Dartmouth Health

Southwestern Vermont Medical Center

Solicitud de ayuda económica

Southwestern Vermont Medical Center se compromete a prestar atención de alta calidad sin importar su seguro o situación económica dando ayuda económica a nuestros pacientes. La determinación de establecer ayuda económica se basa en las Directrices Federales de Pobreza recientemente publicadas. El programa de ayuda económica cubre servicios médicos de emergencia y médicamente necesarios.

Complete el formulario adjunto, fírmelo y devuelva toda la información necesaria. En todas las solicitudes se debe adjuntar prueba de ingresos. Revisaremos su solicitud para determinar su elegibilidad y lo notificaremos sobre nuestra resolución de manera oportuna. Las solicitudes para ayuda económica que no tengan la documentación de respaldo necesaria se devolverán al paciente.

Incluya toda la documentación correspondiente de la lista de abajo:

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 empresariales (si corresponde);
4. Copias de los 2 talones de pago más recientes o una verificación por escrito del empleador;
5. Estados de cuenta bancaria de 2 meses, incluyendo cuentas de cheques, cuentas de ahorros y cuentas de mercado;
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 beneficios de desempleo;

Con vigencia a partir del 7/1/2024, los requisitos de ingresos son:

Tamaño de la familia	<=250 % FPL	251 %-300 %	300 %-400 % FPL
	100 % de descuento	75 % de descuento	70 % de descuento
1 persona	$37,650	$45,180	$60,240
2 personas	$51,100	$61,320	$81,760
3 personas	$64,550	$77,460	$103,280
4 personas	$78,000	$93,600	$124,800
5 personas	$91,450	$109,740	$146,320
6 personas	$104,900	$125,880	$167,840
7 personas	$118,350	$142,020	$189,360
8 personas	$131,800	$158,160	$210,880

Para determinar la elegibilidad para la ayuda económica, se considerarán los activos líquidos que excedan el 400 % del nivel federal de pobreza. Algunos ejemplos de activos líquidos incluyen dinero en efectivo, cuentas de ahorros, cuentas de cheques, CD, acciones/bonos, viviendas secundarias. La residencia principal del paciente, los automóviles, las cuentas de jubilación y los planes de pensión no se toman en cuenta para determinar la elegibilidad.

Devuelva la solicitud y el comprobante de ingresos a: **SVMC**
100 Hospital Drive, Box 52
Bennington, VT 05201

Puede traer nuestros formularios en persona o enviarlos por correo postal a la dirección de arriba. Si necesita ayuda para completar estos formularios, llame al (802) 447-4500. Un consejero económico para pacientes lo ayudará con mucho gusto.

Dartmouth Health

Southwestern Vermont Medical Center

Solicitud de ayuda económica

Información del solicitante

Nombre	Apellido	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Teléfono	Empleador	Ocupación

Información del grupo familiar

Mencione a los dependientes que viven en su grupo familiar. "Grupo familiar" se define como todos los dependientes que viven en la misma residencia que el paciente o garante. El grupo familiar de un paciente incluye al paciente, el cónyuge, los hijos dependientes y las parejas no casadas con un hijo mutuo que viven juntos. Los dependientes mencionados deberían reflejarse en sus declaraciones de impuestos federales sobre la renta.

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	N.° de Seguro Social	Ocupación

Ingresos del grupo familiar

Ingresos	Persona 1	Persona 2	Persona 3
Salarios			
Trabajo agrícola o por cuenta propia			
Seguro Social			
Desempleo			
Pensión alimentaria			
Pensiones			
Ingresos por dividendos/intereses/alquiler			

Activos líquidos

Activos líquidos	Persona 1	Persona 2	Persona 3
Cuenta de cheques			
Cuenta de ahorros			
Cuenta de CD			
Cuenta de mercado.			
Otros:			

¿Tiene cobertura de alguna póliza de seguro médico? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", mencione los seguros _____

¿Ha solicitado seguro médico estatal? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es la situación de la solicitud? _____

¿Presentó la declaración de impuestos del año anterior? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "No", indique por qué no la presentó: _____

Por este medio, solicito que Southwestern Vermont Medical Center tome una determinación sobre mi elegibilidad para recibir ayuda económica en Southwestern Vermont Medical Center. Verifico que toda la información que di es precisa y completa. Entiendo que la información que envío en relación con mi ingreso anual y el tamaño de mi familia está sujeta a verificación y en caso de determinarse que es falsa, dicha determinación tendrá como consecuencia el rechazo de mi solicitud para la ayuda económica

Firma: _____ Fecha: _____