


Zahtjev za financijsku pomoć i upute

Brattleboro Retreat posvećen je pružanju visokokvalitetne skrbi bez obzira na vaše osiguranje ili financijsku situaciju pružajući financijsku pomoć našim pacijentima. Odluka o utvrđivanju financijske pomoći temelji se na najnovije objavljenim saveznim smjernicama o siromaštvu.

Ova ispunjena prijava i prateća dokumentacija potrebni su za procjenu vaše podobnosti za program financijske pomoći Brattlebor Retreat.

Molimo ispunite priloženi obrazac, potpišite ga i datirajte te vratite sve potrebne podatke. Uz sve zahtjeve mora biti priložen dokaz o prihodima. Vaš će zahtjev biti pregledan kako bi se utvrdila podobnost i bit ćete pravovremeno obaviješteni o našoj odluci. Svi zahtjevi za financijsku pomoć bez potrebne dokumentacije za podršku bit će vraćeni pacijentu.

Brattleboro Retreat nudi dvije vrste financijske pomoći za medicinsku skrb: opću i katastrofalnu financijsku pomoć.

- Opća financijska pomoć: prihod kućanstva mora biti manji ili jednak 500% tekuće savezne razine siromaštva (FPL)
- Katastrofalna financijska pomoć: prihod kućanstva mora biti manji ili jednak 600% tekuće godine federalne stope siromaštva Razina (FPL) i ukupna financijska odgovornost za medicinske usluge povezane s Brattleboro Retreatom jednake su ili veće od 20% prihod kućanstva.

Ne postoji uvjet prebivališta za sudjelovanje u programu financijske pomoći Brattleboro Retreat.

2026 Federal Poverty Guidelines for FAP

Persons in Household	Federal Poverty Level (FPL)	Income Up to 300% of FPL	Income Up to 400% of FPL	Income Up to 500% of FPL	Income Up to 600% of FPL
1	\$15,960	\$47,880	\$63,840	\$79,800	\$95,760
2	\$21,640	\$64,920	\$86,560	\$108,200	\$129,840
3	\$27,320	\$81,960	\$109,280	\$136,600	\$163,920
4	\$33,000	\$99,000	\$132,000	\$165,000	\$198,000
5	\$38,680	\$116,040	\$154,720	\$193,400	\$232,080
6	\$44,360	\$133,080	\$177,440	\$221,800	\$266,160
7	\$50,040	\$150,120	\$200,160	\$250,200	\$300,240
8	\$55,720	\$167,160	\$222,880	\$278,600	\$334,320
Allowed Discount		100%	75%	50%	variable
Amount Owed		\$0	25% of Balance Due	50% of Balance Due	20% of Household Income

For families/households with more than 8 persons, add \$5,680 for each additional person.

Note: Applicants will be denied financial assistance when liquid assets exceed the Medicare Low Beneficiary Limitation: Single \$9,950 Couple \$14,910

Za podnositelje zahtjeva čiji je prihod kućanstva manji od 138% FPL-a, pacijent je dužan istražiti i prijaviti se za sve dostupne državne programe pomoći, kao što su Medicaid (Green Mountain Care u VT-u) ili Health Exchange svoje države (VT Health Connect u VT-u), prije nego što se prijave za Program financijske pomoći Brattleboro Retreat. Ako vam je potrebna pomoć pri prijavi za državne programe pomoći, naši financijski savjetnici mogu vam pomoći. Osobe bez dokumenata ne moraju se prijaviti za Medicaid kako bi se kvalificirale za pomoć.

