Com efeito em Janeiro, 2025

CRITÉRIOS PARA AJUDA FINANCEIRA

O Hospital Rhode Island está orgulhoso do seu compromisso para providenciar cuidados de qualidade para todos os que precisam deles. O Hospital Rhode Island providencia ajuda financeira a pacientes sem seguro de saúde y que talvez não possam ser capazes de pagar pelo seu cuidado. O Hospital Rhode Island também oferece descontos a pacientes sem seguro de saúde que possam ter dificuldades em pagar a sua conta total do hospital. Este cuidado grátis e com desconto aplica-se APENAS aos serviços hospitalares essenciais.

CUIDADO TOTAL DE CARIDADE

Nós providenciamos cuidados hospitalares sem encargos para residentes de Rhode Island sem seguro com rendimentos inferiores a:

Tamanho da unidade familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	cada pessoa adicional:
Limites de rendimento anual*	$31,300	$42,300	$53,300	$64,300	$70,280	$86,300	$97,300	$108,300	$11,000

CUIDADO PARCIAL DE CARIDADE

Nós também providenciamos cuidados hospitalares com desconto aos residentes de Rhode Island sem seguro com rendimentos entre:

% Com base no Nível de Pobreza Federal, igual ou inferior a:		<200%	201%-300%	301%+
% de desconto ambulatorial		Grátis	90%	78%
% de desconto para pacientes internados		Grátis	80% of DRG	DRG
Tamanho da Familia	**Nível de Pobreza Federal**	**Renda Até**		**Renda Acima**
1	$15,650.00	$31,300	$46,950	$46,950
2	$21,150.00	$42,300	$63,450	$63,450
3	$26,650.00	$53,300	$79,950	$79,950
4	$32,150.00	$64,300	$96,450	$96,450
5	$37,650.00	$75,300	$112,950	$112,950
6	$43,150.00	$86,300	$129,450	$129,450
7	$48,650.00	$97,300	$145,950	$145,950
8	$54,150.00	$108,300	$162,450	$162,450
9	$59,650.00	$119,300	$178,950	$178,950
10	$65,150.00	$130,300	$195,450	$195,450
Mais $ X para cada membro da família adicional	$5,500	$11,000		

Para saber se você qualifica para ajuda financeira, por favor contacte um defensor financeiro do paciente pelo número 444-7850.
Se lhe for negada ajuda financeira, você pode recorrer da decisão. Você pode também requerer o processo do apelo através da pessoa do contacto indicada acima.

Com efeito em Janeiro, 2025

CRITÉRIOS PARA AJUDA FINANCEIRA

O Hospital Miriam está orgulhoso do seu compromisso para providenciar cuidados de qualidade para todos os que precisam deles. O Hospital Miriam providencia ajuda financeira a pacientes sem seguro de saúde y que talvez não possam ser capazes de pagar pelo seu cuidado. O Hospital Miriam também oferece descontos a pacientes sem seguro de saúde que possam ter dificuldades em pagar a sua conta total do hospital. Este cuidado grátis e com desconto aplica-se APENAS aos serviços hospitalares essenciais.

CUIDADO TOTAL DE CARIDADE

Nós providenciamos cuidados hospitalares sem encargos para residentes de Rhode Island sem seguro com rendimentos inferiores a:

Tamanho da unidade familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	cada pessoa adicional:
Limites de rendimento anual*	$31,300	$42,300	$53,300	$64,300	$75,300	$86,300	$97,300	$108,300	$11,000

CUIDADO PARCIAL DE CARIDADE

Nós também providenciamos cuidados hospitalares com desconto aos residentes de Rhode Island sem seguro com rendimentos entre:

% Com base no Nível de Pobreza Federal, igual ou inferior a:		<200%	201%-300%	300%+
% de desconto ambulatorial		Grátis	90%	81%
% de desconto para pacientes internados		Grátis	80% of DRG	DRG
Tamanho da Familia	**Nível de Pobreza Federal**	**Renda Até**		**Renda Acima**
1	$15,650.00	$31,300	$46,950	$46,950
2	$21,150.00	$42,300	$63,450	$63,450
3	$26,650.00	$53,300	$79,950	$79,950
4	$32,150.00	$64,300	$96,450	$96,450
5	$37,650.00	$75,300	$112,950	$112,950
6	$43,150.00	$86,300	$129,450	$129,450
7	$48,650.00	$97,300	$145,950	$145,950
8	$54,150.00	$108,300	$162,450	$162,450
9	$59,650.00	$119,300	$178,950	$178,950
10	$65,150.00	$130,300	$195,450	$195,450
Mais $ X para cada membro da família adicional	$5,500	$11,000		

Para saber se você qualifica para ajuda financeira, por favor contacte um defensor financeiro do paciente pelo número 401-793-2206. Se lhe for negada ajuda financeira, você pode recorrer da decisão. Você pode também requerer o processo do apelo através da pessoa do contacto indicada acima.

Com efeito em Janeiro, 2025

CRITÉRIOS PARA AJUDA FINANCEIRA

O Hospital Newport está orgulhoso do seu compromisso para providenciar cuidados de qualidade para todos os que precisam deles. O Hospital Newport providencia ajuda financeira a pacientes sem seguro de saúde y que talvez não possam ser capazes de pagar pelo seu cuidado. O Hospital Newport também oferece descontos a pacientes sem seguro de saúde que possam ter dificuldades em pagar a sua conta total do hospital. Este cuidado grátis e com desconto aplica-se APENAS aos serviços hospitalares essenciais.

CUIDADO TOTAL DE CARIDADE

Nós providenciamos cuidados hospitalares sem encargos para residentes de Rhode Island sem seguro com rendimentos inferiores a:

Tamanho da unidade familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	cada pessoa adicional:
Limites de rendimento anual*	$31,300	$42,300	$53,300	$64,300	$75,300	$86,300	$97,300	$108,300	$11,000

CUIDADO PARCIAL DE CARIDADE

Nós também providenciamos cuidados hospitalares com desconto aos residentes de Rhode Island sem seguro com rendimentos entre:

% Com base no Nível de Pobreza Federal, igual ou inferior a:		<200%	201%-300%	301%+
% de desconto ambulatorial		Grátis	90%	82%
% de desconto para pacientes internados		Grátis	80% of DRG	DRG
Tamanho da Familia	**Nível de Pobreza Federal**	**Renda Até**		**Renda Acima**
1	$15,650.00	$31,300	$46,950	$46,950
2	$21,150.00	$42,300	$63,450	$63,450
3	$26,650.00	$53,300	$79,950	$79,950
4	$32,150.00	$64,300	$96,450	$96,450
5	$37,650.00	$75,300	$112,950	$112,950
6	$43,150.00	$86,300	$129,450	$129,450
7	$48,650.00	$97,300	$145,950	$145,950
8	$54,150.00	$108,300	$162,450	$162,450
9	$59,650.00	$119,300	$178,950	$178,950
10	$65,150.00	$130,300	$195,450	$195,450
Mais $ X para cada membro da família adicional	$5,500	$11,000		

Para saber se você qualifica para ajuda financeira, por favor contacte um defensor financeiro do paciente pelo número 401-864-6400. Se lhe for negada ajuda financeira, você pode recorrer da decisão. Você pode também requerer o processo do apelo através da pessoa do contacto indicada acima.

Com efeito January 2025

CRITÉRIOS PARA AJUDA FINANCEIRA

O Hospital Bradley está orgulhoso do seu compromisso para providenciar cuidados de qualidade para todos os que precisam deles. O Hospital Bradley providencia ajuda financeira a pacientes sem seguro de saúde y que talvez não possam ser capazes de pagar pelo seu cuidado. O Hospital Bradley também oferece descontos a pacientes sem seguro de saúde que possam ter dificuldades em pagar a sua conta total do hospital. Este cuidado grátis e com desconto aplica-se APENAS aos serviços hospitalares essenciais.

