

A partir del 1º de Octubre, 2019

CRITERIOS PARA LA AYUDA FINANCIERA

A partir del 1º de Octubre, 2019

El Hospital Miriam se enorgullece de su compromiso de proporcionar asistencia de calidad a todos los que la necesitan. El Hospital Miriam proporciona ayuda financiera a los pacientes sin seguro médico y que no pueden pagar por su atención hospitalaria. El Hospital Miriam también ofrece descuentos a los pacientes sin seguro médico que puedan tener dificultad para pagar la totalidad de sus cuentas de hospital. Esta atención gratuita y con descuento SÓLO se aplica para los servicios hospitalarios esenciales.

ATENCIÓN TOTAL DE CARIDAD

Proporcionamos atención hospitalaria sin costo a los residentes de Rhode Island sin seguro que tengan un ingreso menor de:

Tamaño de la unidad familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	cada persona adicional:
Límites de ingreso anual*	\$24,980	\$33,820	\$42,660	\$51,500	\$60,340	\$69,180	\$78,020	\$86,860	\$8,840

Los solicitantes con bienes valorados en MÁS de \$9,400 por persona (ó \$14,100 por familia) quizás no puedan tener derecho a recibir atención sin costo, pero pueden tener derecho a recibir atención con descuento.

ATENCIÓN PARCIAL DE CARIDAD

También proporcionamos atención hospitalaria con descuento a los residentes de Rhode Island sin seguro cuyos ingresos estén entre:

Tamaño de la familia	Nivel de pobreza federal	Bajo	Alto	Tamaño de la familia																				
				1	2	3	4	5	6	7	8	O/P	I/P	O/P	I/P	O/P	I/P	O/P	I/P	O/P	I/P	O/P	I/P	
1	12,490		24,980	Gratis	Gratis																			
2	16,910	24,981	33,820	90%	80%	Gratis	Gratis																	
3	21,330	33,821	42,660	82%	60%	90%	80%	Gratis	Gratis															
4	25,750	42,661	51,500	82%	40%	82%	60%	90%	80%	Gratis	Gratis													
5	30,170	51,501	60,340	82%	20%	82%	40%	82%	60%	90%	80%	Gratis	Gratis											
6	34,590	60,341	69,180	82%	DRG	82%	20%	82%	40%	82%	60%	90%	80%	Gratis	Gratis									
7	39,010	69,181	78,020	82%	DRG	82%	DRG	82%	20%	82%	40%	82%	60%	90%	80%	Gratis	Gratis							
8	43,430	78,021	86,860	82%	DRG	82%	DRG	82%	DRG	82%	20%	82%	40%	82%	60%	90%	80%	Gratis	Gratis					
		86,861	95,700	82%	DRG	82%	DRG	82%	DRG	82%	DRG	82%	DRG	82%	DRG	82%	20%	82%	40%	82%	60%	90%	80%	
		95,701	104,540	82%	DRG	82%	DRG	82%	DRG	82%	DRG	82%	DRG	82%	DRG	82%	DRG	82%	20%	82%	40%	82%	60%	
		104,541	113,380	82%	DRG	82%	DRG	82%	DRG	82%	DRG	82%	DRG	82%	DRG	82%	DRG	82%	20%	82%	40%			
		113,381	122,220	82%	DRG	82%	DRG	82%	DRG	82%	DRG	82%	DRG	82%	DRG	82%	DRG	82%	20%	82%	40%			
		122,221	131,060	82%	DRG	82%	DRG	82%	DRG	82%	DRG	82%	DRG	82%	DRG	82%	DRG	82%	20%	82%	40%			

Los solicitantes con bienes valorados en MÁS de \$9,400 por persona (ó \$14,100 por familia) quizás no puedan tener derecho a recibir atención con descuentos más altos, pero pueden tener derecho a descuentos más bajos.

Para averiguar si usted tiene derecho a recibir ayuda financiera, póngase en contacto con un defensor financiero del paciente llamando al 793-2206.

Si a usted se le niega la ayuda financiera, puede apelar a esta decisión. También puede pedir el proceso de apelación con la persona indicada arriba.

