financiera

1. Se facturará al paciente o al fiador si el saldo completo es responsabilidad del paciente (pago por cuenta propia) y si:
 - el saldo a pagar por cuenta propia es mayor o igual a \$10.00;
 - la cuenta del paciente no se retiene por ningún motivo, incluyendo una solicitud de ayuda financiera adeudada;
 - hay una dirección de correo válida en el archivo.
2. Los saldos de los pagos por cuenta propia califican para las actividades de cobranza internas hasta que la cuenta esté pagada en su totalidad. Una vez agotadas las actividades de cobranzas internas y si aún existe una cuenta pendiente de pago, la cuenta puede ser enviada a un proveedor externo para que se realicen otras acciones adicionales de cobranza. Children's realizará las acciones apropiadas para confirmar que los pacientes y los tutores estén informados de los esfuerzos que se

hicieron antes de enviar la cuenta a un proveedor externo de servicios de cobranzas.

3. Este es un resumen del proceso de facturación y cobranza de Children's:
 - Cobranzas internas
 - El fiador recibe mensualmente los estados de cuenta y, luego, las cartas de cobranza.
 - Después de unos 120 días y tras el envío cuatro estados de cuenta y dos cartas de cobranza, si el saldo no se paga en su totalidad y no se hacen arreglos para los pagos, se enviará una carta de cobranza o un estado de cuenta final y la cuenta podrá enviarse a una agencia externa de cobranzas.
 - Agencia externa de cobranzas
 - Las cuentas se envían a la agencia por un período de seis (6) a doce (12) meses durante el cual la agencia hará esfuerzos adicionales para cobrar los saldos pendientes. Si no los puede cobrar, el saldo impago puede devolverse a Children's para que lo considere incobrable.
4. Children's se rige por la Ley de Prácticas Justas en el Cobro de Deudas. Children's no participa en ninguna acción de cobro extraordinaria según lo definido por el IRS. En ningún momento, Children's ni las agencias de cobranzas:
 - informan a las oficinas de créditos (por ejemplo, Equifax, Transunion o Experian);
 - usan procesos legales o judiciales para cobrar deudas de pago a cargo del paciente;
 - "vende" sus cuentas adeudadas a proveedores externos.

D. Cómo cobramos nuestros servicios

- Las sumas que se cobren por los servicios de emergencias y los servicios médicamente necesarios por Children's Healthcare of Atlanta a los pacientes o fiadores que no tienen un seguro y que completan una Solicitud de ayuda financiera no superarán el monto promedio generalmente facturado a pacientes con una cobertura de terceros.
- El monto promedio generalmente facturado se calcula con la metodología *Look-Back*. El monto *Look-Back* se calcula sobre la base de los montos que permite el seguro para todos los pagos de los seguros registrados. Los pagos de los seguros incluyen los de Medicare, Medicaid y de otros terceros pagadores de seguros.
- El promedio del monto generalmente facturado se basará en los pagos de los seguros registrados en cada año calendario. El porcentaje se calculará el 28 de



Políticas y procedimientos administrativos y operacionales

febrero de cada año y se utilizará para calcular los montos adeudados del fiador por los servicios a partir del 1 de marzo y hasta el 28 de febrero del año siguiente.

- El promedio del monto generalmente facturado es la relación entre los montos totales admitidos del seguro para los pagos registrados durante el año y los cargos totales facturados a las cuentas que tuvieron pagos registrados para ellos. La proporción actual y una descripción del cálculo se pueden solicitar de una forma gratuita a través de un correo electrónico a billing@choa.org.
- La cantidad que espera pagar el fiador se determina por su idoneidad para el Programa de Ayuda Financiera de Children's según los criterios aplicables detallados en el punto II. A. Criterios aplicables para el Programa de Ayuda Financiera de Children's. La cantidad máxima que se espera que un fiador que cumple los requisitos para la ayuda financiera pague por los servicios prestados a un paciente sin seguro médico es del 100% del monto generalmente facturado.
- Los descuentos para los pacientes o los fiadores que califiquen para la ayuda financiera y que tienen la cobertura de un seguro se aplicarán a la responsabilidad del paciente identificada por el pagador o los pagadores del seguro.

