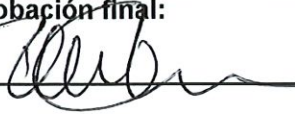
 <p>Ciclo de ingresos</p>	<p>Asunto: Política de Asistencia Financiera</p> <p>Número de póliza: 3500.070</p> <p>PÁGINA 1 DE 8</p>
<p>Aprobado por: Robert Boos, vicepresidente senior Servicios de ciclo de ingresos</p>	<p>Generado por: División • de Finanzas, Servicios de Cuentas para Pacientes</p>
<p>Aprobado por:</p>	<p>Fecha de vigencia: enero de 1999</p>
<p>Aprobación final:  Date: <u>4/2/2026</u></p>	<p>Fecha revisada: 25 de junio</p> <p>Fecha de revisión: 25 de junio, 26 de marzo, 26 de abril</p>
	<p>Referencia: 26 C.F.R. § 1.501(r)</p>

Política del sistema:

Serán utilizados por las siguientes Unidades Médicas de Cuidados Agudos: Methodist Medical Center, Parkwest Medical Center, Fort Sanders Regional Medical Center, LeConte Medical Center, Fort Loudoun Medical Center, Roane Medical Center, Morristown-Hamblen Health System, Cumberland Medical Center, Claiborne Medical Center

Declaración de propósito:

Covenant Health está comprometida a ofrecer servicios de salud de calidad medible en un entorno de cuidado, que satisfagan las necesidades de nuestros pacientes, médicos, empleadores, empleados y comunidad. Es la filosofía expresa de Covenant Health que nadie debe ser privado de la atención médica necesaria por la imposibilidad de pagar. En conjunto con esta filosofía, el protocolo y los procedimientos de asistencia financiera proporcionarán orientación al personal hospitalario para determinar la asistencia financiera.

Covenant Health ofrece atención gratuita o parcialmente gratuita a pacientes derivados por organizaciones comunitarias o benéficas que tienen acuerdos con hospitales individuales para ofrecer servicios específicos a pacientes identificados sin coste para el paciente, es decir, clínicas comunitarias gratuitas y un programa de vales para mamografía. Se presumirá que estos pacientes son elegibles para atención benéfica y no requerirán cribado adicional ni verificación del nivel de ingresos.

Política:

Servicios cubiertos

Toda la atención de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios, incluyendo la atención proporcionada en la instalación por una entidad sustancialmente relacionada, serán elegibles para asistencia financiera con las siguientes excepciones:

1. La parte de servicios actualmente cubierta por otros programas.
2. Los servicios que estarían cubiertos por seguros o pagadores gubernamentales si la persona hubiera cumplido con los requisitos de la póliza aplicable.
3. Servicios de urgencias no urgentes, servicios que no son médicamente necesarios, servicios electivos de hospitalización, servicios ambulatorios electivos y/o servicios no cubiertos por aseguradoras externas (por ejemplo, cirugía estética única, extracciones dentales en consulta externa, etc.).

Elegibilidad para la Evaluación

Los pacientes que demuestren incapacidad de pago y hayan agotado todas las fuentes de asistencia de pago pueden ser evaluados para comprobar la elegibilidad para la asistencia financiera. Además, los pacientes fallecidos y la verificación de la sucesión, o la ausencia de ella, revela que el patrimonio no contiene activos que cubran su deuda pendiente son elegibles para asistencia financiera (véase la Política de Servicios de Cuentas para Pacientes de Covenant Health 3500.500 "Proceso de verificación de patrimonio fallecido/sin herencia"). Para ser elegible para la consideración de ayuda financiera; el paciente/aval debe completar una declaración financiera utilizando la Solicitud de Asistencia Financiera del Hospital (**Anexo A**), salvo en los casos en que no se pueda localizar a ningún superviviente de un paciente fallecido (véase Procedimiento). El paciente/aval debe primero cumplir los criterios



Ciclo de ingresos

Asunto: Política de Asistencia Financiera

Número de póliza: 3500.070

PÁGINA 2 DE 8

de ingresos indicados en la póliza de asistencia financiera. Si el paciente/aval cumple con la prueba de ingresos para la consideración de asistencia financiera, entonces se examinará la declaración financiera del paciente/aval para determinar si califica para la asistencia financiera basada en los activos o tenencias.

