



## 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 médicamente 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**