

# SAMPSON REGIONAL MEDICAL CENTER

607 Beaman Street  
Clinton, NC 28329

## Financial Assistance Guidelines Policy and Procedure

---

1. Objective
  - a. To define Charity Care, as distinguished from bad debts, and to establish policies and procedures to ensure consistent identification and recording of Charity Care.
  - b. Applications for Financial Assistance can be picked up at any SampsonRMC location or by calling 910 590-8751 or on our website at [www.sampsonrmc.org/financialassistance](http://www.sampsonrmc.org/financialassistance) .
2. Definition
  - a. Charity Care represents health care services that are provided but cannot be expected to result in cash flow. Charity Care results from a determination of a patient's ability to pay, not their willingness to pay.
  - b. Charity Care will only be considered for:
    - i. residents of Sampson County, North Carolina,
    - ii. Out-of-county residents who arrive at SRMC's Emergency Department by ambulance,
    - iii. Out-of-county residents who are referred to SRMC for inpatient or outpatient services by an active member of the SRMC medical staff.
  - c. Charity Care will not be available to patients and patients' families when group health insurance is offered by the employer and declined.
3. These guidelines shall apply to all services provided by Sampson Regional Medical Center including, but not limited to, Sampson Regional Medical Center (the Hospital), Sampson Regional Medical Center's Outpatient Diagnostics Center, Sampson Regional Medical Center Outpatient Rehabilitation Services, and all Hospital-owned practices (Sampson Regional Professional Services, Sampson Regional Medical Services, Sampson Regional Hospitalists, Sampson Regional Emergency Professional Services).
4. Policy
  - a. A 30% discount will be applied to all self-pay accounts to bring the balances to amounts generally billed for emergency or other medically necessary services.
  - b. The determination of Charity Care should be made at admission or at time of service or shortly thereafter.
    - i. Events after admission could change a person's ability to pay, making retrospective determination possible.
  - c. Designation of Charity Care will only be considered after all other resources have been exhausted.
    - i. This includes making application for applicable insurances including, but not limited to, Medicare, Medical Assistance, and any liability insurance.
  - d. Only the portion of a patient's account that meets the definition of Charity Care is to be recognized as such.
  - e. Transactions for Charity Care will be posted in the month the determination is made.
  - f. The following balances do not qualify for Charity Care allowances:
    - i. Wellness Center Services
    - ii. Balances not routinely covered as medically necessary (such as cosmetic surgery)
    - iii. Medicare and Medical Assistance deductibles, coinsurance, and co-pays.
5. Criteria to be considered in determining eligibility for Charity Care may include, but are not limited to:
  - a. The patient's gross family income should be within the Federal Poverty Guidelines (FPG) or a function thereof.
    - i. A family is determined by number of dependents claimed on the prior year's Federal Income Tax return.
    - ii. Documentation is required to support legal guardianship when nieces, nephews, and grandchildren are claimed as dependents.
  - b. The patient's family net worth and liquidity.

- c. The patient's employment status and capacity for future earnings.
  - d. Other living expenses and financial obligations.
  - e. The previous exhaustion of all other available resources.
  - f. Catastrophic illness where the medical bills exceed the family's annual gross income.
  - g. Statutory regulations by the state.
  - h. The Charity Advisor Status from AccuReg.
6. Procedure
- a. Inpatient, Observation, Surgical, Infusion, and Physician Practice Patients**
    - i. Complete a Financial Assistance Request (exhibit 1) prior to, during or immediately after receiving services. Forms will be available at all locations. Applications for hospital services will be processed by the Business Office, located at 612 Beaman Street (910-590-8751). Applications for physician practices will be processed at each practice.
    - ii. Patient's family net assets will be considered and evaluated for payment in catastrophic and non-catastrophic cases.
  - b. Emergency Department Patients (presumptive charity care)**
    - i. If AccuReg determines that a patient qualifies for Charity Care based on the Federal Poverty Level (FPL), it is not necessary to complete the Financial Assistance Request (exhibit 1); the printout from AccuReg will serve as the application for Charity Care.
    - ii. Emergency Department Patients deemed eligible from AccuReg will qualify for non-catastrophic Charity Care (section 5b).
    - iii. Patients receiving financial assistance based on AccuReg scores will still receive a bill and/or statement with their original balance.
    - iv. A Financial Assistance Request (exhibit 1) must be completed for patients requesting catastrophic charity care.
  - c. Outpatient Diagnostic, Cardiology, and Rehab Services Patients (presumptive charity care)**
    - i. If AccuReg determines that a patient qualifies for Charity Care based on the Federal Poverty Level (FPL), it is not necessary to complete the Financial Assistance Request (exhibit 1); the printout from AccuReg will serve as the application for Charity Care.
    - ii. Patients deemed eligible from AccuReg will qualify for non-catastrophic Charity Care (section 5b).
    - iii. A Financial Assistance Request (exhibit 1) must be completed for patients requesting catastrophic charity care.
7. Charity Guidelines
- a. Non-catastrophic Charity Care will be based on the Federal Poverty Guidelines (exhibit 2).
    - i. If patient's family income is at or below 125% of FPG, they will receive 100% Charity Care allowance.
    - ii. If patient's family income is between 126% and 250% of FPG, they will receive reduced Charity Care per exhibit 2.
  - b. Catastrophic Charity Care will be considered when the medical bills exceed the family's annual gross income.
    - i. Patient's family net assets will be considered and evaluated for payment in catastrophic cases.
    - ii. If no reasonable payment can be made within a 5-year period considering net assets, the 250% of FPG guidelines will be considered (per exhibit 2).
      - 1. If patient's family income is at or below 250% of FPG, they will receive 100% Charity Care allowance.
      - 2. If patient's family income is between 251% and 400% of FPG, they will receive reduced Charity Care per exhibit 2.
8. Balances after the self-pay discount and/or financial assistance adjustments are subject to Sampson Regional Medical Center's collection policies, including third-party collection agencies and/or legal proceedings.
9. Exceptions to this policy may be made by Administration on a case-by-case basis.

