

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

*Os candidatos com bens valendo MAIS do que \$9,400 por pessoa (ou \$14,100 por família) podem não qualificar para receber cuidados sem encargos, mas podem qualificar para cuidados com desconto.*

**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	60 % of DRG
Tamanho da Família	Nível de Pobreza Federal	Renda Até		Renda Acima
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 membro da família adicional		\$5,140	\$10,280	

*Os candidatos com bens valendo MAIS do que \$9,400 por pessoa (ou \$14,100 por família) podem não qualificar para cuidados com desconto mais alto, mas podem qualificar para um desconto menor.*

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.

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

*Os candidatos com bens valendo MAIS do que \$9,400 por pessoa (ou \$14,100 por família) podem não qualificar para receber cuidados sem encargos, mas podem qualificar para cuidados com desconto.*

**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%	80%
% de desconto para pacientes internados		Grátis	80% of DRG	60 % of DRG
Tamanho da Família	Nível de Pobreza Federal	Renda Até		Renda Acima
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 membro da família adicional		\$5,140	\$10,280	

*Os candidatos com bens valendo MAIS do que \$9,400 por pessoa (ou \$14,100 por família) podem não qualificar para cuidados com desconto mais alto, mas podem qualificar para um desconto menor.*

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.

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

*Os candidatos com bens valendo MAIS do que \$9,400 por pessoa (ou \$14,100 por família) podem não qualificar para receber cuidados sem encargos, mas podem qualificar para cuidados com desconto.*

**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%	63%
Tamanho da Família	Nível de Pobreza Federal	Renda Até		Renda Acima
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 membro da família adicional		\$5,140	\$10,280	

*Os candidatos com bens valendo MAIS do que \$9,400 por pessoa (ou \$14,100 por família) podem não qualificar para cuidados com desconto mais alto, mas podem qualificar para um desconto menor.*

**Para saber se você qualifica para ajuda financeira, por favor contacte um defensor financeiro do paciente pelo número 444-6529.**

**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.**

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

*Os candidatos com bens valendo MAIS do que \$9,400 por pessoa (ou \$14,100 por família) podem não qualificar para receber cuidados sem encargos, mas podem qualificar para cuidados com desconto.*

**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	60 % of DRG
Tamanho da Família	Nível de Pobreza Federal	Renda Até		Renda Acima
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 membro da família adicional		\$5,140	\$10,280	

*Os candidatos com bens valendo MAIS do que \$9,400 por pessoa (ou \$14,100 por família) podem não qualificar para cuidados com desconto mais alto, mas podem qualificar para um desconto menor.*

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, 2023

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

*Os candidatos com bens valendo MAIS do que \$9,400 por pessoa (ou \$14,100 por família) podem não qualificar para receber cuidados sem encargos, mas podem qualificar para cuidados com desconto.*

### 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%	63%
Tamanho da Família	Nível de Pobreza Federal	Renda Até		Renda Acima
	1	\$14,580.00	\$29,160	\$43,740
	2	\$19,720.00	\$39,440	\$59,160
	3	\$24,860.00	\$49,720	\$74,580
	4	\$30,000.00	\$60,000	\$90,000
	5	\$35,140.00	\$70,280	\$105,420
	6	\$40,280.00	\$80,560	\$120,840
	7	\$45,420.00	\$90,840	\$136,260
	8	\$50,560.00	\$101,120	\$151,680
	9	\$55,700.00	\$111,400	\$167,100
	10	\$60,840.00	\$121,680	\$182,520
Mais \$ X para cada membro da família adicional		\$5,140	\$10,280	

*Os candidatos com bens valendo MAIS do que \$9,400 por pessoa (ou \$14,100 por família) podem não qualificar para cuidados com desconto mais alto, mas podem qualificar para um desconto menor.*

**Para saber se você qualifica para ajuda financeira, por favor contacte um defensor financeiro do paciente pelo número 444-6529.**

**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, 2023

## CRITÉRIOS PARA AJUDA FINANCEIRA

Lifespan Physician Group está orgulhoso do seu compromisso para providenciar cuidados de qualidade para todos os que precisam deles. Lifespan Physician Group providencia ajuda financeira a pacientes sem seguro de saúde y que talvez não possam ser capazes de pagar pelo seu cuidado. Lifespan Physician 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*	\$29,160	\$39,440	\$49,720	\$60,000	\$70,280	\$80,560	\$90,840	\$101,120	\$10,280