Ako imate pitanja u vezi s ovom prijavom ili vam je potrebna pomoć pri njezinom ispunjavanju, obratite se:

Financijske usluge za pacijente
802-258-6745

Ponedjeljak - četvrtak: od 8 do 17 sati
Petak i subota: od 8 do 15 sati


Zahtjev za financijsku pomoć

Molimo ispunite ovaj odjeljak o podnositelju zahtjeva i članovima kućanstva. Podnositelj zahtjeva je ili pacijent ili osoba koja je financijski odgovorna za pacijenta. Članovi kućanstva definirani su kao sve uzdržavane osobe koje žive u istom prebivalištu kao i pacijent. Pacijentovo kućanstvo uključuje pacijenta, supružnika, uzdržavanu djecu i nevjenčane parove sa zajedničkim djetetom koji žive zajedno. Navedeni uzdržavani članovi trebali bi biti navedeni u vašim saveznim poreznim prijavama.

1. Podaci o podnositelju zahtjeva/financijskom jamcu

Ime podnositelja zahtjeva	Datum rođenja	Broj socijalnog osiguranja	Bračni status	Broj telefona
Adresa		Grad	Stanje	Poštanski broj

2. Podaci o osiguranju

Jeste li pokriveni nekom zdravstvenom polisom? Ako da, navedite podatke u nastavku:		Da	Ne
Naziv osiguravajućeg društva:	ID broj:		
Naziv osiguravajućeg društva:	ID broj:		
Jeste li se prijavili za Medicaid?		Da	Ne
Jeste li se prijavili za pokriće kod zdravstvene burze vaše države?		Da	Ne

3. Članovi kućanstva

Navedite sve članove obitelji koji žive u vašem kućanstvu. Molimo uključite supružnike, izvanbračne partnere, djecu mlađu od 21 godine koja žive s podnositeljem zahtjeva (uključujući pastorčad), redovite studente mlađe od 24 godine, djecu stariju od 21 godine ako se prijavljuju za poreznu prijavu ili djecu (bilo koje dobi) koja su trajno invalidna. Izvanbračni partner definira se kao osoba koja živi s vama u predanoj/intimnoj vezi.

Ime člana kućanstva	Datum rođenja	Broj socijalnog osiguranja	Odnos
(1)			
(2)			
(3)			
(4)			
(5)			

4. Mjesečni kućanski troškovi

Troškovi se koriste kako bismo bolje razumjeli vašu financijsku situaciju. Molimo priložite dodatnu stranicu ako postoje bilo kakve druge informacije o vašoj trenutnoj financijskoj situaciji koje biste željeli da znamo.

Najam ili hipoteka	\$:	Auto (1)	\$:
Komunalne usluge (voda/struja)	\$:	Auto (2)	\$:
Zdravstveno osiguranje	\$:	Kreditne kartice	\$:
Alimentacija	\$:	Privatni liječnik	\$:
Uzdržavanje djeteta	\$:	Bolnica	\$:
Čuvanje djece	\$:	Ostalo	\$:


5. Mjesečni prihod kućanstva Molimo ispunite

ovaj odjeljak o bruto prihodu za podnositelja zahtjeva i svakog člana kućanstva navedenog u odjeljku 3 koji prima prihod od zaposlenja ili drugih izvora. Molimo koristite bruto prihod, koji je prihod prije poreza i odbitaka. Molimo priložite dodatnu stranicu ako trebate uključiti dodatne članove kućanstva.

Izvor prihoda	Podnositelj zahtjeva	Član kućanstva (1) Član kućanstva (2)	
Bruto (prije oporezivanja) plaća iz porezne prijave, W2 obrasca ili plaće	\$:	\$:	\$:
Prihod od samozapošljavanja iz izvještaja o dobiti i gubitku \$:		\$:	\$:
socijalno osiguranje iz pisma o dodjeli ili posljednjeg bankovnog izvoda	\$:	\$:	\$:
Alimentacija (iz nagodbe prije 2019.)	\$:	\$:	\$:
Mirovina/umirovljenje s platnog čeka ili zadnjeg bankovnog izvoda	\$:	\$:	\$:
Izvješće o naknadi za nezaposlenost	\$:	\$:	\$:
Prihod od najma od računa	\$:	\$:	\$:
Ostali prihodi (molimo dostavite popratnu dokumentaciju)	\$:	\$:	\$:
UKUPNO:	\$:	\$:	\$:

6. Imovina kućanstva

Molimo ispunite ovaj odjeljak o tekućoj imovini za podnositelja zahtjeva i svakog člana kućanstva navedenog u odjeljku 3. Molimo priložite dodatnu stranicu ako trebate uključiti dodatne članove kućanstva.

