


## Manual administrativo

	Nombre de la política	<b>Asistencia financiera para el paciente</b>
	Número de la política	<b>ADMIN 0192 / SYS0004</b>
	Fecha de vigencia de esta versión	<b>Diciembre de 2015</b>
	Responsable del contenido	<b>Comité de supervisión de asistencia financiera</b>

### I. Descripción

Política y procedimientos para proporcionar asistencia financiera a los pacientes por los servicios del sistema de atención médica de University of North Carolina Health Care System (UNCHCS). Esta política rige para las siguientes entidades: Hospitales de UNC (incluidos los campus de Wakebrook y Hillsborough), Chatham Hospital, Inc., High Point Regional Health, Regional Physicians, LLC, UNC Faculty Physicians (incluidos los campus de Wakebrook y Hillsborough), Rex Hospital, Inc., UNC Physicians Network, LLC UNC Physicians Network Group Practices, LLC y Caldwell Memorial Hospital, Inc.

### II. Fundamentos

Como parte de su misión, UNCHCS proporciona atención a los residentes de Carolina del Norte que no tienen seguro o que tienen un seguro médico deficiente y no pueden pagar por los servicios de atención de la salud médicamente necesarios. El propósito de esta política es usar recursos de asistencia financiera disponibles para UNCHCS para maximizar la disponibilidad de servicios de atención médica para las personas de Carolina del Norte de manera efectiva, equitativa y coherente.

Esta política no afecta ni limita la dedicación y la obligación de UNCHCS en virtud de Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA ('la Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto') para tratar pacientes con afecciones médicas de emergencia.

### III. Política

UNCHCS cuenta con un programa organizado de asistencia financiera para el paciente diseñado para ayudar a proporcionar la atención médica necesaria para los residentes de Carolina del Norte en la medida en que haya recursos disponibles. Con este fin, un Financial Assistance Oversight Committee, FAOC ('Comité de Supervisión de Asistencia Financiera') supervisará todos los aspectos del programa de asistencia financiera para el paciente, que incluye la asistencia financiera para farmacia y la asistencia financiera para trasplante. La política, que entrará en vigencia al momento de la aprobación/denegación, se usará para determinar la idoneidad para acceder a la asistencia financiera.

Se publicará un resumen de los criterios iniciales de la política, los beneficios y costos anuales en las áreas de servicio y en los sitios de Internet para incluir los métodos y los contactos para la solicitud. Es posible obtener la política completa a través de una comunicación con el Legal Department ('Departamento Legal') o con la Office of Revenue Cycle Management ('Oficina de Administración del Ciclo de Ingresos')

La asistencia financiera para el paciente consiste en los siguientes componentes:

- A. Descuentos para servicios sin seguro
- B. Programa de beneficencia Charity Care
- C. Programa de beneficencia en caso de catástrofe (Catastrophic Charity Care)
- D. Determinaciones presuntas
- E. Servicios dentales
- F. Psychiatry Psychotherapy Resident Clinic, ('Clínica de residentes de psicoterapia y psiquiatría')

### **A. Descuentos para servicios sin seguro**

Las personas que no tienen cobertura de seguro médico, o que no tienen cobertura por otro tercero (como cobertura de responsabilidad de automóviles de terceros), o que obtienen servicios que no están cubiertos por su seguro médico serán aptos para obtener un 40% de descuento de los gastos, excepto por los servicios de las categorías 3 y 4 que figuran en la Tabla de excepciones de la asistencia financiera (Apéndice A). Este descuento se otorgará independientemente del ingreso o de la residencia en Carolina del Norte.

El FAOC revisará el monto del descuento de manera provisoria para asegurar igualdad en el monto del cargo entre todos los pacientes: los que tienen seguro, los que no tienen seguro y los que reciben asistencia financiera. Las entidades y afiliados no incluidos en esta política pueden elegir adoptar el monto de descuento del 40% o un monto diferente.

### **B. Programa de beneficencia Charity Care**

Charity Care es un beneficio en el cual el 100% del saldo actual adeudado del paciente después del copago en el Apéndice C, se amortizará excepto por las restricciones incluidas en la Tabla de excepciones de la asistencia financiera (Apéndice A) y los saldos cubiertos por fuentes de financiación externa. Dado el 100% de beneficio, los montos generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés) para determinar el beneficio no son pertinentes. Charity Care está disponible para los residentes de Carolina del Norte que cumplan con los criterios de residencia e ingresos familiares, según se indica en Definiciones de requisitos para el programa de beneficencia (Charity Care) (Apéndice C). Todos los residentes de Carolina del Norte pueden solicitar asistencia financiera y todas las solicitudes se tendrán en cuenta independientemente de la raza, el color, el sexo, el origen nacional o las preferencias religiosas.

#### **1. Disponibilidad**

- a. Estará disponible una solicitud para Charity Care para toda persona que la solicite o que esté identificada con una necesidad Y cumpla con los criterios de selección de idoneidad:
  - i. El paciente es un residente de Carolina del Norte (North Carolina, NC).
  - ii. Los ingresos del grupo familiar del paciente se encuentran al 250% de las Pautas Federales del índice de Pobreza o por debajo de este porcentaje.
- b. Los pacientes pueden presentar una solicitud para acceder a Charity Care antes de su primera visita a UNCHCS.
- c. UNCHCS publicará las notificaciones según lo exija la ley con respecto a la disponibilidad de asistencia financiera. Los pacientes que requieran asistencia financiera o los que se considere que requieran dicha asistencia serán remitidos a un asesor financiero o a un especialista en asistencia financiera.
- d. UNCHCS proporcionará de manera afirmativa avisos y folletos a los médicos y centros de salud en la comunidad con la información de contacto y cómo obtener una solicitud. Los centros de salud en la comunidad que realizan evaluaciones equivalentes a las de los solicitantes de ayuda financiera, puede que se consideren como calificados bajo circunstancias extraordinarias; por lo cual, es posible acelerar una solicitud y un proceso de solicitud. Consulte más adelante la Sección B3 Circunstancias extraordinarias/otras categorías de solicitantes.
- e. Sin perjuicio de las disposiciones de esta política, UNC Physicians Network Group Practices, LLC y Rex Rehabilitation and Nursing Care Centers de Raleigh y Apex

pueden negarse a aceptar a un paciente nuevo sin recursos financieros, incluyendo un nuevo paciente del programa Charity Care.

- f. UNCHCS no remitirá la factura pendiente de pago de un paciente a una agencia de cobros externa durante el plazo de la solicitud de un paciente para obtener asistencia financiera, que no exceda un período de 120 días. Los pacientes continuarán recibiendo estados de cuenta informativos durante este período de tiempo. Si los 120 días se cumplen antes de la determinación final de la solicitud o si la solicitud es denegada, el ciclo del estado de cuenta se reanudará después de reducir un ciclo (30 días).
- g. Si se considera que un paciente reúne los requisitos para recibir Charity Care, la idoneidad es válida en los afiliados de UNCHCS cubiertos por esta política. Los pacientes solo pueden recibir Charity Care una vez que se hayan agotado todos los recursos financieros disponibles para el paciente y el paciente no cuente con los ingresos suficientes para cubrir los gastos por cuenta propia según lo define la UNCHCS. Otros recursos financieros incluyen, pero no se limitan a, seguro médico privado, financiación de una agencia, Medicare o Medicaid.
- h. Si la solicitud de Charity Care se aprueba, el Charity Care se aplicará a los saldos después de que se hayan cobrado todas las coberturas de terceros. Siempre que haya financiación de una agencia disponible, ya sea que se haya aprobado o no el Charity Care para el paciente, la financiación por parte de la agencia debe asegurarse antes de que se programe el servicio y sea cubierto por Charity Care. Si el servicio se programa antes de que se complete el proceso de financiación por parte de la agencia, el servicio deberá marcarse para excluirlo de Charity Care.
- i. A partir del 1 de enero de 2015, una determinación de idoneidad tendrá vigencia para Charity Care durante 18 meses futuros desde la fecha de aprobación y de manera retroactiva para todos los saldos de los pacientes en los que hayan incurrido antes de la aprobación de la solicitud del Charity Care.
- j. Charity Care solo cubre los servicios que se consideran «medicamente necesarios» por Medicare, Medicaid o los estándares del sector. Todos los servicios médicamente necesarios se considerarán de Categoría 1, a menos que se aprueben como de Categoría 2, 3 o 4 en la Tabla de excepciones de la asistencia financiera (Apéndice A).
- k. Para los servicios de Categoría 2, 3 y 4 en la Tabla de excepciones de la asistencia financiera (Apéndice A), la necesidad médica la determinará el médico a cargo del tratamiento. En los casos en los que no esté clara la necesidad médica, el Financial Assistance Oversight Committee tomará una determinación final.
- l. Los pacientes que reúnen los requisitos de manera activa para Medicaid tendrán derecho a los ajustes del Charity Care de los saldos de los pacientes según se define anteriormente, excepto por los servicios proporcionados por Rex Rehabilitation and Nursing Care Centers. En lugar de la solicitud para el Charity Care, se usa la confirmación de la idoneidad del paciente para Medicaid mediante un sistema electrónico de verificación de idoneidad de Medicaid.
- m. Los pacientes de Medicare que califican para los programas de Medicaid MQB-B y MQB-E, reúnen los requisitos para un ajuste del saldo restante del Charity Care después del pago de Medicare y de otros terceros pagadores que correspondan, excepto por los saldos ocasionados en Rex Rehabilitation and Nursing Care Centers. En lugar de la solicitud para el Charity Care, se usa la confirmación de la idoneidad del paciente para MQB-B o MQB-E de Medicaid en la fecha de servicio mediante un sistema electrónico de verificación de idoneidad de Medicaid.

