



## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA E INSTRUCCIONES

Imprima y complete todas las secciones de la solicitud que le correspondan.  
Lea todas las instrucciones antes de completar la solicitud.

Esta solicitud completa es necesaria para evaluar y validar su elegibilidad en el programa de asistencia financiera de Brattleboro Retreat. No debe tener seguro, tener un seguro insuficiente o no ser elegible para los programas de seguro de salud del gobierno o tener dificultades financieras.

El Programa de Asistencia Financiera de Brattleboro Retreat está disponible para la atención médica necesaria a corto plazo .

El Retiro de Brattleboro ofrece dos tipos de asistencia financiera: asistencia financiera general y asistencia financiera catastrófica.

- **Asistencia financiera general:** los ingresos del hogar deben ser menores o iguales al 500% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) del año en curso
- **Asistencia financiera catastrófica:** los ingresos del hogar deben ser menores o iguales al 600% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) del año en curso y si la responsabilidad financiera total de los servicios médicos relacionados con el Retiro de Brattleboro es igual o superior al 20% de los ingresos del hogar.

No hay ningún requisito de residencia para ser elegible para el Programa de Asistencia Financiera de Brattleboro Retreat

	Pautas Federales de Pobreza (FPL) para el Programa de Asistencia Financiera (FAP)		
	≤ 300% FPL	300 - 400% FPL	401 - 500% FPL
Descuento permitido	100%	75%	50%
Monto adeudado	0%	25%	50%

**NOTA:** Los solicitantes serán rechazados cuando los activos líquidos excedan el Límite de Beneficiarios de Bajos Ingresos de Medicare. Las limitaciones de FPL y Medicare para beneficiarios de bajos ingresos se actualizan anualmente.

Para los residentes de Vermont cuyos ingresos familiares son inferiores al 133% del FPL, el paciente debe investigar y solicitar cualquier programa de asistencia gubernamental disponible, como Green Mountain Care o Vermont Health Connect, antes de solicitar el Programa de Asistencia Financiera de Brattleboro Retreat. **El hecho de no solicitar un programa de asistencia gubernamental para el que potencialmente califica podría resultar en un retraso o denegación de su solicitud.** Si necesita ayuda para solicitar programas de asistencia del gobierno, nuestro asesor financiero puede ayudarlo.

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud o necesita ayuda para completarla, comuníquese con: Servicios Financieros para Pacientes de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. y sábados de 8 a.m. a 3 p.m. al



Brattleboro Retreat

(802) 258-6745 o por correo electrónico: [financialcounselor@brattlebororetreat.org](mailto:financialcounselor@brattlebororetreat.org)



## Brattleboro Retreat

### Lista de verificación de la aplicación

- Complete todas las secciones correspondientes de la solicitud : use n/a si una sección no se aplica a usted.
- Incluya una copia de su licencia de conducir, otra identificación con foto o documentos que verifiquen su residencia actual. Todo lo que se envíe debe incluir su nombre (Sección 1).
- Incluya todas las formas de verificación de ingresos (Sección 3 y Sección 4):
  - Incluya una copia completa de su declaración de impuestos 1040 del IRS más reciente, Formulario 1099, Formulario W2
  - Los trabajadores autónomos / propietarios únicos deben proporcionar documentación completa que incluya:
    - Declaraciones de impuestos federales
    - Estado de pérdidas y ganancias de los últimos tres (3) meses
  - Copias de los tres (3) talones de pago más recientes de todos los empleadores para cada persona que figura en el hogar.
  - Copias de tres (3) estados de cuenta corrientes y de ahorros vigentes para cada persona que figura en el hogar.
    - Debe incluir el nombre del banco, el nombre del cliente y la fecha actual.
  - Desempleo (por ejemplo, cheque, estado de cuenta bancario, en línea, etcétera).
  - Declaración de beneficios de compensación por discapacidad/carta de adjudicación (por ejemplo, cheque, estado de cuenta bancario, en línea, etcétera).
  - Seguro Social, pensión, anualidades, ingresos de jubilación (por ejemplo, carta de adjudicación, cheque, estado de cuenta bancario, en línea, etcétera).
  - Cupones de alimentos, subsidio de vivienda, ingresos de ANFC (por ejemplo, carta de adjudicación, cheque, estado de cuenta bancario, en línea, etcétera).
  - Beneficios para Veteranos
  - Rentas vitalicias y pensiones
  - CD/Mercado Monetario y activos líquidos
  - Manutención de los hijos y pensión alimenticia (por ejemplo, cheque cancelado, embargo, estado de cuenta bancario, etcétera).
  - Ingresos de alquiler: copia del Anexo E actual del formulario del IRS
  - Compensación para trabajadores (por ejemplo, cheque, estado de cuenta bancario, en línea, etcétera).
  - Dividendos e Ingresos por Intereses
  - Otro \_\_\_\_\_
- Si se ha presentado una solicitud de asistencia estatal (por ejemplo, Medicaid, State Health Exchange) en los últimos 60 días y ha recibido una decisión, proporcione una copia.
- Incluya una copia de la carta de aprobación o denegación de Medicaid u otra compañía de seguros de salud.
- Confirme que la solicitud esté **firmada y fechada** por el solicitante y el cosolicitante cuando sea necesario. (Sección 5)
- Devuelva la solicitud completada con los documentos requeridos directamente al Asesor Financiero del Paciente de Brattleboro Retreat al [financialcounselor@brattlebororetreat.org](mailto:financialcounselor@brattlebororetreat.org) O envíela por correo a:



