

## SOUTHWESTERN VERMONT MEDICAL CENTER

### ASISTENCIA FINANCIERA/FORMULARIO DE ATENCIÓN GRATUITA

Southwestern Vermont Medical Center se compromete con su comunidad ofreciendo atención gratuita a todos sus pacientes que vivan dentro del área de servicio. La determinación para establecer la atención gratuita se basa en la duplicación de los lineamientos de pobreza recientemente publicados, establecidos por el gobierno federal. Todas las solicitudes de atención gratuita deben realizarse antes, durante o dentro de los sesenta (60) días siguientes a los servicios. Para cumplir con los requisitos, los pacientes deben ser residentes de tiempo completo de nuestra área de servicio por al menos seis meses.

Complete el formulario adjunto, fírmelo y devuelva toda la información necesaria. En todas las solicitudes se debe adjuntar un comprobante de ingresos. El hospital se reserva el derecho de solicitar una copia de la Denegación de asistencia de Medicaid, si el comprobante de ingresos se encuentra presuntamente dentro de los Lineamientos de elegibilidad de Medicaid o si no se pueden verificar los ingresos. Su solicitud será revisada para determinar su elegibilidad, y se le notificará nuestra resolución de manera oportuna. Todas las solicitudes de atención gratuita que no incluyan la documentación necesaria de respaldo serán devueltas al paciente. **Incluya toda la documentación correspondiente de la lista a continuación:**

1. una copia de la declaración de impuestos federales del año anterior;
2. una copia de la declaración de impuestos estatales del año anterior;
3. una copia de la declaración de impuestos (si corresponde);
4. copias de los 2 recibos de sueldo más recientes o una verificación por escrito del empleador;
5. estados de cuenta bancarios de 2 meses, que incluyan depósitos monetarios, ahorros y mercado de valores;
6. una copia de la declaración de ingresos del Seguro Social;
7. una copia de la declaración de los beneficios de pensión;
8. una copia de la declaración de los subsidios por desempleo.

Con vigencia a partir del 1/1/2016, los requisitos de ingresos son:

Tamaño de la familia	< 225 % del FPL (nivel de federal de pobreza)  100 % de descuento	300 % del FPL (nivel de federal de pobreza)  75 % de descuento	400 % del FPL (nivel de federal de pobreza)  65 % de descuento
1	\$26,730	\$35,640	\$47,520
2	\$36,045	\$48,060	\$64,080
3	\$45,360	\$60,480	\$80,640
4	\$54,675	\$72,900	\$97,200
5	\$63,990	\$85,320	\$113,760
6	\$73,305	\$97,740	\$130,320
7	\$82,643	\$110,190	\$146,920
8	\$92,003	\$122,670	\$163,560
Más de 8	\$9,360 por persona adicional	\$12,480 por persona adicional	\$16,640 por persona adicional

**Devuelva la solicitud y el comprobante de ingresos a la siguiente dirección:**

**SVMC  
100 Hospital Drive, Box 52  
Bennington, VT 05201**

Puede presentar los formularios en persona o enviarlos por correo a un asesor financiero del paciente. Si necesita ayuda para completar estos formularios, llame al (802) 447-4502 o acérquese personalmente. Un asesor financiero del paciente lo ayudará con mucho gusto.

**Solicitud para la determinación de elegibilidad para servicios no compensados**

Por la presente, solicito que Southwestern Vermont Medical Center presente una determinación por escrito de mi elegibilidad para servicios no compensados en el Southwestern Vermont Medical Center. Entiendo que la información que presente con relación a mis ingresos anuales y al tamaño de mi familia estará sujeta a verificación y, si se determina su falsedad, tal determinación resultará en una denegación de la prestación de servicios como servicios no compensados, y seré responsable de los cargos de dichos servicios.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (de su casa): \_\_\_\_\_ Del trabajo: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre de su cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Empleador de su cónyuge: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Tamaño de la familia: \_\_\_\_\_

Enumere los familiares a su cargo:

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ingresos familiares mensuales (ingresos brutos)

	Propio	De su cónyuge
Salarios .....	_____	_____
Subcontratación o trabajo por cuenta propia ..	_____	_____
Asistencia pública .....	_____	_____
Seguro Social .....	_____	_____
Desempleo .....	_____	_____
Compensación del trabajador .....	_____	_____
Pensión alimenticia .....	_____	_____
Manutención infantil .....	_____	_____
Pensiones .....	_____	_____
Ingresos de dividendos .....	_____	_____
Intereses, alquileres, etc.....	_____	_____

Tipos de servicios solicitados o recibidos: \_\_\_\_\_

¿Ha solicitado el seguro de salud estatal?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuál es el estado de la solicitud? \_\_\_\_\_

¿Presentó las declaraciones de impuestos del año anterior?  Sí  No

En caso negativo, indique por qué no lo hizo: \_\_\_\_\_

Certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta, según mi leal saber y entender:

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_