### 2. Derechos y responsabilidades

- a. Si un paciente no tiene Medicaid u otro tipo de financiación por parte de una agencia privada, pero puede reunir los requisitos, el paciente debe cooperar con cualquier proceso de solicitud de financiación disponible para que se tenga en cuenta para Charity Care. Si un paciente no coopera, el Charity Care se denegará o, si hay una aprobación activa en archivo, se revocará, y el paciente será responsable de todos los saldos.
- b. Solo los saldos del paciente se tendrán en cuenta para la amortización del Charity Care. El saldo del paciente es la cantidad para la cual no hay cobertura de terceros u otra financiación disponible, o saldos después del seguro. Las cuentas en estado pasivo no califican para Charity Care.
- c. Si los activos y los ingresos del grupo familiar del paciente menos una asignación estándar para gastos y obligaciones es menor o igual que el 250% de las Pautas Federales del Índice de Pobreza actual para el tamaño de la familia del paciente, el paciente puede calificar al Charity Care.
- d. Una vez que se haya tomado la determinación final con respecto a la idoneidad para el Charity Care, se notificará al paciente por escrito.
- e. Si se modifican los ingresos de un paciente o el tamaño de su grupo familiar, es posible presentar una nueva solicitud para Charity Care con documentación probatoria para que se reevalúe el estado de dicho programa.
- f. Cualquier pago efectuado hasta la fecha, se contará a favor de la cantidad adeudada y no será reembolsable.
- g. El paciente tiene derecho a apelar una solicitud denegada para el Charity Care. La apelación la revisará el Financial Assistance Oversight Committee Clinical and/or Administrative Appeals Group, ('Grupo de apelaciones administrativas o clínicas del Comité de supervisión de asistencia financiera'). Se notificará al paciente por escrito sobre el resultado de la apelación.
- h. Un paciente con cobertura de seguro primario que haya sido aprobado para recibir Charity Care no calificará a dicho programa, a menos que el paciente haya cumplido con los términos y requisitos de su cobertura de seguro primario para maximizar los reembolsos disponibles del seguro. Por ejemplo, si el seguro primario del paciente cubre los servicios solo en las instalaciones designadas dentro de la red o con los proveedores dentro de la red, la UNCHCS no proporcionará Charity Care por esos servicios si el paciente elige una instalación o un proveedor que no están dentro de la red. En esas circunstancias, se solicitará al paciente que pague por adelantado la atención que no sea de emergencia/urgencia si el paciente opta por usar una opción que no se encuentra dentro de la red.

### 3. Circunstancias extraordinarias/otras categorías de solicitantes

Cumplir con los requisitos en virtud de circunstancias extraordinarias que no se describen a continuación requiere la aprobación del Financial Assistance Oversight Committee.

- a. **Personas sin hogar:** una persona sin hogar es alguien que no tiene hogar o un lugar de residencia y que depende de la beneficencia o de la asistencia pública. Estas personas cumplen los requisitos incluso si no pueden proporcionar toda la documentación requerida para la solicitud de Charity Care. La solicitud de Charity Care debe indicar en el espacio para la dirección que el paciente es una persona sin hogar y el paciente debe firmar la solicitud.

- b. Pacientes de TROSA: un paciente de Triangle Residential Options for Substance Abusers, TROSA ('Opciones residenciales del triángulo para abusadores de sustancias') es una persona que vive en una institución de TROSA y depende de esa institución para toda su atención, y no recibe dinero cuando se encuentra fuera de la institución. Prueba por escrito emitida por TROSA de que el paciente es un residente, incluida la fecha de ingreso y la sección demográfica completa y firmada de la solicitud serán suficientes como una solicitud completa para Charity Care. Los pacientes de TROSA están exentos de los copagos del Charity Care.
- c. Pacientes fallecidos: los gastos en los que ha incurrido un paciente que ha fallecido pueden todavía reunir los requisitos para Charity Care. Para la solicitud del Charity Care, el paciente fallecido contará como un miembro de la familia, pero el ingreso del paciente fallecido será de cero. Las cuentas en estado patrimonial no tendrán derecho a Charity Care.
- d. Reclusos: los gastos en los que ha incurrido un paciente que posteriormente ha sido encarcelado todavía pueden reunir los requisitos para el Charity Care. Su salario se considerará como de cero para los propósitos de la solicitud de Charity Care desde la fecha de ingreso a la institución correccional hasta la fecha de salida de la misma. Evidencia por escrito emitida por la institución correccional de que el paciente es un recluso, incluida la fecha de ingreso y la fecha propuesta de salida, serán suficientes como solicitud de Charity Care. Nota: Todos los gastos incurridos durante el encarcelamiento serán responsabilidad de la institución correccional.
- e. Servicios de trasplantes: se tratan por separado en una Solid Organ Transplant Financial Policy, ('política financiera de trasplante de órganos sólidos').
- f. Servicios de farmacia: se tratan por separado en una Pharmacy Assistance Policy, ('política de asistencia de farmacia').
- g. Pacientes internacionales: no cumplen los requisitos para Charity Care tradicional y se tratan por separado en una International Patient Policy, ('política para pacientes internacionales')(ADMIN0236 / SYS#####). Un paciente internacional se define como un paciente que es ciudadano de un país extranjero, entra en Los Estados Unidos gracias a una visa de cualquier tipo, en vigor o vencida.
- h. Trastornos de la conducta alimentaria: los residentes de los condados de Orange, Person y Chatham de Carolina del Norte pueden solicitar el Charity Care tradicional. De lo contrario, los tratamientos para trastornos de la conducta alimentaria se tratan por separado en una Eating Disorders Treatment Program Policy, ('política para trastornos de la conducta alimentaria').
- i. Project Access of Wake County «Proyecto de acceso del condado de Wake»: Project Access of Wake County es un grupo de médicos que proporcionan atención gratuita a las personas que no tienen seguro en el condado de Wake. Una tarjeta o una carta de aprobación válidas del Project Access junto con la sección demográfica completa y firmada de la solicitud serán suficientes como una solicitud completa para Charity Care.
- j. Project Access del condado de Johnston: el Project Access del condado de Johnston es un grupo de médicos que proporcionan atención gratuita a las personas del condado de Johnston que no tienen seguro. Una tarjeta o una carta de aprobación válidas del Project Access junto con la sección demográfica completa y firmada de la solicitud serán suficientes como una solicitud completa para Charity Care.
- k. Community Clinic of High Point, Inc.: es un grupo de médicos que proporcionan atención gratuita a las personas de High Point que no tienen seguro. Una tarjeta o una carta de aprobación válidas de Community Clinic junto con la sección demográfica



Ante la ausencia de un lenguaje de descripción específico del programa definido en esta política, se usará el del Manual vigente de Medicaid de la División de Asistencia Médica del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte.

### C. Programa de beneficencia en caso de catástrofe (Catastrophic Charity Care)

#### 1. Política

El propósito de esta política es usar los recursos disponibles de asistencia financiera de UNCHCS para proporcionar los servicios de atención médica que necesitan las personas que pueden sufrir un evento médico catastrófico independientemente de su estado de residencia y hacerlo de la manera más consistente, equitativa y efectiva posible.

- a. UNCHCS tendrá un programa Catastrophic Charity Care diseñado para ayudar a proporcionar la atención médica necesaria en la medida en la que haya recursos disponibles.
- b. El Financial Assistance Oversight Committee, ('Comité de supervisión de asistencia financiera') supervisará todos los aspectos del programa de beneficencia en caso de catástrofe.
- c. La política, que entrará en vigencia al momento de la aprobación/denegación, se usará para determinar la idoneidad para el Catastrophic Charity Care.

#### 2. Criterios de idoneidad

- a. Los pacientes a los que se les niegue el Charity Care tradicional con base en que sus ingresos superan el 250% de las Pautas Federales del Índice de Pobreza o con base en su estado de residencia, se tendrán en cuenta para el programa Catastrophic Charity Care. Todo paciente o garante del mismo se tendrá en cuenta independientemente de la raza, el color, el sexo, el origen nacional o las preferencias religiosas.
- b. Los saldos existentes de los pacientes de UNCHCS, después de haber agotado todos los otros recursos financieros disponibles para el paciente, deberían generar una proporción entre la deuda médica y el ingreso mayor o igual al 20%. Por ejemplo, si un hogar de dos personas cuenta con un ingreso anual de \$75,000, los saldos combinados después de todos los otros medios de pago deben ser, como mínimo, de \$15,000. Otros recursos financieros incluyen, pero no se limitan a, seguro médico privado, financiación de una agencia, Medicare o Medicaid.
- c. Si se aprueba el Catastrophic Charity Care, este se aplicará a los saldos después de que se hayan descartado todas las coberturas de terceros, incluido Medicaid y cualquier agencia aseguradora privada.
- d. Si se aprueba Catastrophic Charity Care, la deuda médica del paciente después del seguro se reducirá hasta el 20% de los activos y del ingreso del paciente menos un gasto estándar del 6% y una asignación por responsabilidad. Si un paciente no tiene ingresos, la deuda médica del paciente después del seguro se reducirá en un ochenta y cuatro por ciento (84%).
- e. El Catastrophic Charity Care puede otorgarse una vez cada 12 meses desde la fecha de aprobación del mismo. Si se modifica la situación financiera o el tamaño de la familia, puede presentarse una nueva solicitud de Charity Care.
- f. Los saldos incobrables o que ya están en manos de agencias de cobros o de la Attorney General's Office ('Oficina de la Fiscalía General') se tendrán en cuenta. Los futuros saldos no se tendrán en cuenta.

- g. El cálculo de la deuda médica incluirá saldos que pueden haber disminuido debido al descuento para personas sin seguro médico.
- h. Para el Catastrophic Charity Care, se considerarán en el cálculo de la deuda médica todas las cuentas por las cuales el garante es responsable. Los servicios de otro modo excluidos del Charity Care pueden ser incluidos en el cálculo catastrófico.
- i. Cuando se aprueba el Catastrophic Charity Care, se registra la fecha de aprobación. Si existen saldos en espera del pago de terceros, el ajuste de los saldos se pospondrá hasta que se haya pagado toda la cobertura de terceros. Todos los saldos restantes del paciente de las fechas de servicio en la fecha de aprobación o antes se ajustarán entonces.
- j. Para pacientes con Medicaid pendiente, la determinación del Catastrophic Charity Care se pospondrá hasta que la disposición final de Medicaid permita una acumulación de gastos completa y precisa.

