

## 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 most recent Federal Income Tax Return (1040, 1099 etc.)**
- **Copies of your two (Two) most recent paystubs.**
- **A COPY of your Social Security Statement if applicable.**
- **A COPY of your most recent Bank Statement.**

## 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.**
- **Una COPIA de su estado de cuenta bancario más reciente**

## 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 - 2022

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 802-388-8808  
 UN ASISTENTE EN PERSONA PUEDE CONTACTARSE CON USTED, O BIEN, USTED PUEDE CONTACTARLO PARA RECIBIR ASISTENCIA LLAMANDO AL 802-388-8808**

**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>	

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>	

**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>	\$ _____
<b>Total Monthly Expenses</b> <i>Total de Gastos mensuales</i>	\$ _____

Savings Certificates  
*Certificados de ahorro*

U.S. Savings Bonds  
*Bonos estadounidenses de ahorro*

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*

<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:	_____

## 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*

**2022**

% of Adjusted Gross Income** <i>Ingreso bruto ajustado</i>	100%	80%	60%	40%	20%
<b>Size of Household</b> <i>Tamaño de la casa/familia</i>					
1	\$27,180	\$32,616	\$38,052	\$43,488	\$48,924
2	\$36,620	\$43,944	\$51,268	\$58,592	\$65,916
3	\$46,060	\$55,272	\$64,484	\$73,696	\$82,908
4	\$55,500	\$66,600	\$77,700	\$88,800	\$99,900
5	\$64,940	\$77,928	\$90,916	\$103,904	\$116,892
6	\$74,380	\$89,256	\$104,132	\$119,008	\$133,884
7	\$83,820	\$100,584	\$117,348	\$134,112	\$150,876
8	\$93,260	\$111,912	\$130,564	\$149,216	\$167,868

\*\* Adjusted Gross Income based on the 2022 Federal Poverty Guidelines \*\*

\*\* *Ingreso bruto ajustado de acuerdo con las guías federales de la pobreza del 2022*

**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)*

**Porter Medical Center**

## Summary of our Financial Assistance Program (Plain Language Summary)

### **Overview**

Porter Hospital is a not-for-profit acute care hospital and was established to serve the needs of the residents of Addison County and surrounding areas. The hospital is committed to providing medical services to patients regardless of their ability to pay. Porter recognizes that not all patients have the financial resources to pay their hospital bill. This Plain Language summary provides details of our policies.

### **Porter Medical Center Financial Assistance Program**

As a participant in the Financial Assistance program, also known as sliding fee scale, we offer emergency and other medically necessary hospital-level services at no cost to patients if their income is at or below 200% of the federal poverty guidelines. Additionally, under our facility's financial assistance program, we provide financial assistance on a sliding scale discount from our normal charges if your family income does not exceed 360% of the federal poverty guidelines. By filling out and mailing in your application as soon as possible or stopping by the Hospital Financial Advocate office for assistance in filling it out will expedite the process.

### **Amounts Generally Billed (AGB)**

If you receive financial assistance under our Policy, you will not be charged more for emergency or other medically necessary care than the amount we generally bill patients having Medicare coverage.

### **How to Obtain Copies of our Financial Assistance Policy and Assistance with our Application**

You may obtain a FREE copy of our Financial Assistance Application and view our Policy at

- <http://www.portermedical.org> - Patients & Visitors/Financial assistance
- At any of our registration desks in the ER or our offsite locations
- Calling our Financial Advocates at 802-388-8808 option 5 Monday-Friday 7:30am – 4pm or stopping in at 23 Pond Lane Drive Middlebury Vermont 05753.
- This summary as well as our Financial Application can also be found in Spanish.

## Resumen de nuestro Programa de Asistencia Económica (Resumen con lenguaje simple)

### Descripción general

Porter Hospital es un centro de cuidados agudos sin ánimo de lucro que fue creado para atender las necesidades de los residentes del Condado de Addison y las áreas circundantes. El hospital mantiene el compromiso de proporcionar servicios médicos a sus pacientes independientemente de sus capacidades de pago. Porter reconoce que no todos los pacientes cuentan con los recursos económicos para pagar sus cuentas de hospital. Este resumen en un lenguaje simple ofrece información sobre nuestras políticas.

