



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