### **D. Determinaciones presuntas**

#### 1. Política

- a. Quizá se utilice una determinación presunta para asistir a los pacientes que puede que califiquen para la ayuda financiera, pero las circunstancias impiden que se complete la solicitud en su totalidad.
- b. Se realizan las determinaciones presuntas en las cuentas individuales donde no hay otra fuente de fondos disponible Y después de un ciclo completo de facturación de 120 días habiendo generado tres (3) estados de cuenta para el paciente.
- c. Para determinar la idoneidad se usa una metodología de puntuación que representa la capacidad del paciente para pagar con base en los criterios tales como, pero no limitados a, propiedad de activos, tendencias de pago de deudas y crédito disponible.
- d. Las puntuaciones que califican para un ajuste presunto son relativas a las puntuaciones de los pacientes que de otra manera calificarían para Charity Care si hubieran enviado una solicitud completa.
- e. Después de calificar, la cuenta individual se ajustará a \$0 usando un código de ajuste que identifica el ajuste como una determinación presunta, separado y diferente de Charity Care. Las determinaciones presuntas, ya que han pasado por un ciclo de facturación completo de 120 días habiendo generado tres (3) estados de cuenta para el paciente, puede que se clasifique como saldos incobrables de Medicare, pero NO para Medicare Charity para el reporte de costo de Medicare. Solo los solicitantes aprobados que envían una solicitud completa por escrito con todas las verificaciones pertinentes para determinar el ingreso, activos, obligaciones y gastos puede que se clasifiquen como Medicare Charity.

### **E. Servicios dentales**

#### 1. Política

- a. Esta sección de la política es solo para los saldos de UNCH y UNCFP. Esta sección de la política no aplica para ningún otro afiliado de UNC.
- b. Para calificar para asistencia financiera por servicios dentales, el paciente debe contar con la aprobación de la asistencia financiera de UNCHCS.



- c. Los servicios dentales que califican para la cobertura total del programa de beneficencia (Charity Care) son los que estarían cubiertos por Medicare. La cobertura de Charity Care incluye lo siguiente:
  - i. Casos en los que la gravedad de la enfermedad subyacente requiere hospitalización.
  - ii. Un servicio secundario que es integral y necesario para tratar una afección no dental, como la eliminación de un tumor, y que se proporciona en el mismo momento que el servicio primario y por el mismo médico/dentista.
  - iii. La extracción de dientes para preparar la mandíbula para el tratamiento con radiación de una enfermedad neoplásica.
  - iv. Un examen dental u oral realizado a pacientes hospitalizados como parte de una metodología diagnóstica completa previa a una cirugía de trasplante renal o realizada en una Rural Health Clinic, RHC, ('Clínica de salud Rural') o en un Federally Qualified Health Center, FQHC, ('Centro de Salud Federalmente Calificado') antes de un reemplazo de válvula cardíaca.

### **F. Psychiatry Psychotherapy Resident Clinic, ('Clínica de residentes de psicoterapia y psiquiatría')**

Las clínicas de residencia de psicoterapia y psiquiatría de UNC cumplen una misión de formación ya que proporcionan a los residentes de psiquiatría la experiencia de aprender a realizar psicoterapia semanal a largo plazo. Los gastos por cuenta propia de los pacientes por las sesiones de psicoterapia reflejan el objetivo principal de esta formación y actualmente están establecidos en \$25 por sesión, independientemente de si el paciente tiene seguro o si recibe el Charity Care por parte de UNCHCS.

## **IV. Exclusiones**

Los servicios que aparecen en el Apéndice A como exclusiones no reúnen los requisitos para obtener asistencia financiera en virtud de esta política. La estadía y los servicios relacionados con Rex Rehabilitation and Nursing Care Centers de Raleigh y Apex que no cubren Medicare, Medicaid ni un seguro de terceros, en virtud de la limitación de la cobertura, la terminación de los beneficios o la necesidad médica, no reúnen los requisitos para considerar el descuento de personas sin seguro médico o el Charity Care. Es posible que se otorgue una compensación para los residentes de Rex Rehabilitation and Nursing Care Centers de Raleigh y Apex, por deducibles por cuenta propia, coaseguro o montos de copago hasta un máximo anual determinado de manera individual que toma en cuenta los límites de recursos y los requisitos de la responsabilidad económica del paciente de Medicaid.

**Apéndice A:**  
**Tabla de excepciones de la asistencia financiera**

Categoría	Definición	Idoneidad del programa		Definiciones del servicio
		Descuento	Programa de beneficencia Charity Care	
<b>Categoría 1</b>	Medicamente necesario	Sí	Sí	Mayoría de servicios
<b>Categoría 2</b>	Tratamiento de costo elevado; otras alternativas generalmente disponibles	Sí	No	Implante coclear Circuncisión infantil optativa LDL aféresis Trasplantes Cirugía bariátrica Estimulación cerebral profunda Implante peneano o testicular Reversión de vasectomía Dispositivo de asistencia ventricular izquierda (consulte la política de trasplantes) Audífonos pediátricos (hasta los 21 años) Preservación de oportunidades reproductivas después del tratamiento contra el cáncer (fecundación in vitro para pacientes de cáncer de próstata resistente al tratamiento hormonal) Servicios proporcionados a Veterans Administration pacientes reciben estos y rehúsan que los transfieran a una instalación de VA Cualquier otro procedimiento que no cumpla con los criterios de necesidad médica
<b>Categoría 3</b>	Servicios excluidos	No	No	Cirugía/procedimientos estéticos* Evaluación y tratamiento de la infertilidad Ecografía obstétrica no necesaria desde el punto de vista médico Productos de un establecimiento de óptica Exámenes de rutina de la vista Lentes de contacto o exámenes* Audífonos Acupuntura Colonoscopia virtual no necesaria desde el punto de vista médico Resonancia magnética de todo el cuerpo no necesaria desde el punto de vista médico
<b>Categoría 4</b>	Descuento para los que no tienen seguro	No	Sí	Rex Rehabilitation and Nursing Care Centers de Raleigh y Apex, de acuerdo con la Sección III.B.3.k. UNCH Hospital Dental Clinic

\*La cirugía estética no reúne los requisitos para un plan de pago. Se requiere el pago completo antes del servicio.

## APÉNDICE B

## Copagos del Programa Charity Care

SERVICIO	MONTO
<b><i>Copagos tradicionalmente asociados con servicios médicos:</i></b>	
Visita clínica de atención primaria (cada cita incluso si son el mismo día) (excluye la atención primaria del Centro Médico para Niños. Consulte «Atención primaria del Centro Médico para Niños» a continuación)	\$10
Visita a clínica de atención especializada (cada cita incluso si son el mismo día) (incluye visitas a Allied Health Hearing & Communications, Wakebrook Crisis & Assessment, y Wound si no se facturan como recurrentes) (excluye la recurrencia al hospital: ver «Recurrencia» a continuación)	\$10
Atención de urgencia (no especializada) (cada visita incluso si son el mismo día)	\$35
<b><i>Copagos tradicionalmente asociados con servicios de hospital:</i></b>	
Departamento de emergencias	\$50
Admisión de un paciente hospitalizado y admisión a Wakebrook Residential Unit	\$100
Cirugía ambulatoria (incluye día de cirugía, broncoscopia para adultos, electrofisiología y cateterismo cardíaco para adultos y pediátricos, unidad de estadía corta para niños, cistoscopia, manometría gastrointestinal, procedimientos gastrointestinales y radiología vascular e intervencionista, VIR por sus siglas en inglés.	\$75
Auxiliar (excepto terapia física/terapia ocupacional)	\$10
Atención primaria en Centro Médico para Niños	\$10
Recurrente (mensualmente por caso)	
▪ Terapia cardíaca/pulmonar	\$20
▪ Trastornos de la conducta alimentaria	\$0
▪ Terapia física/terapia ocupacional	\$20
▪ Oncología por radiación	\$75

\*La atención primaria se define como visitas que ocurren en clínicas de medicina familiar, atención primaria para niños, o medicina interna general.

Cuando corresponda, los pacientes asegurados que también califican para Charity Care pagarán el copago requerido por su compañía de seguro y no el copago de Charity Care.

## APÉNDICE C

### Definición de requisitos para el programa de beneficencia (Charity Care)

*Residencia en Carolina del Norte –Para cumplir con los requisitos de residencia del estado de Carolina del Norte para calificar para los beneficios de Medicaid, una persona debe residir en Carolina del Norte con intención de permanecer aquí de manera permanente o por un período indefinido o demostrar que llegó a Carolina del Norte en busca de empleo o con un compromiso laboral. Una persona reside en Carolina del Norte si Carolina del Norte es su lugar de residencia fijo, establecido o permanente y tiene la intención de permanecer allí de manera permanente o por un período de tiempo indefinido.*

**REQUISITO:** Para verificar la residencia, deben proporcionarse dos documentos de dos de las categorías que se indican a continuación. Esto significa que un documento o prueba debe ser de dos de las pequeñas letras que figuran a continuación. Ejemplo: Un artículo de la letra c y uno de la letra d serían aceptables. Dos documentos de b no son aceptables. Los solicitantes que no tengan dos de los documentos deberán completar y firmar la declaración que figura al dorso de este formulario, sujeto a enjuiciamiento, de que no tienen dos de los documentos enumerados.