**Sampson Regional Medical Center  
Charity Care Guidelines  
as of April 1, 2023**

FAMILY SIZE	<b>Federal Poverty Guidelines (2023)</b>		<b>125% of Federal Poverty Guidelines</b>		<b>250% of Federal Poverty Guidelines</b>	
	Annual Gross Income	Monthly Gross Income	Yearly 125% Gross Income	Monthly 125% Gross Income	Yearly 250% Gross Income	Monthly 250% Gross Income
1	\$14,580	\$1,215	\$18,225	\$1,519	\$36,450	\$3,038
2	\$19,720	\$1,643	\$24,650	\$2,054	\$49,300	\$4,108
3	\$24,860	\$2,072	\$31,075	\$2,590	\$62,150	\$5,179
4	\$30,000	\$2,500	\$37,500	\$3,125	\$75,000	\$6,250
5	\$35,140	\$2,928	\$43,925	\$3,660	\$87,850	\$7,321
6	\$40,280	\$3,357	\$50,350	\$4,196	\$100,700	\$8,392
7	\$45,420	\$3,785	\$56,775	\$4,731	\$113,550	\$9,463
8	\$50,560	\$4,213	\$63,200	\$5,267	\$126,400	\$10,533
	\$5,140 for each additional family member		\$6,425 for each additional family member		\$12,850 for each additional family member	

**Non-Catastrophic Charity**

Based on Federal Poverty Guidelines, if income is

between	and	charity amount is
1%	125%	100%
126%	150%	85%
151%	175%	60%
176%	200%	45%
201%	225%	30%
226%	250%	15%
over 250%		0%

**Catastrophic Charity Care**

Based on 250% Federal Poverty Guidelines, if income is

between	and	charity amount is
1%	250%	100%
251%	275%	85%
276%	300%	60%
301%	325%	45%
326%	350%	30%
350%	400%	15%
over 400%		0%



612 Beaman Street, Clinton, NC  
910.590.8751  
www.SampsonRMC.org/FinancialAssistance

necesaria a: Sampson Regional Medical Center's  
Business Office, ubicado en 612 Beaman Street,  
Clinton, NC; o envíe un correo a:  
PO Box 260, Clinton, NC 28329

Entregue la solicitud completa y cualquier información adicional

## Solicitud de asistencia financiera

Rellene toda la información por completo. Si no aplica, escriba "NA". Adjunte páginas adicionales de ser necesario.

### Información de verificación

- ¿Necesita un intérprete?  Sí  No De ser afirmativo, haga una lista de sus idiomas de preferencia: \_\_\_\_\_
- ¿El paciente ha hecho la solicitud para Medicaid?  Sí  No (podría requerirse con el fin de ser considerado para recibir la asistencia financiera).
- ¿El paciente recibe beneficios de servicios públicos del estado tales como la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) o el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)?  Sí  No
- ¿La asistencia médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión laboral?  Sí  No
- ¿El empleador del paciente/cónyuge/tutor ofrece seguro médico?  Sí  No  
(De ser negativo, debe tener una carta del empleador).
- ¿Usted presenta una declaración de impuestos federal?  Sí  No De ser negativo, explique por qué: \_\_\_\_\_

### Tenga en cuenta que:

- No le podemos garantizar que calificará para la asistencia financiera, incluso si realizó la solicitud.
- Una vez que envíe la solicitud, revisaremos toda la información y solicitaremos información adicional o un comprobante de ingresos.
- Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud y documentación, le notificaremos si califica para recibir la asistencia.

