



Sonoma Valley Hospital – Solicitud de Asistencia Financiera

(Programas de Caridad y Pago con Descuento / Plan de Pago)

AYUDA PARA PAGAR SU FACTURA DEL HOSPITAL

Sonoma Valley Hospital ofrece Asistencia Financiera a pacientes que no pueden pagar servicios hospitalarios médicaamente necesarios. **La asistencia está disponible para TODAS las personas, independientemente de su estatus migratorio.**

Por favor seleccione el programa para el cual está solicitando:

- Caridad (Atención Gratuita – 100% de condonación)**
- Pago con Descuento / Plan de Pago**

Nota: Los pacientes pueden solicitar ambos programas si son elegibles. Cada programa tiene requisitos de elegibilidad y documentación distintos.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

Número(s) de cuenta: _____

Número de expediente médico (MRN): _____

Número del garante (si aplica): _____

Dirección: _____

Ciudad / Estado / Código postal: _____

Número de teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL HOGAR

Tamaño del hogar: _____

(Incluya a usted, su cónyuge/pareja doméstica y a los hijos dependientes para impuestos)

Liste los dependientes reclamados en su declaración de impuestos más reciente:

Nombre | Edad | Relación
_____|_____|_____

(Adjunte páginas adicionales si es necesario.)

INFORMACIÓN DE EMPLEO

Empleador del paciente: _____
Puesto: _____

Empleador del cónyuge / pareja doméstica: _____
Puesto: _____

INFORMACIÓN DE INGRESOS DEL HOGAR

Por favor indique el ingreso bruto mensual actual de **todos los adultos del hogar**:

1. Sueldos / salarios: _____
2. Trabajo por cuenta propia / ingresos de negocio: _____
3. Seguro Social / discapacidad / jubilación: _____
4. Otros ingresos (especifique): _____

Ingreso mensual total del hogar: _____

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Solicitantes de Caridad:

- Proporcione **uno** de los siguientes documentos para todos los adultos del hogar:
 - o Talones de pago recientes (dentro de los 6 meses antes o después de la primera fecha de facturación)
 - o Declaración federal de impuestos más reciente (del año calendario de la primera factura o dentro de los 12 meses anteriores)
 - o Declaración firmada que explique cómo se mantiene financieramente el hogar (si no se presentan impuestos)

Solicitantes de Pago con Descuento:

- Proporcione **uno** de los siguientes documentos para todos los adultos del hogar:
 - o Talones de pago recientes (dentro de los 6 meses antes o después de la primera fecha de facturación)
 - o Declaración federal de impuestos más reciente (del año calendario de la primera factura o dentro de los 12 meses anteriores)
 - El hospital no requerirá múltiples documentos a menos que sea necesario para aclarar información conflictiva.
-

INFORMACIÓN DEL PLAN DE PAGO

(Solo Pago con Descuento)

- El hospital negociará los términos del plan de pago según los ingresos del hogar y los gastos esenciales de vida.
 - Si no se puede llegar a un acuerdo, se ofrecerá un plan de pago razonable en el cual los pagos mensuales **no excedan el 10% del ingreso mensual del hogar** (excluyendo gastos esenciales de vida).
-

CERTIFICACIÓN

Certifico que la información proporcionada es completa y correcta. Entiendo que Sonoma Valley Hospital puede solicitar documentación adicional para determinar la elegibilidad. Presentar esta solicitud no garantiza la aprobación.

Firma del paciente o garante: _____ Fecha: _____
Firma del cónyuge / pareja doméstica: _____ Fecha: _____

ENVÍO

Sonoma Valley Hospital – Contabilidad del Paciente / Asistencia Financiera

347 Andrieux Street
Sonoma, CA 95476

Teléfono: 707-935-5325 | Fax: 707-935-5319