Brattleboro Retreat

Brattleboro Retreat  
Patient Financial Services  
Anna Marsh Lane  
Brattleboro, VT 05302

**Para garantizar una pronta revisión y procesamiento de su solicitud, complete todas las secciones y recuerde firmar y fechar. Las solicitudes incompletas retrasan el procesamiento. Toda la información que proporcione es confidencial.**

## 1. INFORMACIÓN BÁSICA

Por favor, complete esta sección sobre el solicitante. El solicitante es el paciente o la persona que es financieramente responsable del paciente.

**DOCUMENTACIÓN REQUERIDA:** Incluya documentación que verifique la residencia: licencia de conducir, otra identificación con foto o documentos que demuestren su residencia actual. Todo lo que se envíe debe incluir su nombre.

<b>Apellido del solicitante</b>	<b>Nombre del solicitante</b>	<b>MI</b>
<b>Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):</b> ____/____/____	<b>Número de Seguro Social:</b> _____ <i>Solo se utiliza para acelerar la verificación del seguro y las solicitudes de Medicaid</i>	
<b>Números de teléfono</b> Inicio: ( ) _____ Obra: ( ) _____ Celda: ( ) _____ Mejor Contacto #: ( ) _____ Dirección de correo electrónico:	<b>Dirección para correspondencia:</b> Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ <b>Dirección física:</b> Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	
<b>Nombre del paciente</b> <i>(si es diferente del solicitante)</i>		
<b>Fecha de nacimiento del paciente (dd/mm/aaaa)</b> <i>(si es diferente de la del solicitante)</i>	<b>Número de cuenta del paciente (MRN)</b>	

## 2. INFORMACIÓN FAMILIAR

**ADULTOS:** Incluya al cónyuge del solicitante, incluida la pareja de unión civil e hijos menores de 19 a 21 años que vivan con el solicitante, incluidos los hijastros. Cualquier otra persona en la misma declaración de impuestos federales sobre la renta, incluyendo cualquier hijo mayor de 21 o 24 años si es un estudiante de tiempo completo.

Si el solicitante no vive con un cónyuge o hijos, marque esta sección con N/A (no aplicable)

**HIJOS (menores de 21 años):** Incluya a cualquier padre (o padrastro), hermanos, hijastros con los que viva el paciente. Cualquier otra persona en la misma declaración de impuestos federales, incluyendo cualquier hijo mayor de 21 años. Cualquier edad si el niño tiene una discapacidad permanente.

Nombre del miembro de la familia	Relación	Fecha de
	PROPIO	

Si necesita más espacio, haga una lista de personas adicionales en una hoja de papel separada y adjúntela a esta

solicitud.

**INFORMACIÓN ADICIONAL:**

¿Está cubierto por alguna póliza de seguro médico?  Sí  No En caso afirmativo, enumere el (los) seguro(s):

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Incluya una copia de la carta de aprobación o denegación de Medicaid u otra compañía de seguros de salud.