- a. Una licencia de conducir de Carolina del Norte válida u otra tarjeta de identificación emitida por el North Carolina Division of Motor Vehicles.
- b. Un recibo de pago de renta, alquiler o hipoteca actual de Carolina del Norte, dos estados de cuenta bancarios, o factura de servicios a nombre del solicitante o del cónyuge legal del solicitante, que muestre un domicilio en Carolina del Norte.
- c. Un registro vigente de un vehículo automotor de Carolina del Norte a nombre del solicitante que muestre el domicilio actual del solicitante en Carolina del Norte.
- d. Un documento que verifique que el solicitante está empleado en Carolina del Norte.
- e. Uno o más documentos que demuestren que el solicitante ya no reside en el estado en donde vivía anteriormente tales como el cierre de una cuenta bancaria, el despido o la venta de una vivienda.
- f. Los registros impositivos del solicitante o del cónyuge legal del solicitante, que muestren un domicilio actual en Carolina del Norte.
- g. Un documento que demuestre que el solicitante se ha registrado en un servicio de empleo público o privado en Carolina del Norte.
- h. Un documento que demuestre que el solicitante ha inscrito a sus hijos en una escuela pública o privada o en una guardería infantil ubicada en Carolina del Norte.
- i. Un documento que demuestre que el solicitante recibe asistencia pública (como cupones para alimentos) u otros servicios que requieren prueba de residencia en Carolina del Norte. Actualmente Work First y Energy Assistance no requieren prueba de residencia en Carolina del Norte.
- j. Expedientes de un departamento de salud o de otro proveedor de atención médica ubicado en Carolina del Norte que muestre el domicilio actual del solicitante en Carolina del Norte.
- k. Una declaración por escrito de una persona que tenga una relación social, familiar o económica con el solicitante, y que tenga conocimiento personal de las intenciones del solicitante de vivir en Carolina del Norte de manera permanente, por un período de tiempo indefinido o de residir en Carolina del Norte para buscar empleo o con un compromiso laboral.
- l. Una tarjeta actual de inscripción electoral de Carolina del Norte.
- m. Un documento de US Department of Veteran's Affairs, US Military o de US Department of Homeland Security que verifique la intención del solicitante de vivir en Carolina del Norte de manera permanente o por un período de tiempo indefinido o que el solicitante reside en Carolina del Norte para buscar empleo o porque tiene un compromiso laboral.
- n. Expedientes escolares oficiales de Carolina del Norte, firmados por autoridades escolares, o diplomas emitidos por las escuelas de Carolina del Norte (incluyendo escuelas secundarias, colegios, universidades, establecimientos educativos de nivel terciario [community colleges]), que verifiquen la intención del solicitante de vivir en Carolina del Norte de manera permanente o por un período de tiempo indefinido o que el solicitante reside en Carolina del Norte para buscar empleo o porque tiene un compromiso laboral.
- o. Un documento expedido por el consulado de México u otro consulado extranjero que verifique la intención del solicitante de vivir en Carolina del Norte de manera permanente o por un período de tiempo indefinido o que el solicitante reside en Carolina del Norte para buscar empleo o porque tiene un compromiso laboral.
- p. UNCHCS tiene la autoridad de determinar qué se considera una prueba satisfactoria y se reserva el derecho a denegar la idoneidad o de declarar que los documentos proporcionados no son aceptables si UNCHCS considera que la documentación es falsa o de otra manera determina que la documentación no es satisfactoria. UNCHCS puede solicitar que se proporcione documentación adicional de respaldo.

## Declaración del solicitante de residencia de Carolina del Norte

Yo, \_\_\_\_\_, confirmo que no puedo proporcionar dos documentos de verificación de residencia en el estado de Carolina del Norte.

***Yo declaro por el presente documento que la información que figura anteriormente es verdadera y exacta. Yo entiendo que este formulario de declaración se usa para ayudar a verificar que cumplo con los requisitos de residencia en el estado de Carolina del Norte para obtener el Charity Care de UNC. Yo entiendo que una declaración falsa o engañosa de mi parte podría resultar en ajustes del Charity Care para los cuales de otra manera yo no hubiera reunido los requisitos, y yo podría estar sujeto a penalidades civiles y criminales.***

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Núm. de teléfono \_\_\_\_\_

## Asistencia financiera para el paciente

*Cobertura por terceros - Todos los pacientes serán sometidos a un proceso de selección para determinar fuentes de asistencia y cobertura por terceros que podrían incluir, entre otras, las siguientes:*

- 1) Seguro de salud personal o financiado por los empleados
- 2) Medicare, Medicaid, CHIP, comercial, o cualquier otra cobertura por terceros
- 3) Idoneidad para programas de asistencia pública
- 4) Cobertura por parte de terceros de un empleador o familiar del empleador
- 5) Compensación para el trabajador

*Estado de ingresos/empleo* - Los ingresos incluyen todos los recibos en efectivo de todos los recursos antes de los impuestos. La verificación de ingresos no se requiere para los dependientes menores de 18 años.

Los siguientes se consideran ingresos:

- 1) Sueldos y salarios antes de las deducciones
- 2) Ingreso de trabajo por cuenta propia
- 3) Beneficios de seguro social
- 4) Distribución/ingreso de pensión y jubilación
- 5) Compensación por desempleo
- 6) Indemnización por huelga de los fondos de un sindicato
- 7) Compensación para el trabajador
- 8) Pagos a veteranos
- 9) Pagos de asistencia pública
- 10) Estipendios por capacitación
- 11) Pensión alimenticia
- 12) Asignaciones a familia militar
- 13) Ingreso por dividendos, regalías e ingreso por intereses
- 14) Ingreso por patrimonios y fideicomisos
- 15) Ingreso por acuerdos legales
- 16) Seguro regular o pagos de anualidades
- 17) Apoyo de un miembro de la familia que está ausente o de alguien que no vive en el hogar
- 18) Premios de lotería
- 19) Trabajo por cuenta propia: incluye comidas, viajes, regalos, entretenimiento y hasta \$10,000 en depreciación obtenidos del Anexo C.

Los siguientes no se consideran ingresos:

- 1) Alimentos o alquiler recibidos en lugar de salarios
- 2) Beneficios que no son en efectivo
- 3) Pagos de becas y préstamos estudiantiles
- 4) Pagos de manutención de los hijos

Los siguientes pueden usarse para comprobar el ingreso:

- 1) Declaración de impuestos federal y estatal sobre la renta para el año calendario anterior. Los pacientes que trabajan por cuenta propia deben proporcionar el Anexo C de su declaración de impuestos federal. Las siguientes deducciones no se permitirán para determinar el ingreso:
  - a. Depreciación
  - b. Viajes, comidas y entretenimiento
  - c. Los gastos enumerados como «Otros» en el Anexo C se evaluarán individualmente

## Asistencia financiera para el paciente

- 2) Formulario(s) W-2, u otros formularios de ingresos incluidos con la declaración de impuestos del año calendario anterior.
- 3) Se requieren talones de cheques de nómina que cubran las últimas seis semanas. Cuando no hay talones de cheques de nómina disponibles, es aceptable una verificación telefónica del empleador que confirme el empleo y el ingreso. La verificación telefónica solo puede realizarse por un empleado de UNCHCS autorizado que llama al representante de recursos humanos del solicitante, y no viceversa. El empleado de UNCHCS debe documentar en el sistema o registrar lo siguiente:
  - a. Nombre de la compañía
  - b. Fecha y hora de la llamada
  - c. Número de teléfono al que se llamó
  - d. Persona del lugar de empleo del solicitante que verifica el ingreso
- 4) Otros ingresos actuales de cualquier fuente no directamente relacionada con el empleo, como beneficios por jubilación o incapacidad, seguro social, o beneficios para veteranos deben verificarse con talones de cheques u otra documentación.
- 5) Los estados de cuenta de cuentas corrientes y de ahorro más recientes que identifican el saldo inicial, transacciones y el saldo final.
- 6) A los pacientes que están empleados, pero que debido a una afección médica temporal no pueden trabajar y no disponen de un ingreso, se les reducirá su ingreso anual por el período de incapacidad para trabajar. Este ingreso prorrateado se usará para determinar la idoneidad del paciente para obtener asistencia financiera.  
Ejemplo: El ingreso de un paciente con un ingreso anual de \$40,000 que no puede trabajar durante 12 semanas tendrá un ingreso anual prorrateado de \$30,000 para los fines de determinar la idoneidad para la asistencia financiera.
- 7) En casos en los que el paciente declara que la documentación de apoyo anterior no existe, se requerirá que el paciente proporcione un estado de cuenta que testifique su ingreso.

Para documentar el desempleo se puede presentar lo siguiente:

- 1) Documentos de la North Carolina Employment Security Commission ('Comisión de Seguridad en el Empleo')
- 2) Cartas de agencias locales y estatales con membrete
- 3) En ausencia de cualquiera de los anteriormente mencionados, se requiere que los pacientes desempleados documenten de qué manera pagan sus gastos. Los informes crediticios se obtendrán cuando sea necesario obtener información adicional. Estos requisitos no se aplicarán a los pacientes en edad de jubilación como está publicado en el seguro social.

Se usarán los siguientes cálculos para determinar los ingresos:

- 1) Cuentas corrientes y de ahorros -Excluidos los depósitos de ingresos ya calculados o excluidos debido a la política (manutención de hijos, becas y préstamos estudiantiles), se toma el saldo final de cada estado de cuenta y se agregan todos los otros depósitos. Se suman los tres subtotales mensuales y se divide el monto entre tres para obtener un promedio mensual. El monto promedio se suma entonces al ingreso anual como un monto único.
- 2) Mercados monetarios, acciones, bonos y certificados de depósito -Se agrega el 100% del valor al ingreso anual.
- 3) Cuentas personales de jubilación -Cuando se sacan los fondos, se toma el monto recibido por mes y se multiplica por el número de meses recibido en un año. Se agrega al ingreso anual.
- 4) Recibos de pago, Cuentas de jubilación, Seguro de Discapacidad del Seguro Social (Social Security Disability, SSD), y Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) -Se toma el monto recibido por mes y se multiplica por el número de meses recibido en un año. Si los recibos de pago son por hora, se toma el monto por hora y se multiplica por la

## Asistencia financiera para el paciente

cantidad de horas trabajadas por semana. Si recibe sueldo, use la tabla a continuación para calcular el monto mensual, según sea necesario. Multiplique el monto mensual por la cantidad de meses trabajados por año. Si recibe sueldo, use la tabla a continuación para calcular el monto mensual, según sea necesario. Multiplique el monto mensual por la cantidad de meses trabajados por año.

