



**Programa de Ayuda Financiera Para Pacientes de Bajo Ingreso
No Asegurados
Preguntas Hechas con Frecuencia**

¿Cómo determino si tengo derecho a la ayuda financiera de mis cuentas de hospital?

El Hospital del Valle de Sonoma ofrece Ayuda de Caridad, Opciones de Pago de descuento a nuestros pacientes de bajos ingresos, no asegurados que reúnan los requisitos de elegibilidad del programa usando las más recientes Gías de Pobreza Federales

Si sus ingresos de familia son debajo del 200 % de los Ingresos de las Gías de Pobreza Federales, usted puede tener derecho a la ayuda de caridad (el hospital descontara 100 % de sus gastos).

Si sus ingresos de familia están entre el 201% y el 400% de la Guia de Ingresos de Pobreza Federal, usted puede tener derecho a la opción de pago con descuento, dejando un saldo mínimo como su responsabilidad.

Sonoma Valley Hospital Gías de Pobreza Federales			
Size of Family	If income is below 200% of FPG	Above 201% under 350%	Above 351% under 450%
1	\$30,120	\$52,710	\$67,770
2	\$40,880	\$71,540	\$91,980
3	\$51,640	\$90,370	\$116,190
4	\$62,400	\$109,200	\$140,400
5	\$73,160	\$128,030	\$164,610
6	\$83,920	\$146,860	\$188,820
7	\$94,680	\$165,690	\$213,030
8	\$105,440	\$184,520	\$237,240
Patient Liability:			
	Descuento 100% de balance	75% Descuento	50% Descuento

Si sus ingresos de familia son debajo del 400% de la Guia de Ingresos de Pobreza Federal y usted tiene altos gastos medico, (gastos médicos anuales del 10 % de sus ingresos de familia), usted puede tener derecho a ayuda de caridad o a descuento con la opción de pagos

Una vez recibido un formulario de inscripción completo junto con sus documentos de verificación de ingresos de familia y carta de negacion/aprobación de Medi-Cal/CMSF. La oficina del departamento de finanzas comenzará el proceso de determinación de elegibilidad, El no presentar una aplicación completada y documentación de ingresos de familia puede causar una negacion a la ayuda financiera.

¿Cómo solicito la ayuda financiera?

Usted tendrá que solicitar primero la asistencia médica del condado con Medi-Cal/CMSF. Cuando negado o aprobado por favor proporcione la carta del condado que explica por qué. También proporcione la documentación de ingresos de familia, como el más recientes reporte de declaraciones de impuestos. Si usted no reporta impuestos por favor incluya una carta que explica como usted provee sustento para usted y su familia. Complete la Aplicación de Ayuda Financiera y devuelva con todos los artículos enlistados arriba al hospital al siguiente dirección.

**Sonoma Valley Hospital
Attn: Lisa Stone Patient Accounting
347 Andrieux Street Sonoma, Ca. 95476
F. 707-935-5319 P. 707-935-5325**

¿Cómo será notificado de mi determinación de aplicación?

Una vez que la revisión de elegibilidad de su aplicación sea completada, usted recibirá una llamada telefónica de nuestro department de cuentas que le informara de su nuevo saldo.



Aplicación de Ayuda Financiera

Nombre Paciente _____ Numero de Seguro Social _____
 Cónyuge: _____ Numero de Seguro Social _____
 Dirección: _____
 Ciudad/Estado/Codigo Postal: _____
 Numero de Cuenta(s) _____ Telefono: _____

Numero de miembros de familia: _____ (incluyase a usted, cónyuge y todos los dependientes)
 Ponga a todos los dependientes en una lista que usted reporta en el reporte de impuestos.

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

Si el espacio adicional es necesario por favor use el reverso de la página.

Empleo (si empleado por si mismo incluya el nombre de negocio)

Empleador _____ Posición: _____

Empleador de Cónyuge: _____ Posición: _____

Ingresos Mensuales Corrientes

Debe suministrar la prueba de ingresos (declaración de impuestos, talons de cheques, etc.).

- 1) Salarios en bruto y sueldo antes de deducciones _____
- 2) Ingresos de negocio de operaciones (si empleado por si mismo) _____
- 3) Otros ingresos _____
- 4) Interéses y dividendos _____
- 5) Ingresos de Seguro Social _____
- 6) Otros ingresos _____

Total de Ingresos Mensuales _____

Firmando este documento, estoy de acuerdo con permitir al Hospital de Valle de Sonoma comprobar el empleo y la historia de crédito para la determinación de mi elegibilidad para la ayuda financiera. Entiendo que pueden solicitar que proporcione prueba de la información que estoy proporciono.

 Firma de Paciente o Representante Legal Fecha _____ Fecha