



## Programa de asistencia económica para pacientes de bajos ingresos sin seguro médico

### Preguntas más comunes

#### ¿Cómo determino si califico para recibir ayuda económica con mis facturas del hospital?

Sonoma Valley Hospital ofrece opciones de descuento para el pago de asistencia benéfica a nuestros pacientes de bajos ingresos sin seguro médico que satisfacen los requisitos de elegibilidad del programa, usando las Pautas Federales de Pobreza más recientes (FPG, según sus siglas en inglés).

Si sus ingresos familiares son menos del 200% de las Pautas Federales de Pobreza, usted podría calificar para recibir Asistencia benéfica (el hospital cancelará el 100% de su factura).

Si sus ingresos familiares están entre el 201% y el 350% de las Pautas Federales de Pobreza, podría calificar para la opción de pago descontado, dejándole un saldo nominal como su responsabilidad.

Si sus ingresos familiares son menos del 350% de las Pautas Federales de Pobreza y tiene costos médicos altos, (costos médicos anuales que equivalen al 10% de sus ingresos familiares), podría calificar para asistencia benéfica o para la opción de pago descontado.

La oficina de negocios empezará el proceso de la determinación de elegibilidad cuando haya recibido el formulario de solicitud completado junto con los documentos de verificación de sus ingresos familiares y la carta de negación/aprobación de Medi-Cal/CMSP. Si no entrega el formulario de solicitud completado y la documentación justificativa, se le podría negar la asistencia.

#### ¿Cómo solicito ayuda económica?

Primero necesita solicitar asistencia médica del condado con Medi-Cal/CMSP. Cuando se le niegue o apruebe, por favor provea la carta del condado que explica las razones, así como documentación de sus ingresos familiares, como sus declaraciones de impuestos más recientes.

Si no declara impuestos, por favor adjunte una carta que explique cómo se mantiene a sí mismo/a y a su familia. Complete el formulario de "Solicitud de asistencia económica" y devuelva todos los artículos enumerados anteriormente al Hospital:

**Sonoma Valley Hospital**  
**Attn: Lisa Stone Patient Accounting**  
**347 Andrieux Street Sonoma, Ca. 95476**  
**Fax: 707-935-5319**

#### ¿Cómo se me notificará de la determinación de mi solicitud?

Una vez completada la revisión de su solicitud, recibirá una llamada de nuestra oficina de negocios informándole de su nuevo saldo.

<b>Sonoma Valley Hospital</b>			
<b>Tabla de las Pautas Federales de Pobreza</b>			
<b>Tamaño de la familia</b>	<b>Si los ingresos son menores del 200% del FPG</b>	<b>Más del 201% menos del 350%</b>	<b>Más del 351% menos del 450%</b>
1	\$24,280.00	\$42,490.00	\$54,630.00
2	\$32,920.00	\$57,610.00	\$74,070.00
3	\$41,560.00	\$72,730.00	\$93,510.00
4	\$50,200.00	\$87,850.00	\$112,950.00
5	\$58,840.00	\$102,970.00	\$132,390.00
6	\$67,480.00	\$118,090.00	\$151,830.00
7	\$76,120.00	\$133,210.00	\$171,270.00
8	\$84,760.00	\$148,330.00	\$190,710.00
<b>Responsabilidad del paciente:</b>			
	Anula el 100% del saldo	Descuento del 75%	Descuento de 50%



## Solicitud de asistencia económica

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_  
 Esposo/a: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_  
 Número de cuenta(s) \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Tamaño de la familia:** \_\_\_\_\_ (inclúyase a usted mismo/a, cónyuge y todos los dependientes)  
 Enumere todos los dependientes que mantiene con sus ingresos

Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si necesita espacio adicional, por favor use el dorso de la página

**Empleo** (Si trabaja por su propia cuenta, nombre del negocio))

Empleador: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_

**Ingresos mensuales actuales**

Necesita proveer comprobación de ingresos (declaración de impuestos, talones de pago, etc.)

- 1) Salario bruto antes de las deducciones \_\_\_\_\_
- 2) Ingresos de su negocio (si trabaja por su propia cuenta) \_\_\_\_\_
- 3) Otros ingresos \_\_\_\_\_
- 4) Intereses y dividendos \_\_\_\_\_
- 5) Ingresos de seguro social \_\_\_\_\_
- 6) Otro \_\_\_\_\_

**Ingreso mensual bruto total**

\_\_\_\_\_

Al firmar este formulario doy mi consentimiento para que Sonoma Valley Hospital verifique mi empleo y mi historial de crédito con el fin de determinar mi elegibilidad para recibir asistencia económica. Entiendo que se me podría pedir proveer comprobación de la información que estoy dando.

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente o fiador      Fecha      Firma del esposo/a      Fecha