

Application for Financial Assistance

Please bring in or mail to the Patient Financial Service Department your completed application, along with written proof of individual patient/family income, for the preceding twelve months from the date of application.

Income includes; earnings, unemployment compensation, workers compensation, social security income, public assistance, veterans payments, survivor benefits, pension or retirement income, interest, dividends, rents, royalties, income from estates, trusts, alimony, child support, assistance from outside the household and other miscellaneous sources.

Until this office receives the completed application, along with your proof of income a determination cannot be made and the application will be denied. Your effective date will be the date that we have received all required information. Your account will remain your financial responsibility and we will expect payment according to hospital policy. If mailing your application please mail to:

UVMHN-Porter Medical Center
Patient Financial Services Dept.
115 Porter Drive
Middlebury, VT 05753.

Financial Assistance is only available for Porter Medical Center and Porter Medical Group Services done by UVMHN-PMC employed Physician's that are medically necessary services; non-medically necessary, including elective services are not covered.

If you have any questions, please direct them to our Patient Financial Services Department at 802-388-8808 option 5 and you will be directed to one of our Advocates for assistance, Monday thru Friday from 7:30-4:00.

Sincerely,

UVMHN-Porter Medical Center/Financial Services

*****Please return this completed application with:**

- a **COPY of your Federal Income Tax Return (1040)**
- **Copies of your 2 most recent paystubs.**
- a **COPY of your Social Security Statement if applicable.**

Solicitud para la Ayuda Financiera

Por favor, traiga o envíe por correo al Departamento de Servicios Financieros para Pacientes su solicitud completa, junto con pruebas escritas de ingresos individuales del paciente/su familia durante los doce meses inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud.

Ingresos económicos incluyen: ahorros, compensación de desempleo, compensación al/a la trabajador(a), ingresos del seguro social, asistencia pública, pago a militares retirados, beneficios a sobrevivientes, pensión o pagos de jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de herencias, fidecomisos, pensión alimenticia, manutención de niños, asistencia fuera del hogar y otras fuentes misceláneas.

Hasta que esta oficina no reciba la solicitud completa, junto con la prueba de ingresos económicos, no podrá tomar ninguna determinación y la solicitud será denegada. Su fecha de vigencia será la fecha en la que hayamos recibido toda la información requerida. Su cuenta continuará siendo su responsabilidad financiera, y esperaremos el pago de acuerdo con la política del hospital. Envíe su formulario de solicitud para:

UVMHN-Porter Medical Center
Patient Financial Services Dept.
115 Porter Drive
Middlebury, VT 05753

Hay asistencia financiera disponible únicamente para Servicios del Centro Médico Porter y el Grupo Médico Porter realizados por un médico empleado por UVMHN-PMC que sean servicios necesarios médicamente; los que no son necesarios médicamente, incluyendo los electivos no son cubiertos.

Si tiene usted alguna pregunta o duda, por favor diríjalas al Departamento de Servicios Financieros para Pacientes al 802-388-8808, opción 5, y será direccionado a alguien que puede ayudarlo, de lunes a jueves, de las 7:30 am a las 4 pm.

Atentamente,

UVMHN-Centro Médico Porter/Servicios Financieros

*****Por favor, envíe esta solicitud completa junto con:**

- una COPIA de su Declaración de Impuestos Federales (1040)
- Copias de sus 2 talones de pago más recientes.
- una COPIA de su estado de cuenta del Seguro Social, si corresponde.

Statement of Zero Income

Declaración de cero ingreso

To be completed by an Applicant whose household has had no income for the past 30 days.

A ser completada por un(a) solicitante cuya casa no haya recibido ingresos durante los últimos 30 días

I, _____, state that no member
Yo, _____ (your name) (Su nombre completo) declaro que ningún miembro

of my household has received any source of income during the past 30 days.

de mi casa ha recibido ingresos durante los últimos 30 días.

Our household has been without income since _____ . I hope and expect to receive

Nuestro hogar ha estado sin ingresos desde _____ (date) (fecha) Yo espero recibir

some income on or about _____ from _____ .
algún ingreso en o cerca de _____ (date) (fecha) de _____ (list where income will come from) (lista de dónde vendrá el ingreso)

During the above period, how did your family meet their household needs for:

Durante el período mencionado, ¿cómo su familia pagó las necesidades de:

Food? ¿Comida?

Shelter (i.e. housing, heat, electricity)? ¿Abrigo (por ejemplo: casa; calefacción; electricidad)?

Living Expenses (i.e. medical bills, car expenses, clothing)? ¿Gastos para vivir (por ejemplo: gastos médicos; gastos del automóvil; ropa)?

I understand that I can be denied financial assistance for making false statements, and do agree that all answers provided are complete and truthful to the best of my knowledge.

Comprendo que puedo tener la asistencia financiera negada por hacer declaraciones falsas, y estoy de acuerdo que todas las respuestas aquí dadas son completas y verdaderas, según entiendo.