Ninguna persona elegible recibirá un cargo superior a las cantidades generalmente facturadas (AGB) a las personas aseguradas. El AGB se calcula utilizando el método de "retrospectiva". Se realizará un cálculo anual del AGB de cada centro utilizando un método de "revisión retrospectiva" de 12 meses de todos los pagadores, excluyendo Medicaid y el pago directo, para determinar los ajustes aplicables al porcentaje de descuento del AGB. El porcentaje de AGB aplicable a cada centro se revela en la Política de Cargos Justos de Servicios de Cuentas para Pacientes de Covenant Health 3500.580, Tabla II. Esta política está disponible de forma gratuita contactando con los Servicios de Oficina Comercial de Knoxville, 1420 Centerpoint Blvd., Edificio C, Knoxville, TN, 37932, o por teléfono en el 865-374-3000.

Limitaciones de ingresos

Para calificar para la ayuda financiera, el paciente/garante debe haber anticipado ingresos anuales futuros, según esta política, iguales o inferiores al 300% de los límites federales de pobreza actuales, establecidos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Los límites federales de pobreza son los siguientes:

2026 HHS (Departamento de Salud y Recursos Humanos de los Estados Unidos)				
Personas en la unidad familiar	48 estados contiguos y D.C.	Alaska	Hawái	
1	15.960,00 \$	19.950,00 \$	18.360,00 \$	
2	21.640,00 \$	27.050,00 \$	\$24.890.00	
3	27.320,00 \$	34.150,00 \$	31.420,00 \$	
4	33.000,00 \$	41.250,00 \$	37.950,00 \$	
5	38.680,00 \$	48.350,00 \$	44.480,00 \$	
6	44.360,00 \$	55.450,00 \$	51.010,00 \$	
7	50.040,00 \$	62.550,00 \$	57.540,00 \$	
8	55.720,00 \$	69.650,00 \$	64.070,00 \$	
Para cada persona que se sume, añade	5.680,00 \$	11.360,00 \$	17.040,00 \$	

Los ingresos incluirán, pero no se limitan a, ingresos brutos ajustados más ingresos de jubilación no gravables (es decir, Seguridad Social), manutención infantil, compensación por desempleo y pagos "en especie" (por ejemplo, uso de la propiedad sin pagar alquiler). El valor de los cupones de alimentos quedará excluido de la consideración de pago "en especie". Además, se añadirá al ingreso el 10% de los activos netos del paciente/garante, determinado reduciendo el valor de mercado de los activos menos cualquier deuda pendiente, para determinar el ingreso anual total (véase Limitaciones de Activos).

Limitaciones de activos

Las directrices para determinar los activos incluyen, pero no se limitan a, vivienda principal (y terrenos anexos), automóviles, activos líquidos, inversiones, tierras agrícolas, propiedades comerciales, propiedades de alquiler, equipos agrícolas y/o comerciales, incluyendo ganado y cultivos. Todos los bienes inmuebles serán considerados a un valor de mercado justo. El valor tanto de los bienes inmuebles como de los muebles se reducirá por cualquier obligación existente que el solicitante contraiga al adquirir los activos (activos netos), con la excepción de la vivienda principal. El principal activo neto de la vivienda será la cantidad de capital por encima de 100.000 dólares. La responsabilidad real o potencial de terceros hacia el paciente, el hospital o el garante por derecho común, contrato, estatuto u otro deberá considerarse un activo y deberá figurar en la solicitud de Asistencia Financiera Hospitalaria.

Fuentes externas utilizadas para la evaluación

Kelley Blue Book – Se utiliza para encontrar el valor de los vehículos propiedad del paciente.

<http://www.kbb.com/>

Accurint – Usado para rastrear direcciones de salto (correo de retorno) o fecha de fallecimiento

<https://secure.accurint.com/app/bps/main>

A continuación, se presentan ejemplos de sitios web utilizados para localizar el valor correcto de las propiedades del solicitante si no proporcionan una copia de su tasación fiscal del condado donde posee la propiedad.