A partir del 1° de Octubre, 2019

CRITERIOS PARA LA AYUDA FINANCIERA

A partir del 1° de Octubre, 2019

El Hospital Bradley se enorgullece de su compromiso de proporcionar asistencia de calidad a todos los que la necesitan. El Hospital Bradley proporciona ayuda financiera a los pacientes sin seguro médico y que no pueden pagar por su atención hospitalaria. El Hospital Bradley también ofrece descuentos a los pacientes sin seguro médico que puedan tener dificultad para pagar la totalidad de sus cuentas de hospital. Esta atención gratuita y con descuento SÓLO se aplica para los servicios hospitalarios esenciales.

ATENCIÓN TOTAL DE CARIDAD

Proporcionamos atención hospitalaria sin costo a los residentes de Rhode Island sin seguro que tengan un ingreso menor de:

Tamaño de la unidad familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	cada persona adicional:
Límites de ingreso anual*	\$24,980	\$33,820	\$42,660	\$51,500	\$60,340	\$69,180	\$78,020	\$86,860	\$8,840

Los solicitantes con bienes valorados en MÁS de \$9,400 por persona (ó \$14,100 por familia) quizás no puedan tener derecho a recibir atención sin costo, pero pueden tener derecho a recibir atención con descuento.

ATENCIÓN PARCIAL DE CARIDAD

También proporcionamos atención hospitalaria con descuento a los residentes de Rhode Island sin seguro cuyos ingresos estén entre:

Tamaño de la familia	Nivel de pobreza federal	Bajo	Alto	Tamaño de la familia							
				1	2	3	4	5	6	7	8
1	12,490		24,980	Gratis							
2	16,910	24,981	33,820	90%	Gratis						
3	21,330	33,821	42,660	75%	90%	Gratis					
4	25,750	42,661	51,500	60%	75%	90%	Gratis				
5	30,170	51,501	60,340	56%	60%	75%	90%	Gratis			
6	34,590	60,341	69,180	56%	56%	60%	75%	90%	Gratis		
7	39,010	69,181	78,020	56%	56%	56%	60%	75%	90%	Gratis	
8	43,430	78,021	86,860	56%	56%	56%	56%	60%	75%	90%	Gratis
		86,861	95,700	56%	56%	56%	56%	56%	60%	75%	90%
		95,701	104,540	56%	56%	56%	56%	56%	56%	60%	75%
		104,541	113,380	56%	56%	56%	56%	56%	56%	56%	60%
		113,381	122,220	56%	56%	56%	56%	56%	56%	56%	56%
		122,221	131,060	56%	56%	56%	56%	56%	56%	56%	56%

Los solicitantes con bienes valorados en MÁS de \$9,400 por persona (ó \$14,100 por familia) quizás no puedan tener derecho a recibir atención con descuentos más altos, pero pueden tener derecho a descuentos más bajos.

Para averiguar si usted tiene derecho a recibir ayuda financiera, póngase en contacto con un defensor financiero del paciente llamando al 444-6529.

Si a usted se le niega la ayuda financiera, puede apelar a esta decisión. También puede pedir el proceso de apelación con la persona indicada arriba.

A partir del 1º de Octubre, 2019

CRITERIOS PARA LA AYUDA FINANCIERA

A partir del 1º de Octubre, 2019

El Hospital Newport se enorgullece de su compromiso de proporcionar asistencia de calidad a todos los que la necesitan. El Hospital Newport proporciona ayuda financiera a los pacientes sin seguro médico y que no pueden pagar por su atención hospitalaria. El Hospital Newport también ofrece descuentos a los pacientes sin seguro médico que puedan tener dificultad para pagar la totalidad de sus cuentas de hospital. Esta atención gratuita y con descuento SÓLO se aplica para los servicios hospitalarios esenciales.

ATENCIÓN TOTAL DE CARIDAD

Proporcionamos atención hospitalaria sin costo a los residentes de Rhode Island sin seguro que tengan un ingreso menor de:

Tamaño de la unidad familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	cada persona adicional:
Límites de ingreso anual*	\$24,980	\$33,820	\$42,660	\$51,500	\$60,340	\$69,180	\$78,020	\$86,860	\$8,840

Los solicitantes con bienes valorados en MÁS de \$9,400 por persona (ó \$14,100 por familia) quizás no puedan tener derecho a recibir atención sin costo, pero pueden tener derecho a recibir atención con descuento.