Applicant Signature: _____
Firma del solicitante:

Date:
Fecha:

Patient Financial Services Representative Signature: _____
Firma del representante de Servicios Financieros de Pacientes (Patient Financial Services):

Date:
Fecha:

Application for Financial Assistance - 2018

Applicant Name (First and Last): _____ Date of Birth: ___/___/_____
Nombre del solicitante (Nombre y apellidos) Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Street address: _____ City/State/Zip: _____
Dirección Pueblo/Estado/Código postal

Home Telephone: () _____ Work Telephone: () _____
Teléfono de casa Teléfono de trabajo

Current Health Insurance Company: _____ Policy Number: _____ Group Number: _____
Compañía de seguro de salud actual Número de la póliza Número del grupo

**IF YOU ARE UNINSURED, YOU MAY QUALIFY FOR MEDICAID OR A QUALIFIED HEALTH PLAN THROUGH VERMONT HEALTH CONNECT.
 SI NO TIENE SEGURO, PUEDE SER QUE ESTÉ CALIFICADO(A) PARA MEDICAID O UN PLAN DE SALUD CUALIFICADO POR VERMONT HEALTH CONNECT.**

**AN IN-PERSON ASSISTER MAY REACH OUT TO YOU OR YOU CAN CONTACT THEM FOR ASSISTANCE AT 802-388-8864
 UN ASISTENTE EN PERSONA PUEDE CONTACTARSE CON USTED, O BIEN, USTED PUEDE CONTACTARLO PARA RECIBIR ASISTENCIA LLAMANDO AL 802-388-8864**

HOUSEHOLD MEMBERS reflected on your Federal income tax return:
MIEMBROS DE LA CASA/FAMILIA indicados en su declaración federal de impuestos

INCOME /INGRESOS

Wages/Salaries	\$ _____
<i>Pago/Salarios</i>	
Social Security	\$ _____
<i>Seguridad Social</i>	
Pensions	\$ _____
<i>Pensiones</i>	
Disability/SSI	\$ _____
<i>Compensación por invalidez/Seguro de Ingreso Suplementario</i>	
Unemployment Comp	\$ _____
<i>Compensación por desempleo</i>	
Workers Comp	\$ _____
<i>Compensación para Trabajadores</i>	
Child/Spousal Support	\$ _____
<i>SopORTE para hijos(as)/esposo(a)</i>	
VA Benefits	\$ _____
<i>Beneficios para veteranos</i>	
Public Assistance	\$ _____
<i>Asistencia pública</i>	
Annuities	\$ _____
<i>Anualidades</i>	
Trusts, Interest/Dividends	\$ _____
<i>Creditos, Interés/dividendos</i>	
Other	\$ _____
<i>Otro</i>	

<u>Name:</u>	<u>Relationship/Age:</u>
<i>Nombre</i>	<i>Relación/Edad</i>
1 _____	Self _____ <i>Mismo</i>
2 _____	Spouse _____ <i>Esposo(a)</i>
3 _____	Dependent _____ <i>Dependiente de Ud.</i>
4 _____	Dependent _____ <i>Dependiente de Ud.</i>
5 _____	Dependent _____ <i>Dependiente de Ud.</i>
6 _____	Dependent _____ <i>Dependiente de Ud.</i>

HOUSEHOLD COUNTABLE RESOURCES (LIQUID ASSETS)
Recursos domésticos contable (Activos Líquidos)

Checking Account	\$ _____
<i>Cuenta corriente</i>	
Savings Account (incl. seasonal savings accts)	\$ _____
<i>Cuenta de ahorro</i>	
Certificates of Deposits	\$ _____
<i>Certificado de depósito</i>	

Total Monthly Income
Ingreso mensual total

Total Annual Income
Ingreso anual total

Expenses/Gastos

Mortgage/Rent <i>Renta</i>	\$ _____
Property Taxes <i>Impuestos sobre la propiedad</i>	\$ _____
Insurance <i>Seguro</i>	\$ _____
Automobile <i>Automóvil</i>	\$ _____
Credit Cards (Total) <i>Tarjetas de crédito</i>	\$ _____
Water/Gas/Oil/Electric <i>Agua/Gasolina/Petróleo/Electricidad</i>	\$ _____
Telephone <i>Teléfono</i>	\$ _____
Medical <i>Cuentas médicas</i>	\$ _____
Child/Spousal Support <i>Soporte para hijos(as)/esposo(a)</i>	\$ _____
Health Savings Acct <i>Cuenta de ahorros médicos</i>	\$ _____
Other <i>Otro</i>	\$ _____
Total Monthly Expenses <i>Total de Gastos mensuales</i>	\$ _____

Savings Certificates
Certificados de ahorro

U.S. Savings Bonds <i>Bonos estadounidenses de ahorro</i>	\$ _____
Stocks/Bonds <i>Acciones/Bonos</i>	\$ _____
Trust Fund <i>Fondo fiduciario</i>	\$ _____
Health Savings Accounts (HSA) funds <i>Fondos de una cuenta de ahorros médicos</i>	\$ _____
Other (Please Explain) <i>Otro (favor de explicar)</i>	\$ _____

I certify that the information contained in this application is true & complete. I understand that willful falsification of information contained in this application will result in denial of charity care. I am aware that the information provided on this application is subject to verification by Porter Hospital.
Yo certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y completa. Yo entiendo que la falsificación deliberada de información contenida en esta solicitud resultará en la negación de cuidado de caridad. Estoy informado(a) que la información provista en esta solicitud está sujeta a verificación por Porter Hospital.

