

# SAMPSON REGIONAL MEDICAL CENTER

607 Beaman Street

Clinton, NC 28329

## Pautas de asistencia financiera

### Política y procedimiento

---

1. **Objetivo**
  1. Definir la Atención Caritativa, a diferencia de las deudas incobrables, y establecer políticas y procedimientos para garantizar la identificación y el registro coherentes de la Atención Caritativa.
  2. Las solicitudes de asistencia financiera se pueden recoger en cualquier ubicación de SampsonRMC o llamando al 910 590-8751 o en nuestro sitio web en [www.sampsonrhc.org/financial-assistance](http://www.sampsonrhc.org/financial-assistance) .
2. **Definición**
  1. La atención caritativa representa los servicios de atención médica que se brindan pero no se puede esperar que generen flujo de efectivo. La atención caritativa es el resultado de una determinación de la capacidad de pago de un paciente, no de su voluntad de pagar.
  2. La atención caritativa solo se considerará para los residentes de Carolina del Norte.
3. Estas pautas se aplican a todos los servicios prestados por Sampson Regional Medical Center, incluidos, entre otros, Sampson Regional Medical Center (el Hospital), el Centro de Diagnóstico para Pacientes Ambulatorios de Sampson Regional Medical Center, los Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios de Sampson Regional Medical Center y todos los consultorios propiedad del Hospital (Sampson Regional Professional Services, Sampson Regional Medical Services, Sampson Regional Hospitalists, Sampson Regional Emergency Professional Services).
4. **Política**
  1. Se aplicará un descuento del 30% a todas las cuentas de pago por cuenta propia para llevar los saldos a los montos generalmente reembolsados por las compañías de seguros comerciales por servicios médicos.
  2. La determinación de la atención caritativa debe hacerse en el momento de la admisión o en el momento del servicio o poco después.
    1. Los eventos posteriores a la admisión podrían cambiar la capacidad de pago de una persona, lo que hace posible la determinación retrospectiva.
  3. La designación de Charity Care solo se considerará después de que se hayan agotado todos los demás recursos.
    1. Esto incluye solicitar el seguro aplicable, incluidos, entre otros, Medicare, asistencia médica y cualquier seguro de responsabilidad civil.
  4. Solo la parte de la cuenta de un paciente que cumpla con la definición de Atención Caritativa debe ser reconocida como tal.
  5. Las transacciones de Charity Care se registrarán en el mes en que se tome la determinación.
  6. Los saldos que no se cubren de forma rutinaria como médicamente necesarios (como la cirugía estética) no califican para las asignaciones de Charity Care.
5. Los criterios a considerar para determinar la elegibilidad para la atención caritativa pueden incluir, entre otros:
  1. El ingreso familiar bruto del paciente debe estar dentro de las Pautas Federales de Pobreza (FPG) o una fracción de las mismas.
    1. Una familia se determina por el número de dependientes declarados en la declaración de impuestos federales sobre la renta del año anterior.

2. Se requiere documentación para respaldar la tutela legal cuando se reclama a sobrinos y nietos como dependientes.
  2. El patrimonio neto y la liquidez de la familia del paciente.
  3. La situación laboral del paciente y su capacidad para obtener ingresos futuros.
  4. Otros gastos de manutención y obligaciones financieras.
  5. El previo agotamiento de todos los demás recursos disponibles.
  6. Enfermedad catastrófica en la que las facturas médicas superan los ingresos brutos anuales de la familia.
  1. Disposiciones legales del Estado.
  2. El estado de Charity Advisor de AccuReg.
2. Procedimiento
1. SampsonRMC proporcionará atención de caridad presunta para servicios hospitalarios médicamente necesarios.
    1. En o antes del momento del servicio, el personal de Registro del Hospital obtendrá el Nivel Federal de Pobreza para todos los pacientes en el momento del servicio utilizando Accureg. Si AccuReg determina que un paciente califica para la atención caritativa basada en el Nivel Federal de Pobreza (FPL), no es necesario completar la Solicitud de Asistencia Financiera (anexo 1); la documentación de AccuReg servirá como solicitud para la atención benéfica.

**Los pacientes en la categoría 6(i) calificarán para recibir atención de caridad según el gráfico 1.**

2. En o antes del momento del servicio, el personal de Registro del Hospital examinará a los pacientes para determinar si cumplen con los siguientes criterios para la atención caritativa:
  1. sin hogar, sin seguro conocido,
  2. mentalmente incapacitado sin nadie que actúe en nombre del paciente,
  3. inscritos en Medicaid o tienen un hijo en su hogar inscrito en Medicaid,
  4. inscrito en otro programa de asistencia pública con verificación de recursos, incluidos, entre otros, el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) y el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP).