Búsqueda de propiedades en el condado de Knox

<https://knoxcounty.org/property/>

Búsqueda de propiedades en el Estado de Tennessee

http://www.assessment.cot.tn.gov/RE_Assessment/

Excepciones catastróficas

Para enfermedades catastróficas, se pueden hacer excepciones a las limitaciones de ingresos y activos caso por caso. La cantidad considerada para la asistencia financiera se basará en la evaluación del centro sobre la capacidad del paciente y/o del aval para pagar la totalidad o un porcentaje de los cargos brutos, teniendo en cuenta los activos, pasivos, liquidez y capacidad futura de ingresos del paciente y/o del aval.

Procedimiento

Tras la derivación desde el programa de Preadmisión y/o Registro de Pacientes de Emergencia, se le asignará un Asesor Financiero. El Consejero Financiero iniciará la Evaluación de Crédito del paciente y/o del aval y trabajará con el personal adecuado del hospital y de la agencia para asegurarse de que se hayan agotado todos los esfuerzos de cobertura antes de considerar la asistencia financiera del hospital. Si, según lo estipulado en la póliza de asistencia financiera, se han agotado todas las fuentes de pago y el paciente/avalista cumple con los límites de ingresos/activos, el paciente/aval puede completar una Solicitud de Asistencia Financiera Hospitalaria (véase el **Anexo A**) para todos los saldos de los pacientes. **El paciente/aval también puede recibir una Solicitud de Asistencia Financiera Hospitalaria mediante:**

- Obtener una solicitud en cualquier área de registro de Covenant Health Facility.
- Solicito que se envíe una solicitud llamando al 865-374-3000.
- Solicitando una solicitud por correo en Knoxville Business Office Services, 1420 Centerpoint Blvd. Edificio C, Knoxville, TN, 37932.
- Descargando una aplicación a través de la web de Covenant Health: www.covenanthealth.com.

El paciente puede recibir ayuda para completar la solicitud y presentar la documentación requerida contactando con los Servicios de la Oficina de Negocios de Knoxville en el 865-374-3000. Esta solicitud debe incluir la verificación de los ingresos y activos declarados por el solicitante, según se indica en **Anexo B**.

Al finalizar el proceso de solicitud, será responsabilidad del Director de Contabilidad del Paciente o del Gestor de Cobros revisar todas las solicitudes con el Consejero Financiero para la recomendación de conceder ayuda financiera. Para procedimientos relacionados con descuentos para personas sin seguro, consulte la póliza de Fair Charges 3500.580 de Covenant Health Patient Account Services. Todos los solicitantes elegibles autorizados para asistencia financiera recibirán un descuento en una escala progresiva basada en las limitaciones de ingresos de la siguiente manera:

Número de la familia	Directrices de Pobreza	Ingreso anual del hogar	
		0- 200% de la Guía	201 - 300% de las directrices
1	15.960,00 \$	31.920,00 \$	47.880,00 \$
2	21.640,00 \$	43.280,00 \$	64.920,00 \$
3	27.320,00 \$	54.640,00 \$	81.960,00 \$
4	33.000,00 \$	66.000,00 \$	99.000,00 \$
5	38.680,00 \$	77.360,00 \$	116.040,00 \$
6	44.360,00 \$	88.720,00 \$	133.080,00 \$
7	50.040,00 \$	100.080,00 \$	150.120,00 \$
8	55.720,00 \$	111.440,00 \$	167.160,00 \$
Por cada persona que se	5.680,00 \$	11.360,00 \$	17.040,00 \$

Cuantía de la responsabilidad del paciente / Gasto de bolsillo:

Porcentaje de Asistencia Financiera para las categorías de ingresos mencionadas anteriormente

0 – 200% de los límites de pobreza

100.0%

201 – 300% de los límites de pobreza

90.0%

La ayuda financiera puede consistir en que el hospital deduce parte o la totalidad del pago debido por los servicios cubiertos para pacientes elegibles. Antes de autorizar un descuento en la asistencia financiera bajo la política de asistencia financiera del hospital, el Gerente/Director de Oficina de Negocios o el Responsable de Cobros deberá obtener las aprobaciones del Director de Contabilidad del Paciente, el Vicepresidente de Ciclo de Ingresos, el CFO de la Instalación, el CAO de la Instalación y el Vicepresidente Ejecutivo/CFO, según se indica a continuación:

