


Solicitud e instrucciones para la ayuda financiera

Brattleboro Retreat se compromete a brindar atención de alta calidad, independientemente de su seguro médico o situación financiera, ofreciendo asistencia económica a nuestros pacientes. La decisión sobre la concesión de dicha asistencia se basa en las directrices federales de pobreza más recientes.

Esta solicitud completa y la documentación justificativa son necesarias para evaluar su elegibilidad en el programa de asistencia financiera de Brattleboro Retreat.

Por favor, complete el formulario adjunto, fírmelo, póngale la fecha y envíe toda la información necesaria. Todas las solicitudes deben incluir un comprobante de ingresos. Su solicitud será revisada para determinar su elegibilidad y se le notificará nuestra decisión a la brevedad. Todas las solicitudes de asistencia financiera que no incluyan la documentación necesaria serán devueltas al paciente.

Brattleboro Retreat ofrece dos tipos de asistencia financiera para atención médica: asistencia financiera general y asistencia financiera para casos catastróficos.

- Asistencia financiera general: los ingresos del hogar deben ser inferiores o iguales al 500% del Nivel Federal de Pobreza del año en curso. (FPL)
 - Asistencia financiera catastrófica: los ingresos del hogar deben ser menores o iguales al 600% del umbral de pobreza federal del año en curso.
- El nivel (FPL) y la responsabilidad financiera total por los servicios médicos relacionados con Brattleboro Retreat son iguales o superiores al 20% de los ingresos del hogar.

No existe ningún requisito de residencia para ser elegible para el Programa de Asistencia Financiera de 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

Para los solicitantes cuyos ingresos familiares sean inferiores al 138 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL), el paciente debe investigar y solicitar cualquier programa de asistencia gubernamental disponible, como Medicaid (Green Mountain Care en Vermont) o el Intercambio de Salud de su estado (VT Health Connect en Vermont), antes de solicitar el Programa de Asistencia Financiera de Brattleboro Retreat. Si necesita ayuda para solicitar programas de asistencia gubernamental, nuestros asesores financieros pueden ayudarle. Las personas indocumentadas no necesitan solicitar Medicaid para calificar para la asistencia.

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud o necesita ayuda para completarla, póngase en contacto con:

Servicios financieros para pacientes

802-258-6745

De lunes a jueves: de 8:00 a 17:00.

Viernes y sábado: de 8:00 a 15:00.


Solicitud de ayuda financiera

Por favor, complete esta sección sobre el solicitante y los miembros de su hogar. El solicitante es el paciente o la persona responsable económicamente del mismo. Se consideran miembros del hogar a todos los dependientes que viven en la misma residencia que el paciente. El hogar del paciente incluye al paciente, su cónyuge, hijos dependientes y parejas no casadas con un hijo en común que viven juntas. Los dependientes mencionados deben figurar en su declaración de impuestos federales.

1. Información del solicitante/garante financiero

Nombre del solicitante	Fecha de nacimiento	Seguridad Social # Estado civil	Teléfono #	
DIRECCIÓN	Ciudad		Estado	Cremallera

2. Información sobre seguros

¿Cuenta usted con algún seguro médico? En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:		Sí	No
Nombre de la compañía de seguros:	IDENTIFICACIÓN #:		
Nombre de la compañía de seguros:	IDENTIFICACIÓN #:		
¿Has solicitado Medicaid?		Sí	No
¿Has solicitado cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos de tu estado?		Sí	No

3. Miembros del hogar

Enumere a todos los miembros de su familia que viven en su hogar. Incluya cónyuges, parejas de hecho, hijos menores de 21 años que vivan con el solicitante (incluidos los hijastros), estudiantes a tiempo completo menores de 24 años, hijos mayores de 21 años si figuran en su declaración de impuestos, o hijos (de cualquier edad) con discapacidad permanente. Se considera pareja de hecho a la persona que vive con usted en una relación estable e íntima.

Nombre del miembro del hogar	Fecha de nacimiento	Número de relación de la Seguridad Social
(1)		
(2)		
(3)		
(4)		
(5)		

4. Gastos mensuales del hogar

Los gastos se utilizan para comprender mejor su situación financiera. Si desea compartir con nosotros alguna otra información sobre su situación financiera actual, por favor, adjunte una página adicional.

Alquiler o hipoteca	\$:	Auto (1)	\$:
Servicios públicos (agua/electricidad)	\$:	Auto (2)	\$:
Seguro médico	\$:	Tarjetas de crédito	\$:
Pensión alimenticia	\$:	Médico privado	\$:
Manutención infantil	\$:	Hospital	\$:
Cuidado de los niños	\$:	Otro	\$:


5. Ingresos mensuales del hogar. Complete esta

sección con los ingresos brutos del solicitante y de cada miembro del hogar mencionado en la sección 3 que reciba ingresos por empleo u otras fuentes. Utilice los ingresos brutos, es decir, los ingresos antes de impuestos y deducciones. Si necesita incluir a otros miembros del hogar, adjunte una página adicional.

