



## 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		Età		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 / attività commerciale: \_\_\_\_\_
3. Sicurezza sociale / invalidità / 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 richiederà più documenti a meno che non sia necessario chiarire informazioni contrastanti.

# **Informazioni sul Piano di Pagamento**

*(Solo per Pagamento Scontato)*

- L'ospedale negozierebbe 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**