

## Programa de ayuda financiera para pacientes no asegurados y de bajos ingresos

### Preguntas frecuentes

#### ¿Cómo puedo determinar si califico para obtener ayuda económica que pueda usar para pagar las facturas del hospital?

El Hospital del Valle de Sonoma ofrece opciones de pago de descuento por atención benéfica a nuestros pacientes de bajos ingresos, no asegurados que reúnan los requisitos de elegibilidad del programa usando las más recientes Guías Federales de Pobreza.

Si sus ingresos familiares están por debajo del 200 % de las Guías Federales de Pobreza, usted pudiera tener derecho a recibir asistencia benéfica (el hospital le perdonará el 100% de sus gastos).

Si sus ingresos familiares están entre el 201% y el 350% de la Guía Federal de Ingresos de Pobreza, usted pudiera tener derecho a una opción de pago con descuento, quedando usted con la responsabilidad de un pago nominal.

Si sus ingresos familiares están por debajo del 350 % de la Guía Federal de Pobreza y usted tiene altos gastos médicos (gastos médicos anuales del 10% de sus ingresos familiares), usted pudiera calificar para recibir asistencia benéfica o para la opción de pago con descuento.

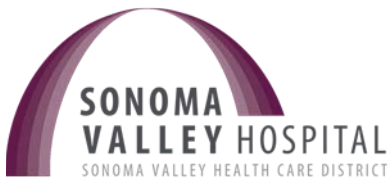
La oficina comercial comenzará el proceso de determinación de elegibilidad una vez recibido su formulario de solicitud ya completado junto con los documentos de verificación de ingresos familiares y la carta de denegación/aprobación de Medical/CMSP. El no presentar una solicitud completa así como la documentación de apoyo a los ingresos familiares, podría resultar en una denegación.

#### ¿Cómo solicito ayuda financiera?

Usted tendrá que primero solicitar la asistencia médica del Condado con Medi-Cal/CMSP. Ya sea que se le deniegue o apruebe, proporcione una carta del Condado que explique el motivo. También proporcione la documentación de los ingresos familiares como las más recientes declaraciones de impuestos. Si usted no reporta impuestos, por favor incluya una carta que explique cómo se mantiene usted y su familia. Complete la Solicitud de Ayuda Financiera y devuelva al hospital todos los artículos mencionados con anterioridad a la siguiente dirección.

<b>Sonoma Valley Hospital</b>			
<b>Guías Federales de Pobreza (FPG)</b>			
<b>Tamaño de la familia</b>	<b>Si los ingresos son menos del FPG</b>	<b>Por encima de 201% menos de 350%</b>	<b>Por encima de 351% menos de 450%</b>
1	\$27,180	\$47,565	\$61,155
2	\$36,620	\$64,085	\$82,395
3	\$46,060	\$80,605	\$103,635
4	\$55,500	\$97,125	\$124,875
5	\$64,940	\$113,645	\$146,115
6	\$74,380	\$130,165	\$167,355
7	\$83,820	\$146,685	\$188,595
8	\$93,260	\$163,205	\$209,835
<b>Responsabilidad del paciente:</b>			
Descuento 100% de Saldo		75% Descuento	50% Descuento

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



**¿Cómo se me notificará de mi determinación de solicitud?**

Una vez se complete la revisión de elegibilidad de su solicitud, usted recibirá una llamada telefónica de nuestro departamento de facturación el cual le informará de su nuevo saldo.



## Solicitud de Ayuda Financiera

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Cónyuge: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Número(s) de Cuenta(s) \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de miembros en la familia: \_\_\_\_\_ (inclúyase a usted, cónyuge y todos los dependientes)  
 Haga una lista de todas las personas a su cargo que usted mantiene en el reporte de impuestos.

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

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

Empleo (si es autónomo, incluya el nombre de la empresa)

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

Empleador de su cónyuge: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_

Ingresos mensuales actuales

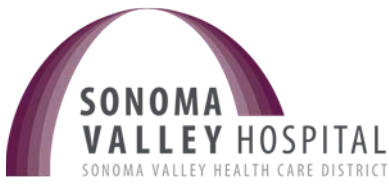
Debe suministrar prueba de ingresos (declaración de impuestos, talones de pagos, etc.).

- 1) Salarios en bruto y sueldo antes de deducciones \_\_\_\_\_
- 2) Ingresos de actividad empresarial (si es autónomo) \_\_\_\_\_
- 3) Otros ingresos \_\_\_\_\_
- 4) Intereses y dividendos \_\_\_\_\_
- 5) Ingresos de Seguro Social \_\_\_\_\_
- 6) Otros ingresos \_\_\_\_\_

Total de ingresos mensuales \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, estoy de acuerdo con permitir que Sonoma Valley Hospital compruebe el empleo e historia de crédito para la determinación de mi elegibilidad para recibir asistencia financiera. Entiendo que se me puede pedir que proporcione pruebas de la información que aquí proporciono.

\_\_\_\_\_  
 Firma de Paciente o Representante Legal      Fecha      Firma de cónyuge      Fecha



**Administrative Use Only  
Sonoma Valley Hospital  
Eligibility Determination Worksheet**

Patient Account Number \_\_\_\_\_

Date Application Received \_\_\_\_\_

The patient's gross family income is at or below 200% of the current federal poverty level:

Y\_\_\_\_ N\_\_\_\_

The patient's gross family income is over 201% and below 350% of the current federal poverty level:

Y\_\_\_\_ N\_\_\_\_

The patient's gross family income is over 351% and below 450% of the federal poverty level:

Y\_\_\_\_ N\_\_\_\_

- Decision:**
- 100% write-off Charity Care
  - 75% Charity Care Discount
  - 50% Charity Care Discount

Balance on Bill: \_\_\_\_\_

Charity Care Discount: \_\_\_\_\_

Patients responsibility \$ \_\_\_\_\_

The applicant's request for Financial Assistance has been denied for the following reasons:

The application is incomplete       Not enough supporting documentation received

Income cannot be verified       Over the income and poverty level

Other: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Approvals:**

Revenue Cycle Analyst  
or Financial Counselor: \_\_\_\_\_ up to \$5000,

Patient Accounting Manager  
or Director of Finance: \_\_\_\_\_ \$5,001-\$20,000

SVH Chief Financial Officer: \_\_\_\_\_ \$20,001-above