IMPORTE DEDUCIBLE		REQUISITOS DE APROBACIÓN
\$0.00	4.999,99 \$	Supervisor o Gerente
5.000 dólares	9.999,99 \$	Supervisor o Gestor y Director de Contabilidad de Pacientes
10.000,00 \$	99.999,99 \$	Supervisor o Gestor, Director de Contabilidad de Pacientes, Vicepresidente de Ciclo de Ingresos y CFO de Instalaciones
100.000,00 \$	Arriba	Supervisor o Gestor, Director de Contabilidad del Paciente, Vicepresidente de Ciclo de Ingresos, Director financiero de la instalación, Director de Operaciones de la Instalación y Vicepresidente Ejecutivo/CFO

Una vez que se ha concedido la ayuda financiera al paciente y se ha aplicado a su cuenta, la solicitud y la documentación de respaldo se escanearán en la carpeta financiera del paciente. La información financiera pertinente a la ayuda financiera concedida y los saldos restantes de los pacientes, si procede, se registrará en el registro de facturación del "sistema" del paciente. Para todas las solicitudes denegadas, se aplicará una transacción financiera a la cuenta del paciente indicando la no elegibilidad. Los pacientes serán considerados elegibles para la caridad en cuentas futuras, con fechas de servicio dentro de los 6 meses siguientes a la fecha en que se conceda la asistencia financiera. No será necesaria una solicitud adicional hasta 12 meses desde la fecha en que se conceda la ayuda financiera. Sin embargo, puede ser necesario obtener información adicional si se solicita.



Ciclo de ingresos

Asunto: Política de Asistencia Financiera

Número de póliza: 3500.070

PÁGINA 5 DE 8

Se enviará una carta de notificación al paciente informando del resultado final de la solicitud de ayuda financiera.

- Una lista que especifica qué proveedores (aparte de la instalación y aquellos que prestan atención de emergencia y otros cuidados médicos necesarios en la instalación) están cubiertos por la póliza de Asistencia Financiera del centro y cuáles no, está disponible en la página web de Covenant Health: www.covenanthealth.com; o puede obtenerse mediante solicitando que se envíe una solicitud llamando al 865-374-3000 o solicitando una solicitud por correo a Knoxville Business Office Services, 1420 Centerpoint Blvd. Edificio C, Knoxville, TN, 37932.

Facturación y Cobros

Si el paciente no completa ni presenta la solicitud y documentación requeridas para la ayuda financiera o no establece un acuerdo de pago acordado, pueden realizarse más esfuerzos de cobro. Covenant Health no realizará ninguna acción extraordinaria de cobro antes de realizar esfuerzos razonables para determinar si una persona con una factura impagada es elegible para asistencia financiera bajo esta política. Los esfuerzos razonables para determinar si la persona que tiene una factura impagada es elegible para asistencia financiera incluyen notificar a la persona la póliza de ayuda, contactar con personas que hayan presentado solicitudes incompletas de asistencia financiera sobre cómo completar el FAP y permitir un periodo razonable para hacerlo, y revisar las solicitudes completas de asistencia financiera para obtener la elegibilidad. Las acciones que Covenant Health puede tomar en caso de impago, así como el proceso y los plazos para realizar estas acciones, se describen con mayor detalle en la Política de Deudas Incobrables 3500.040 de Covenant Health Patient Services. Se puede obtener una copia gratuita de esta póliza llamando a la Oficina de Negocios al 865-374-3000 o escribiendo a Knoxville Business Office Services, 1420 Centerpoint Blvd., Edificio C, Knoxville, TN, 37932.

