



<input checked="" type="checkbox"/>	EH	<input checked="" type="checkbox"/>	CVH - Emanate Health Hospice	<input checked="" type="checkbox"/>	Política
<input checked="" type="checkbox"/>	EHMC-Inter-Community Hospital	<input checked="" type="checkbox"/>	CVHC-Emanate Health Home Care	<input checked="" type="checkbox"/>	Procedimiento
<input checked="" type="checkbox"/>	EHMC-Queen of the Valley Hospital	<input checked="" type="checkbox"/>	FPH- Foothill Presbyterian Hospital	<input checked="" type="checkbox"/>	Adjuntos

Título: <b>Política de ayuda financiera de cuidado caritativo</b>		Política n.º: <b>A009</b>
Tipo: <b>Corporativo</b>		
Vigencia: 4/24/02	Corregido: 7/27/11	Revisado: 5/25/05, 7/27/05, 9/24/08, 5/1/2014, 4/25/18
Aprobado: Por favor vea la versión en Inglés para firmas		Fecha: 5/15/18
Aprobado: Por favor vea la versión en Inglés para firmas		Fecha: 6/14/18

### I. Propósito:

La misión de Emanate Health (EH) es ayudar a las personas a mantener el cuerpo, la mente y el espíritu saludables ofreciéndoles atención médica de calidad en un entorno compasivo. EH cumple con su misión al proveerle programas de ayuda financiera a las personas que tienen necesidades de atención médica y no están asegurados, tienen seguro insuficiente, son inelegibles para un programa gubernamental, o de otra manera no pueden pagar el cuidado médico necesario basado en sus situaciones financieras individuales. EH se esfuerza por satisfacer las necesidades de cuidado médico de todos los pacientes que buscan servicios de hospitalizados, ambulatorios, o de emergencia.

La misión y las metas operacionales de EH es de asegurar que toda la contabilidad y las transacciones relacionadas con el paciente se practiquen consistentemente para todas las operaciones de contabilidad de pacientes. El personal de nuestros Departamentos de admisiones y Servicios financieros para pacientes son responsables de asistir al paciente con su solicitud financiera y están a cargo de todas las transacciones de contabilidad del paciente. Un representante designado del Departamento de servicios financieros para pacientes analizará el caso individual para determinar la elegibilidad del paciente para ayuda financiera y determinar el descuento para el que califica el cliente.

Nuestra política incluye caridad y descuentos para los pacientes que califican financieramente bajo los términos y condiciones del Programa de ayuda financiera (Financial Assistance Program) de Emanate Health.

EH está comprometido con proveerle programas de ayuda financiera a los pacientes que no están asegurados, tienen seguro insuficiente, o no son elegibles y necesitan ayuda para pagar su cuenta del hospital. El propósito de esta política es definir la caridad y el cuidado caritativo descontado, del cual

**Título: Cuidado caritativo      Política n.º: A009**

su elegibilidad, ayuda financiera y elegibilidad para un descuento es determinado por la capacidad para pagar del paciente o su familia.

EH hace todo lo posible para informarles a nuestros pacientes del Programa de ayuda financiera de su hospital. Lo hacemos de la siguiente manera:

- Todos los pacientes registrados reciben un aviso por escrito del Programa de ayuda financiera de su hospital según el Código de rentas internas (Internal Revenue Code, IRC) 501(r).
- Cuando se solicite, se harán disponible copias de la Política de ayuda financiera, la Solicitud de ayuda financiera y el resumen en términos sencillos. Estos documentos también están disponibles en el sitio web del Hospital.
- Los pacientes sin seguro se seleccionan durante el proceso de registro para la elegibilidad en programas auspiciados por el gobierno o el Programa de ayuda financiera del hospital.
- Se publican avisos públicos a lo largo de los hospitales de EH, notificando al público sobre el Programa de ayuda financiera disponible para aquellos que califican.
- Los resúmenes de cuenta para pacientes de EH les brindan información para asistirlos en obtener cobertura auspiciada por el gobierno o ayuda financiera.
- Los programas de Compromiso de ayuda a la comunidad les brinda ayuda a los pacientes que buscan el Programa de ayuda financiera.

