



بیمارستان سونوما ولی – درخواست کمک مالی

(□□□□□□ □□□□□□ / □□□□□□ □□ □□□□□□ □□□□□□ □□□□□□□□□□)

کمک برای پرداخت صورتحساب بیمارستان

بیمارستان سونوما ولی به بیمارانی که توانایی پرداخت هزینه خدمات پزشکی ضروری بیمارستانی را ندارند، کمک مالی ارائه می‌دهد. کمک مالی برای همه افراد، بدون توجه به وضعیت مهاجرت، در دسترس است.

لطفاً برنامه‌ای را که برای آن درخواست می‌کنید انتخاب نمایید:

☐ مراقبت خیریه (مراقبت رایگان – حذف ۱۰۰٪ هزینه‌ها)

☐ پرداخت با تخفیف / طرح پرداخت

توجه: بیماران در صورت واجد شرایط بودن می‌توانند برای هر دو برنامه درخواست دهند. هر برنامه شرایط احراز صلاحیت و مدارک جداگانه‌ای دارد.

اطلاعات بیمار

نام بیمار: _____

شماره/شماره‌های حساب: _____

(MRN): شماره پرونده پزشکی: _____

شماره ضامن (در صورت وجود): _____

نشانی: _____

شهر / ایالت / کد پستی: _____

شماره تلفن: _____

اطلاعات خانوار

تعداد اعضای خانوار: _____

(□□□□□□□□ □□□□ □□□ □□□□□□□□ □□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□)

لطفاً افراد تحت تکفل ذکر شده در آخرین اظهارنامه مالیاتی خود را فهرست کنید:

نام | سن | نسبت

_____|_____|_____|

_____|_____|_____|

اطلاعات اشتغال

کارفرمای همسر / شریک زندگی: _____
سمت شغلی: _____

اطلاعات درآمد خانوار

لطفاً درآمد ناخالص ماهانه فعلی تمام بزرگسالان خانوار را ذکر نمایید

1. حقوق / دستمزد _____
2. خوداشتغالی / درآمد کسب و کار _____
3. تأمین اجتماعی / از کار افتادگی / بازنشستگی _____
4. سایر درآمدها (مشخص نمایید) _____

جمع کل درآمد ماهانه خانوار:

مدارک مورد نیاز

متقاضیان مراقبت خیریه

- لطفاً یکی از مدارک زیر را برای تمام بزرگسالان خانوار ارائه دهید:
- فیش‌های حقوقی اخیر (در بازه ۶ ماه قبل یا بعد از تاریخ اولین صورتحساب)
 - آخرین اظهارنامه مالیاتی فدرال (سال صورتحساب اول یا حداکثر ۱۲ ماه قبل)
 - اظهارنامه امضاشده توضیح‌دهنده نحوه تأمین مالی خانوار (در صورت عدم ارائه اظهارنامه مالیاتی)

مقاضیان پرداخت با تخفیف

- **لطفاً یکی از مدارک زیر را برای تمام بزرگسالان خانوار ارائه دهید:**
 - فیش‌های حقوقی اخیر (در بازه ۶ ماه قبل یا بعد از تاریخ اولین صورتحساب)
 - آخرین اظهارنامه مالیاتی فدرال (سال صورتحساب اول یا حداکثر ۱۲ ماه قبل)
- بیمارستان بیش از یک مدرک درخواست نخواهد کرد مگر برای روشن‌سازی اطلاعات متناقض.

اطلاعات طرح پرداخت

(□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □)

- بیمارستان شرایط طرح پرداخت را بر اساس درآمد خانوار و هزینه‌های ضروری زندگی با بیمار مذاکره می‌کند.
- در صورت عدم توافق، یک طرح پرداخت منطقی ارائه خواهد شد که در آن پرداخت‌های ماهانه بیش از ۱۰٪ درآمد ماهانه خانوار نباشد (به جز هزینه‌های ضروری زندگی).

تأیید

اینجانب تأیید می‌کنم که اطلاعات ارائه‌شده کامل و صحیح است. درک می‌کنم که بیمارستان سونوما ولی ممکن است برای تعیین صلاحیت مدارک بیشتری درخواست کند. ارائه این درخواست تضمین‌کننده تأیید نیست.

امضای بیمار یا ضامن: _____ تاریخ _____
امضای همسر / شریک زندگی: _____ تاریخ _____

نحوه ارسال

بیمارستان سونوما ولی – حسابداری بیماران / کمک مالی
347 Andrieux Street
Sonoma, CA 95476

تلفن: 5325-935-707 | فکس: 5319-935-707