



## Sonoma Valley Hospital – Modulo di Richiesta di Assistenza Finanziaria

*(Programmi di Assistenza Benefica e Pagamento Scontato / Piani di Pagamento)*

### Aiuto per il Pagamento delle Fatture Ospedaliere

Il Sonoma Valley Hospital fornisce assistenza finanziaria ai pazienti che **non possono permettersi servizi ospedalieri necessari. L'assistenza è disponibile per TUTTI, indipendentemente dallo status di immigrazione.**

### Seleziona il programma per cui stai facendo richiesta:

- ☐ Assistenza Benefica (Charity Care – Cancellazione del 100%)
- ☐ Pagamento Scontato / Piano di Pagamento (Discount Payment / Payment Plan)

**Nota:** I pazienti che ne hanno diritto possono richiedere entrambi i programmi, ma ciascun programma ha requisiti di idoneità e documentazione separati.

### Informazioni sul Paziente

Nome del paziente: \_\_\_\_\_  
Numero del conto: \_\_\_\_\_  
Numero di cartella clinica (MRN): \_\_\_\_\_  
Numero del garante (se applicabile): \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_  
Città / Stato / CAP: \_\_\_\_\_  
Numero di telefono: \_\_\_\_\_

### Informazioni sulla Famiglia

Numero di membri del nucleo familiare: \_\_\_\_\_  
*(Includi te stesso, il coniuge/partner e figli a carico fiscalmente)*

Elenca i membri a carico indicati nell'ultima dichiarazione dei redditi:

Nome | Et  | Relazione

_____	_____	_____
_____	_____	_____

*(Allega pagine aggiuntive se necessario)*

## Informazioni sull'Occupazione

Datore di lavoro del paziente: \_\_\_\_\_

Posizione: \_\_\_\_\_

Datore di lavoro del coniuge/partner: \_\_\_\_\_

Posizione: \_\_\_\_\_

## Informazioni sul Reddito Familiare

Indica il **reddito mensile lordo corrente di tutti i membri adulti del nucleo familiare**:

1. Stipendio / salario: \_\_\_\_\_
2. Reddito da lavoro autonomo / attivit  commerciale: \_\_\_\_\_
3. Sicurezza sociale / invalidit  / pensione: \_\_\_\_\_
4. Altri redditi (specificare): \_\_\_\_\_

**Reddito mensile totale del nucleo familiare:** \_\_\_\_\_

## Documentazione Richiesta

### Per i richiedenti Assistenza Benefica:

- Fornire **uno dei seguenti documenti** per tutti i membri adulti del nucleo familiare:
  - o Buste paga recenti (entro 6 mesi prima o dopo la data della prima fattura)
  - o Ultima dichiarazione dei redditi federale (per l'anno della prima fattura o entro i 12 mesi precedenti)
  - o Dichiarazione firmata che spieghi come il nucleo familiare riceve supporto finanziario (se non vengono presentate tasse)

### Per i richiedenti Pagamento Scontato / Piano di Pagamento:

- Fornire **uno dei seguenti documenti** per tutti i membri adulti del nucleo familiare:
  - o Buste paga recenti (entro 6 mesi prima o dopo la data della prima fattura)
  - o Ultima dichiarazione dei redditi federale (per l'anno della prima fattura o entro i 12 mesi precedenti)
- L'ospedale non richieder  pi  documenti a meno che non sia necessario chiarire informazioni contrastanti.

## Informazioni sul Piano di Pagamento

*(Solo per Pagamento Scontato)*

- L'ospedale negozierà i termini del piano di pagamento basandosi sul reddito familiare e sulle spese essenziali.
- Se non si raggiunge un accordo, l'ospedale offrirà un piano di pagamento ragionevole in cui **le rate mensili non superano il 10% del reddito mensile familiare** (escludendo le spese essenziali).

## Certificazione

Dichiaro che le informazioni fornite sono complete e corrette. Comprendo che il Sonoma Valley Hospital può richiedere ulteriori documenti per determinare l'idoneità. La presentazione di questa domanda **non garantisce l'approvazione**.

Firma del paziente o del garante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Firma del coniuge/partner: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

## Invio della Domanda

**Sonoma Valley Hospital – Contabilità Pazienti / Assistenza Finanziaria**  
347 Andrieux Street  
Sonoma, CA 95476

Telefono: **707-935-5325** | Fax: **707-935-5319**