



Лікарня Sonoma Valley – Заявка на фінансову допомогу

(Програми благодійної допомоги та знижок / планів оплати)

Допомога у сплаті рахунків за госпіталь

Лікарня Sonoma Valley надає фінансову допомогу пацієнтам, які не можуть оплатити необхідні медичні послуги. Допомога доступна ВСІМ, незалежно від імміграційного статусу.

Будь ласка, оберіть програму, на яку ви подаєте заявку:

- ☐ Благодійна допомога (Charity Care – 100% списання витрат)
- ☐ Знижка / План оплати (Discount Payment / Payment Plan)

Примітка: Пацієнти, які мають право, можуть подати заявку на обидві програми, проте кожна програма має окремі вимоги до документів та критерії.

Інформація про пацієнта

ПІБ пацієнта: _____
Номер рахунку: _____
Номер медичної карти (MRN): _____
Номер гаранта (якщо є): _____
Адреса: _____
Місто / Штат / Поштовий індекс: _____
Телефон: _____

Інформація про домогосподарство

Кількість членів домогосподарства: _____
(Включно з вами, вашим партнером / подружжям та дітьми, які перебувають на вашому утриманні за податковими документами)

Перелічіть утриманців за вашою останньою податковою декларацією:

Ім'я | Вік | Стосунок

_____	_____	_____
_____	_____	_____

(Додайте додаткові сторінки, якщо потрібно)

Інформація про роботу

Роботодавець пацієнта: _____

Посада: _____

Роботодавець партнера / подружжя: _____

Посада: _____

Інформація про дохід домогосподарства

Будь ласка, вкажіть **поточний валовий місячний дохід усіх дорослих членів домогосподарства:**

1. Заробітна плата / оклад: _____
2. Доходи від бізнесу / самозайнятості: _____
3. Соціальне забезпечення / інвалідність / пенсія: _____
4. Інші доходи (уточніть): _____

Загальний місячний дохід домогосподарства: _____

Необхідні документи

Для заявників на благодійну допомогу:

- Надати **один із наступних документів** для всіх дорослих членів домогосподарства:
 - о Останні платіжні відомості (протягом 6 місяців до або після дати першого рахунку)
 - о Остання федеральна податкова декларація (за календарний рік першого рахунку або за попередні 12 місяців)
 - о Письмова заява з поясненням, як домогосподарство отримує фінансову підтримку (якщо декларація не подавалася)

Для заявників на знижку / план оплати:

- Надати **один із наступних документів** для всіх дорослих членів домогосподарства:
 - о Останні платіжні відомості (протягом 6 місяців до або після дати першого рахунку)
 - о Остання федеральна податкова декларація (за календарний рік першого рахунку або за попередні 12 місяців)

- Лікарня не вимагатиме кількох документів, якщо це не потрібно для уточнення суперечливої інформації.

Інформація про план оплати

(Застосовується лише для Discount Payment)

- Лікарня погоджує умови плану оплати на основі доходів домогосподарства та необхідних витрат.
- Якщо погодження не досягнуто, лікарня запропонує розумний план оплати, при якому **місячні платежі не перевищують 10% місячного доходу домогосподарства** (без врахування необхідних витрат).

Підтвердження

Я підтверджую, що надана інформація є повною та точною. Я розумію, що лікарня Sonoma Valley може запросити додаткові документи для визначення права на допомогу. Подання цієї заявки **не гарантує схвалення**.

Підпис пацієнта або гаранта: _____ Дата: _____
Підпис партнера / подружжя: _____ Дата: _____

Куди надсилати

Лікарня Sonoma Valley – Відділ бухгалтерії пацієнтів / Фінансова допомога
347 Andrieux Street
Sonoma, CA 95476

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