



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.

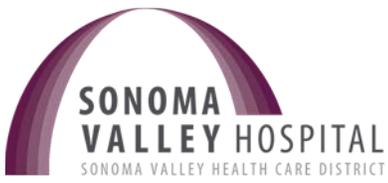
La oficina comercial comenzará el proceso de determinación de elegibilidad una vez recibido su formulario de solicitud ya completado junto con los documentos de verificación de ingresos familiares y la carta de denegación/aprobación de Medical/CMSP. El no presentar una solicitud completa así como la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

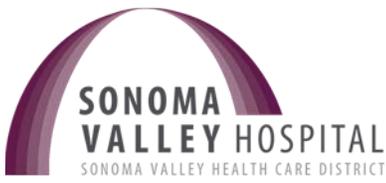
| Sonoma Valley Hospital Guías Federales de Pobreza (FPG) | | | |
|--|--|---|---|
| Tamaño de la familia | Si los ingresos son menos del FPG | Por encima de 201% menos de 350% | Por encima de 351% menos de 450% |
| 1 | \$27,180 | \$47,565 | \$61,155 |
| 2 | \$36,620 | \$64,085 | \$82,395 |
| 3 | \$46,060 | \$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 |
| Responsabilidad del paciente: | | | |
| 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