### **Cómo convertir el ingreso en un monto mensual bruto**

Si le pagan semanalmente	Multiplicar por 4.3
Si le pagan cada dos semanas	Multiplicar por 2.15
Si le pagan dos veces al mes	Multiplicar por 2
Si le pagan mensualmente	Use el monto mensual bruto

Se realizarán los siguientes cálculos de activos para ajustar los ingresos:

- 1) Un tercio de los activos líquidos dispuestos como retiro de un banco. Se requieren los estados de cuenta corriente y de ahorro más recientes del garante. Las acciones, los bonos y las inversiones que no son de jubilación se consideran activos líquidos disponibles para usarse para este cálculo. Las anualidades de jubilación a largo plazo no están incluidas al considerar los activos líquidos. Los ejemplos de activos líquidos incluyen, entre otros, cuentas corrientes, de ahorros y de mercado monetario, certificados de depósito y bonos.
- 2) Los activos no líquidos como se definen en los requisitos según la definición de recursos financieros de Medicaid MA-2230 del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte para los bienes inmuebles contables se tendrán en cuenta al evaluar la idoneidad para la asistencia financiera. El patrimonio neto de un paciente en bienes inmuebles, al compararse con el valor fiscal, más cualquier ingreso de rentas de pérdida/ganancia se considerará un activo no líquido. Se excluirá la residencia primaria del paciente.
- 3) Cuentas personales de jubilación -No cuentan cuando no se sacan los fondos
- 4) Bienes raíces en propiedad (aparte de la residencia primaria) -Se toma el valor impositivo menos el monto de hipoteca adeudado restante para calcular el patrimonio neto. El patrimonio neto se agrega entonces al ingreso anual.
- 5) Se reducirá el ingreso en un 6% adicional como una asignación estándar para gastos.

Los siguientes se consideran obligaciones:

- 1) Hipoteca de vivienda
- 2) Crédito agrario
- 3) Impuesto sobre la propiedad
- 4) Pago del auto/vehículo
- 5) Manutención de hijos (pago)
- 6) Préstamos estudiantiles/bancarios
- 7) Tarjetas de crédito

Los siguientes se consideran gastos:

- 1) Alquiler



## Asistencia financiera para el paciente

- 2) Seguro de vivienda/contra incendios
- 3) Alimentos
- 4) Electricidad
- 5) Calefacción (gasolina, aceite, madera, querosén)
- 6) Agua, alcantarillado y basura
- 7) Teléfono
- 8) Televisión por cable
- 9) Internet
- 10) Seguro médico
- 11) Seguro de vida o funerario
- 12) Guardería/matrícula
- 13) Transporte
- 14) Medicamentos/suministros

Los siguientes cálculos de gastos y obligaciones se usarán para ajustar el ingreso:

- 1) Gastos y obligaciones -Los ingresos se reducirán por una asignación estándar para gastos y obligaciones del 6% de los ingresos calculados.

*Tamaño de la familia* -Una familia es un grupo de dos o más personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas. Todas estas personas relacionadas se consideran miembros de una familia. Los miembros de familia se definen de la siguiente manera:

- 1) El paciente y, si está casado, su cónyuge;
- 2) cualquier hijo menor natural o adoptado menor de edad del paciente, o del cónyuge que no ha sido emancipado por un tribunal y que no está, o que nunca ha estado casado;
- 3) cualquier menor de edad cuya responsabilidad legal se entregó al paciente o al cónyuge del paciente por un tribunal;
- 4) toda persona designada como «dependiente» en la declaración de impuestos más reciente del paciente;
- 5) cualquier estudiante de más de 18 años de edad que es dependiente del ingreso familiar del paciente por más del 50 por ciento del respaldo;
- 6) cualquier otra persona dependiente del ingreso familiar del paciente por más del 50 por ciento del apoyo;
- 7) cualquier hijo menor de edad de un menor que es mantenido en forma exclusiva o parcial por el menor el cual es miembro de la familia del paciente.

La dependencia se determina por uno de los siguientes documentos que contienen el nombre del paciente o del cónyuge del paciente:

- 1) Declaración de impuestos actual;
- 2) asignación por orden judicial de guardián/procurador;
- 3) certificado de nacimiento;
- 4) registro de bautismo;
- 5) carta de otorgamiento de seguro social;
- 6) documento de inmigración de Estados Unidos;
- 7) en ausencia de cualquiera de los anteriores, una declaración jurada firmada por el paciente ante un representante de UNCHCS que testifique la dependencia del menor de edad o de otro miembro de la familia;
- 8) un menor de edad es una persona que no ha cumplido los dieciocho (18) años y que no está y nunca ha estado casado; cuando no es posible determinar el estado civil del menor de edad, o


## Asistencia financiera para el paciente

cuando no existe documentación que indique que el paciente es un menor emancipado, los padres o el tutor legal deberán designarse como la parte responsable. Deberán usarse la residencia y los ingresos de los padres o del tutor legal para determinar la idoneidad para la asistencia financiera. La tutela legal debe respaldarse por documentos legales plenamente formalizados y válidos.

La prueba del tamaño de la familia se basará en el formulario de impuestos federales más actuales presentado de conformidad con las leyes impositivas de Internal Revenue Service, IRS. Se deberá(n) presentar un certificado(s) de nacimiento para validar un aumento en la unidad familiar sobre el total indicado en la declaración impositiva más reciente. Si no se proporciona una declaración de impuestos, el tamaño de la familia se calculará como uno (1).

*Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 05/27/16*

## Administrative Manual

	Policy Name	<b>Patient Financial Assistance</b>
	Policy Number	<b>ADMIN 0192 / SYS0004</b>
	Date this Version Effective	<b>December 2015</b>
	Responsible for Content	<b>Financial Assistance Oversight Committee</b>

### V. Description

Policy and procedures for providing financial assistance to patients for services at the University of North Carolina Health Care System (UNCHCS). This policy applies to the following entities: UNC Hospitals (including Wakebrook and Hillsborough campuses), Chatham Hospital, Inc., High Point Regional Health, Regional Physicians, LLC, UNC Faculty Physicians (including Wakebrook and Hillsborough campuses), Rex Hospital, Inc., UNC Physicians Network, LLC UNC Physicians Network Group Practices, LLC, and Caldwell Memorial Hospital, Inc.

### VI. Rationale

As part of its mission, UNCHCS provides care for residents of North Carolina who are uninsured or underinsured and do not have the ability to pay for medically necessary health care services. The purpose of this policy is to use financial assistance resources available to UNCHCS to maximize the availability of health care services to the people of North Carolina in a consistent, equitable and effective manner.

This policy does not affect or limit UNCHCS's dedication and obligation under EMTALA to treat patients with emergency medical conditions.

### VII. Policy

UNCHCS shall have an organized patient financial assistance program designed to help provide necessary health care for North Carolina residents to the extent that resources are available. For this purpose, a Financial Assistance Oversight Committee (FAOC) will oversee all aspects of the patient financial assistance program, including pharmacy financial assistance and transplant financial assistance. The policy in effect at the time of the approval/denial will be used to determine eligibility for financial assistance.

A summary of the policy's baseline criteria, benefits and annual costs will be posted in service areas and on internet sites to include methods and contacts for application. The policy in its entirety may be obtained by contacting the Legal Department or the Office of Revenue Cycle Management.

Patient Financial Assistance consists of the following components:

- G. Discounts for Uninsured Services
- H. Charity Care
- I. Catastrophic Charity Care
- J. Presumptive Determinations
- K. Dental Services
- L. Psychiatry Psychotherapy Resident Clinic

#### A. Discounts for Uninsured Services

Persons who have no health insurance coverage, no coverage from any other third party (such as third party auto liability coverage), or who obtain services not covered by their health insurance will be eligible for a 40% discount on charges, except for Category 3 and 4 services in

the Financial Assistance Exceptions Table (Appendix A). This discount will be given regardless of income or North Carolina residency.

The FAOC will review the discount amount on an interim basis to insure charge amount parity among all patients – those with insurance, those without insurance and those receiving financial assistance. Entities and affiliates not included in this policy may choose to adopt the 40% discount amount or a different amount.

### **B. Charity Care**

Charity Care is a benefit where 100% of the current patient's balance owed after copayment in Appendix C will be written off except for limitations in the Financial Assistance Exceptions Table (Appendix A) and those balances covered by external funding sources. Given the 100% benefit, amounts generally billed (AGB) to determine the benefit do not apply. Charity Care is available for North Carolina residents who meet family income and residency criteria as defined in the Requirement Definitions for Charity Care (Appendix C). Any resident of North Carolina may apply for financial assistance and all applications will be considered without regard to race, color, gender, national origin or religious preference.

#### **7. Availability**

- a. A Charity Care application will be made available to anyone who requests it or is identified with a need AND meets eligibility screening criteria:
  - i. The patient is a NC resident.
  - ii. The patient's household income is at or below 250% of the Federal Poverty Guidelines.
- b. Patients may submit an application for Charity Care prior to their first visit to UNCHCS.
- c. UNCHCS will post notices as required by law regarding the availability of financial assistance. Patients requiring financial assistance or thought to require such assistance will be referred to a Financial Counselor or Financial Assistance Specialist.
- d. UNCHCS will affirmatively provide notices and brochures with contact information and how to obtain an application to community physicians and health centers. Community health centers that perform equivalent evaluations of applicants for financial assistance may be considered as a qualified extraordinary circumstance; whereby, an expedited application and application process is possible. See Section B3 Extraordinary Circumstances/Other Applicant Categories below.
- e. The provisions of this policy notwithstanding, UNC Physicians Network Group Practices, LLC, and Rex Rehabilitation and Nursing Care Centers of Raleigh and Apex may decline to accept a new patient with no funding source, including a new Charity Care patient.
- f. UNCHCS shall not refer a patient's unpaid bill to an outside collection agency during the pendency of a patient's application for financial assistance, not to exceed a period of 120 days. Patients will continue to receive informational statements during this time period. If the 120 days is reached prior to the final determination of the application or the application is denied, the statement cycle will resume after decrementing one cycle (30 days).
- g. If a patient is deemed eligible for Charity Care, eligibility is valid at the affiliates of UNCHCS covered by this policy. Patients may only receive Charity Care after all other financial resources available to the patient have been exhausted AND the patient is without sufficient income to cover out-of-pocket expenses as defined by UNCHCS.