### Programa de asistencia económica del Centro Médico Porter

El programa de asistencia económica, también conocido como atención de caridad, ofrece a sus participantes servicios de emergencia o de nivel hospitalario médicamente necesarios sin cargo si sus ingresos se sitúan en el 200% del índice federal de pobreza o por debajo. Asimismo, bajo el programa de asistencia económica de nuestra institución, ofrecemos ayuda económica con descuentos por medio de una escala variable si el ingreso de su familia no excede el 360% del índice federal de pobreza. Si usted es elegible y no paga la cantidad adeudada o no presenta una solicitud “aprobada” dentro del plazo especificado según lo indica nuestra política de Asistencia Económica, Porter puede derivar su cuenta a una agencia de cobranza de morosos.

### Montos que se facturan generalmente

Si recibe asistencia económica según nuestra política, no se le cobrará más por atención de emergencia o de otro tipo médicamente necesaria que la cantidad que generalmente cobramos a los pacientes que tienen cobertura de Medicare.

### Cómo obtener copias de nuestra política de asistencia económica y asistencia con la solicitud

Puede obtener una copia SIN CARGO de nuestra Solicitud de Asistencia Económica y ver nuestra política en

- <http://www.portermedical.org> - enlace rápido/Asistencia económica e información de pago
- En cualquiera de nuestras mesas de inscripción en la sala de emergencia o en nuestras oficinas externas
- Llamando a nuestros Asesores Financieros al 802-388-8808 opción 5 Lunes a viernes, de 7:30am a 4pm.

**Departments, practices and physicians that are covered under the 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  
116 Porter Drive Middlebury, VT 05753 (802)-388-7037
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  
Orthopedics  
1436 Exchange Street Middlebury, VT 05753 (802)388-3194
9. UVM Health Network/Porter Medical Center  
Podiatry  
76 Court Street Middlebury, VT 05753 (802)-388-1200
10. UVM Health Network/Porter Medical Center  
Express Care  
44 Collins Drive, Middlebury, VT 05753
11. UVM Health Network/Porter Medical Center  
General Surgery  
116 Porter Drive, Middlebury, VT 05753 (802)388-9708
12. UVM Health Network/Porter Medical Center  
Hospitalist inpatient physician and facility charges  
Emergency Room & Physician  
Facility Surgical Charges  
Physical Rehabilitation Charges

**Departments, practices and physicians that May grant assistance from one of our network affiliates under their guidelines for Financial Sliding Fee Scale are:**

- UVM Health Network  
Central Vermont Medical Center  
130 Fisher Road, Berlin, VT 05602
- UVM Health Network  
Champlain Valley Physician's Hospital  
75 Beekman Street, Plattsburgh, NY 12901
- UVM Health Network  
Alice Hyde Medical Center  
133 Park Street, Malone, NY 12953
- UVM Health Network  
Elizabethtown Community Hospital  
75 Park Street, Elizabethtown, NY 12932
- University of Vermont Medical Center  
111 Colchester Ave, Burlington VT 05401

**Departments, practices and physicians that are NOT covered under the UVM Health Network/Porter Medical Center Financial Sliding Fee Scale. (You may receive separate bills for these services)**

1. Middlebury Eye Associates Inc.
2. Eye Care Associates
3. Rainbow Pediatrics
4. Middlebury College Parton Health Center
5. Mountain Health Center
6. Middlebury Family Health
7. Helen Porter Nursing Home
8. Champlain Valley Hematology & Oncology
9. Rutland Heart Center
10. Developmental/Behavioral Pediatrics
11. Maple View Oral and Maxillofacial Surgery
12. Burlington-based plastic Surgery
13. Middlebury Dental Group
14. Vermont Spine Works & Rehabilitation
15. Counseling Service of Addison County