Izvor prihoda	Podnositelj zahtjeva	Član kućanstva (1) Član kućanstva (2)	
Stanje tekućeg računa	\$:	\$:	\$:
Stanje štednog računa	\$:	\$:	\$:
Stanje CD računa	\$:	\$:	\$:
Stanje računa tržišta novca	\$:	\$:	\$:
Ostalo: (molimo dostavite prateću dokumentaciju)	\$:	\$:	\$:
UKUPNO:	\$:	\$:	\$:

7. Kontrolni popis prateće dokumentacije Potrebna su nam

najmanje dva dokumenta koja potkrepljuju vaše prihode i imovinu; no molimo vas da dostavite što više primjenjivih dokumenata navedenih u nastavku kako biste provjerili podatke koje ste prijavili. Dodatna dokumentacija omogućit će nam brzu i točnu obradu vaše prijave. U većini slučajeva ne možemo dovršiti postupak bez primjenjive dokumentacije. Ako iz bilo kojeg razloga ne možete dostaviti traženu dokumentaciju, obratite se našim financijskim savjetnicima na broj 802-258-6745 ili financialcounselor@brattlebororetreat.org kako biste razgovarali o drugim mogućnostima.

Dokumenti osiguranja	Dokumenti o prihodima	Dokumenti o imovini
Kopija kartica osiguranja	Najnovija savezna porezna prijava	Izvod s tekućeg računa
Pismo odbijanja Medicaida	Izvještaj o dobiti i gubitku	Izvod iz štednog računa
Pismo o odbijanju zamjene od strane državnog zdravstvenog sustava	Dvije najnovije platne liste	Izjava o CD-u
	Pismo za potvrdu socijalnog osiguranja	Izvješće o tržištu novca
	W-2	
	Računi od najma	



8. Dodatne informacije

Komentari/dodatne informacije koje želite podijeliti:

9. Ovlaštenje

Molimo vas da pažljivo pročitate ovaj odjeljak, a zatim potpišete i datirate prijavu.

Tražim financijsku pomoć od Brattleboro Retreata. Potvrđujem da su sve informacije koje sam dostavio/la točne i potpune u skladu s mojim najboljim saznanjima. Svaka netočna, nepotpuna ili lažna informacija može rezultirati otkazivanjem moje prijave za financijsku pomoć. Slažem se da ću na zahtjev dostaviti dodatnu dokumentaciju. Sve dostavljene informacije koristit će se isključivo za utvrđivanje podobnosti za Program financijske pomoći. Razumijem da su to povjerljive informacije prema odredbama saveznih propisa HIPAA-e i da se ne mogu otkriti nijednoj strani izvan Brattleboro Retreata bez mog prethodnog odobrenja.

Potpis podnosioca zahtjeva/financijskog jamca

Datum

Ako potpisujem u ime podnosioca zahtjeva: Izjavljujem da su svi podaci u ovoj prijavi istiniti u skladu s mojim najboljim saznanjima.

Potpis ovlaštenog predstavnika

Datum

Ime ovlaštenog predstavnika (molimo ispišite velikim tiskanim slovima)

Odnos s podnositeljem zahtjeva

Kontaktni broj telefona

Molimo Vas da popunjenu prijavu s pratećom dokumentacijom pošaljete na jednu od sljedećih adresa:

E-pošta: financialcounselor@brattlebororetreat.org

Faks: 802-258-3723

Pošta: Brattleboro Retreat

Za: Odjel za financijsko savjetovanje

Poštanski pretinac 101

Brattleboro, Vermont 05302