THE University of Vermont HEALTH NETWORK

Elizabethtown Community Hospital

Resumen de la política

Obtenga ayuda para pagar la atención médica.

Contamos con un programa de asistencia financiera para ayudarlo a costear la atención que necesita.

¿Qué es un programa de asistencia financiera?

Ofrecemos asistencia financiera a personas que no tienen seguro. También ofrecemos asistencia a personas que tienen seguro con costos de bolsillo que no pueden solventar. Puede utilizarse para la atención continua y para emergencias. Para que se apruebe la asistencia, la atención debe ser médicamente necesaria para su salud.

¿Quién puede obtener asistencia financiera?

Para reunir los requisitos:

- **La elegibilidad se basa en los ingresos**; consulte la solicitud para conocer la documentación necesaria.
- **Debe ser "residente de Nueva York"**: Esto incluye a estudiantes, personas empleadas en Nueva York, inmigrantes indocumentados, personas que viven en Nueva York, pero no tienen vivienda estable. No incluye a visitantes ni viajeros, a menos que la atención sea de emergencia.
- **Su ingreso debe ser inferior al límite.** Hay diferentes límites de ingresos para recibir atención gratuita y de bajo costo. Consulte las tablas.

Límites de ingresos

Busque el tamaño de su unidad familiar y su ingreso en las tablas a continuación. Para la mayoría de las personas, la unidad familiar incluye a las personas que aparecen en su declaración de impuestos. Si sus ingresos superan el límite para la atención gratuita, es posible que reúna los requisitos para la atención de bajo costo.

Atención gratuita

Podría obtener atención gratuita (pagar $0) si los ingresos de su unidad familiar son inferiores al 250 % del nivel de pobreza federal (FPL). En 2026, sus ingresos deberían ser inferiores a:

Tamaño de la unidad familiar	Ingreso máximo
1 persona	$39.900
2 personas	$54.100
3 personas	$68.300
4 personas	$82.500
5 personas	$96.700
6 personas	$110.900
7 personas	$125.100
8 personas	$139.300

Atención de bajo costo

Si los ingresos de su unidad familiar son inferiores al 400 % del nivel de pobreza federal (FPL), es posible que reúna los requisitos para un descuento. En 2026, sus ingresos deberían ser inferiores a:

Tamaño de la unidad familiar	Ingreso máximo
1 persona	$63.840
2 personas	$86.560
3 personas	$109.280
4 personas	$132.000
5 personas	$154.720
6 personas	$177.440
7 personas	$200.160
8 personas	$222.880

Atención catastrófica

Pregúntenos sobre la atención en caso de catástrofes (lesiones o enfermedades graves) si debe al hospital mucho dinero, pero su ingreso es demasiado alto para obtener atención gratuita o de bajo costo. Este tipo de asistencia está disponible para pacientes cuyo saldo es superior al 20 % de los ingresos anuales de su unidad familiar. **Podemos ayudarlo a determinar si es elegible.**

Encuentre más información en el reverso

Servicios cubiertos

- Servicios médicos de emergencia prestados en el entorno de una sala de emergencias.
- Servicios de urgencia por una afección que, si no se trata oportunamente, produciría un cambio negativo en el estado de salud de una persona.
- Servicios electivos médicamente necesarios.

Servicios NO cubiertos

- Servicios estéticos/plásticos.
- Servicios de infertilidad/fertilidad.
- Atención no médicamente necesaria.
- Servicios de investigación/experimentales.
- Atención de pacientes internacionales, a menos que el servicio se preste en una sala de emergencias; definidos como visitantes no residentes.

Cómo presentar una solicitud

Puede presentar una solicitud antes o después de recibir servicios médicos. Si presenta una solicitud después de recibir los servicios, debe hacerlo en el término de un año desde que recibe la primera factura.

Siga estos pasos:

1. **Obtenga una solicitud gratuita.**
   - En persona: 8 Williams Street, Elizabethtown, NY 12932
   - En línea: Asistencia Financiera | University of Vermont Health
   - Teléfono: Llame al (802) 847-8000
2. **Complete la solicitud.** NO deje ninguna sección en blanco. Incluya documentación de respaldo, según se indica en la solicitud.
3. **Entregue o envíenos su solicitud completa.**
   - Entréguela en: 8 Williams Street, Elizabethtown, NY 12932
   - Envíela por correo a:

     University of Vermont Health Network
     Financial Assistance Program
     Patient Access Department IDX 22052
     111 Colchester Avenue
     Burlington, VT 05401

¿Qué sucede a continuación?

Le enviaremos una carta en los siguientes 30 días. Dirá si su solicitud está aprobada, rechazada o si es necesario que envíe más información.

Si se rechaza su solicitud, usted puede apelar la decisión. Las solicitudes de apelación deben enviarse a la Asistencia financiera para pacientes por escrito en el término de 60 días desde que se rechaza la solicitud y deben incluir el motivo de la apelación.

Cómo obtener ayuda para completar la solicitud

- **Visite nuestra oficina de asesoramiento financiero:**
  8 Williams St, Elizabethtown, NY 12932
- **LLAME AL**: (802) 847-8000

Soporte lingüístico gratuito

Ofrecemos ayuda gratuita para las personas que tienen necesidades de comunicación o idiomáticas. También podemos ayudar a quienes necesitan esta información en formatos diferentes. Para obtener apoyo de intérpretes y traducción, llame al (518) 873-3139.

Más información

¿Quién acepta la asistencia financiera?

Nuestra política de asistencia financiera no cubre todos los proveedores. Consulte nuestra lista a continuación: Listado de Asistencia Financiera | University of Vermont Health También puede preguntarnos por su médico.

Lea la política completa

Este es un resumen en lenguaje sencillo de nuestra política de asistencia financiera. Nuestra política completa se encuentra aquí: Asistencia Financiera | University of Vermont Health

No discriminación

No discriminamos por raza, color, sexo, orientación sexual, identidad de género, estado civil, religión, antepasados, origen nacional, ciudadanía, estado de inmigración, idioma principal, discapacidad, afección médica ni información genética.