

Russian:

Программа финансовой помощи для пациентов с низким доходом, без страховки или с недостаточной страховкой

Бесплатное или скидочное лечение

Часто задаваемые вопросы

Как узнать, имею ли я право на финансовую помощь для оплаты счетов в больнице?

Больница Сонома Вали предлагает финансовую помощь, бесплатное лечение или скидки на лечение для всех пациентов.

Вы можете проверить, имеете ли вы право на финансовую помощь, используя последние федеральные нормы бедности. Для получения финансовой помощи требуется наличие резидентства в Калифорнии. Финансовые службы больницы не требуют предоставления доказательств гражданства или законного проживания, чтобы подтвердить резидентство в Калифорнии.

Если доход вашей семьи ниже 300% от федеральных норм бедности, вы можете иметь право на финансовую помощь (больница спишет 100% вашего долга).

Если доход вашей семьи составляет от 301% до 400% от федеральных норм бедности, вы можете иметь право на скидку, и вам останется незначительная сумма для оплаты.

Если ваша семья несет большие медицинские расходы (ежегодные медицинские расходы составляют 10% или больше от дохода семьи), вы можете иметь право на финансовую помощь или скидку.

Как подать заявку на финансовую помощь, если у меня есть страховка, но я имею низкий доход?

Бизнес-офис начнет процесс определения права на помощь после получения заполненной заявки и документов, подтверждающих доход вашей семьи. Невозможность предоставить полностью заполненную заявку и подтверждающие документы о доходах семьи может привести к отказу.

Как подать заявку на финансовую помощь, если я не застрахован (оплата собственными средствами)?

Сначала вам нужно пройти проверку на предварительную квалификацию для Medi-Cal через нашего финансового консультанта. После завершения проверки вам будет предоставлено письмо для подписания. Вам необходимо предоставить документы, подтверждающие доход вашей семьи, такие как последние налоговые декларации. Если вы не подаете налоговую декларацию, пожалуйста, приложите письмо, объясняющее, как вы содержите себя и свою семью. Заполните форму «Заявка на финансовую помощь» и предоставьте все подтверждающие документы.

Приемлемые доказательства дохода включают: все необходимые налоговые формы

- Копия последних двух (2) месяцев платежных ведомостей для заявителя и совместного заявителя
- Копия текущего года форм W-2 или 1099 для заявителя и совместного заявителя

- Копия подписанных налоговых деклараций за текущий год (для обоих заявителей)
- Копия текущего письма о распределении социальных выплат и/или других доказательств дохода

Пожалуйста, отправьте заполненную заявку и все подтверждающие документы в больницу Сонома Вали по адресу:

Внимание: Лиза Стоун, бухгалтерия пациентов, 347 Andrieux Street, Sonoma, CA 95476
Факс: 707-935-5319 Телефон: 707-935-5325

Как я буду уведомлен о результате моей заявки?

После завершения проверки вашей заявки вы получите звонок от нашего бухгалтерского отдела, который сообщит вам о новом балансе.

Заявка на финансовую помощь

ФИО пациента: _____ SSN: _____

Супруг(а): _____ SSN: _____

Адрес: _____

Город/Штат/Почтовый индекс: _____

Номер счета: _____ Телефон: _____

Номер MRN: _____ Номер поручителя: _____

Размер семьи: _____ (включая себя, супруга(у) и детей на иждивении).

Перечислите всех зависимых (детей), которых вы поддерживаете по налоговым декларациям.

Имя	Возраст	Отношение
-----	---------	-----------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Если нужно больше места, используйте обратную сторону страницы.

Занятость (если вы самозанятый, укажите название бизнеса)

Работодатель: _____ Должность: _____

Работодатель супруга(и): _____ Должность:

Текущий ежемесячный доход

Необходимо предоставить подтверждение дохода (налоговую декларацию, платежные ведомости и т.д.).

1. Общая зарплата и оклады до вычета _____
2. Доход от ведения бизнеса (если вы самозанятый) _____
3. Прочие доходы _____
4. Проценты и дивиденды _____
5. Доходы от социального обеспечения _____
6. Прочее _____

Общий текущий ежемесячный доход _____

Подписывая эту форму, я даю согласие больнице Сонома Вали проверить мою трудовую и кредитную историю для определения моей правоспособности на финансовую помощь. Я понимаю, что мне могут запросить подтверждение предоставленной мной информации.

Подпись пациента или поручителя Дата Подпись супруга(и) Дата