Other financial resources include, but are not limited to, private health insurance, CHIP, agency funding, Medicare and/or Medicaid.

- h. If the Charity Care application is approved, Charity Care will apply to balances after all third-party coverage has been collected. Whenever agency funding is available, whether or not the patient has been approved for Charity Care, agency funding must be secured prior to the service being scheduled and covered by Charity Care. If the service is scheduled prior to the completion of the agency funding process, the service must be flagged for exclusion from Charity Care.
  - i. As of January 1, 2015, a determination of eligibility for Charity Care will be effective for 18 months prospectively from the date of approval and retroactively for all patient balances incurred prior to the approved Charity Care application.
  - j. Charity Care covers only services deemed “medically necessary” by Medicare, Medicaid, or industry standards. All medically necessary services will be considered Category 1 unless approved as Category 2, 3 or 4 in the Financial Assistance Exceptions Table (Appendix A).
  - k. For services in Categories 2, 3, and 4 in the Financial Assistance Exceptions Table (Appendix A), medical necessity will be determined by the treating physician. In instances where medical necessity is unclear, the Financial Assistance Oversight Committee will make a final determination.
  - l. Patients actively eligible for Medicaid shall be eligible for Charity Care adjustments of patient balances as defined above except for services rendered in the Rex Rehabilitation and Nursing Care Centers. Confirmation of patient’s eligibility for Medicaid via an electronic Medicaid eligibility verification system is used in lieu of the Charity Care application.
  - m. Medicare patients who are eligible for the Medicaid programs MQB-B and MQB-E qualify for a Charity Care adjustment of the balance remaining after payment by Medicare and any other applicable third-party payer except for balances incurred in the Rex Rehabilitation and Nursing Care Centers. Confirmation of the patient’s eligibility for Medicaid MQB-B or MQB-E on the date of service via an electronic Medicaid eligibility verification system is used in lieu of the Charity Care application.
8. Rights and Responsibilities
- a. If a patient does not have Medicaid or other private agency funding, but may qualify, the patient must cooperate with any available funding application process to be considered for Charity Care. If a patient does not cooperate, Charity Care will be denied or, if an active approval is on file, revoked, and the patient will be responsible for any balances.
  - b. Only patient balances will be considered for Charity Care write-off. Patient balance is the amount for which there is no third-party coverage or other funding available, or balances after insurance. Accounts in a Liability status are not eligible for Charity Care.
  - c. If the patient’s household income and assets minus a standard allowance for liabilities and expenses is less than or equal to 250% of the current Federal Poverty Guidelines for the patient’s family size, the patient may be eligible for Charity Care.
  - d. Once the final determination has been made regarding Charity Care eligibility, the patient will be notified in writing.
  - e. If a patient’s income or family size changes, a new Charity Care application may be submitted with supporting documentation for re-evaluation of Charity Care status.

## Patient Financial Assistance

- f. Any payments made to date will be counted toward the amount due and will not be refunded.
  - g. The patient has the right to appeal a denied application for Charity Care. The appeal will be reviewed by the Financial Assistance Oversight Committee Clinical and/or Administrative Appeals Group. The patient will be notified in writing of the appeal outcome.
  - h. A patient with primary insurance coverage who has been approved for Charity Care shall not be eligible for the Charity Care benefit unless the patient has complied with the terms and requirements of his or her primary insurance coverage to maximize available insurance reimbursements. For example, if the patient's primary insurance covers services only at designated in-network facilities or with in-network providers, UNCHCS will not provide Charity Care for those services if the patient chooses to use a facility or provider that is not in-network. In those circumstances, the patient will be required to pay in advance for non-emergent/urgent care if the patient chooses to use a non-network option.
9. Extraordinary Circumstances/Other Applicant Categories

Qualification under extraordinary circumstances not outlined below requires approval by the Financial Assistance Oversight Committee.

- a. Homeless Persons – A homeless person is an individual who has no home or place of residence and depends on charity or public assistance. Such individuals will be eligible, even if they are unable to provide all of the documentation required for the Charity Care application. The Charity Care application needs to indicate in the address field that the patient is homeless, and the application must be signed by the patient.
- b. TROSA Patients – A TROSA patient is an individual who resides at the TROSA facility and depends on that facility for all of his or her care and does not receive monies when outside of the facility. Written proof from TROSA that the patient is a resident, including date of entry, along with the completed and signed demographic section of the application shall suffice as a complete Charity Care application. TROSA patients are exempt from Charity Care copays.
- c. Deceased Patients - The charges incurred by a patient who has died may still be considered eligible for Charity Care. For the Charity Care application, the deceased patient will count as a family member, but the deceased patient's income will be zero. Accounts in an Estate status are not eligible for Charity Care.
- d. Inmates – Charges incurred by a patient who has subsequently become incarcerated may still be considered eligible for Charity Care. His/her income will be deemed as zero for the purposes of the Charity Care application from the date of entry into the correctional facility until the date of release from the correctional facility. Written proof from the correctional facility that the patient is an inmate, including date of entry and proposed date of release, shall suffice as the Charity Care application. Note: All charges incurred during the incarceration are the responsibility of the correctional facility.
- e. Transplant Services – are addressed in a separate Solid Organ Transplant Financial Policy.
- f. Pharmacy Services – are addressed in a separate Pharmacy Assistance Policy.
- g. International Patients – are not eligible for Traditional Charity Care, and are addressed in a separate International Patient Policy (ADMIN0236 / SYS#####). An international

patient is defined as one who is a citizen of a foreign country and has entered the United States by virtue of a Visa of any type, effective or expired.

- h. Eating Disorders – North Carolina residents of Orange, Person, and Chatham counties may apply for traditional Charity Care. Otherwise, eating disorders treatments are addressed in a separate Eating Disorders Treatment Program Policy.
  - i. Project Access of Wake County – Project Access of Wake County is a physician group that provides free care to the uninsured in Wake County. A valid Project Access approval letter or card along with the completed and signed demographic section of the application shall suffice as a complete Charity Care application.
  - j. Project Access of Johnston County – Project Access of Johnston County is a physician group that provides free care to the uninsured in Johnston County. A valid Project Access approval letter or card along with the completed and signed demographic section of the application shall suffice as a complete Charity Care application.
  - k. The Community Clinic of High Point, Inc – The Community Clinic of High Point, Inc., is a physician group that provides free care to the uninsured of High Point. A valid Community Clinic approval letter or card along with the completed and signed demographic section of the application shall suffice as a complete Charity Care application.
  - l. Rex Rehabilitation and Nursing Care Centers - A patient who becomes unable to pay for his/her stay at Rex Rehabilitation and Nursing Care Centers during his/her stay must apply for Medicaid benefits and is not eligible for Charity Care under this policy. A patient who has an outstanding balance for a stay at Rex Rehabilitation and Nursing Care Centers and who is eligible for Charity Care under this policy may, at or after discharge, have Charity Care adjustments applied to the unpaid balance. The discount described above in Section III.A does not apply to services delivered to a patient admitted to Rex Rehabilitation and Nursing Care Centers.
  - m. Helping Hands Clinic – The Helping Hands Clinic in Lenoir is a clinic that provides care for a nominal copayment to the uninsured of Caldwell County. A valid Helping Hands approval letter or card along with the completed and signed demographic section of the application shall suffice as a complete Charity Care application.
  - n. Financial Assistance Application Backlog – When more applications are received than can be processed within 20 business days, adjudication of applications may use one or more of the following expedited methodologies:
    - i. Applicants with a UNC Charity Care approval on file within the prior 18 months from the receipt date of the new application may be approved as long as all pages of the application are complete and the application is signed and dated.
    - ii. Applicants that submit a complete, signed, and dated application and either (1) a current tax return or (2) letter of support, if taxes are not filed, may be approved without consideration to bank account balances if the tax return does not indicate the existence of secondary or rental property.
10. Notification
- a. Once approved or denied, a notification letter will be sent to the patient's address on file.
  - b. If additional information is required to reach a determination, a request for additional information will be sent to the patient's address on file.

- c. Patients approved for Charity Care will be required to pay a copay for each encounter. See Appendix B.

11. Changes to the Policy or Eligibility Criteria

Charity Care eligibility criteria will be reviewed periodically by the Financial Assistance Oversight Committee and is updated to reflect published changes in the Federal Poverty Guidelines. Revisions may be made at any time to the criteria or the policy based on changes in UNCHCS's financial ability to provide financial assistance or changes in state or federal regulations.

12. Default Criteria Definition

In the absence of specific program description language defined in this policy, the current North Carolina Department of Health and Human Services, Division of Medical Assistance Medicaid Manual will be used as the default.

**C. Catastrophic Charity Care**

1. Policy

The purpose of this policy is to use financial assistance resources available to UNCHCS to provide health care services needed by people who may incur a catastrophic medical event regardless of their residency status and to do so as consistently, equitably, and effectively as possible.

- a. UNCHCS shall have a Catastrophic Charity Care Program designed to help provide necessary health care to the extent that resources are available.
- b. The Financial Assistance Oversight Committee will oversee all aspects of the Catastrophic Charity Care Program.
- c. The policy in effect at the time of the approval/denial will be used to determine eligibility for Catastrophic Charity Care.