**II. Ayuda financiera/Elegibilidad para el cuidado caritativo**

La elegibilidad para caridad se considerará para aquellas personas que no están aseguradas, tienen seguro insuficiente, no son elegibles para cualquier programa gubernamental de beneficios de cuidado médico, y aquellas personas que no pueden pagar su cuidado, determinado por el ingreso de los familiares del paciente en relación con el Nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level). La indemnización de caridad se basará en la determinación individual de necesidad financiera. No tendrá en cuenta la edad, el género, la raza, el estado social o de inmigrante, la orientación sexual o la afiliación religiosa.

Se determinará la necesidad financiera de acuerdo con los procedimientos que involucran una evaluación individual de necesidad financiera; y pueden incluir lo siguiente:

1. un proceso de registro, en el cual se requiere que el paciente o el garante del paciente cooperen y provean información y documentación personal, financiera, entre otras, pertinentes para determinar la necesidad financiera;

**Título: Cuidado caritativo      Política n.º: A009**

2. el uso de fuentes externas de datos disponibles públicamente que proporcionan información sobre la capacidad de pago del paciente o del garante del paciente, tales como la información de crédito;
3. un intento razonable por parte de EH para obtener información representativa del paciente o del garante del paciente, si su seguro médico público o privado, o patrocinio, pueden pagar parte o por completo los costos de cuidado dados al paciente, incluido, entre otros:
  - a. Seguro médico privado, incluida la cobertura ofrecida a través de Intercambio de Beneficios de Salud de California;
  - b. Medicare;
  - c. El programa Medi-Cal, el Programa de servicios para los niños de California (California Children's Services Program), y otros programas de cobertura subsidiados por el estado o condado.
4. Tener en cuenta los activos disponibles del paciente y todos los otros recursos financieros disponibles para el paciente.

El formulario de solicitud se puede completar antes del servicio, durante la estadía del paciente, o después de que se hayan completado los servicios y al paciente se le ha dado el alta hospitalaria. La necesidad de ayuda para el pago puede ser evaluada en cada prestación de servicio posterior, o en cualquier momento que se da a conocer información adicional pertinente a la elegibilidad del paciente para ayuda para el pago. La solicitud de ayuda financiera se deberá hacer dentro del año de la fecha de servicio.

Las solicitudes para ayuda para el pago se procesarán de inmediato, y EH notificará al paciente o al solicitante sobre la decisión de la evaluación financiera.

**III. Requisitos de elegibilidad y los montos facturados al paciente**

El AGB es la suma de todos los montos de reclamos que las compañías de seguros de salud han permitido dividida por la suma de los cargos brutos asociados por esos reclamos. Emanate Health utiliza el método "Retrospectivo" para determinar el AGB para los servicios para pacientes ambulatorios. El reembolso de Tasa porcentual anual del grupo relacionado con el diagnóstico (Annual Percentage Rate – Diagnosis Related Group, APR-DRG) de Med-Cal correspondiente se aplica a los obstétricos, recién nacidos, cuidado neonatal intensivo y pediátricos. El DRG de Medicare se aplica a todos los demás servicios para pacientes hospitalizados.

**% de AGB = el monto de la suma de reclamos permitidos/la suma de los cargos brutos por esos reclamos.**

Monto permitido = cargos totales menos los ajustes contractuales

Si no se registra un ajuste contractual, entonces los cargos totales equivalen al monto permitido.

**Título: Cuidado caritativo      Política n.º: A009**

Los ajustes por negación se excluyen del cálculo, ya que las negaciones no afectan el monto permitido.

El AGB se calcula para cada hospital anualmente.

- Se utiliza el Método retrospectivo. Se utiliza un período de doce (12) meses.
- Incluye los cargos de Medicare por los servicios para todas las compañías de seguros privadas que pagan los reclamos al hospital.
- Pagadores excluidos: Medicaid, pendiente de Medicaid, sin seguro, tasas de pagos por aportes propios, facturación del centro de Medicare, vehículos motorizados y responsabilidad civil y reclamos por compensación laboral.

Los ajustes anuales entran en vigencia el 1 de febrero de cada año calendario; sin embargo, la fecha de entrada en vigencia también está sujeta a cambios.

Los servicios elegibles bajo esta política se harán disponibles al paciente sobre una escala de costos móvil, de acuerdo con la necesidad financiera, como se determina en relación al Nivel federal de pobreza vigente en el momento de decisión.