A efectos de esta política, las "acciones extraordinarias de cobro" (ECA) incluyen notificaciones a las agencias de crédito y acciones legales o judiciales que conduzcan al embargo de salarios. Covenant Health notifica al paciente la política de ayuda financiera antes de iniciar cualquier ECA y se abstiene de iniciar ninguna durante al menos 120 días desde la fecha del primer estado de facturación posterior al alta. Al menos 30 días antes de la ECA, Covenant Health notifica a la persona sobre una posible ECA si no presenta o completa una solicitud de asistencia financiera o no paga la cantidad debida antes de la fecha límite especificada en el aviso. Dependiendo de las cantidades en dólares especificadas en la Política de Deudas Incobrables de Covenant Health Patient Services 3500.040, el Director de la Oficina de Negocios, el Vicepresidente de Ciclo de Ingresos del Paciente, el Director Financiero o el Presidente y Director Administrativo tendrán la autoridad final para determinar si se han realizado todos los esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para la asistencia financiera antes de que se persigan cualquier ECA.

Al menos 30 días antes de iniciar una o más ECAs, el hospital proporcionará a la persona un aviso escrito en el que se indique que hay asistencia financiera disponible para las personas elegibles, identificando los ECAs que el hospital pretende iniciar y indicando una fecha límite tras la cual se iniciará la ECA, que es al menos 30 días después de la fecha del aviso. Esta notificación incluirá un resumen en lenguaje sencillo del FAP y cómo la persona puede obtener ayuda con el proceso de solicitud del FAP. También se harán esfuerzos razonables para notificar al paciente por teléfono o oralmente sobre el FAP y cómo obtener ayuda con el proceso de solicitud del FAP. Todas las ECAs serán detenidas si se recibe una solicitud de ayuda financiera y permanecerán en espera hasta que Covenant Health tome una decisión y se comunique por escrito a la parte responsable. Si la solicitud de asistencia financiera es aprobada, todas las acciones realizadas en la cuenta serán revocadas y cualquier cantidad pagada por encima de la requerida será reembolsada.

Covenant Health no vende cuentas por cobrar a empresas externas. Todas las cuentas siguen siendo propiedad de y bajo las políticas establecidas por Covenant Health.

Copias de Pólizas Referenciadas

Para obtener copias de cualquier política mencionada en esta política, por favor llame al 865-374-3000 y envíe su solicitud. Se enviará una copia de forma gratuita a la dirección proporcionada.



Ciclo de ingresos

Asunto: Política de Asistencia Financiera

Número de póliza: 3500.070

PÁGINA 6 DE 8

Referencias:

Federal Register / Vol. 91, No.10 / Jueves, 5 de enero de 2026 / pp. 1797-1798

Actualización anual de las Directrices de Pobreza del HHS, disponible en <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.

26 C.F.R. § 1.501(r)



emergencies. These respondents include adults, 18 years and older; adolescents, 15 to less than 18 years; and parents or guardians on behalf of their children less than 15 years of age.

In 2019, a PCCPHE GenIC, titled "Risk Factors for Harmful Algal Blooms (HABs)," was conducted to identify sources of and risk factors for HAB exposures. New information gained about HAB exposures were used to improve HAB incident response,

communication, and outreach at the state and national level.

No PCCPHE GenICs were conducted during the past three-year approval period. However, two NPDS-related follow-up studies were implemented during the 2020–2023 approval period using the Secretary's Public Health Emergency PRA Waiver for COVID-19. During a non-pandemic situation, these two studies would have used this Generic ICR. These studies assessed

unintentional exposures associated with cleaning products (e.g., bleach, hand sanitizers) in home settings to determine knowledge, attitudes, and practices regarding cleaning behaviors and help guide public health messaging.

CDC requests OMB approval for an estimated 250 annual burden hours. No revisions affecting public burden are proposed and there is no cost to the respondents other than their time.

ESTIMATED ANNUALIZED BURDEN HOURS

Type of respondents	Form name	Number of respondents	Number of responses per respondent	Average burden per response (in hours)	Total burden (in hours)
Adult Poison Center Callers	Call-back Questionnaire for Self	1,200	1	10/60	200
Adolescent Poison Center Callers	Call-back Questionnaire for Self	150	1	10/60	25
Parent or Guardian Poison Center Callers	Call-back Questionnaire for Proxy	150	1	10/60	25
Total					250

Jeffrey M. Zinger,
Lead, Information Collection Review Office,
Office of Public Health Ethics and
Regulations, Office of Science, Centers for
Disease Control and Prevention.
[FR Doc. 2026-00718 Filed 1-14-26; 9:45 am]
BILLING CODE 4163-18-P

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Office of the Secretary

Annual Update of the HHS Poverty Guidelines

AGENCY: Department of Health and Human Services.