¿Presentó y/o está obligado a presentar una Declaración de Impuestos Federales sobre la Renta?  Sí  No

En caso afirmativo, debe proporcionar copias de su Declaración de Impuestos Federales sobre la Renta actual

Si la respuesta es no, la razón es la siguiente:

**3. INGRESOS Y PATRIMONIO**

Complete esta sección sobre los ingresos devengados del solicitante y cada miembro del hogar enumerado en la Sección 2 que recibe ingresos del empleo u otras fuentes de ingresos. Enumere los ingresos brutos, que son los ingresos antes de impuestos y deducciones.

**Todos los campos deben ser rellenados. Ingrese "N/A" o \$0 si no corresponde.**

Ingresos mensuales de	Solicitante 1	Solicitante 2	Documentos requeridos
Nombre del miembro del hogar:			
Salarios brutos	\$	\$	Tres (3) talones de pago más recientes
Ingresos comerciales	\$	\$	Estados de pérdidas y ganancias a tres (3) meses
Seguridad social	\$	\$	Carta de adjudicación, extracto bancario
Discapacidad	\$	\$	Carta de adjudicación, extracto bancario
Pensión / Renta Vitalicia	\$	\$	Estado de cuenta bancario, talón de cheque de pensión
Desempleo	\$	\$	Estado de cuenta bancario, en línea, etcétera.
Pensión alimenticia / Manutención de los hijos	\$	\$	Cheque, embargo, extracto bancario

Ingresos por alquiler	\$	\$	Declaración de impuestos del Anexo E, etcétera.
Cupones de alimentos	\$	\$	Carta de adjudicación, extracto bancario
Subsidio de Vivienda	\$	\$	Carta de adjudicación, etcétera.
Otros ingresos	\$	\$	<b>CONTACTO ASESORÍA FINANCIERA</b>
<b>TOTAL:</b>	\$	\$	
<b>ACTIVOS LÍQUIDOS</b>			
Saldo de la cuenta corriente	\$	\$	Tres (3) estados de cuenta bancarios consecutivos
Ahorros	\$	\$	Tres (3) estados de cuenta bancarios consecutivos
Saldo de la cuenta de CD	\$	\$	Tres (3) estados de cuenta bancarios consecutivos
Mercado monetario	\$	\$	Tres (3) estados de cuenta bancarios consecutivos
Otro:			Tres (3) estados de cuenta bancarios consecutivos
<b>TOTAL:</b>	\$	\$	

#### 4. GASTOS Y RESPONSABILIDADES

Complete esta sección sobre gastos y responsabilidades para el solicitante y cada miembro del hogar enumerado en la Sección 2.

**Todos los campos deben ser rellenados. Ingrese "N/A" o \$0 si no corresponde.**

<b>Gastos de manutención mensuales</b>		
<b>Gastos Mensuales</b>		<b>Comentarios</b>
Alquilar	\$	
Utilidades	\$	
Seguro de enfermedad	\$	
Pensión alimenticia	\$	
Manutención de los hijos	\$	
Cuidado de niños	\$	
Otro	\$	
<b>TOTAL:</b>	\$	\$
<b>Deudas a plazos</b>		

Hipoteca	\$	
Auto (1)	\$	
Auto (2)	\$	
Hospital	\$	
Médico privado		
Tarjetas de crédito		
Otro		
<b>TOTAL:</b>	\$	\$

## 5. AUTORIZACIÓN

**Por favor, lea atentamente esta sección, luego firme y ponga la fecha.**

Estoy solicitando Asistencia Financiera del Retiro de Brattleboro. Verifico que toda la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Cualquier información incorrecta, incompleta o falsa proporcionada puede resultar en la cancelación de mi solicitud de Asistencia Financiera. Me comprometo a proporcionar documentación adicional si se me solicita. Cualquier información proporcionada se utilizará únicamente para determinar la elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera. **Entiendo que esta información confidencial** está bajo las disposiciones de las regulaciones federales de HIPAA y no puede ser divulgada a ninguna parte fuera del Retiro de Brattleboro sin mi aprobación previa.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Si firma en nombre del solicitante: Toda la información en esta solicitud es verdadera a mi leal saber y entender.*