### Información del paciente y el solicitante

Primer nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Persona encargada de los pagos: \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número(s) telefónico(s) de contacto principal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Situación laboral de la persona responsable de los pagos:  Empleado (fecha de contratación: \_\_\_\_\_)

Desempleado  Independiente  Estudiante  Discapacitado  Jubilado  Otro: \_\_\_\_\_

### Información familiar

Enumere los miembros familiares de su hogar, incluyéndose a sí mismo. "Familiares" incluye a personas que viven juntas que estén emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción.

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesc o con el paciente	Si tiene 18 años o más: nombre del (de los) empleador(es) o fuente de ingreso:	Si tiene 18 años o más: monto total bruto del ingreso mensual (antes de impuestos):	¿También está solicitando asistencia financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

**Todos los ingresos de los miembros adultos de la familia deben divulgarse. Las fuentes de ingreso incluyen, por ejemplo:** salarios, compensación por desempleo, trabajo independiente, indemnización del empleado, indemnización por discapacidad, Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), manutención de menor o cónyuge, programa de trabajo y estudios (estudiantes), pensión, reparto de la cuenta de jubilación, ingreso de la pensión alimenticia, ingresos por alquiler, ingresos por inversión, otro (explique) \_\_\_\_\_

## Información sobre ingresos

**RECUERDE:** Debe incluir el comprobante de ingresos con su solicitud y entregarlo a Sampson Regional's Business Office ubicado en 612 Beaman St Clinton, NC; o enviarlo por correo a PO Box 260 Clinton, NC 28329.

Debe proporcionar la información de los ingresos de su familia. Es necesaria la verificación de ingresos para determinar la asistencia financiera.

### Ejemplos de comprobantes de ingresos incluyen:

- Una declaración de retención "W-2", 1099 o 1040.
- Si es trabajador independiente, ingreso bruto de negocio - Anexo C.
- Declaración de impuesto sobre la renta del año pasado, incluyendo los anexos si aplica.
- Copia de talonarios de pago o del comprobante de ingresos que cubra 30 días.
- Verificación por escrito de cualquier otro ingreso recibido (manutención infantil, seguro social, pensión alimenticia, compensación por desempleo, ayuda para hijos dependientes, cupones para alimentos, ingresos por discapacidad, y ayuda de un pariente/amigo, etc.)
- Verificación por escrito donde se indique que no es elegible para Medicaid. Esto no es necesario si tiene seguro médico. Si está a la espera de Medicaid, entregue su solicitud con toda la información y documentos necesarios para cumplir con el periodo de 30 días.
- Si está desempleado, explique en la sección de comentarios a continuación cómo paga actualmente sus cuentas.

Comentarios: \_\_\_\_\_

Si no posee comprobante de ingresos o no tiene ingresos, adjunte una página adicional con una explicación.

## Información sobre gastos

Usamos esta información para tener una descripción más completa de su situación financiera.

Gastos mensuales del hogar:

Renta/hipoteca	\$ _____	Gastos médicos	\$ _____
Primas del seguro	\$ _____	Servicios públicos	\$ _____

Otras deudas/gastos \$ \_\_\_\_\_ (manutención infantil, préstamos, medicamentos, otros)

## Información sobre bienes

Es posible que esta información se utilice si su ingreso está por encima del 101% de los lineamientos federales de pobreza.

Saldo actual de su cuenta corriente	\$ _____	Nombre del banco:	_____
Saldo actual de su cuenta de ahorros	\$ _____	Nombre del banco:	_____
Efectivo en mano	\$ _____		
Valor estimado de su hogar	\$ _____		
Valor estimado de su segundo hogar	\$ _____		
Valor estimado de su auto	\$ _____		
Valor estimado de su auto	\$ _____		
Valor estimado de su auto	\$ _____		

¿Su familia posee estos otros activos? Marque todas las que apliquen.

- Acciones  Bonos  401k  Cuenta(s) de ahorro para gastos de salud  Fideicomiso(s)  
 Propiedad (excluyendo la residencia principal)  Posee un negocio

## Información adicional

Adjunte una página adicional si existe más información sobre su actual situación financiera que le gustaría que supiéramos, tales como dificultades económicas, gastos médicos excesivos, ingresos temporales o pérdida personal.

## Acuerdo del paciente

Entiendo que el Sampson Regional Medical Center y sus consultorios podrían verificar la información por medio de revisiones a la información crediticia y obtener información de otras fuentes para ayudar en la determinación de la elegibilidad para asistencia financiera o planes de pago.

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi saber y entender. Entiendo que, si la información financiera que otorgo es considerada como falsa, el resultado puede ser la negación de la asistencia financiera y es posible que sea responsable de, y se espere de mí, pagar por los servicios otorgados.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha