



索诺玛谷医院 – 经济援助申请表

(慈善护理与折扣付款 / 付款计划项目)

医疗账单支付援助

索诺玛谷医院为无力支付医疗必需住院服务费用的患者提供经济援助。无论移民身份如何，所有人均可申请援助。

请选择您申请的项目：

- 慈善护理（免费护理 – 100% 费用减免）
- 折扣付款 / 付款计划

注意：符合条件的患者可同时申请两个项目。每个项目均有独立的资格标准和所需文件

患者信息

患者姓名：_____

账户号码：_____

病历号 (MRN) : _____

担保人号码 (如适用) : _____

地址 : _____

城市 / 州 / 邮政编码: _____

电话号码: _____

家庭信息

家庭成员人数: _____

(包括您本人、配偶/同居伴侣及报税时申报的受抚养子女)

请列出您最近一次报税中申报的受抚养人：

姓名 | 年龄 | 关系

(如有需要, 请附加额外页面。)

就业信息

患者雇主 : _____

职位: _____

配偶 / 同居伴侣雇主: _____

职位: _____

家庭收入信息

请列出所有成年家庭成员目前的月总收入 :

1. 工资 / 薪金 : _____
2. 自雇 / 经营收入: _____
3. 社会保障 / 残疾 / 退休金 : _____
4. 其他收入 (请说明) : _____

家庭月总收入: _____

所需文件

慈善护理申请人 :

- 请为所有成年家庭成员提供以下文件之一:
 - 最近的工资单 (在首次账单日期前或后 6 个月内)
 - 最近一次联邦所得税申报表 (首次账单所属年度或之前 12 个月内)
 - 如未报税, 请提供签字说明家庭经济来源的声明

折扣付款申请人 :

- 请为所有成年家庭成员提供以下文件之一:
 - 最近的工资单 (在首次账单日期前或后 6 个月内)
 - 最近一次联邦所得税申报表 (首次账单所属年度或之前 12 个月内)

- 除非需要澄清信息冲突， 医院不会要求提供多份文件。

付款计划信息

(仅适用于折扣付款项目)

- 医院将根据家庭收入及基本生活支出与患者协商付款计划条款。
- 如无法达成协议， 将提供合理的付款计划， 每月付款金额不超过家庭月收入的 **10%** (不包括基本生活支出) 。

声明

本人确认所提供的信息完整且真实。我理解索诺玛谷医院可能会要求提供额外文件以确定资格。提交本申请并不保证获得批准。

患者或担保人签名: _____ 日期 : _____
配偶 / 同居伴侣签名: _____ 日期 : _____

提交方式

索诺玛谷医院 – 患者会计 / 经济援助部门
347 Andrieux Street
Sonoma, CA 95476

电话: 707-935-5325 | 传真: 707-935-5319