



## Больница Sonoma Valley – Заявление на финансовую помощь

*(Программы Благотворительной помощи и Скидок / Планов оплаты)*

### Помощь в оплате счетов за госпитальные услуги

Больница Sonoma Valley предоставляет финансовую помощь пациентам, **которые не могут оплатить необходимые медицинские услуги. Помощь доступна для ВСЕХ, независимо от иммиграционного статуса.**

**Пожалуйста, выберите программу, на которую вы подаете заявку:**

- ☐ Благотворительная помощь (Charity Care – 100% списание)
- ☐ Скидка / План оплаты (Discount Payment / Payment Plan)

**Примечание:** Пациенты, имеющие право, могут подать заявку на обе программы, но каждая программа имеет отдельные требования к документам и критериям.

### Информация о пациенте

ФИО пациента: \_\_\_\_\_  
Номер счета: \_\_\_\_\_  
Номер медицинской карты (MRN): \_\_\_\_\_  
Номер гаранта (если есть): \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_  
Город / Штат / Почтовый индекс: \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_

### Информация о домохозяйстве

Количество членов домохозяйства: \_\_\_\_\_  
*(Включая себя, супруга/партнера и детей, находящихся на иждивении по налогам)*

Укажите иждивенцев, указанных в вашей последней налоговой декларации:

Имя | Возраст | Родство

_____	_____	_____
_____	_____	_____

*(Прикрепите дополнительные страницы при необходимости)*

## Информация о занятости

Работодатель пациента: \_\_\_\_\_

Должность: \_\_\_\_\_

Работодатель супруга/партнера: \_\_\_\_\_

Должность: \_\_\_\_\_

## Информация о доходах домохозяйства

Пожалуйста, укажите **текущий валовой ежемесячный доход всех взрослых членов домохозяйства:**

1. Зарплата / оклад: \_\_\_\_\_
2. Доход от бизнеса / самозанятости: \_\_\_\_\_
3. Социальное обеспечение / инвалидность / пенсия: \_\_\_\_\_
4. Другие доходы (уточните): \_\_\_\_\_

**Общий ежемесячный доход домохозяйства:** \_\_\_\_\_

## Требуемые документы

### Для заявителей на Благотворительную помощь:

- Предоставьте **один из следующих документов** для всех взрослых членов домохозяйства:
  - о Последние платежные ведомости (в течение 6 месяцев до или после даты первого счета)
  - о Последняя федеральная налоговая декларация (за календарный год первого счета или 12 месяцев до него)
  - о Подписанное заявление с объяснением, как домохозяйство получает финансовую поддержку (если декларация не подана)

### Для заявителей на Скидку / План оплаты:

- Предоставьте **один из следующих документов** для всех взрослых членов домохозяйства:
  - о Последние платежные ведомости (в течение 6 месяцев до или после даты первого счета)
  - о Последняя федеральная налоговая декларация (за календарный год первого счета или 12 месяцев до него)

- Больница не будет требовать нескольких документов, если это не необходимо для уточнения противоречивой информации.

## Информация о плане оплаты

*(Применяется только для Discount Payment)*

- Больница будет обсуждать условия плана оплаты на основе доходов домохозяйства и необходимых расходов.
- Если соглашение не достигнуто, больница предложит разумный план оплаты, при котором **ежемесячные платежи не превышают 10% ежемесячного дохода домохозяйства** (без учета необходимых расходов).

## Подтверждение

Я подтверждаю, что предоставленная информация является полной и точной. Я понимаю, что больница Sonoma Valley может запросить дополнительные документы для определения права на помощь. Подача этого заявления **не гарантирует одобрения**.

Подпись пациента или гаранта: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
Подпись супруга/партнера: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

## Куда отправлять

**Вольница Sonoma Valley – Бухгалтерия пациентов / Финансовая помощь**  
347 Andrieux Street  
Sonoma, CA 95476

Телефон: **707-935-5325** | Факс: **707-935-5319**