CUIDADO TOTAL DE CARIDADE

Nós providenciamos cuidados hospitalares sem encargos para residentes de Rhode Island sem seguro com rendimentos inferiores a:

Tamanho da unidade familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	cada pessoa adicional:
Limites de rendimento anual*	$31,300	$42,300	$53,300	$64,300	$75,300	$86,300	$97,300	$108,300	$11,000

CUIDADO PARCIAL DE CARIDADE

Nós também providenciamos cuidados hospitalares com desconto aos residentes de Rhode Island sem seguro com rendimentos entre:

% Com base no Nível de Pobreza Federal, igual ou inferior a:		<200%	201%-300%	301%+
% de desconto ambulatorial		Grátis	90%	74%
% de desconto para pacientes internados		Grátis	90%	53%
Tamanho da Familia	**Nível de Pobreza Federal**	**Renda Até**		**Renda Acima**
1	$15,650.00	$31,300	$46,950	$46,950
2	$21,150.00	$42,300	$63,450	$63,450
3	$26,650.00	$53,300	$79,950	$79,950
4	$32,150.00	$64,300	$96,450	$96,450
5	$37,650.00	$75,300	$112,950	$112,950
6	$43,150.00	$86,300	$129,450	$129,450
7	$48,650.00	$97,300	$145,950	$145,950
8	$54,150.00	$108,300	$162,450	$162,450
9	$59,650.00	$119,300	$178,950	$178,950
10	$65,150.00	$130,300	$195,450	$195,450
Mais $ X para cada membro da família adicional	$5,500	$10,280		

Para saber se você qualifica para ajuda financeira, por favor contacte um defensor financeiro do paciente pelo número 444-7850. Se lhe for negada ajuda financeira, você pode recorrer da decisão. Você pode também requerer o processo do apelo através da pessoa do contacto indicada acima.

Com Efeito em Janeiro, 2025

CRITÉRIOS PARA AJUDA FINANCEIRA

O Gateway Healthcare, Inc. está orgulhoso do seu compromisso para providenciar cuidados de qualidade para todos os que precisam deles. O Gateway Healthcare Inc. providencia ajuda financeira a pacientes sem seguro de saúde y que talvez não possam ser capazes de pagar pelo seu cuidado. O Gateway Healthcare Inc. também oferece descontos a pacientes sem seguro de saúde que possam ter dificuldades em pagar a sua conta total do hospital. Este cuidado grátis e com desconto aplica-se APENAS aos serviços hospitalares essenciais.

CUIDADO TOTAL DE CARIDADE

Nós providenciamos cuidados hospitalares sem encargos para residentes de Rhode Island sem seguro com rendimentos inferiores a:

Tamanho da unidade familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	cada pessoa adicional:
Limites de rendimento anual*	$31,300	$42,300	$53,300	$64,300	$75,300	$86,300	$97,300	$108,300	$11,000

CUIDADO PARCIAL DE CARIDADE

Nós também providenciamos cuidados hospitalares com desconto aos residentes de Rhode Island sem seguro com rendimentos entre:

% Com base no Nível de Pobreza Federal, igual ou inferior a:		<200%	201%-300%	301%+
% de desconto ambulatorial		Grátis	90%	33%
Tamanho da Familia	**Nível de Pobreza Federal**	**Renda Até**		**Renda Acima**
1	$15,650.00	$31,300	$46,950	$46,950
2	$21,150.00	$42,300	$63,450	$63,450
3	$26,650.00	$53,300	$79,950	$79,950
4	$32,150.00	$64,300	$96,450	$96,450
5	$37,650.00	$75,300	$112,950	$112,950
6	$43,150.00	$86,300	$129,450	$129,450
7	$48,650.00	$97,300	$145,950	$145,950
8	$54,150.00	$108,300	$162,450	$162,450
9	$59,650.00	$119,300	$178,950	$178,950
10	$65,150.00	$130,300	$195,450	$195,450
Mais $ X para cada membro da família adicional	$5,500	$11,000		