Fuente de ingresos	Solicitante	Miembro del hogar (1)	Miembro del hogar (2)
Salario bruto (antes de impuestos) según declaración de impuestos, formulario W2 o nómina.	\$:	\$:	\$:
Ingresos por trabajo por cuenta propia de Stubs del estado de pérdidas y ganancias \$:	\$:	\$:	\$:
Número de Seguro Social según la carta de concesión o el último extracto bancario.	\$:	\$:	\$:
Pensión alimenticia (derivada de acuerdos anteriores a 2019)	\$:	\$:	\$:
Pensión/Jubilación según comprobante de pago o último extracto bancario	\$:	\$:	\$:
Declaración sobre el desempleo derivada de las prestaciones por desempleo	\$:	\$:	\$:
Ingresos por alquileres procedentes de cobros	\$:	\$:	\$:
Otros ingresos (por favor, adjunte la documentación justificativa)	\$:	\$:	\$:
TOTAL:	\$:	\$:	\$:

6. Bienes del hogar

Por favor, complete esta sección sobre los bienes actuales del solicitante y de cada miembro del hogar que figura en la sección 3. Si necesita incluir a otros miembros del hogar, adjunte una página adicional.

Fuente de ingresos	Solicitante	Miembro del hogar (1)	Miembro del hogar (2)
Saldo de la cuenta corriente	\$:	\$:	\$:
Saldo de la cuenta de ahorros	\$:	\$:	\$:
Saldo de la cuenta de CD	\$:	\$:	\$:
Saldo de la cuenta del mercado monetario	\$:	\$:	\$:
Otros: (por favor, adjunte la documentación justificativa)	\$:	\$:	\$:
TOTAL:	\$:	\$:	\$:

7. Lista de verificación de documentación de respaldo. Requerimos

un mínimo de dos documentos que respalden sus ingresos y activos; sin embargo, le rogamos que proporcione la mayor cantidad posible de los documentos que se enumeran a continuación para verificar la información que ha proporcionado. La documentación de respaldo nos permitirá procesar su solicitud de manera rápida y precisa. En la mayoría de los casos, no podemos completar el proceso sin la documentación requerida. Si por alguna razón no puede proporcionar la documentación solicitada, comuníquese con nuestros asesores financieros al 802-258-6745 o a financialcounselor@brattlebororetreat.org para analizar otras opciones.

Documentos de seguro	Documentos de ingresos	Documentos de activos
Copia de las tarjetas de seguro	Declaración de impuestos federales más reciente	Extracto bancario de la cuenta corriente
Carta de denegación de Medicaid	Estado de resultados	Extracto bancario de la cuenta de ahorros
Carta de denegación del Intercambio Estatal de Salud	Dos recibos de nómina más recientes	Declaración de CD
	Carta de verificación de beneficios del Seguro Social	Declaración del mercado monetario
	W-2	
	recibos de alquiler	



8. Información adicional

Comentarios o información adicional que desee compartir:

9. Autorización

Lea atentamente esta sección y, a continuación, firme y feche la solicitud.

Solicito ayuda financiera a Brattleboro Retreat. Declaro que toda la información que he proporcionado es precisa y completa, según mi leal saber y entender. Cualquier información incorrecta, incompleta o falsa podría resultar en la cancelación de mi solicitud de ayuda financiera. Acepto proporcionar documentación adicional si se me solicita. La información proporcionada se utilizará exclusivamente para determinar mi elegibilidad para el Programa de Ayuda Financiera. Entiendo que esta información es confidencial según las disposiciones de la HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de Estados Unidos) y no puede divulgarse a ninguna entidad ajena a Brattleboro Retreat sin mi autorización previa.

Firma del solicitante/garante financiero

Fecha

Si firmo en nombre del solicitante: Afirmando que toda la información contenida en esta solicitud es veraz según mi leal saber y entender.

Firma del representante autorizado

Fecha

Nombre del representante autorizado (por favor, escriba en letra de imprenta)

Relación con el solicitante

Número de teléfono de contacto

Por favor, envíe la solicitud completa junto con la documentación justificativa a una de las siguientes direcciones:

Correo electrónico: financialcounselor@brattlebororetreat.org

Fax: 802-258-3723

Correo: Brattleboro Retreat

Atención: Departamento de Asesoramiento Financiero

Apartado de correos 101

Brattleboro, Vermont 05302