\_\_\_\_\_  
Firma del representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Relación con el solicitante

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono de contacto

---

**Antes de enviarla, asegúrese de haber completado todas las secciones de esta solicitud y de haber incluido toda la documentación requerida como se indica en la lista de verificación de la solicitud (página 2) que se aplica a su situación.**

**Las solicitudes incompletas causarán retrasos en el procesamiento y correrán el riesgo de ser denegadas.**

## Preguntas frecuentes e información que debes saber

### ¿Dónde puedo obtener una solicitud?

- En persona: Brattleboro Retreat, Anna Marsh Lane, Brattleboro, VT 05302
  - Área de recepción de pacientes ubicada en la entrada de pacientes/visitantes.
  - Mostrador central de admisiones
  - Oficina de Servicios Financieros para Pacientes o Asesoría Financiera
- Por teléfono (de lunes a viernes) de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 3:00 p.m. al (802) 258-6745
- Por correo electrónico: [financialcounselor@brattlebororetreat.org](mailto:financialcounselor@brattlebororetreat.org)
- En línea: [Servicios financieros para pacientes | Retiro de Brattleboro](#)

### ¿Puedo obtener ayuda para completar mi solicitud?

¡SÍ! Nuestros asesores financieros están disponibles para ayudarlo a completar su solicitud. Puede comunicarse con ellos llamándolos al (802) 258-6745 o por correo electrónico al [financialcounselor@brattlebororetreat.org](mailto:financialcounselor@brattlebororetreat.org). También puede programar una cita para reunirse con ellos en persona, a su conveniencia.

### Si una pregunta no se aplica a mí, ¿puedo dejarla en blanco?

No. No podemos asumir que una pregunta o sección sin respuesta significa que no se aplica a su situación. Requerimos una solicitud completa al solicitar asistencia financiera. Si una sección o pregunta no se aplica, escriba "N/A" para "no aplicable".

### ¿Por qué no se aceptó la verificación que envié para mi(s) cuenta(s) bancaria(s)?

Requerimos una copia del estado de cuenta bancario original. Si no se dispone de una copia original, solo aceptaremos un estado de cuenta sustituto que contenga la siguiente información: nombre del banco, nombre del cliente, tipo de cuenta, fecha actual y saldo actual. Cada uno de estos debe estar impreso en papel membretado del banco y no escrito a mano.

### ¿Qué es una carta de concesión de beneficios?

Si recibe beneficios del Seguro Social y/o beneficios por discapacidad, esta es la carta que recibe cada año del Seguro Social que le indica cuáles son sus beneficios mensuales elegibles. Para fines de verificación, aceptaremos una copia de la carta de concesión de beneficios, una copia de su cheque de seguro social (discapacidad) o, si tiene depósito directo, aceptaremos su estado de cuenta bancario que muestre su depósito de seguro social como verificación. Cualquiera que sea la verificación que se utilice, los beneficios mensuales de elegibilidad deben coincidir con el monto indicado en la solicitud.

### Envié mis W-2 y luego recibí mi solicitud pidiendo mi declaración de impuestos federales. ¿Por qué?

Hay una diferencia entre su W-2 y su declaración de impuestos federales. Un W-2 es simplemente una declaración de sus ganancias. Su declaración de impuestos federales es un registro completo de sus ingresos totales. Requerimos una copia de su declaración de impuestos federales. Los formularios W-2 no se pueden usar como sustitutos. Tampoco aceptamos resúmenes de sus Archivos Electrónicos de Declaraciones de Impuestos Federales.

Sin embargo, si ha habido un cambio significativo en sus ingresos desde que presentó su declaración de impuestos más reciente, consideraremos los W-2 y los talones de pago recientes para verificar los ingresos actuales.

Si no tiene una copia de su declaración de impuestos federales, puede comunicarse con el Servicio de Impuestos Internos (IRS) al (800) 908-9946 o al [www.irs.gov/Individuals/Get-transcript-para](http://www.irs.gov/Individuals/Get-transcript-para) solicitar una transcripción de la declaración de impuestos sin costo alguno para usted.

