

A partir del Enero 2023

CRITERIOS PARA LA AYUDA FINANCIERA

El Hospital Rhode Island se enorgullece de su compromiso de proporcionar asistencia de calidad a todos los que la necesitan. El Hospital Rhode Island proporciona ayuda financiera a los pacientes sin seguro médico y que no pueden pagar por su atención hospitalaria. El Hospital Rhode Island 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*	\$29,160	\$39,440	\$49,720	\$60,000	\$70,280	\$80,560	\$90,840	\$101,120	\$10,280

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:

% Basado en el nivel Federal de Pobreza, en o por debajo de:		<200%	201%-300%	300%+
% de descuento para pacientes ambulatorios		Gratis	90%	81%
% de descuento para pacientes internados		Gratis	80% of DRG	60 % of DRG
Tamaño de la familia	Nivel Federal de Pobreza	Ingresos Hasta	Ingresos Sobre	
1	\$14,580.00	\$29,160	\$43,740	\$43,740
2	\$19,720.00	\$39,440	\$59,160	\$59,160
3	\$24,860.00	\$49,720	\$74,580	\$74,580
4	\$30,000.00	\$60,000	\$90,000	\$90,000
5	\$35,140.00	\$70,280	\$105,420	\$105,420
6	\$40,280.00	\$80,560	\$120,840	\$120,840
7	\$45,420.00	\$90,840	\$136,260	\$136,260
8	\$50,560.00	\$101,120	\$151,680	\$151,680
9	\$55,700.00	\$111,400	\$167,100	\$167,100
10	\$60,840.00	\$121,680	\$182,520	\$182,520
Mais \$ X para cada miembro da família adicional		\$5,140	\$10,280	

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.

A partir de Enero, 2023

CRITERIOS PARA LA AYUDA FINANCIERA

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*	\$29,160	\$39,440	\$49,720	\$60,000	\$70,280	\$80,560	\$90,840	\$101,120	\$10,280

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:

% Basado en el nivel Federal de Pobreza, en o por debajo de:		<200%	201%-300%	300%+
% de descuento para pacientes ambulatorios		Gratis	90%	80%
% de descuento para pacientes internados		Gratis	80% of DRG	60 % of DRG
Tamaño de la familia	Nivel Federal de Pobreza	Ingresos Hasta		Ingresos Sobre
1	\$14,580.00	\$29,160	\$43,740	\$43,740
2	\$19,720.00	\$39,440	\$59,160	\$59,160
3	\$24,860.00	\$49,720	\$74,580	\$74,580
4	\$30,000.00	\$60,000	\$90,000	\$90,000
5	\$35,140.00	\$70,280	\$105,420	\$105,420
6	\$40,280.00	\$80,560	\$120,840	\$120,840
7	\$45,420.00	\$90,840	\$136,260	\$136,260
8	\$50,560.00	\$101,120	\$151,680	\$151,680
9	\$55,700.00	\$111,400	\$167,100	\$167,100
10	\$60,840.00	\$121,680	\$182,520	\$182,520
Mais \$ X para cada miembro da familia adicional		\$5,140	\$10,280	

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.

A partir del Enero, 2023

CRITERIOS PARA LA AYUDA FINANCIERA

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*	\$29,160	\$39,440	\$49,720	\$60,000	\$70,280	\$80,560	\$90,840	\$101,120	10,280

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:

% Basado en el nivel Federal de Pobreza, en o por debajo de:		<200%	201%-300%	300%+
% de descuento para pacientes ambulatorios		Gratis	90%	63%
Tamaño de la familia	Nivel Federal de Pobreza	Ingresos Hasta		Ingresos Sobre
1	\$14,580.00	\$29,160	\$43,740	\$43,740
2	\$19,720.00	\$39,440	\$59,160	\$59,160
3	\$24,860.00	\$49,720	\$74,580	\$74,580
4	\$30,000.00	\$60,000	\$90,000	\$90,000
5	\$35,140.00	\$70,280	\$105,420	\$105,420
6	\$40,280.00	\$80,560	\$120,840	\$120,840
7	\$45,420.00	\$90,840	\$136,260	\$136,260
8	\$50,560.00	\$101,120	\$151,680	\$151,680
9	\$55,700.00	\$111,400	\$167,100	\$167,100
10	\$60,840.00	\$121,680	\$182,520	\$182,520
Mais \$ X para cada miembro da familia adicional		\$5,140	\$10,280	

