

Italiano:

Programma di Assistenza Finanziaria per Pazienti a Basso Reddito, Sottosicurati o Non Assicurati

Cura Gratuita o Cura Scontata

Domande Frequenti

Come posso determinare se ho diritto all'assistenza finanziaria per le mie fatture ospedaliere?

L'Ospedale della Sonoma Valley offre assistenza finanziaria, cura gratuita o cura scontata a tutti i pazienti.

Puoi verificare se hai diritto all'assistenza finanziaria utilizzando le più recenti Linee Guida Federali sulla Povertà. La residenza in California è un requisito per l'assistenza finanziaria. Il Servizio Finanziario dei Pazienti non richiederà la prova di cittadinanza o di residenza legale, ma solo la prova di residenza in California.

Se il reddito della tua famiglia è inferiore al 300% delle Linee Guida Federali sulla Povertà, potresti qualificarti per l'assistenza finanziaria (l'ospedale annullerà il 100% del saldo).

Se il reddito della tua famiglia è tra il 301% e il 400% delle Linee Guida Federali sulla Povertà, potresti qualificarti per l'opzione di pagamento scontato, lasciando un saldo nominale come tua responsabilità.

Se la tua famiglia ha spese mediche elevate (spese mediche annuali pari al 10% del reddito familiare), potresti qualificarti per l'assistenza finanziaria o per l'opzione di pagamento scontato.

Come posso fare richiesta di assistenza finanziaria se sono assicurato, ma a basso reddito?

L'ufficio contabile inizierà il processo di determinazione dell'idoneità una volta che riceverà il modulo di domanda completo insieme ai documenti di verifica del reddito della tua famiglia. La mancata presentazione della domanda completa e dei documenti di verifica del reddito familiare può comportare un rifiuto.

Come posso fare richiesta di assistenza finanziaria se sono non assicurato (pagamento diretto)?

Prima dovrai essere sottoposto a screening per l'Idoneità Presunta Ospedaliera dal nostro Consulente Finanziario per Medi-Cal. Una volta completata la determinazione, ti verrà fornita una lettera da firmare. Dovrai fornire i documenti di reddito familiare, come le ultime dichiarazioni fiscali. Se non presenti dichiarazioni fiscali, allega una lettera che spiega come sostieni te stesso e la tua famiglia. Compila il modulo di "Domanda di Assistenza Finanziaria" e restituisci tutte le verifiche richieste.

Prove di reddito accettabili includono:

- Copia degli ultimi (2 mesi) cedolini paga per il richiedente e il co-richiedente
- Copia della dichiarazione dei redditi (W-2 o 1099) dell'anno in corso per il richiedente e il co-richiedente
- Copia della dichiarazione dei redditi firmata dell'anno in corso (per entrambi i richiedenti)
- Copia della lettera di assegnazione del Social Security e/o prova del reddito

Si prega di restituire la domanda completata e la documentazione di supporto all'Ospedale della Sonoma Valley,
Attn: Lisa Stone, Contabilità Pazienti, 347 Andrieux Street, Sonoma, CA 95476
Fax: 707-935-5319 Tel: 707-935-5325

Come sarò notificato del risultato della mia domanda?

Una volta completata la revisione dell'idoneità della tua domanda, riceverai una telefonata dal nostro ufficio contabile dei pazienti per informarti sul tuo nuovo saldo.

Domanda di Assistenza Finanziaria

Nome del Paziente: _____ SSN: _____
Nome del Coniuge: _____ SSN: _____
Indirizzo: _____
Città/Stato/CAP: _____
Numero di Account: _____ Telefono: _____
MRN #: _____ Numero del Garante: _____

Dimensione della Famiglia: _____ (inclusendo te stesso, il coniuge e i figli a carico).
Elenca tutti i dipendenti (figli) che sostieni nella dichiarazione dei redditi.

Nome Età Relazione

Se è necessario più spazio, si prega di utilizzare il retro della pagina.

Occupazione (se sei autonomo, fornisci il nome dell'attività)

Datore di lavoro: _____ Posizione: _____

Datore di lavoro del Coniuge: _____ Posizione: _____

Reddito Mensile Attuale

Devi fornire la prova del reddito (dichiarazione dei redditi, cedolini paga, ecc.).

1. Salario lordo prima delle deduzioni _____
2. Reddito derivante dall'attività (se autonomo) _____
3. Altri redditi _____
4. Interessi e dividendi _____
5. Reddito della Social Security _____
6. Altri _____

Reddito mensile totale _____

Firmando questo modulo, acconsento a consentire all'Ospedale della Sonoma Valley di verificare la mia storia lavorativa e il mio credito per determinare la mia idoneità per l'assistenza finanziaria. Capisco che potrei essere richiesto di fornire la prova delle informazioni che sto fornendo.

Firma del Paziente o del Garante Data Firma del Coniuge Data