Con el propósito de esta política, el Nivel federal de pobreza (FPL) es el índice de pobreza que se actualiza periódicamente en el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, bajo la autoridad de la subsección (2) de la sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos.

- Los pacientes con activos monetarios o niveles de ingresos equivalente o menor al del 350 % del FPL, se amortizará la cuenta del hospital entera, sin importar el valor neto o el tamaño de la cuenta.
- Para los pacientes con activos monetarios o nivel de ingresos entre el 350 % y el 500 % del FPL, una parte de la cuenta del hospital estará sujeta a una amortización basada en la escala móvil siguiente, sin importar el valor neto o el tamaño de la cuenta:
  - 351 % – 400 % = amortización del 75 %
  - 401 % – 450 % = amortización del 50 %
  - 451 % – 500 % = amortización del 25 %
- Los pacientes con una cuenta del hospital que exceda los activos monetarios o el valor neto del paciente pueden calificar para estar cubiertos bajo esta política según las siguientes pautas:
  - Se les informará a los pacientes por escrito sobre la decisión de ayuda financiera del Departamento de servicios financieros para pacientes.

**Título: Cuidado caritativo**

**Política n.º: A009**

- Los pacientes que no son elegibles para la ayuda financiera o son elegibles para recibir una ayuda financiera que los deja debiendo una parte del saldo debido al hospital, puede solicitar un plan de pago del Departamento de servicios financieros para pacientes.
- En caso de una falta de pago de un monto descontado debido bajo esta política de ayuda financiera, el hospital podrá realizar acciones cobro futuras. Los detalles de las acciones de cobro futuras se pueden encontrar en la Política de facturación y cobro de EH. Una copia de esta política se puede obtener contactando al Departamento de servicios financieros para pacientes.

**NOTA:** Para los fines de determinar los activos monetarios o el ingreso, este análisis no incluirá:

- a. La jubilación o los planes de compensación aplazada calificados bajo el Código de rentas internas, o planes de compensación aplazada no-calificados.
  - b. Los primeros diez mil dólares (\$10,000) de los activos monetarios del paciente.
  - c. El cincuenta por ciento (50 %) de los activos monetarios del paciente sobre los primeros \$10,000.
- Se debe cumplir con las siguientes condiciones:
    - Si el paciente está asegurado, la responsabilidad del paciente NO es una participación del costo de Medicaid.
    - Una solicitud pendiente para otro programa de cobertura médica no impedirá la elegibilidad de ayuda financiera bajo esta política, sin embargo, la aprobación final de la ayuda financiera se podrá aplazar hasta que la solicitud pendiente sea procesada y se determine su elegibilidad.
    - El paciente completa y presenta una Solicitud de ayuda financiera.
    - El paciente presenta todos los documentos requeridos y pedidos, y responde a cualquier pregunta que surja del Programa de ayuda financiera dentro de los 30 días.

**IV. Proceso de selección y requisitos de documentación**

EH, mediante la ayuda de los departamentos de Servicio de inscripción de pacientes y Servicio financiero para pacientes (Patient Financial Services, PFS), asistirá a los pacientes que pueden calificar para cuidado caritativo.

