

## Porter Medical Center, Inc.

Patient Financial Services Department

---

37 Porter Drive \* Middlebury, Vermont 05753 (802) 388-8808

### APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE

Please bring 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. Your account will remain your financial responsibility and we will expect payment according to hospital policy. If mailing your application please mail to Porter Medical Center, Inc. 37 Porter Drive Middlebury, VT 05753.

Financial Assistance is only available for Porter Hospital and Porter Practice Management Services done by Porter 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,

Patient Financial Services Department

***\*\*\*Please return this completed application with a COPY of your 2016 W-2 or Federal Income Tax Return (1040) or Copies of your 4 most recent paystubs. If you do not file taxes and your only income is Social Security, please send a COPY of your Social Security Statement.***

***If written proof of income is not received, your Financial Assistance Application will be denied.***

FACOVLTR 02/17

## Porter Medical Center, Inc.

Patient Financial Services Department

---

37 Porter Drive \* Middlebury, Vermont 05753 (802) 388-8808

### 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 reciba la solicitud completa, junto con la prueba de ingresos económicos, no podrá tomar ninguna determinación. Su cuenta continuará siendo su responsabilidad financiera, y esperaremos el pago de acuerdo con la política del hospital. Envíe su formulario de solicitud para Porter Medical Center, Inc. 37 Porter Drive Middlebury, VT 05753.

Hay asistencia financiera disponible para servicios médicos necesarios; los servicios que no son necesarios medicamente **no** son cubiertos.

Si tiene usted alguna pregunta o duda, por favor diríjelas 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,

Departamento de Servicios Financieros para Pacientes

***\*\*\*Por favor, entregue su solicitud completa, junto con una COPIA de su formulario 2016 W-2 o la Declaración de Impuestos Federales (1040) o y copias de pruebas escritas de cuatro de sus ingresos económicos más recientes. Si usted no declara impuestos y su única fuente de ingresos son los beneficios de la Seguridad Social, por favor envíe una COPIA de su Declaración de Seguridad Social.***

***Si no recibimos prueba escrita de ingresos económicos, su Solicitud para Ayuda Financiera será negada.***

# PORTER HOSPITAL, INC.

## And Porter Hospital Owned Physician Practices

PORTER HOSPITAL, INC. y Consultorios médicos asociados al Hospital Porter

### 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:*

# PORTER HOSPITAL, INC.

## And Porter Hospital Owned Physician Practices

*PORTER HOSPITAL, INC. y Consultorios médicos asociados al Hospital Porter*

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.**

**IF YOU ARE UNSURE PLEASE CONTACT US FOR A NAVIGATOR NEAR YOU FOR ASSISTANCE AT 802-388-8808 OPTION 5.  
 SI NO ESTÁ SEGURO(A), FAVOR DE CONTACTARNOS AL 802-388-8808 OPCIÓN 5 PARA DARLE INFORMACIÓN SOBRE UN NAVEGANTE CERCA DE UD. QUE LE DARÁ ASISTENCIA. UN NAVEGANTE CERCA DE UD. PARA ASISTENCIA.**

**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>	
<b>Total Monthly Income</b>	_____
<b><i>Ingreso mensual total</i></b>	

Name: <i>Nombre</i>	Relationship/Age: <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>	
Savings Certificates	_____
<i>Certificados de ahorro</i>	

**Total Annual Income** \_\_\_\_\_  
**Ingreso anual total** \$ \_\_\_\_\_

**Expenses/Gastos**

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

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

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** \_\_\_\_\_ (Applicant Signature) \_\_\_\_\_ (Date)  
*Firma del solicitante* *Fecha*

<b>Hospital Use Only -</b> <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:	_____

**PORTER HOSPITAL AND PORTER HOSPITAL OWNED PHYSICIAN PRACTICES**  
*Hospital Porter y consultorios médicos asociados al Hospital Porter*