### **¿Qué año de mi declaración de impuestos federales envió?**

Envíe el año más reciente.–

### **Mi empleador no proporciona talones de pago, ¿qué debo hacer?**

Si su empleador no proporciona talones de pago, se aceptará una declaración jurada con membrete de su empleador. Esta declaración jurada debe incluir el pago bruto, las deducciones y el pago neto durante un mes.

**NOTA:** Se requiere verificación de ingresos para todos los miembros de su hogar.

### **Soy autónomo y no completé una cuenta trimestral de pérdidas y ganancias de mi negocio. ¿Puedo simplemente enviar mi declaración de impuestos federales actual?**

Si trabaja por cuenta propia, deberá presentar tanto su declaración de impuestos federales como el estado de pérdidas y ganancias trimestrales del año en curso. A pesar de que es posible que su empresa no complete una ganancia / pérdida, es un requisito al solicitar nuestro Programa de Asistencia Financiera.

### **¿Cuánto tiempo dura la cobertura que puedo recibir a través del Programa de Asistencia Financiera del Retiro?**

Brattleboro Retreat acepta solicitudes de pacientes para asistencia financiera en cualquier momento, antes, durante o después de que se brinden los servicios.

Se considerará que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera durante doce meses a partir de la fecha en que se determinó inicialmente que era elegible para recibir asistencia financiera para el paciente (es decir, la fecha de aprobación de la solicitud). La necesidad de asistencia financiera para el paciente se volverá a evaluar en cada momento subsiguiente del servicio si la última evaluación de elegibilidad se completó más de doce meses antes, o en cualquier momento se conozca información adicional relevante para la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera.

**NOTA:** Está permitido que los pacientes presenten nueva documentación financiera de respaldo a una solicitud inicial siempre que la solicitud inicial tenga menos de un año de antigüedad.

Si una cuenta ha sido referida a una agencia de cobro y se recibe y concede una solicitud dentro del período de solicitud de 365 días, las cuentas se retirarán de la agencia y se procesarán bajo el programa de asistencia financiera.

### **¿Con qué frecuencia necesito volver a solicitar asistencia financiera?**

Brattleboro Retreat se compromete a brindar asistencia financiera a las personas que tienen necesidades de atención médica pero no tienen los medios financieros para pagar los saldos que son su responsabilidad. El Retiro de Brattleboro se esfuerza por garantizar que la capacidad financiera de las personas que necesitan servicios de atención médica no les impida buscar o recibir atención. Un paciente puede solicitar asistencia financiera en cualquier momento antes, durante y después de que se brinden los servicios.

El Programa de Asistencia Financiera de Brattleboro Retreat no está destinado a proporcionar asistencia a largo plazo. La necesidad de asistencia financiera para el paciente se volverá a evaluar en cada momento subsiguiente del servicio si la última evaluación de elegibilidad se completó más de doce meses antes, o en cualquier momento se conozca información adicional relevante para la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera.

**NOTA:** Está permitido que los pacientes presenten nueva documentación financiera de respaldo a una solicitud inicial siempre que la solicitud inicial tenga menos de un año de antigüedad.

### **Pautas de ingresos y activos**

La elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera del Retiro se basa en las pautas federales de pobreza (FPL) que se actualizan anualmente.

---

Algunos artículos, como su residencia principal y vehículos no recreativos, no se consideran activos con el fin de determinar su elegibilidad. Si sus ingresos y/o activos son mayores que las pautas del FPL (500%) y cree que hay circunstancias atenuantes que le gustaría que consideráramos, envíe una explicación de estas

circunstancias atenuantes.

Con el fin de que podamos administrar nuestros recursos de manera adecuada y al mismo tiempo brindar el nivel adecuado de asistencia al mayor número de personas necesitadas, contamos con una Política de Asistencia Financiera que establece las pautas que debemos seguir para brindar asistencia en una escala móvil de tarifas. Los saldos después de que se haya aplicado cualquier asistencia financiera seguirán siendo responsabilidad del paciente y deben pagarse con prontitud.

### **La discriminación es contra la ley**

El Retiro de Brattleboro no discrimina por motivos de raza, color, edad, sexo, orientación sexual, identidad de género, estado civil, religión, ascendencia, origen nacional, ciudadanía, estado migratorio, idioma principal, discapacidad, condición médica o información genética en la prestación de asistencia financiera al paciente o en la implementación de nuestra política de asistencia financiera.