*Os candidatos com bens valendo MAIS do que \$9,400 por pessoa (ou \$14,100 por família) podem não qualificar para receber cuidados sem encargos, mas podem qualificar para cuidados com desconto.*

### 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%	71%
Tamanho da Família	Nível de Pobreza Federal	Renda Até	Renda Acima	
	1	\$14,580.00	\$29,160	\$43,740
	2	\$19,720.00	\$39,440	\$59,160
	3	\$24,860.00	\$49,720	\$74,580
	4	\$30,000.00	\$60,000	\$90,000
	5	\$35,140.00	\$70,280	\$105,420
	6	\$40,280.00	\$80,560	\$120,840
	7	\$45,420.00	\$90,840	\$136,260
	8	\$50,560.00	\$101,120	\$151,680
	9	\$55,700.00	\$111,400	\$167,100
	10	\$60,840.00	\$121,680	\$182,520
Mais \$ X para cada membro da família adicional		\$5,140	\$10,280	

*Os candidatos com bens valendo MAIS do que \$9,400 por pessoa (ou \$14,100 por família) podem não qualificar para cuidados com desconto mais alto, mas podem qualificar para um desconto menor.*

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, 2023

## CRITÉRIOS PARA AJUDA FINANCEIRA

Lifespan Physician Group UC está orgulhoso do seu compromisso para providenciar cuidados de qualidade para todos os que precisam deles. Lifespan Physician Group UC providencia ajuda financeira a pacientes sem seguro de saúde y que talvez não possam ser capazes de pagar pelo seu cuidado. Lifespan Physician Group UC 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*	\$29,160	\$39,440	\$49,720	\$60,000	\$70,280	\$80,560	\$90,840	\$101,120	\$10,280

*Os candidatos com bens valendo MAIS do que \$9,400 por pessoa (ou \$14,100 por família) podem não qualificar para receber cuidados sem encargos, mas podem qualificar para cuidados com desconto.*

### 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%	50%
Tamanho da Família	Nível de Pobreza Federal	Renda Até		Renda Acima
	1	\$14,580.00	\$29,160	\$43,740
	2	\$19,720.00	\$39,440	\$59,160
	3	\$24,860.00	\$49,720	\$74,580
	4	\$30,000.00	\$60,000	\$90,000
	5	\$35,140.00	\$70,280	\$105,420
	6	\$40,280.00	\$80,560	\$120,840
	7	\$45,420.00	\$90,840	\$136,260
	8	\$50,560.00	\$101,120	\$151,680
	9	\$55,700.00	\$111,400	\$167,100
	10	\$60,840.00	\$121,680	\$182,520
Mais \$ X para cada membro da família adicional		\$5,140	\$10,280	

*Os candidatos com bens valendo MAIS do que \$9,400 por pessoa (ou \$14,100 por família) podem não qualificar para cuidados com desconto mais alto, mas podem qualificar para um desconto menor.*

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, 2023

## CRITÉRIOS PARA AJUDA FINANCEIRA

Coastal Group está orgulhoso do seu compromisso para providenciar cuidados de qualidade para todos os que precisam deles. Coastal Group providencia ajuda financeira a pacientes sem seguro de saúde y que talvez não possam ser capazes de pagar pelo seu cuidado. Coastal 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*	\$29,160	\$39,440	\$49,720	\$60,000	\$70,280	\$80,560	\$90,840	\$101,120	\$10,280

*Os candidatos com bens valendo MAIS do que \$9,400 por pessoa (ou \$14,100 por família) podem não qualificar para receber cuidados sem encargos, mas podem qualificar para cuidados com desconto.*

### 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%	33%
Tamanho da Família	Nível de Pobreza Federal	Renda Até		Renda Acima
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 membro da família adicional	\$5,140	\$10,280		

*Os candidatos com bens valendo MAIS do que \$9,400 por pessoa (ou \$14,100 por família) podem não qualificar para cuidados com desconto mais alto, mas podem qualificar para um desconto menor.*

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.