**Título: Cuidado caritativo      Política n.º: A009**

1. Durante el proceso de inscripción o de admisión, los Asesores financieros (Financial Counselors, FC) de la Inscripción de pacientes deberán:
  - a. Seleccionar todos los pacientes que pueden calificar para el cuidado caritativo;
  - b. Recibir las solicitudes para cuidado caritativo de los pacientes o los representantes del paciente.
  - c. Hablar sobre la política de cuidado caritativo de EH con el paciente o los representantes del paciente.
  - d. Proporcionarle al paciente los formularios de solicitud de caridad: el formulario de Evaluación de selección financiera del hospital EH y el formulario de Certificación de ingreso.
    - i. El formulario de Evaluación de selección financiera del hospital solicita información del paciente, ingreso, activos monetarios, deudas, estado de discapacidad o de lesión, y provee la autorización por parte del paciente para que EH obtenga su información de crédito.
    - ii. El formulario de Certificación de ingreso solicita el ingreso familiar, la cantidad de dependientes, y copias de:
      - Solicitud de ayuda financiera completada y firmada.
      - Comprobantes de pago o, si trabaja por su cuenta, una declaración actualizada de ganancias y pérdidas del año para determinar sus ingresos.
      - Declaraciones de impuestos recientes y formulario W-2.
      - Prueba de cualquier prestación o ayuda que esté recibiendo como el programa de recursos generales, alimentos, desempleo, discapacidad, seguro de ingreso suplementario (Supplemental Security Income, SSI) y cartas de concesión para seguro social.
      - Las declaraciones de impuestos del año calendario pasado con todos los cronogramas requeridos para determinar la generación de activos incluyendo activos monetarios.
      - El formulario 1099 del año anterior para determinar los ingresos derivados de intereses, dividendos, ganancias de capital, etc.
  - e. Guiarán al paciente para completar los formularios y proporcionarán instrucciones para la presentación al departamento PFS.
2. Al recibir los formularios de solicitud y los documentos complementarios, PFS deberá:
  - a. Revisar los contenidos de los formularios y los documentos complementarios para ver que estén completos.

**Título: Cuidado caritativo      Política n.º: A009**

- b. Revisar los formularios de solicitud y los documentos, y solicitarle información adicional al paciente.
- c. Obtener información y documentación complementaria pertinente a la solicitud del paciente para un seguro o patrocinio privado o público, lo que puede incluir, entre otros:
  - i. Seguro médico privado, incluida la cobertura ofrecida a través de Intercambio de Beneficios de Salud de California;
  - ii. Medicare;
  - iii. Medi-Cal, el Programa de servicios para niños de California, y otros programas de salud estatales o del condado.
- d. Determinar y aprobar la indemnización de cuidado caritativo según los requisitos indicados en la sección III, Requisitos de elegibilidad y montos facturados al paciente.
- e. Notificar al paciente sobre la decisión de indemnización de cuidado caritativo.

**NOTA:** Se espera que los pacientes que solicitan cuidado caritativo completen los formularios de solicitud y le proporcionen documentos complementarios a EH. La presentación de información incompleta e imprecisa puede resultar en la denegación de la solicitud de cuidado caritativo y descuento. El hospital retiene entera discreción, acorde con las leyes y las normas, para establecer los requisitos de elegibilidad y determinar cuándo un paciente proporcionó evidencia suficiente para calificar para la ayuda financiera.

El designado del hospital autorizado para aprobar la solicitud de ayuda financiera se basa en la Ayuda financiera solicitada; un descuento más grande requiere un nivel más alto de aprobación, según lo indicado:

- Descuentos de \$ 1,000.00 a \$ 3,999.99: Gerente de cuentas del paciente
- Descuentos de \$ 4,000 a \$9,999.99: Director del Departamento de Servicios financieros para pacientes
- Descuentos de \$ 10,000 a \$49,999.99: Vicepresidente del Ciclo de ingresos
- Descuentos mayores a \$ 50,000.00: Vicepresidente director y Director de finanzas

**V. Política de cuidado caritativo y descuentos de médicos contratistas independientes**

Emanate Health está comprometido con brindarle cuidado sin discriminación, para condiciones médicas de emergencia, de acuerdo con la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto (Emergency Medical and Labor Act, EMTALA). Las instalaciones de EH están prohibidas de involucrarse en acciones que desanimen a las personas de buscar cuidado médico de emergencia, tal como exigir que los pacientes de los departamentos de emergencia paguen antes de recibir tratamiento para las condiciones médicas de emergencia, o al permitir acciones de cobro de deuda que interfieran con la provisión, sin discriminación, de cuidado médico de emergencia.

**Título: Cuidado caritativo****Política n.º: A009**

Todos los médicos de emergencia, cirujanos y profesiones sanitarias aliadas que presten servicios al paciente, incluidos, entre otros, radiólogos, patólogos, anestesiólogos y similares, son contratistas independientes y no son empleados ni representantes del hospital. Aquellos que le proveen cuidado médico de emergencia a los pacientes en hospitales generales de agudos, están obligados por ley a proporcionar descuentos a los pacientes sin seguro o a los pacientes con costos médicos altos, de los cuales sus ingresos equivalen o están por debajo del 350 % del FPL. La Ley también requiere que los hospitales generales de condiciones graves les notifiquen a los pacientes del programa de cuidado caritativo y descuentos de los médicos de emergencia. Aquellos proveedores no cubiertos por la política de EH, y no hay ningún otro proveedor (además de EH) que están cubiertos por esta política de EH.