2. Eligibility Criteria

- k. Patients who are denied Traditional Charity Care based on income exceeding 250% of the Federal Poverty Guidelines or based on residency status will be considered for Catastrophic Charity Care. Any patient or guarantor thereof may be considered without regard to race, color, gender, national origin or religious preference.
- l. Existing patient balances of UNCHCS, after all other financial resources available to the patient have been exhausted, should produce a medical debt-to-income ratio of greater than or equal to 20%. For example, if a household of two has an annual income of \$75,000, the combined balances after all other means of payment must be at least \$15,000. Other financial resources include, but are not limited to, private health insurance, agency funding, Medicare and/or Medicaid.
- m. If Catastrophic Charity Care is approved, Catastrophic Charity Care will apply to balances after all third-party coverage has been ruled out, including Medicaid and any private agency payers.
- n. For approved Catastrophic Charity Care, the patient's medical debt after insurance will be reduced to 20% of the patient's income and assets minus a standard 6% expense and liability allowance. If a patient has no income, the patient's medical debt after insurance will be reduced by eighty four percent (84%).



- o. Catastrophic Charity Care may be awarded once every 12 months from the date of last Catastrophic Charity Care approval. If financial and/or family size situations change, a new Charity Care Application must be submitted.
- p. Balances in bad debt or already with collection agencies and/or the Attorney General's Office will be considered. Prospective balances will not be considered.
- q. The calculation of medical debt will include balances that may have been decreased due to the Uninsured Discount.
- r. For Catastrophic Charity Care, all accounts for which the guarantor is responsible will be considered in the calculation of medical debt. Services otherwise excluded from Charity Care may be included in the Catastrophic calculation.
- s. When Catastrophic Charity Care is approved, the approval date is recorded. If there are balances pending third-party payment, the adjustment of the balances will be postponed until all third-party coverage has paid. Any patient balances left that were from dates of service on or prior to the approval date will then be adjusted.
- t. For patients pending Medicaid, Catastrophic Charity Care determination will be postponed until after final Medicaid disposition to allow for full and accurate accumulation of charges.

**D. Presumptive Determinations**

2. Policy

- a. To assist patients who may be eligible for financial assistance, but circumstances prevent completion of a full application, a presumptive determination may be utilized.
- b. Presumptive determinations are performed on individual accounts where no other funding source is available AND after a full 120-day billing cycle having generated three (3) statements to the patient.
- c. A scoring methodology that represents a patient's ability to pay based on criteria such as, but not limited to, asset ownership, debt payment tendencies, and available credit, is used to determine eligibility.
- d. Scores that qualify for a presumptive adjustment are relative to the scores for patients who would otherwise qualify for Charity Care if a full application were submitted.
- e. Upon qualification, the individual account will be adjusted to \$0 using an adjustment code which identifies the adjustment as a presumptive determination, separate and distinct from Charity Care. Presumptive determinations, because they have been through a full 120-day billing cycle having generated three (3) statements to the patient, may be classified as Medicare Bad Debt, but NOT Medicare Charity for Medicare cost reporting. Only approved applicants who submitted a full paper application with all applicable verifications to determine income, assets, liabilities, and expenses may be classified as Medicare Charity.

**E. Dental Services**

1. Policy

- d. This section of the policy is for UNCH and UNCFP balances only. This section of the policy does not apply to any other UNC affiliate.

## Patient Financial Assistance

- e. In order to be eligible for financial assistance for dental services, the patient must be approved for UNCHCS financial assistance.
- f. Dental services that are eligible for full charity care coverage are those that would be covered by Medicare. Charity care coverage includes the following:
  - i. When the severity of the underlying illness requires hospitalization
  - ii. A secondary service that is integral and necessary to treat a non-dental condition, such as tumor removal, and is provided at the same time as the primary service and by the same physician/dentist
  - iii. The extraction of teeth to prepare the jaw for radiation treatment of neoplastic disease
  - iv. An oral or dental examination performed on an inpatient basis as part of a comprehensive work-up prior to renal transplant surgery or performed in a RHC/FQHC prior to heart valve replacement

### **F. Psychiatry Psychotherapy Resident Clinic**

The UNC Psychiatry Resident Psychotherapy clinics serve a training mission of providing psychiatry residents with the experience of learning to conduct long-term weekly psychotherapy. The patients' out-of-pocket expense for psychotherapy sessions reflects this training focus and is currently set at \$25 per session, regardless of whether the patient has insurance or receives charity care from UNCHCS.

## **VIII. Exclusions**

Services appearing in Appendix A as exclusions are not eligible for financial assistance under this policy. Residential and related services at Rex Rehabilitation and Nursing Care Centers of Raleigh and Apex not covered by Medicare, Medicaid or third-party insurance by virtue of coverage limitation, benefit exhaustion and/or medical necessity are not eligible for consideration for the uninsured discount or Charity Care. Consideration may be granted for Rex Rehabilitation and Nursing Care Centers of Raleigh and Apex, residents' out-of-pocket deductible, co-insurance and/or co-pay amounts up to an individually determined annual maximum which takes into consideration Medicaid spend-down requirements and resource limits.

### Appendix A Financial Assistance Exceptions Table

Category	Definition	Program Eligibility		Service Definitions
		Discount	Charity Care	
<b>Category 1</b>	Medically Necessary	Y	Y	Most Services
<b>Category 2</b>	High Cost Treatment; Other Alternatives Usually Available	Y	N	Cochlear implant Elective infant circumcision LDL apheresis Transplants Bariatric surgery Deep brain stimulation Penile or testicular implant Vasectomy reversal Left Ventricular Assist Device (see Transplant policy) Pediatric Hearing aids (ages to 21) Preservation reproductive opportunities after cancer treatment (IVF for PROACT) Services provided to Veterans Administration recipients who refuse transfer to a VA facility Any other procedure which does not meet medical necessity criteria
<b>Category 3</b>	Excluded Services	N	N	Cosmetic surgery/procedures* Infertility Evaluation and Treatment Non-medically necessary obstetric ultrasound Optical Shop products Routine eye exams Contact lenses or exams* Hearing aids Acupuncture Non-medically necessary virtual colonoscopy Non-medically necessary full body MRI
<b>Category 4</b>	Uninsured Discount	N	Y	Rex Rehabilitation and Nursing Care Centers of Raleigh and Apex in accordance with Section III.B.3.k. UNCH Hospital Dental Clinic

\*Cosmetic surgery is not eligible for a payment plan. Full payment required prior to service.

**Appendix B  
Charity Care Copayments**

<b>SERVICE</b>	<b>AMOUNT</b>
<b><i>Copayments traditionally associated with physician services:</i></b>	
Primary Care Clinic Visit (per appointment even if on same day) <small>(excludes Medical Center Children’s Primary Care – See “Medical Center Children’s Primary Care” below)</small>	\$10
Specialty Care Clinic Visit (per appointment even if on same day) <small>(includes Allied Health Hearing &amp; Communications, Wakebrook Crisis &amp; Assessment, and Wound if not billed as recurring) (excludes Hospital Recurring – see “Recurring” below)</small>	\$10
Urgent Care (Non-Specialty) (per visit even if on same day)	\$35
<b><i>Copayments traditionally associated with hospital services:</i></b>	
Emergency Department (ED)	\$50
Inpatient Admission and Wakebrook Residential Unit Admission	\$100
Ambulatory Surgery <small>(includes day op, adult bronchoscopy, adult and peds cardiac cath and EP, Children’s short stay unit, cystoscopy, GI manometry, GI procedures, and VIR)</small>	\$75
Ancillary (except PT/OT)	\$10
Medical Center Children’s Primary Care	\$10
Recurring (monthly by case)	
▪ Cardiac/Pulmonary Therapy	\$20
▪ Eating Disorders	\$0
▪ PT/OT	\$20
▪ Radiation Oncology	\$75

\*Primary care is defined as visits occurring in Family Medicine, Children’s Primary Care, or General Internal Medicine clinics.

When applicable, insured patients who are also eligible for Charity Care will pay their insurance carrier’s required copay, not the Charity Care copay.

## Appendix C

### Requirement Definitions for Charity Care

*NC Residency – In order to meet North Carolina state residency requirements to be Medicaid eligible, an individual must be domiciled in North Carolina with the intention to remain here permanently or for an indefinite period or show that he entered North Carolina to seek employment or with a job commitment. A person is domiciled in North Carolina if North Carolina is his fixed, established, or permanent place of residence with the intention to remain there permanently or for an indefinite period.*

**REQUIREMENT:** To verify residency, two documents from two of the categories below need to be provided. This means a document or proof must be from two of the little letters below. Example: An item from c and d would be acceptable. Two documents in b are not acceptable. Applicants who do not have two of the documents must complete and sign the declaration on the back of this form, subject to prosecution, that they do not have two of the documents listed.

- q. A valid North Carolina drivers' license or other identification card issued by the North Carolina Division of Motor Vehicles
- r. A current North Carolina rent, lease, or mortgage payment receipt, two bank statements, or current utility bill in the name of the applicant or the applicant's legal spouse, showing a North Carolina address.
- s. A current North Carolina motor vehicle registration in the applicant's name and showing the applicant's current North Carolina address.
- t. A document verifying that the applicant is employed in North Carolina.
- u. One or more documents proving that the applicant's home in the applicant's prior state of residence has ended, such as closing of a bank account, termination of employment, or sale of a home.
- v. The tax records of the applicant or the applicant's legal spouse, showing a current North Carolina address.
- w. A document showing that the applicant has registered with a public or private employment service in North Carolina.
- x. A document showing that the applicant has enrolled his children in a public or private school or a child care facility located in North Carolina.
- y. A document showing that the applicant is receiving public assistance (such as Food Stamps) or other services which require proof of residence in North Carolina. Work First and Energy Assistance do not currently require proof of NC residency.
- z. Records from a health department or other health care provider located in North Carolina which shows the applicant's current North Carolina address.
- aa. A written declaration from an individual who has a social, family, or economic relationship with the applicant, and who has personal knowledge of the applicant's intent to live in North Carolina permanently, for an indefinite period of time, or residing in North Carolina in order to seek employment or with a job commitment.
- bb. A current North Carolina voter registration card.
- cc. A document from the US Department of Veteran's Affairs, US Military or the US Department of Homeland Security verifying the applicant's intent to live in North Carolina permanently or for an indefinite period of time, or that the applicant is residing in North Carolina to seek employment or has a job commitment.
- dd. Official North Carolina school records, signed by school officials, or diplomas issued by North Carolina schools (including secondary schools, colleges, universities, community colleges), verifying the applicant's intent to live in North Carolina permanently or for an indefinite period of time, or that the applicant is residing in North Carolina to seek employment or with a job commitment.
- ee. A document issued by the Mexican consular or other foreign consulate verifying the applicant's intent to live in North Carolina permanently or for an indefinite period of time, or that the applicant is residing in North Carolina to seek employment or has a job commitment.
- ff. UNCHCS has the authority to determine what is considered satisfactory proof, and retains the right to deny eligibility and/or declare that the documents provided are unacceptable if UNCHCS believes that the documentation is false or otherwise finds the documentation to be unsatisfactory. UNCHCS can require the provision of additional supporting documentation.