E. Las medidas para dar a conocer el Programa de Ayuda Financiera de Children's incluyen lo siguiente:

- La información sobre el Programa de Ayuda de Children's se brinda a los pacientes o a los fiadores:
 - tras el registro o la admisión del paciente en el hospital, incluso en el folleto del paquete de admisión que se entrega a los pacientes a su ingreso;
 - durante las visitas de los asesores financieros de Children's a las habitaciones de los pacientes.
- La disponibilidad de ayuda financiera se publica en las salas de espera de todo el hospital.
- Los enlaces para conocer la política de ayuda financiera, el resumen en lenguaje llano, la solicitud de ayuda financiera y el listado de las entidades y los consultorios médicos cubiertos por la Política de Ayuda Financiera se encuentran en el sitio web externo de Children's: www.choa.org.
- Los resúmenes de facturación y las cartas de aviso de cobro enviadas a los pacientes o a los fiadores incluyen notas que indican que existe ayuda financiera disponible para los pacientes o los fiadores que reúnen los requisitos.
- El mensaje de espera de las llamadas al Departamento Contable de Atención al Paciente de Children's dice que existe ayuda financiera disponible para los pacientes o los fiadores que cumplen los requisitos.
- La disponibilidad de atención gratuita o con descuento publicada en los avisos del Atlanta Journal-Constitution todos los años.



Políticas y procedimientos administrativos y operacionales

Apéndice A

El Programa de Ayuda Financiera cubre los servicios que se prestan en estos centros de Children's:

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

- Los servicios profesionales no están cubiertos por esta política, excepto los siguientes:
 - los honorarios profesionales de la sala de urgencias;
 - los honorarios profesionales de los servicios del Grupo Médico de Children's prestados mientras un paciente está recibiendo atención en Children's Healthcare of Atlanta en Egleston y en Children's Healthcare of Atlanta en Scottish Rite.
- Los servicios prestados por Children's Healthcare of Atlanta en Hughes Spalding no están cubiertos por esta política. Children's Healthcare of Atlanta en Hughes Spalding es propiedad de Grady Health System® y está administrado por HSOC Inc., una institución asociada a Children's. La atención prestada está cubierta por el Sistema de Ayuda Financiera o la Política de Beneficencia de Grady Health independiente, disponible en el sitio web del Grady Memorial Hospital en [Grady Health System Financial Assistance Program](#).



Políticas y procedimientos administrativos y operacionales

Apéndice B

Formulario de Solicitud de Ayuda Financiera de Children's

Children's Healthcare of Atlanta en Egleston y en Scottish Rite proporcionan ayuda financiera a las familias para ayudarlas a pagar las facturas médicas de sus hijos. Para solicitar la tarifa reducida o servicios gratuitos de servicios médicos que ya han sido provistos por Children's Healthcare of Atlanta, se debe proveer toda la información solicitada en el formulario adjunto: comprobante de ingresos, incluso los formularios de impuestos más recientes, los formularios W2, así como copias de los comprobante de sueldo más recientes.

Si no recibimos toda la información solicitada, junto con los comprobantes de ingresos, no podremos procesar la solicitud y procederemos a cerrarla, y el paciente o el fiador recibirá una factura por el saldo pendiente.

Los residentes de Georgia podrán optar por los fondos aportados por el Fondo Fiduciario para Cuidados de Personas Indigentes de Georgia (el Fondo Fiduciario), así como por otras fuentes de financiación. Una persona es residente si ha entrado al estado con un compromiso de trabajo o se está buscando activamente empleo y no recibe asistencia de otro estado.

Si no es residente de Georgia o si existen consideraciones especiales que le gustaría que tengamos en cuenta, utilice este mismo formulario para solicitar ser considerado para la ayuda financiera del Fondo Fiduciario. Estas solicitudes se examinarán según la disponibilidad de otras fuentes de financiación para los candidatos calificados. Tenga en cuenta que completar la solicitud no es una garantía para obtener la ayuda financiera de alguna fuente.

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

Recuerde que su solicitud sólo cubre 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.

Si tiene preguntas con respecto a la ayuda financiera de Children's, llámenos al (404) 785-5060 de lunes a viernes de 8:30am a 4:00pm. La información también está disponible en línea en www.choa.org.

Envíe por correo la solicitud completa a:

Financial Resource Coordinator
Children's Healthcare of Atlanta
1575 Northeast Expressway
Atlanta, Georgia 30329

Como se señaló antes, adjunte los siguientes comprobantes de ingresos: formulario de impuestos 1040 más reciente con los formularios W-2 correspondientes y los comprobantes de sueldos más recientes. También puede enviar por fax la solicitud completa y los comprobantes de sus ingresos al (404) 785-9236. *No se considerarán para la ayuda financiera las solicitudes sin los comprobantes de ingresos.*



Políticas y procedimientos administrativos y operacionales

Estado financiero

(Escriba en letra de imprenta)