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 or 793-2209 or 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 de Enero, 2023

CRITERIOS PARA LA AYUDA FINANCIERA

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*	\$29,160	\$39,440	\$49,720	\$60,000	\$70,280	\$80,560	\$90,840	\$101,120	\$10,280

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:

% Basado en el nivel Federal de Pobreza, en o por debajo de:		<200%	201%-300%	300%+
% de descuento para pacientes ambulatorios		Gratis	90%	81%
% de descuento para pacientes internados		Gratis	80% of DRG	60 % of DRG
Tamaño de la familia	Nivel Federal de Pobreza	Ingresos Hasta		Ingresos Sobre
1	\$14,580.00	\$29,160	\$43,740	\$43,740
2	\$19,720.00	\$39,440	\$59,160	\$59,160
3	\$24,860.00	\$49,720	\$74,580	\$74,580
4	\$30,000.00	\$60,000	\$90,000	\$90,000
5	\$35,140.00	\$70,280	\$105,420	\$105,420
6	\$40,280.00	\$80,560	\$120,840	\$120,840
7	\$45,420.00	\$90,840	\$136,260	\$136,260
8	\$50,560.00	\$101,120	\$151,680	\$151,680
9	\$55,700.00	\$111,400	\$167,100	\$167,100
10	\$60,840.00	\$121,680	\$182,520	\$182,520
Mais \$ X para cada miembro da familia adicional	\$5,140	\$10,280		

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.

A partir de Enero, 2023

CRITERIOS PARA LA AYUDA FINANCIERA

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*	\$29,160	\$39,440	\$49,720	\$60,000	\$70,280	\$80,560	\$90,840	\$101,120	\$10,280

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:

% Basado en el nivel Federal de Pobreza, en o por debajo de:		<200%	201%-300%	300%+
% de descuento para pacientes ambulatorios		Gratis	90%	63%
Tamaño de la familia	Nivel Federal de Pobreza	Ingresos Hasta		Ingresos Sobre
1	\$14,580.00	\$29,160	\$43,740	\$43,740
2	\$19,720.00	\$39,440	\$59,160	\$59,160
3	\$24,860.00	\$49,720	\$74,580	\$74,580
4	\$30,000.00	\$60,000	\$90,000	\$90,000
5	\$35,140.00	\$70,280	\$105,420	\$105,420
6	\$40,280.00	\$80,560	\$120,840	\$120,840
7	\$45,420.00	\$90,840	\$136,260	\$136,260
8	\$50,560.00	\$101,120	\$151,680	\$151,680
9	\$55,700.00	\$111,400	\$167,100	\$167,100
10	\$60,840.00	\$121,680	\$182,520	\$182,520
Mais \$ X para cada miembro da familia adicional		\$5,140	\$10,280	

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 de Enero, 2023

CRITERIOS PARA LA AYUDA FINANCIERA

Lifespan Physician Group se enorgullece de su compromiso de proporcionar asistencia de calidad a todos los que la necesitan. Lifespan Physician Group proporciona ayuda financiera a los pacientes sin seguro médico y que no pueden pagar por su atención hospitalaria. Lifespan Physician Group 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*	\$26,160	\$39,440	\$49,720	\$60,000	\$70,280	\$80,560	\$90,840	\$101,120	\$10,280

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:

% Basado en el nivel Federal de Pobreza, en o por debajo de:		<200%	201%-300%	300%+
% de descuento para pacientes ambulatorios		Gratis	90%	71%
Tamaño de la familia	Nivel Federal de Pobreza	Ingresos Hasta		Ingresos Sobre
1	\$14,580.00	\$29,160	\$43,740	\$43,740
2	\$19,720.00	\$39,440	\$59,160	\$59,160
3	\$24,860.00	\$49,720	\$74,580	\$74,580
4	\$30,000.00	\$60,000	\$90,000	\$90,000
5	\$35,140.00	\$70,280	\$105,420	\$105,420
6	\$40,280.00	\$80,560	\$120,840	\$120,840
7	\$45,420.00	\$90,840	\$136,260	\$136,260
8	\$50,560.00	\$101,120	\$151,680	\$151,680
9	\$55,700.00	\$111,400	\$167,100	\$167,100
10	\$60,840.00	\$121,680	\$182,520	\$182,520
Mais \$ X para cada miembro da família adicional	\$5,140	\$10,280		

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 or 793-2209 or 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 de Enero, 2023

CRITERIOS PARA LA AYUDA FINANCIERA

Lifespan Physician Group UC se enorgullece de su compromiso de proporcionar asistencia de calidad a todos los que la necesitan. Lifespan Physician Group UC proporciona ayuda financiera a los pacientes sin seguro médico y que no pueden pagar por su atención hospitalaria. Lifespan Physician Group UC 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*	\$29,160	\$39,440	\$49,720	\$60,000	\$70,280	\$90,840	\$90,840	\$101,120	\$10,280

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:

% Basado en el nivel Federal de Pobreza, en o por debajo de:		<200%	201%-300%	300%+
% de descuento para pacientes ambulatorios		Gratis	90%	50%
Tamaño de la familia	Nivel Federal de Pobreza	Ingresos Hasta		Ingresos Sobre
1	\$14,580.00	\$29,160	\$43,740	\$43,740
2	\$19,720.00	\$39,440	\$59,160	\$59,160
3	\$24,860.00	\$49,720	\$74,580	\$74,580
4	\$30,000.00	\$60,000	\$90,000	\$90,000
5	\$35,140.00	\$70,280	\$105,420	\$105,420
6	\$40,280.00	\$80,560	\$120,840	\$120,840
7	\$45,420.00	\$90,840	\$136,260	\$136,260
8	\$50,560.00	\$101,120	\$151,680	\$151,680
9	\$55,700.00	\$111,400	\$167,100	\$167,100
10	\$60,840.00	\$121,680	\$182,520	\$182,520
Mais \$ X para cada miembro da família adicional		\$5,140	\$10,280	

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 or 793-2209 or 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 de Enero, 2023

CRITERIOS PARA LA AYUDA FINANCIERA

Coastal Group se enorgullece de su compromiso de proporcionar asistencia de calidad a todos los que la necesitan. Coastal Group proporciona ayuda financiera a los pacientes sin seguro médico y que no pueden pagar por su atención hospitalaria. Coastal Group 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*	\$29,160	\$39,440	\$49,720	\$60,000	\$70,280	\$80,560	\$90,840	\$101,120	\$10,280

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:

% Basado en el nivel Federal de Pobreza, en o por debajo de:		<200%	201%-300%	300%+
% de descuento para pacientes ambulatorios		Gratis	90%	33%
Tamaño de la familia	Nivel Federal de Pobreza	Ingresos Hasta		Ingresos Sobre
1	\$14,580.00	\$29,160	\$43,740	\$43,740
2	\$19,720.00	\$39,440	\$59,160	\$59,160
3	\$24,860.00	\$49,720	\$74,580	\$74,580
4	\$30,000.00	\$60,000	\$90,000	\$90,000
5	\$35,140.00	\$70,280	\$105,420	\$105,420
6	\$40,280.00	\$80,560	\$120,840	\$120,840
7	\$45,420.00	\$90,840	\$136,260	\$136,260
8	\$50,560.00	\$101,120	\$151,680	\$151,680
9	\$55,700.00	\$111,400	\$167,100	\$167,100
10	\$60,840.00	\$121,680	\$182,520	\$182,520
Mais \$ X para cada miembro da família adicional	\$5,140	\$10,280		

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 or 793-2209 or 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.