El personal del FC o el PFS le avisará al paciente o a los representantes del paciente que contacte a la empresa de facturación de los médicos de emergencia, y que soliciten por el programa de cuidado caritativo y descuentos de los médicos de emergencia.

**VI. Comunicación de la Política de cuidado caritativo de EH a los pacientes y al público**

Se difundirá la información sobre la política de cuidado caritativo de EH en la Sala de Emergencias y en los departamentos de Inscripción de pacientes en todos los campus de EH, y todas las demás áreas que seleccione EH.

**VII. Política y procedimiento de cobro**

EH desarrolló una política y procedimientos para prácticas de cobro interno y externo que tiene en cuenta el alcance de la calificación del paciente para cuidado caritativo, el intento de buena voluntad del paciente de aplicar para un programa gubernamental o cuidado caritativo de EH, y el intento de buena voluntad del paciente de cumplir con su acuerdo de pago con EH.

Para los pacientes que califican para el cuidado caritativo y quienes cooperan en buena voluntad para resolver sus cuentas del hospital descontadas, EH puede ofrecerles planes de pago extendidos, no enviará cuentas pendientes a agencias externas de cobro, y terminarán los intentos de cobro. EH no impondrá acciones de cobro extraordinarias, tales como los embargos de salarios, derechos de retención de residencias primarias, y otras acciones legales para cualquier paciente sin primero haber hecho intentos razonables para determinar si el paciente es elegible para el cuidado caritativo bajo esta política.

Para los pacientes que no aplican, no califican, o no responden a los requisitos de documentación requeridos, EH continuará intentos razonables para cobrar las cuentas adeudadas. Esto incluye, entre otros, resúmenes, llamadas telefónicas, referencias a agencias externas de cobro, antes de que comiencen las acciones de cobro extraordinarios a 120 días después de la fecha del servicio. El



**Título: Cuidado caritativo                      Política n.º: A009**

Departamento de servicios financieros para pacientes es responsable de asegurar que se lleven a cabo intentos razonables para determinar la elegibilidad de una persona para la ayuda financiera, previo a que se lleven a cabo acciones de cobro extraordinarias contra dicha persona.

Todas las agencias de cobro externas contratadas con EH, las cuales llevan a cabo el seguimiento de cuentas o cobro de deudas incobrables, utilizarán los siguientes criterios para identificar un cambio de estado de deuda incobrable a cuidado caritativo:

1. Las cuentas de los pacientes no deberán tener seguro vigente (incluidos programas gubernamentales de cobertura y otros pagadores terceros).
2. El paciente o el familiar representante no ha realizado un pago dentro de los 120 días de que se asignó la agencia de cobro.
3. La agencia de cobro ha determinado que el paciente/el representante familiar no pueden pagar.

Todas las cuentas que han regresado de una agencia de cobro para la reasignación de Deuda incobrable a Cuidado caritativo se evaluará por el personal del hospital antes de cualquier reclasificación en los registros y el sistema contable del hospital.

**VIII. Procedimientos de cobros para los no asegurados y con seguro insuficiente**

Es política de EH proveerles a los pacientes no asegurados y a los que tienen seguro insuficiente las mismas prestaciones proporcionadas a sus contratistas de atención administrada.

EH hará seguimiento y cobrará todos los saldos de cuenta autopagados, también donde existen beneficios de terceros, todos los copagos y deducibles de los pacientes, ya sea en el momento de servicio, o cuando se vencen.

- A. El procedimiento para el cobro de las cuentas autopago y el copago y los deducibles del paciente:
  1. El sistema contable de pacientes del EH está diseñado para asistir al departamento de servicios financieros de pacientes, a través de una serie de resúmenes de cuentas y avisos de cobro para el cobro de saldos autopagados, así también como los copagos y los deducibles de nuestros pacientes, sin importar su fuente principal de pago, por ejemplo, Medicare, atención administrada, cobertura comercial, etc.
  2. Para los copagos y los deducibles de las cuentas Medicare, un representante de servicio financiero no asignará deuda incobrable hasta dentro de un mínimo de 120 días después de que se recibe el pago de Medicare, cuatro notificaciones de resúmenes de cuenta y se realice una llamada. Para los saldos después del seguro, no se le asignará deuda

**Título: Cuidado caritativo                      Política n.º: A009**

incobrible a una cuenta hasta un mínimo de 90 días después de que se reciba un pago de seguro, cuatro notificaciones de resúmenes de cuenta y se realice una llamada.