ACTION: Notice.

SUMMARY: This notice provides an update of the Department of Health and Human Services (HHS) poverty guidelines to account for last calendar year's increase in prices as measured by the Consumer Price Index.

DATES: *Effective Date:* January 13, 2026 unless an office administering a program using the guidelines specifies a different effective date for that particular program.

ADDRESSES: Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, Room 404E, Humphrey Building, Department of Health and Human Services, Washington, DC 20201.

FOR FURTHER INFORMATION CONTACT: For information about how the guidelines are used or how income is defined in a particular program, contact the Federal, state, or local office that is responsible for that program. For information about

poverty figures for immigration forms, the Hill-Burton Uncompensated Services Program, and the number of people in poverty, use the specific telephone numbers and addresses given below.

For general questions about the poverty guidelines themselves, visit <http://aspe.hhs.gov/poverty/> or contact Jennifer Burnaszynski in the HHS Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation at osaspeinfo@hhs.gov or (202) 690-7858.

For information about the percentage multiple of the poverty guidelines to be used on immigration forms such as USCIS Form I-864, Affidavit of Support, contact U.S. Citizenship and Immigration Services at 1-800-375-5283. You also may visit <https://www.uscis.gov/i-864>.

For information about the Hill-Burton Uncompensated Services Program (free or reduced-fee health care services at certain hospitals and other facilities for persons meeting eligibility criteria involving the poverty guidelines), visit <https://www.hrsa.gov/get-health-care/affordable/hill-burton/index.html>.

For information about the number of people in poverty, visit the Poverty section of the Census Bureau's website at <https://www.census.gov/topics/income-poverty/poverty.html> or contact the Census Bureau's Customer Service Center at 1-800-923-8282 (toll-free) or visit <https://ask.census.gov> for further information.

SUPPLEMENTARY INFORMATION:

Background

Section 673(2) of the Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA) of 1981 (42 U.S.C. 9902(2)) requires the Secretary of the Department of Health and Human Services to update the poverty guidelines at least annually, adjusting them on the basis of the Consumer Price Index for All Urban Consumers (CPI-U). The poverty guidelines are used by Medicaid and a number of other Federal programs as a criterion for some or all eligibility determinations. The *poverty guidelines* issued here are a simplified version of the *poverty thresholds* that the Census Bureau uses to prepare its estimates of the number of individuals and families in poverty.

As required by law, this update is accomplished by increasing the latest published Census Bureau poverty thresholds by the applicable percentage change in the Consumer Price Index for All Urban Consumers (CPI-U). The guidelines in this 2026 notice reflect the 2.63 percent price increase between calendar years 2024 and 2025. After updating for inflation, the guidelines are rounded and standardized to establish the same interval between each family size. In rare circumstances, rounding and standardizing in the formula result in small decreases in the poverty guidelines for some household sizes even when the inflation factor is not negative. In cases where the year-to-year change in inflation is not negative and rounding and standardizing in the formula result in reductions to the guidelines from the previous year for some household sizes, the guidelines for

the affected household sizes are fixed at the prior year's guidelines. As in prior years, these 2026 guidelines are roughly equal to the poverty thresholds for calendar year 2025, which the Census Bureau expects to publish in final form in September 2026.

The poverty guidelines continue to be derived from the Census Bureau's current official poverty thresholds; they are not derived from the Census Bureau's Supplemental Poverty Measure (SPM).

The following guideline figures represent annual income.

2026 POVERTY GUIDELINES FOR THE 48 CONTIGUOUS STATES AND THE DISTRICT OF COLUMBIA

Persons in family/household	Poverty guideline
1	\$15,960
2	21,640
3	27,320
4	33,000
5	38,680
6	44,360
7	50,040
8	55,720

For families/households with more than 8 persons, add \$5,680 for each additional person.