Número de cuenta(s): _____ Número de historia clínica: _____

Nombre del paciente: _____ Masculino _____ Femenino _____
(Apellido nombre segundo nombre)

Fecha de nacimiento del paciente _____ Fecha de admisión: _____

Información del solicitante

Nombre: Dr. Sr. Sra. _____

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 de 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: _____

Información del cónyuge o solicitante conjunto

Nombre: Dr. Sr. Sra. _____

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 de 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

Advisory Board:

Comments:



Políticas y procedimientos administrativos y operacionales

Ingreso mensual antes de los impuestos

Adjunte los siguientes documentos como comprobante de ingresos: Formulario de impuestos 1040 más reciente con los W-2 correspondientes y los dos comprobantes de sueldo más recientes. *Las solicitudes sin comprobantes de ingresos no serán consideradas para la ayuda financiera.*

Solicitante		Cónyuge o solicitante conjunto*	
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, debe incluir la información del cónyuge en la solicitud.

Gastos mensuales de subsistencia

Pago de hipoteca de la casa	\$	Saldo sin pagar	\$
Pago de 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 no ha ingresado sus ingresos en la lista, explique cómo paga su comida y su vivienda:

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 cree que esta información puede ser intencionalmente falsa, no calificaré para la ayuda financiera y seré responsable de todos los cargos.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Firma del cónyuge o solicitante conjunto: _____

Fecha: _____



Políticas y procedimientos
administrativos y operacionales

Apéndice C
Tabla FPL del tamaño familiar y los ingresos

NIVELES DE INGRESOS DE 2021 - Mensual Pautas

FEDERALES DE POBREZA (FPG) Y PORCENTAJES SELECCIONADOS

(Según el Registro Federal /Vol. 86, N.º 19 /Lunes, 1 de febrero de 2021, pp. 7732-7734)

Family Size	MONTHLY Income Under									Family Size
	125% FPG	145% FPG	165% FPG	185% FPG	200% FPG	235% FPG	270% FPG	305% FPG	340% FPG	
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	
1	\$1,342	\$1,556	\$1,771	\$1,986	\$2,147	\$2,522	\$2,898	\$3,274	\$3,649	1
2	\$1,815	\$2,105	\$2,395	\$2,686	\$2,903	\$3,411	\$3,920	\$4,428	\$4,936	2
3	\$2,288	\$2,654	\$3,020	\$3,386	\$3,660	\$4,301	\$4,941	\$5,582	\$6,222	3
4	\$2,760	\$3,202	\$3,644	\$4,085	\$4,417	\$5,190	\$5,963	\$6,735	\$7,508	4
5	\$3,233	\$3,751	\$4,268	\$4,785	\$5,173	\$6,079	\$6,984	\$7,889	\$8,795	5
6	\$3,706	\$4,299	\$4,892	\$5,485	\$5,930	\$6,968	\$8,006	\$9,043	\$10,081	6
7	\$4,179	\$4,848	\$5,517	\$6,185	\$6,687	\$7,857	\$9,027	\$10,197	\$11,367	7
8	\$4,652	\$5,396	\$6,141	\$6,885	\$7,443	\$8,746	\$10,049	\$11,351	\$12,654	8
9	\$5,125	\$5,945	\$6,765	\$7,585	\$8,200	\$9,635	\$11,070	\$12,505	\$13,940	9
10	\$5,598	\$6,494	\$7,389	\$8,285	\$8,957	\$10,524	\$12,092	\$13,659	\$15,226	10
11	\$6,071	\$7,042	\$8,014	\$8,985	\$9,713	\$11,413	\$13,113	\$14,813	\$16,513	11
12	\$6,544	\$7,591	\$8,638	\$9,685	\$10,470	\$12,302	\$14,135	\$15,967	\$17,799	12
13	\$7,017	\$8,139	\$9,262	\$10,385	\$11,227	\$13,191	\$15,156	\$17,121	\$19,085	13
14	\$7,490	\$8,688	\$9,886	\$11,085	\$11,983	\$14,080	\$16,178	\$18,275	\$20,372	14
15	\$7,963	\$9,237	\$10,511	\$11,785	\$12,740	\$14,970	\$17,199	\$19,429	\$21,658	15
16	\$8,435	\$9,785	\$11,135	\$12,484	\$13,497	\$15,859	\$18,221	\$20,582	\$22,944	16
*	\$473	\$549	\$624	\$700	\$757	\$889	\$1,022	\$1,154	\$1,286	*

* For family units over 8, the amount shown has been added for each additional member.

J Income Over 340% of Federal Poverty Guidelines