**Los pacientes en la categoría 6(ii) calificarán para recibir atención benéfica por su fecha actual de servicio, así como por cualquier saldo pendiente.**

3. Notificación
  1. Los pacientes que no sean del Departamento de Emergencias que reciban atención de caridad presunta serán notificados en el momento del servicio.
  2. Los pacientes del Departamento de Emergencias serán notificados en el momento del servicio si es posible, dependiendo de la condición del paciente, y antes de emitir una factura al paciente.
2. Los pacientes que reciben atención caritativa presunta no están obligados a proporcionar ninguna documentación. Los pacientes que creen que su puntaje de FPL de Accureg no es correcto o ha cambiado deben completar una solicitud de Asistencia Financiera (Gráfico 1). Estos están disponibles en el sitio web del Hospital ([www.SampsonRMC.org](http://www.SampsonRMC.org)) y en todos los lugares de servicio.
3. Para los pacientes con ingresos entre el 200% y el 300% del FPL, SampsonRMC establecerá planes de pago de hasta 36 meses para saldos de pago por cuenta propia y después del seguro, con pagos que no excedan el 5% de los ingresos de la familia. Los saldos que excedan el total de los pagos establecidos en el plan de pago se considerarán atención caritativa.
4. Pacientes de la práctica médica
  1. Complete una Solicitud de Asistencia Financiera (Anexo 1) antes, durante o inmediatamente después de recibir los servicios. Los formularios estarán disponibles en todas las ubicaciones y se procesarán en cada práctica.

3. Pautas de caridad
  1. La atención caritativa no catastrófica se basará en las Pautas Federales de Pobreza (gráfico 2).
    1. Si los ingresos familiares del paciente son iguales o inferiores al 200% del FPG, recibirán el 100% del subsidio de atención caritativa.
    1. Si los ingresos familiares del paciente están entre el 201% y el 300% de FPG, recibirán una atención benéfica reducida según el anexo 2.
  2. Se considerará la atención caritativa catastrófica cuando las facturas médicas excedan el ingreso bruto anual de la familia.
    1. Los activos netos de la familia del paciente serán considerados y evaluados para el pago en casos catastróficos.
    2. Si no se puede realizar un pago razonable dentro de un período de 3 años considerando los activos netos, se considerará el 300% de las pautas de FPG (según el gráfico 2).
      1. Si los ingresos familiares del paciente son iguales o inferiores al 300% de la FPG, recibirán el 100% del subsidio de atención caritativa.
      2. Si los ingresos familiares del paciente están entre el 301% y el 400% de FPG, recibirán una atención benéfica reducida según el anexo 2.
2. Los saldos después del descuento por pago por cuenta propia y/o los ajustes de asistencia financiera están sujetos a las políticas de cobro de Sampson Regional Medical Center, incluidas las agencias de cobro de terceros y/o los procedimientos legales.
3. La Administración puede hacer excepciones a esta política caso por caso.

**Sampson Regional Medical Center  
Charity Care Guidelines  
as of January 1, 2025**

FAMILY SIZE	<b>Federal Poverty Guidelines (2024)</b>		<b>200% of Federal Poverty Guidelines</b>		<b>300% of Federal Poverty Guidelines</b>	
	Annual Gross Income	Monthly Gross Income	Yearly 200% Gross Income	Monthly 200% Gross Income	Yearly 300% Gross Income	Monthly 300% Gross Income
1	\$15,060	\$1,255	\$30,120	\$2,510	\$45,180	\$3,765
2	\$20,440	\$1,703	\$40,880	\$3,407	\$61,320	\$5,110
3	\$25,820	\$2,152	\$51,640	\$4,303	\$77,460	\$6,455
4	\$31,200	\$2,600	\$62,400	\$5,200	\$93,600	\$7,800
5	\$36,580	\$3,048	\$73,160	\$6,097	\$109,740	\$9,145
6	\$41,960	\$3,497	\$83,920	\$6,993	\$125,880	\$10,490
7	\$47,340	\$3,945	\$94,680	\$7,890	\$142,020	\$11,835
8	\$52,720	\$4,393	\$105,440	\$8,787	\$158,160	\$13,180
	\$5,380 for each additional family member		\$10,760 for each additional family member		\$16,140 for each additional family member	

**Non-Catastrophic Charity**

Based on Federal Poverty Guidelines, if income is

between	and	charity amount is
1%	200%	100%
201%	250%	75%
251%	300%	50%
over 300%		0%

**Catastrophic Charity Care**

Based on 300% Federal Poverty Guidelines, if income is

between	and	charity amount is
1%	300%	100%
301%	350%	75%
351%	400%	50%
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