2026 POVERTY GUIDELINES FOR ALASKA

Persons in family/household	Poverty guideline
1	\$19,950
2	27,050
3	34,150
4	41,250
5	48,350
6	55,450
7	62,550
8	69,650

For families/households with more than 8 persons, add \$7,100 for each additional person.

2026 POVERTY GUIDELINES FOR HAWAII

Persons in family/household	Poverty guideline
1	\$18,360
2	24,890
3	31,420
4	37,950
5	44,480
6	51,010
7	57,540
8	64,070

For families/households with more than 8 persons, add \$6,530 for each additional person.

Separate poverty guideline figures for Alaska and Hawaii reflect Office of Economic Opportunity administrative practice beginning in the 1966–1970 period. (Note that the Census Bureau poverty thresholds—the version of the poverty measure used for statistical purposes—have never had separate figures for Alaska and Hawaii.) The poverty guidelines are not defined for Puerto Rico or other outlying jurisdictions. In cases in which a Federal program using the poverty guidelines serves any of those jurisdictions, the Federal office that administers the program is generally responsible for deciding whether to use the contiguous-states-and-DC guidelines for those jurisdictions or to follow some other procedure.

Due to confusing legislative language dating back to 1972, the poverty guidelines sometimes have been mistakenly referred to as the "OMB" (Office of Management and Budget) poverty guidelines or poverty line. In fact, OMB has never issued the guidelines; the guidelines are issued each year by the Department of Health and Human Services. The poverty guidelines may be formally referenced as "the poverty guidelines updated periodically in the Federal Register by the U.S. Department of Health and Human Services under the authority of 42 U.S.C. 9902(2)."

Some federal programs use a percentage multiple of the guidelines (for example, 125 percent or 185 percent of the guidelines), as noted in relevant authorizing legislation or program regulations. Non-Federal organizations that use the poverty guidelines under their own authority in non-Federally-funded activities also may choose to use a percentage multiple of the guidelines.

The poverty guidelines do not make a distinction between farm and non-farm families, or between aged and non-aged units. (Only the Census Bureau poverty thresholds have separate figures for aged and non-aged one-person and two-person units.)

This notice does not provide definitions of such terms as "income" or "family" as there is considerable variation of these terms among programs that use the poverty guidelines. The legislation or regulations governing each program define these terms and determine how the program applies the poverty guidelines. In cases where legislation or regulations do not establish these definitions, the entity that administers or funds the program is responsible to define such terms as

"income" and "family." Therefore, questions such as net or gross income, counted or excluded income, or household size should be directed to the entity that administers or funds the program.

Date: January 13, 2026.

Robert F. Kennedy, Jr.

Secretary, Department of Health and Human Services.

[FR Doc. 2026-00755 Filed 1-14-26; 8:45 am] BILLING CODE 4158-05-P

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

National Institutes of Health

Center for Scientific Review; Amended Notice of Meeting

Notice is hereby given of a change in the meeting of the Population based Research in Infectious Disease Study Section, October 30, 2025, 10:00 a.m. to October 31, 2025, 06:00 p.m., National Institutes of Health, Rockledge II, 6701 Rockledge Drive, Bethesda, MD 20892 which was published in the **Federal Register** on 9/24/2025 2025, 90 FR 45951, Doc Number 2025-18519

This meeting is being amended to change the date to January 12 to January 13, 2026.

Dated: January 12, 2026.

Bruce A. George,

Program Analyst, Office of Federal Advisory Committee Policy.

[FR Doc. 2026-00760 Filed 1-14-26; 8:45 am] BILLING CODE 4150-01-P

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

National Institutes of Health

Center for Scientific Review; Notice of Closed Meetings

Pursuant to section 1009 of the Federal Advisory Committee Act, as amended, notice is hereby given of the following meetings.

The meetings will be closed to the public in accordance with the provisions set forth in sections 552b(c)(4) and 552b(c)(6), Title 5 U.S.C., as amended. The grant applications and the discussions could disclose confidential trade secrets or commercial property such as patentable material, and personal information concerning individuals associated with the grant applications, the disclosure of which would constitute a clearly unwarranted invasion of personal privacy.