Para saber se você qualifica para ajuda financeira, por favor contacte um Especialista em Benefícios **pelo número Pawtucket – 401-722-3560, Johnston – 401-273-8100, WashCo – 401-364-7705. Se lhe for negada ajuda financeira, você pode recorrer da decisão. Você pode também requerer o processo do apelo através da pessoa do contacto indicada acima.**

Com efeito em Janeiro, 2025

CRITÉRIOS PARA AJUDA FINANCEIRA

Brown Health Medical Group Primary Care está orgulhoso do seu compromisso para providenciar cuidados de qualidade para todos os que precisam deles. Brown Health Medical Group Primary Care providencia ajuda financeira a pacientes sem seguro de saúde y que talvez não possam ser capazes de pagar pelo seu cuidado. Brown Health Medical Group Primary Care, também oferece descontos a pacientes sem seguro de saúde que possam ter dificuldades em pagar a sua conta total do hospital. Este cuidado grátis e com desconto aplica-se APENAS aos serviços hospitalares essenciais.

CUIDADO TOTAL DE CARIDADE

Nós providenciamos cuidados hospitalares sem encargos para residentes de Rhode Island sem seguro com rendimentos inferiores a:

Tamanho da unidade familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	cada pessoa adicional:
Limites de rendimento anual*	$31,300	$42,300	$53,300	$64,300	$75,300	$86,300	$97,300	$108,300	$11,000

CUIDADO PARCIAL DE CARIDADE

Nós também providenciamos cuidados hospitalares com desconto aos residentes de Rhode Island sem seguro com rendimentos entre:

% Com base no Nível de Pobreza Federal, igual ou inferior a:		<200%	201%-300%	301%+
% de desconto ambulatorial		Grátis	90%	45%
Tamanho da Familia	**Nível de Pobreza Federal**	**Renda Até**		**Renda Acima**
1	$15,650.00	$31,300	$46,950	$46,950
2	$21,150.00	$42,300	$63,450	$63,450
3	$26,650.00	$53,300	$79,950	$79,950
4	$32,150.00	$64,300	$96,450	$96,450
5	$37,650.00	$75,300	$112,950	$112,950
6	$43,150.00	$86,300	$129,450	$129,450
7	$48,650.00	$97,300	$145,950	$145,950
8	$54,150.00	$108,300	$162,450	$162,450
9	$59,650.00	$119,300	$178,950	$178,950
10	$65,150.00	$130,300	$195,450	$195,450
Mais $ X para cada membro da família adicional	$5,500	$11,000		

Para saber se você qualifica para ajuda financeira, por favor contacte um defensor financeiro do paciente pelo número 444-7850 or 793-2209 or 864-6400. Se lhe for negada ajuda financeira, você pode recorrer da decisão. Você pode também requerer o processo do apelo através da pessoa do contacto indicada acima.

Com efeito em Janeiro, 2025

CRITÉRIOS PARA AJUDA FINANCEIRA

Brown Health Medical Group está orgulhoso do seu compromisso para providenciar cuidados de qualidade para todos os que precisam deles. Brown Health Medical Group providencia ajuda financeira a pacientes sem seguro de saúde y que talvez não possam ser capazes de pagar pelo seu cuidado. Brown Health Medical Group também oferece descontos a pacientes sem seguro de saúde que possam ter dificuldades em pagar a sua conta total do hospital. Este cuidado grátis e com desconto aplica-se APENAS aos serviços hospitalares essenciais.