X _____ (Date)
 (Applicant Signature) *Firma del solicitante* *Fecha*

Hospital Use Only - <i>Unicamente para uso del hospital</i>	
Approved Date:	_____
Approved for %:	_____
Denied Date:	_____
Reason Denied:	_____
Date Notification Sent:	_____
Pt Financial Advocate:	_____
Account Number(s):	_____
New Balance:	_____

Sliding Scale Matrix

Matriz de escala proporcional

The University of Vermont Health Network – Porter Medical Center and their owned Physician Practices

Hospital Porter y consultorios médicos asociados al Hospital Porter

2018

% of Adjusted Gross Income** <i>Ingreso bruto ajustado</i>	100%	80%	60%	40%	20%
Size of Household <i>Tamaño de la casa/familia</i>					
1	\$24,280	\$29,136	\$33,992	\$38,848	\$43,704
2	\$32,920	\$39,504	\$46,088	\$52,672	\$59,256
3	\$41,560	\$49,872	\$58,184	\$66,496	\$74,808
4	\$50,200	\$60,240	\$70,280	\$80,320	\$90,360
5	\$58,840	\$70,608	\$82,376	\$94,144	\$105,912
6	\$67,480	\$80,976	\$94,472	\$107,968	\$121,464
7	\$76,120	\$91,344	\$106,568	\$121,792	\$137,016
8	\$84,760	\$101,712	\$118,664	\$135,616	\$152,568

** Adjusted Gross Income based on the 2018 Federal Poverty Guidelines **

** *Ingreso bruto ajustado de acuerdo con las guías federales de la pobreza del 2018*

The Guidelines are published in the Federal Register at: www.hhs.gov

Las guías están publicadas en el registro federal en: www.hhs.gov

**Departments that are covered under UVM Health Network/Porter Medical Center
Financial Sliding Fee Scale:**

1. UVM Health Network/ Porter Medical Center/Primary Care – Middlebury
82 Catamount Drive, Middlebury, VT 05753 / (802)-388-7185
2. UVM Health Network/Porter Medical Center /Primary Care – Brandon
61 Court Drive Brandon, VT 05733 / (802)-247-3755
3. UVM Health Network/Porter Medical Center/Ear, Nose & Throat
Porter Drive Middlebury, VT 05753 / (802)-388-7037
or
69 Allen Street Rutland, VT 05701
4. UVM Health Network/Porter Medical Center/Primary Care Vergennes
10 North Street Vergennes, VT 05491 (802)-877-3466
5. UVM Health Network/Porter Medical Center/Pediatric Primary Care
1330 Exchange Street Suite 201 Middlebury, VT 05753 (802)-388-7959
6. UVM Health Network/Porter Medical Center/Cardiology
115 Porter Drive Middlebury, VT 05753 (802)-382-3443
7. UVM Health Network/Porter Medical Center/Women’s Health
116 Porter Drive Middlebury, VT 05753 (802)-388-6326
8. UVM Health Network/Porter Medical Center/Primary Care Bristol
61 Pine Street Building 4, Suite 400 Bristol, VT 05443 (802)-453-7422
9. UVM Health Network/Porter Medical Center/Orthopedics
1436 Exchange Street Middlebury, VT 05753 (802)388-3194
10. UVM Health Network/Porter Medical Center/Podiatry
76 Court Street Middlebury, VT 05753 (802)-388-1200
11. UVM Health Network/Porter Medical Center/Express Care
44 Collins Drive, Middlebury, VT 057536
12. UVM Health Network/Porter Medical Center Hospitalist inpatient physician and
facility charges
37 Porter Drive Middlebury, VT 05753
 - UVM Health Network/Porter Medical Center Emergency Room & physician
 - UVM Health Network/Porter Medical Center facility Surgical charges
 - UVM Health Network/Porter Medical Center Physical Rehabilitation charges

Departments that are not-covered under UVM Health Network/Porter Medical Center Financial Sliding Fee Scale:

1. Radiology readings done at Porter hospital – You may receive a bill from APS
2. Anesthesiology – You may receive a bill from Champlain Valley Anesthesia, PLLC
3. General Surgeon Carl Petri MD
4. Middlebury Eye Associates Inc.
5. Eye Care Associates
6. Rainbow Pediatrics
7. Middlebury College Parton Health Center
8. Mountain Health Center
9. Middlebury Family Health
10. Helen Porter Nursing Home
11. Champlain Valley Hematology & Oncology
12. Rutland Heart Center
13. UVMMC urology
14. Maple View Oral and Maxillofacial Surgery
15. UVMMC –Pathology
16. Burlington-based plastic Surgery
17. Middlebury Dental Group
18. Vermont Spine Works & Rehabilitation
19. Counseling Service of Addison County
20. UVMMC /Medical Group
21. UVMMC – Cardiology
22. Developmental/Behavioral Pediatrics

10/2017