SONOMA VALLEY HOSPITAL
SONOMA VALLEY HEALTH CARE DISTRICT
HEALING HERE AT HOME

โรงพยาบาลโซโนมา วัลเลย์ – แบบฟอร์มขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

(โครงการดูแลผู้ป่วยฟรีและโครงการชำระเงิน/แผนการชำระเงินแบบลดหย่อน)

ความช่วยเหลือในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

โรงพยาบาลโซโนมา วัลเลย์
ให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นได้
ความช่วยเหลือเปิดให้ทุกคน ไม่จำกัดสถานะการเข้าเมือง

โปรดเลือกโครงการที่คุณสมัคร:

☐ **ดูแลผู้ป่วยฟรี (Charity Care – ยกเลิกค่าใช้จ่าย 100%)**
☐ **ชำระเงินแบบลดหย่อน / แผนการชำระเงิน (Discount Payment / Payment Plan)**

หมายเหตุ: ผู้ป่วยที่มีสิทธิ์สามารถสมัครทั้งสองโครงการได้
แต่แต่ละโครงการมีเกณฑ์และเอกสารที่ต้องใช้ต่างกัน

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย: ____
หมายเลขบัญชี: ____
หมายเลขประวัติการรักษา (MRN): ____________________________________
หมายเลขผู้ค้ำประกัน (ถ้ามี): _______________________________________
ที่อยู่: ____
เมือง / รัฐ / รหัสไปรษณีย์: ____
หมายเลขโทรศัพท์: ____

ข้อมูลครัวเรือน

จำนวนสมาชิกครัวเรือน: _____
(รวมตัวคุณ คู่สมรส/คู่ชีวิต และบุตรที่ขึ้นภาษีเป็นผู้ติดตาม)

กรุณาระบุผู้ติดตามตามแบบฟอร์มภาษีล่าสุดของคุณ:

ชื่อ | อายุ | ความสัมพันธ์
______ | ______ | ______
______ | ______ | ______

(สามารถแนบหน้ากระดาษเพิ่มเติมได้ถ้าจำเป็น)

ข้อมูลการทำงาน

นายจ้างของผู้ป่วย: ____
ตำแหน่ง: ____

นายจ้างของคู่สมรส/คู่ชีวิต: ____
ตำแหน่ง: ____

ข้อมูลรายได้ครัวเรือน

กรุณาระบุรายได้รวมต่อเดือนปัจจุบันของสมาชิกครัวเรือนผู้ใหญ่ทั้งหมด:

1. ค่าจ้าง / เงินเดือน: ____
2. รายได้จากการทำธุรกิจ / ประกอบอาชีพอิสระ: ____________________
3. ประกันสังคม / เงินทุพพลภาพ / เงินบำนาญ: ____________________
4. รายได้อื่นๆ (ระบุ): ____

รายได้รวมต่อเดือนของครัวเรือน: _______________________________

เอกสารที่ต้องใช้

สำหรับผู้สมัครดูแลผู้ป่วยฟรี (Charity Care):

• ต้องส่งเอกสาร **อย่างใดอย่างหนึ่ง** ของสมาชิกผู้ใหญ่ในครัวเรือนทั้งหมด:
o สลิปเงินเดือนล่าสุด (ภายใน 6 เดือนก่อนหรือหลังวันออกบิลครั้งแรก)
o แบบแสดงภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาล่าสุด (สำหรับปีปฏิทินของบิลแรกหรือ 12 เดือนก่อนหน้า)
o หนังสือรับรองลายมือชื่ออธิบายการสนับสนุนทางการเงินของครัวเรือน (กรณีไม่ได้ยื่นภาษี)

สำหรับผู้สมัครชำระเงินแบบลดหย่อน (Discount Payment):

• ต้องส่งเอกสาร **อย่างใดอย่างหนึ่ง** ของสมาชิกผู้ใหญ่ในครัวเรือนทั้งหมด:
o สลิปเงินเดือนล่าสุด (ภายใน 6 เดือนก่อนหรือหลังวันออกบิลครั้งแรก)
o แบบแสดงภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาล่าสุด (สำหรับปีปฏิทินของบิลแรกหรือ 12 เดือนก่อนหน้า)

• โรงพยาบาลจะไม่ขอเอกสารหลายชุดเว้นแต่จำเป็นต้องชี้แจงข้อมูลที่ขัดแย้งกัน

ข้อมูลแผนการชำระเงิน

(สำหรับ Discount Payment เท่านั้น)

• โรงพยาบาลจะเจรจาต่อรองเงื่อนไขการชำระเงินตามรายได้ครัวเรือนและค่าใช้จ่ายจำเป็น
• หากไม่สามารถตกลงได้ โรงพยาบาลจะเสนอแผนการชำระเงินที่สมเหตุสมผล โดยที่การชำระเงินรายเดือน **ไม่เกิน 10% ของรายได้ครัวเรือนต่อเดือน** (ไม่รวมค่าใช้จ่ายจำเป็น)

การรับรอง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ไว้ครบถ้วนและถูกต้อง ข้าพเจ้าเข้าใจว่าโรงพยาบาลโซโนมา วัลเลย์อาจขอเอกสารเพิ่มเติมเพื่อกำหนดสิทธิ์ การส่งแบบฟอร์มนี้ไม่ได้รับประกันการอนุมัติ

ลายมือชื่อผู้ป่วยหรือผู้ค้ำประกัน: ______________________________ วันที่: ___________
ลายมือชื่อคู่สมรส/คู่ชีวิต: ______________________________ วันที่: ___________

การส่งแบบฟอร์ม

โรงพยาบาลโซโนมา วัลเลย์ – ฝ่ายบัญชีผู้ป่วย / ฝ่ายช่วยเหลือทางการเงิน
347 Andrieux Street
Sonoma, CA 95476

โทรศัพท์: **707-935-5325** | แฟกซ์: **707-935-5319**