3. Los saldos no pagados al final del ciclo del resumen de cuenta está sujeto a notificaciones de cobro futuras por la agencia servicio de cobro contratada. La agencia de cobro continuará, entre otras acciones, mandando notificaciones, realizando llamadas, y adoptando medidas legales y reportando información a las agencias de crédito no antes de los 180 días del servicio.
  
- B. Se aplicarán los siguientes ajustes a las cuentas autopagadas antes de la facturación para los pacientes hospitalarios y ambulatorios:
  1. Todos los servicios ambulatorios, el saldo descontado representa la tasa de cobro promedio de Organización de administración de salud (Health Management Organization, HMO)/Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), que no excedan nuestro AGB establecido ( 2017 – 32 % ).
  
  2. Para los servicios hospitalarios, el saldo descontado representa el monto de DRG de Medicare y el monto de APR-DRG de Medi-Cal para los servicios hospitalarios pediátricos y cosméticos, que no excedan nuestro ACB establecido (2018 – 32 %).
  
  3. Para los pacientes que no pueden cumplir con obligación de deducible o copago o el monto total de la cuenta si no existen terceros:

EH ofrecerá la opción de un contrato de pago en cuotas. Se negociarán planes individuales entre el hospital y el paciente basado en la capacidad del paciente de cumplir las condiciones de pago. Como pauta general, los planes de pago se estructurarán para no durar más de 12 meses.
  
  4. Los pacientes que no puedan cumplir con cualquiera o parte de sus obligaciones financieras pueden aplicar para el Programa de ayuda financiera de EH (FAP). Se ajustará parte o todo el saldo basado en las necesidades individuales y los criterios que se cumplen.
  
- C. Siempre se deberán explorar las siguientes opciones de cobertura para evaluar la capacidad de pagar del paciente1:
  1. El vínculo para ayuda estatal, como lo son:
    - a. Med-Cal

**Título: Cuidado caritativo****Política n.º: A009**

- b. Servicios para niños de California
  - c. Cobertura para California (Covered California)
  - d. Otro
2. Los pacientes menores de veintiún años, quienes sean autopagados, se los remitirá al empleado de elegibilidad de Medi-Cal in situ, o a los proveedores contratados para completar una solicitud de Medi-Cal o al programa Apresurar la elegibilidad (Get Eligibility Moving, GEM) in situ.
  3. A todos los pacientes obstétricos quienes sean autopagados y no puedan satisfacer sus obligaciones financieras, se los remitirá al empleado de elegibilidad de Medi-Cal disponible en el lugar, o hacia
  4. los proveedores contratados para completar una solicitud de Medi-Cal o al programa Apresurar la elegibilidad (GEM) in situ.

Una copia de esta Política de ayuda financiera y un resumen en lenguaje sencillo está disponible en el sitio web de EH. Una copia en papel de la política se hará disponible al público cuando se solicite en cualquier campus del hospital de EH o por correo.

EH hace preparativos para la ayuda financiera para los pacientes calificados de buena voluntad y cuenta con que la información presentada por el paciente o el familiar representante esté completa y precisa.

La ayuda financiera no elimina el derecho a facturar, ya sea retrospectivamente o en el momento del servicio, todos los servicios cuando el paciente o un familiar representante proporcione información fraudulenta o intencionalmente incorrecta. Además, EH reserva el derecho a buscar todas las compensaciones, incluidos, entre otros, daños y perjuicios civiles y criminales de dichos pacientes y familiares representantes, los cuales han proporcionado información fraudulenta o intencionalmente incorrecta para poder calificar para el Programa de ayuda financiera de EH.

**Referencias**

Proyecto de ley 774 de la Asamblea de California (California Assembly Bill)  
Proyecto de ley 1503 de la Asamblea de California  
Proyecto de ley 1276 del Senado de California (California Senate Bill)