CUIDADO TOTAL DE CARIDADE

Nós providenciamos cuidados hospitalares sem encargos para residentes de Rhode Island sem seguro com rendimentos inferiores a:

Tamanho da unidade familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	cada pessoa adicional:
Limites de rendimento anual*	$31,300	$42,300	$53,300	$64,300	$75,300	$86,300	$97,300	$108,300	$11,000

CUIDADO PARCIAL DE CARIDADE

Nós também providenciamos cuidados hospitalares com desconto aos residentes de Rhode Island sem seguro com rendimentos entre:

% Com base no Nível de Pobreza Federal, igual ou inferior a:		<200%	201%-300%	301%+
% de desconto ambulatorial		Grátis	90%	72%
Tamanho da Familia	**Nível de Pobreza Federal**	**Renda Até**		**Renda Acima**
1	$15,650.00	$31,300	$46,950	$46,950
2	$21,150.00	$42,300	$63,450	$63,450
3	$26,650.00	$53,300	$79,950	$79,950
4	$32,150.00	$64,300	$96,450	$96,450
5	$37,650.00	$75,300	$112,950	$112,950
6	$43,150.00	$86,300	$129,450	$129,450
7	$48,650.00	$97,300	$145,950	$145,950
8	$54,150.00	$108,300	$162,450	$162,450
9	$59,650.00	$119,300	$178,950	$178,950
10	$65,150.00	$130,300	$195,450	$195,450
Mais $ X para cada membro da família adicional	$5,500	$11,000		

Para saber se você qualifica para ajuda financeira, por favor contacte um defensor financeiro do paciente pelo número 444-7850 or 793-2209 or 864-6400. Se lhe for negada ajuda financeira, você pode recorrer da decisão. Você pode também requerer o processo do apelo através da pessoa do contacto indicada acima.

Com efeito em Janeiro, 2025

CRITÉRIOS PARA AJUDA FINANCEIRA

Brown University Health Urgent Care está orgulhoso do seu compromisso para providenciar cuidados de qualidade para todos os que precisam deles. Brown University Health Urgent Care providencia ajuda financeira a pacientes sem seguro de saúde y que talvez não possam ser capazes de pagar pelo seu cuidado. Brown University Health Urgent Care oferece descontos a pacientes sem seguro de saúde que possam ter dificuldades em pagar a sua conta total do hospital. Este cuidado grátis e com desconto aplica-se APENAS aos serviços hospitalares essenciais.

CUIDADO TOTAL DE CARIDADE

Nós providenciamos cuidados hospitalares sem encargos para residentes de Rhode Island sem seguro com rendimentos inferiores a:

Tamanho da unidade familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	cada pessoa adicional:
Limites de rendimento anual*	$31,300	$42,300	$53,300	$64,300	$75,300	$86,300	$97,300	$108,300	$11,000

CUIDADO PARCIAL DE CARIDADE

Nós também providenciamos cuidados hospitalares com desconto aos residentes de Rhode Island sem seguro com rendimentos entre:

% Com base no Nível de Pobreza Federal, igual ou inferior a:		<200%	201%-300%	301%+
% de desconto ambulatorial		Grátis	90%	50%
Tamanho da Familia	**Nível de Pobreza Federal**	**Renda Até**		**Renda Acima**
1	$15,650.00	$31,300	$46,950	$46,950
2	$21,150.00	$42,300	$63,450	$63,450
3	$26,650.00	$53,300	$79,950	$79,950
4	$32,150.00	$64,300	$96,450	$96,450
5	$37,650.00	$75,300	$112,950	$112,950
6	$43,150.00	$86,300	$129,450	$129,450
7	$48,650.00	$97,300	$145,950	$145,950
8	$54,150.00	$108,300	$162,450	$162,450
9	$59,650.00	$119,300	$178,950	$178,950
10	$65,150.00	$130,300	$195,450	$195,450
Mais $ X para cada membro da família adicional	$5,500	$11,000		

Para saber se você qualifica para ajuda financeira, por favor contacte um defensor financeiro do paciente pelo número 444-7850 or 793-2209 or 864-6400. Se lhe for negada ajuda financeira, você pode recorrer da decisão. Você pode também requerer o processo do apelo através da pessoa do contacto indicada acima.