## North Carolina Residency Applicant Declaration

I, \_\_\_\_\_, verify that I cannot provide two North Carolina state residency verification documents.

***I hereby declare that the above information is true and accurate. I understand that this declaration form is used to help verify that I meet North Carolina state residency requirements for UNC Health Care Charity Care. I understand that a false or misleading declaration by me may result in Charity Care adjustments for which I would not otherwise have qualified, and may subject me to civil and criminal penalties.***

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telephone No. \_\_\_\_\_

## Patient Financial Assistance

*Third Party Coverage - All patients will be screened for third-party sources of coverage and assistance that may include, but are not limited to:*

- 6) Personal or Employee Sponsored Health Insurance
- 7) Medicare, Medicaid, CHIP, commercial, or any other third party coverage
- 8) Eligibility for public assistance programs
- 9) Third party coverage from an employer or family member's employer
- 10) Workers' Compensation

*Income/Employment Status* – Income includes total cash receipts from all sources before taxes. Verification of income is not required for dependents under age 18.

The following are considered income:

- 20) Wages and salaries before deductions
- 21) Self-employment income
- 22) Social security benefits
- 23) Pensions and retirement income/distribution
- 24) Unemployment compensation
- 25) Strike benefits from union funds
- 26) Workers' Compensation
- 27) Veterans' payments
- 28) Public Assistance payments
- 29) Training stipends
- 30) Alimony
- 31) Military family allotments
- 32) Income from dividends, royalties, & interest income
- 33) Income from estates and trusts
- 34) Income from legal settlements
- 35) Regular insurance or annuity payments
- 36) Support from an absent family member or someone not living in the household
- 37) Lottery winnings
- 38) Self Employment – includes meals, travel, gifts, entertainment, and up to \$10,000 in depreciation obtained from Schedule C.

The following will not be considered income:

- 5) Food or rent received in lieu of wages
- 6) Non-cash benefits
- 7) Payments from student loans and grants
- 8) Child Support payments

The following may be used to prove income:

- 8) Federal and state income tax returns for the prior calendar year.  
Self-employed patients are to provide Schedule C of their federal income tax return. The following deductions will not be allowed in determining income:
  - a. Depreciation
  - b. Travel, Meals, & Entertainment
  - c. Expenses listed as "Other" on Schedule C will be evaluated on an individual basis
- 9) W-2 Form(s), or other IRS income forms, included with the prior calendar year tax return filing.

## Patient Financial Assistance

- 10) Payroll check stubs covering the last six weeks are required. When check stubs are unavailable, telephone verification from employer verifying employment and income is acceptable. Telephone verification may only be performed by an authorized UNCHCS employee to the applicant's Human Resource Representative, not vice-versa. The UNCHCS employee must document in the system and/or record the following:
  - a. Company name
  - b. Date, time of phone call
  - c. Phone number called
  - d. Person at applicant's place of employment verifying income
- 11) Other current income from any source not directly related to employment, such as retirement or disability benefits, Social Security, or Veteran's Benefits must be verified with check stubs or other documentation.
- 12) The most recent checking & savings account statements that identify the beginning balance, transactions, and ending balance.
- 13) Patients who are employed, but due to a temporary medical condition rendering them unable to work are not drawing an income, will have their annual income reduced by the period of inability to work. This pro-rated income will be used in determining the patient's eligibility for financial assistance.

Example: The income of a patient with an annual income of \$40,000 who is unable to work for 12 weeks will have a pro-rated annual income of \$30,000 for the purposes of determining eligibility for financial assistance.
- 14) In instances when the patient states that the above supporting documentation does not exist, the patient will be required to provide a statement attesting to their income.

Unemployment may be documented by presentation of:

- 4) North Carolina Employment Security Commission documents
- 5) Letters from state and local agencies on their letterhead
- 6) In the absence of any of the above, patients who are unemployed are required to document how their expenses are being paid. Credit reports will be obtained when additional information is needed. These requirements will be waived for patients of retirement age as published by Social Security.

The following calculations will be used to determine income:

- 1) Checking and Savings Accounts - Excluding deposits of income already calculated or excluded due to policy (child support, student loans or grants), take ending balance from each statement and add all other deposits. Add the three monthly subtotals and divide the amount by three to obtain a monthly average. The average amount is then added as a one-time amount to annual income.
- 2) Money Markets, Stocks, Bonds, and Certificates of Deposit - Add 100% of value toward annual income.
- 3) Individual Retirement Accounts -. When funds are being drawn, take amount received per month and multiply by number of months received in a year. Add to annual income.
- 4) Pay Stubs, Retirement Accounts, Social Security Disability (SSD), and Supplement Security Income (SSI) – Take amount received per month and multiply by number of months received in a year. If paystubs are hourly, take hourly amount and multiply by number of hours worked per week. Use table below to calculate monthly amount. Multiply monthly amount times the number of months worked per year. If salaried, use table below to calculate monthly amount, as needed. Multiply monthly amount times the number of months worked per year.



**Converting income to a gross monthly amount**

If paid weekly	Multiply by 4.3
If paid biweekly	Multiply by 2.15
If paid semimonthly	Multiply by 2
If paid monthly	Use the gross monthly amount

The following asset calculations will be performed to adjust income:

- 6) One third of liquid assets drawn down as a withdrawal from a bank. The most recent checking and savings account statements from the guarantor are required. Stocks, bonds and non-retirement investments are considered available liquid assets to be used for this calculation. Long-term retirement annuities are not included when considering liquid assets. Examples of liquid assets include, but are not limited to checking, saving, & money market accounts, CDs, and bonds.
- 7) Non-liquid assets as defined by requirements according to North Carolina Department of Health and Human Services' Medicaid MA-2230 Financial Resources definition for countable real property will be considered in assessing financial assistance eligibility. A patient's equity in real property, when compared to the tax value, plus any rental income profit/loss will be considered a non-liquid asset. The patient's primary residence will be excluded.
- 8) Individual Retirement Accounts – Do not count when funds not being drawn.
- 9) Real Estate Owned (other than primary residence) - Take the tax value minus the remaining mortgage amount due to calculate the equity. Equity is then added to total annual income.
- 10) Expenses – Income will be reduced by an additional 6% as a standard expense allowance.

The following are considered liabilities:

- 8) Home Mortgage
- 9) Land Mortgage
- 10) Property Tax
- 11) Vehicle/Auto Payment
- 12) Child Support (paid)
- 13) Bank and/or Student Loans
- 14) Credit Cards

The following are considered expenses:

- 15) Rent
- 16) Home/Fire Insurance
- 17) Food
- 18) Electricity
- 19) Heat (gas, oil, wood, kerosene)
- 20) Water/Sewer/Garbage
- 21) Telephone
- 22) Cable TV
- 23) Internet
- 24) Health Insurance
- 25) Burial or Life Insurance
- 26) Child Care/Tuition

## Patient Financial Assistance

- 27) Transportation
- 28) Medicines/Supplies

The following expense and liability calculation will be used to adjust income:

- 2) Expenses and Liabilities – Income will be reduced by a standard expense and liability allowance of 6% of calculated income.

*Family Size* - A family is a group of two or more persons related by birth, marriage, or adoption that live together. All such related persons are considered as members of one family. Family members are defined as follows:

- 8) The patient and, if married, his/her spouse
- 9) Any natural, or adopted minor child of the patient, or spouse who has not been emancipated by a court and who is not, or has never been, married
- 10) Any minor for whom the patient or patient's spouse has been given the legal responsibility by a court
- 11) Any person designated as "dependent" on the patient's latest tax return
- 12) Any student over 18 years old who is dependent on the patient's family income for over 50 percent support
- 13) Any other person dependent on the patient's family income for over 50 percent support
- 14) Any minor child of a minor who is solely, or partially, supported by the minor who is a member of the patient's family

Dependency is determined by one of the following documents that contain the patient's or patient's spouse's name:

- 9) Current tax return
- 10) Court-ordered guardian/conservator ship
- 11) Birth certificate
- 12) Baptismal record
- 13) Social Security award letter
- 14) U.S. Immigration documentation
- 15) In the absence of any of the above, a signed affidavit from the patient witnessed by a UNCHCS representative attesting to the dependency of minor child or other family member
- 16) A minor is one who has not reached his/her eighteenth (18th) birthday and who is not and has never been married. When the marital status of the minor cannot be determined, or when there is no documentation indicating the patient is an emancipated minor, the parents or legal guardian should be designated as the responsible party. The parents or guardian's income and residence should be used to determine eligibility for financial assistance. Legal guardianship must be supported by fully executed and valid legal documents.

Proof of family size will be based on the most current filed Federal Tax form in accordance with the IRS tax laws. A birth certificate(s) must be presented to validate an increase in the family unit above the total claimed on the most recent tax return. If no tax return is provided, the family size will be calculated as one (1).