**SLIDING SCALE MATRIX**  
*Matriz de escala proporcional*  
**2017**

<b>% of Adjusted Gross Income**</b> <i>Ingreso bruto ajustado</i>	<b>100%</b>	<b>80%</b>	<b>60%</b>	<b>40%</b>	<b>20%</b>
<b>Size of Household</b> <i>Tamaño de la casa/familia</i>					
1	\$24,120	\$28,944	\$33,768	\$38,592	\$43,416
2	\$32,480	\$38,976	\$45,472	\$51,968	\$58,464
3	\$40,840	\$49,008	\$57,176	\$65,344	\$73,512
4	\$49,200	\$59,040	\$68,880	\$78,720	\$88,560
5	\$57,560	\$69,072	\$80,584	\$92,096	\$103,608
6	\$65,920	\$79,104	\$92,288	\$105,472	\$118,656
7	\$74,280	\$89,136	\$103,992	\$118,848	\$133,704
8	\$82,640	\$99,168	\$115,696	\$132,224	\$148,752

\*\* Adjusted Gross Income based on the 2017 Federal Poverty Guidelines (multiplied by two)

\*\* Ingreso bruto ajustado de acuerdo con las guías federales de la pobreza del 2017 (multiplicadas por dos)

The Guidelines are published in the Federal Register at: [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov)

Las guías están publicadas en el registro federal en: [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov)

**Departments that are covered under Porter Hospital Financial Sliding Fee Scale:**

1. Porter Hospital Inc. DBA Addison Family Medicine 802-388-7185  
82 Catamount Drive, Middlebury, VT 05753
2. Porter Hospital Inc. DBA Neshobe Family Medicine 802-247-3755  
61 Court Drive Brandon, VT 05733
3. Porter Hospital Inc. DBA Porter ENT 802-388-7037  
1330 Exchange Street Suite 202 Middlebury, VT 05753  
69 Allen Street Rutland, VT 05701
4. Porter Hospital Inc. DBA Little City Family Practice 802-877-3466  
10 North Street Vergennes, VT 05491
5. Porter Hospital Inc. DBA Middlebury Pediatric & Adolescent Medicine 802-388-7959  
1330 Exchange Street Suite 201 Middlebury, VT 05753
6. Porter Hospital Inc. DBA Porter Cardiology 802-382-3443  
115 Porter Drive Middlebury, VT 05753
7. Porter Women's Health 802-388-6326  
116 Porter Drive Middlebury, VT 05753
8. Porter Hospital Inc. DBA Bristol Internal Medicine 802-453-7422  
61 Pine Street Building 4, Suite 400 Bristol, VT 05443
9. Porter Hospital Inc. DBA Porter Coverage Group 802-388-5682  
115 Porter Drive Middlebury, VT 05753
10. Porter Hospital DBA Champlain Valley Orthopedics  
1436 Exchange Street Middlebury, VT 05753
11. Porter Hospital DBA Middlebury Foot Care  
76 Court Street Middlebury, VT 05753
12. Porter Hospital DBA Porter Hospitalist inpatient physician and facility charges  
37 Porter Drive Middlebury, VT 05753
  - Porter Emergency Room & physician
  - Porter Hospital facility Surgical charges
  - Porter Hospital Physical Rehabilitation charges

**Departments that are not-covered under Porter Hospital Financial Sliding Fee Scale:**

1. Radiology readings done at Porter hospital – You will receive a bill from APS
2. Anesthesiology – You will receive a bill from Champlain Valley Anesthesia, PLLC
3. General Surgeons Brad Fuller MD and 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. HPHRC
11. Champlain Valley Hematology & Oncology
12. Rutland Heart Center
13. UVMC urology
14. Maple View Oral and Maxillofacial Surgery
15. UVMC –Pathology
16. Burlington-based plastic Surgery
17. Middlebury Dental Group
18. Vermont Spine Works & Rehabilitation
19. Counseling Service of Addison County
20. University of Vermont/FAHC Medical Group
21. FAHC – Cardiology
22. Developmental/Behavioral Pediatrics