

Chinese:

低收入、保险不足或未投保患者的财务援助计划

免费护理或折扣护理

常见问题

我如何确定自己是否有资格获得医院账单的财务援助？

索诺玛谷医院为所有患者提供财务援助、免费护理或折扣护理。

您可以通过参考最新的联邦贫困标准来查看自己是否有资格获得财务援助。加利福尼亚州居住是获得财务援助的要求，医院的患者财务服务不会要求提供公民身份或合法居留证明，证明加利福尼亚州居住即可。

如果您的家庭收入低于联邦贫困收入标准的300%，您可能有资格获得财务援助（医院将免除您100%的余额）。

如果您的家庭收入在联邦贫困收入标准的301%到400%之间，您可能有资格获得折扣支付选项，您的责任余额将是名义上的。

如果您的家庭有高额医疗费用（年度医疗费用占家庭收入的10%），您可能有资格获得财务援助或折扣支付选项。

如果我有保险但收入较低，如何申请财务援助？

财务办公室将在收到您填写完整的申请表以及家庭收入证明文件后开始确定资格的过程。

如果未提交完整的申请和收入证明文件，可能会导致申请被拒绝。

如果我没有保险（自付费用），如何申请财务援助？

您需要先通过我们的财务顾问接受医院假定资格的筛查。一旦确定完成，将向您提供一封需要签字的信件。您需要提供家庭收入的证明文件，例如最新的税务申报表。如果您没有提交税务申报表，请附上一封解释您如何支持自己和家人的信件。填写“财务援助申请”表格并返回所有验证文件。

可接受的收入证明文件包括：

- 最新的（2个月）工资单复印件，申请人和共同申请人
- 当前年度W-2或1099收入报表复印件，申请人和共同申请人
- 当前年度的税务申报表复印件（申请人双方）
- 当前的社会保障津贴信和/或收入证明

请将填写完整的申请表和支持文件寄回索诺玛谷医院，

Attn: Lisa Stone, Patient Accounting, 347 Andrieux Street, Sonoma, Ca. 95476

传真：707-935-5319 电话：707-935-5325

我将如何被通知我的申请结果？

一旦您的申请资格审核完成，您将收到我们患者财务办公室的电话，告知您新的余额。

财务援助申请

患者姓名： _____ 社会安全号码（SSN）：

配偶姓名： _____ 社会安全号码（SSN）：

地址： _____

城市/州/邮政编码： _____

账户编号： _____ 电话号码： _____

病历号码（MRN）： _____ 担保人编号： _____

家庭人数： _____ (包括自己、配偶及受抚养子女)。

列出您在税务上支持的所有受抚养人（子女）。

姓名 年龄 关系

如果需要更多空间，请使用页面背面。

就业情况（如果是自雇，请提供业务名称）

雇主： _____ 职位： _____

配偶雇主： _____ 职位： _____

当前月收入

必须提供收入证明（税务申报表、工资单等）。

1. 税前总工资和薪水 _____
2. 自营业务收入（如果是自雇） _____

- 3. 其他收入 _____
- 4. 利息和股息 _____
- 5. 社会保障收入 _____
- 6. 其他 _____

当前月收入总额 _____

通过签署此表格，我同意允许索诺玛谷医院检查我的就业和信用历史，以确定我是否符合财务援助的资格。我理解可能会要求我提供我所提供信息的证明。

患者或担保人签名 日期 配偶签名 日期