ATENCIÓN PARCIAL DE CARIDAD

También proporcionamos atención hospitalaria con descuento a los residentes de Rhode Island sin seguro cuyos ingresos estén entre:

Tamaño de la familia	Nivel de pobreza federal	Bajo	Alto	Family Size															
				1	2	3	4	5	6	7	8	O/P	I/P	O/P	I/P	O/P	I/P	O/P	I/P
1	12,490		24,980	Gratis	Gratis														
2	16,910	24,981	33,820	90%	80%	Gratis	Gratis												
3	21,330	33,821	42,660	83%	60%	90%	80%	Gratis	Gratis										
4	25,750	42,661	51,500	83%	40%	83%	60%	90%	80%	Gratis	Gratis								
5	30,170	51,501	60,340	83%	20%	83%	40%	83%	60%	90%	80%	Gratis	Gratis						
6	34,590	60,341	69,180	83%	DRG	83%	20%	83%	40%	83%	60%	90%	80%	Gratis	Gratis				
7	39,010	69,181	78,020	83%	DRG	83%	DRG	83%	20%	83%	40%	83%	60%	90%	80%	Gratis	Gratis		
8	43,430	78,021	86,860	83%	DRG	83%	DRG	83%	DRG	83%	20%	83%	40%	83%	60%	90%	80%	Gratis	Gratis
		86,861	95,700	83%	DRG	83%	DRG	83%	DRG	83%	DRG	83%	20%	83%	40%	83%	60%	90%	80%
		95,701	104,540	83%	DRG	83%	DRG	83%	DRG	83%	DRG	83%	DRG	83%	20%	83%	40%	83%	60%
		104,541	113,380	83%	DRG	83%	DRG	83%	DRG	83%	DRG	83%	DRG	83%	DRG	83%	20%	83%	40%
		113,381	122,220	83%	DRG	83%	DRG	83%	DRG	83%	DRG	83%	DRG	83%	DRG	83%	DRG	83%	20%
		122,221	131,060	83%	DRG	83%	DRG	83%	DRG	83%	DRG	83%	DRG	83%	DRG	83%	DRG	83%	DRG

Los solicitantes con bienes valorados en MÁS de \$9,400 por persona (ó \$14,100 por familia) quizás no puedan tener derecho a recibir atención con descuentos más altos, pero pueden tener derecho a descuentos más bajos.

Para averiguar si usted tiene derecho a recibir ayuda financiera, póngase en contacto con un defensor financiero del paciente llamando al 401-864-6400.

Si a usted se le niega la ayuda financiera, puede apelar a esta decisión. También puede pedir el proceso de apelación con la persona indicada arriba.

A partir del 1° de Octubre, 2019

CRITERIOS PARA LA AYUDA FINANCIERA

A partir del 1° de Octubre, 2019

El Gateway Healthcare Inc. se enorgullece de su compromiso de proporcionar asistencia de calidad a todos los que la necesitan. El Gateway Healthcare Inc. proporciona ayuda financiera a los pacientes sin seguro médico y que no pueden pagar por su atención hospitalaria. El Gateway Healthcare Inc. también ofrece descuentos a los pacientes sin seguro médico que puedan tener dificultad para pagar la totalidad de sus cuentas de hospital. Esta atención gratuita y con descuento SÓLO se aplica para los servicios hospitalarios esenciales.

ATENCIÓN TOTAL DE CARIDAD

Proporcionamos atención hospitalaria sin costo a los residentes de Rhode Island sin seguro que tengan un ingreso menor de:

Tamaño de la unidad familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	cada persona adicional:
Límites de ingreso anual*	\$24,980	\$33,820	\$42,660	\$51,500	\$60,340	\$69,180	\$78,020	\$86,860	\$8,840

Los solicitantes con bienes valorados en MÁS de \$9,400 por persona (ó \$14,100 por familia) quizás no puedan tener derecho a recibir atención sin costo, pero pueden tener derecho a recibir atención con descuento.

ATENCIÓN PARCIAL DE CARIDAD

También proporcionamos atención hospitalaria con descuento a los residentes de Rhode Island sin seguro cuyos ingresos estén entre:

Tamaño de la familia	Nivel de pobreza federal	Bajo	Alto	Tamaño de la familia							
				1	2	3	4	5	6	7	8
1	12,490		24,980	Gratis							
2	16,910	24,981	33,820	90%	Gratis						
3	21,330	33,821	42,660	75%	90%	Gratis					
4	25,750	42,661	51,500	60%	75%	90%	Gratis				
5	30,170	51,501	60,340	56%	60%	75%	90%	Gratis			
6	34,590	60,341	69,180	56%	56%	60%	75%	90%	Gratis		
7	39,010	69,181	78,020	56%	56%	56%	60%	75%	90%	Gratis	
8	43,430	78,021	86,860	56%	56%	56%	56%	60%	75%	90%	Gratis
		86,861	95,700	56%	56%	56%	56%	56%	60%	75%	90%
		95,701	104,540	56%	56%	56%	56%	56%	56%	60%	75%
		104,541	113,380	56%	56%	56%	56%	56%	56%	56%	60%
		113,381	122,220	56%	56%	56%	56%	56%	56%	56%	56%
		122,221	131,060	56%	56%	56%	56%	56%	56%	56%	56%

Los solicitantes con bienes valorados en MÁS de \$9,400 por persona (ó \$14,100 por familia) quizás no puedan tener derecho a recibir atención con descuentos más altos, pero pueden tener derecho a descuentos más bajos.

Para averiguar si usted tiene derecho a recibir ayuda financiera, póngase en contacto con un defensor financiero del paciente llamando al 444-6529.

Si a usted se le niega la ayuda financiera, puede apelar a esta decisión. También puede pedir el proceso de apelación con la persona indicada arriba.

A partir del 1º de Octubre, 2019

FINANCIAL-AID CRITERIA

A partir del 1º de Octubre, 2019

CRITERIOS PARA LA AYUDA FINANCIERA-Spanish

El Lifespan Physician Group se enorgullece de su compromiso de proporcionar asistencia de calidad a todos los que la necesitan. El Lifespan Physician Group proporciona ayuda financiera a los pacientes sin seguro médico y que no pueden pagar por su atención. El Lifespan Physician Group también ofrece descuentos a los pacientes sin seguro médico que puedan tener dificultad para pagar la totalidad de sus cuentas. Esta atención gratuita y con descuento SÓLO se aplica para los servicios esenciales del Lifespan Physician Group.

ATENCIÓN TOTAL DE CARIDAD

Proporcionamos atención esencial sin costo a los residentes de Rhode Island sin seguro que tengan un ingreso menor de:

Tamaño de la unidad familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	cada persona adicional:
Límites de ingreso anual*	\$24,980	\$33,820	\$42,660	\$51,500	\$60,340	\$69,180	\$78,020	\$86,860	\$8,840

Los solicitantes con bienes valorados en MÁS de \$9,400 por persona (ó \$14,100 por familia) quizás no puedan tener derecho a recibir atención sin costo, pero pueden tener derecho a recibir atención con descuento.

ATENCIÓN PARCIAL DE CARIDAD

También proporcionamos atención esencial con descuento a los residentes de Rhode Island sin seguro cuyos ingresos estén entre:

Tamaño de la familia	Nivel de pobreza federal	Tamaño de la familia									
		Bajo	Alto	1	2	3	4	5	6	7	8
1	12,490		24,980	Gratis							
2	16,910	24,981	33,820	90%	Gratis						
3	21,330	33,821	42,660	75%	90%	Gratis					
4	25,750	42,661	51,500	69%	75%	90%	Gratis				
5	30,170	51,501	60,340	69%	69%	75%	90%	Gratis			
6	34,590	60,341	69,180	69%	69%	69%	75%	90%	Gratis		
7	39,010	69,181	78,020	69%	69%	69%	69%	75%	90%	Gratis	
8	43,430	78,021	86,860	69%	69%	69%	69%	69%	75%	90%	Gratis
		86,861	95,700	69%	69%	69%	69%	69%	69%	75%	90%
		95,701	104,540	69%	69%	69%	69%	69%	69%	69%	75%
		104,541	113,380	69%	69%	69%	69%	69%	69%	69%	69%
		113,381	122,220	69%	69%	69%	69%	69%	69%	69%	69%
		122,221	131,060	69%	69%	69%	69%	69%	69%	69%	69%

Los solicitantes con bienes valorados en MÁS de \$9,400 por persona (ó \$14,100 por familia) quizás no puedan tener derecho a recibir atención con descuentos más altos, pero pueden tener derecho a descuentos más bajos.

Para averiguar si usted tiene derecho a recibir ayuda financiera, póngase en contacto con un defensor financiero del paciente llamando al 444-7850.

Si a usted se le niega la ayuda financiera, puede apelar a esta decisión. También puede pedir el proceso de apelación con la persona indicada arriba.