



## **Programa de Asistencia Financiera para Pacientes de Bajos Ingresos, o No Asegurados** Cuidado Gratuito o con Descuento Preguntas Frecuentes

### **¿Cómo determino si califico para asistencia financiera para mis facturas del hospital?**

El Hospital Sonoma Valley ofrece asistencia financiera, atención gratuita o con descuento a todos los pacientes. Puede verificar si califica para asistencia financiera utilizando las pautas federales de pobreza más recientes. La residencia en California es un requisito para recibir asistencia financiera. Los Servicios Financieros del Paciente no solicitarán prueba de ciudadanía ni de residencia legal como demostración de la residencia en California.

Si el ingreso familiar está por debajo del 300% de las pautas federales de pobreza, es posible que califique para asistencia financiera (el hospital brindará el 100% de tu saldo). Si el ingreso familiar está entre el 301% y el 400% de las pautas federales de pobreza, puede calificar para la opción de pago con descuento, dejando un saldo nominal como su responsabilidad. Si su familia tiene altos costos médicos (costos médicos anuales que representan el 10% de los ingresos familiares), puede calificar tanto para la asistencia financiera como para la opción de pago con descuento.

### **¿Cómo puedo solicitar asistencia financiera si tengo seguro pero un ingreso bajo?**

La oficina de cobros comenzará el proceso de determinación de elegibilidad una vez que reciban una solicitud completa junto con los documentos de verificación de los ingresos de su familia. Si no presenta una solicitud completa y la documentación de ingresos familiares, podría ser rechazado.

### **¿Cómo puedo solicitar asistencia financiera si no tengo seguro (pago por cuenta propia)?**

Primero, tendrá que ser evaluado para determinar la elegibilidad presunta del hospital a través de nuestro consejero financiero para Medi-Cal. Cuando se complete la determinación, se le proporcionará una carta para firmar. Deberá proporcionar documentación de los ingresos familiares, como las declaraciones de impuestos más recientes. Si no presenta impuestos, adjunte una carta explicando cómo mantiene a tu familia. Complete el formulario de "Solicitud de Asistencia Financiera" y regrese con todas las verificaciones.

### **Prueba aceptable de ingresos incluye: TODOS los formularios de impuestos requeridos**

- Copia de las últimas dos (2) talones de pago para el solicitante y el co-solicitante.
- Copia de los formularios W-2 o 1099 del año en anterior para el solicitante y el co-solicitante.
- Copia de la declaración de impuestos firmada del año en curso (para ambos solicitantes).
- Copia de la carta de asignación de Seguridad Social actual y/o prueba de ingresos.

Por favor, regrese la solicitud completada y la documentación de apoyo a:  
Sonoma Valley Hospital, Atención: Lisa Stone, Contabilidad de Pacientes,  
347 Andrieux Street, Sonoma, CA 95476 Fax: 707-935-5319 Teléfono: 707-935-5325

### **¿Cómo me notificarán la determinación de mi solicitud?**

Una vez que se complete la revisión de elegibilidad de su solicitud, recibirá una llamada telefónica de nuestra oficina de finanzas al pacientes para informarte sobre su nuevo saldo.

## Solicitud de Asistencia Financiera

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
Cónyuge: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Cuenta: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Número MRN: \_\_\_\_\_ Número de Fiador: \_\_\_\_\_

Tamaño de la Familia: \_\_\_\_\_ (incluyendo a usted, cónyuge y dependientes hijos).  
Enumera todos los dependientes (niños) que apoyas en tus impuestos.

Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si necesitas más espacio, usa la parte posterior de la página.

**Empleo** (si eres autónomo, proporciona el nombre del negocio)

Empleador: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

### Ingreso Mensual Actual

Debes proporcionar prueba de ingresos (declaración de impuestos, talones de pago, etc.).

1. Salarios y sueldos brutos antes de deducciones \_\_\_\_\_
2. Ingreso por operación de negocio (si eres autónomo) \_\_\_\_\_
3. Otros ingresos \_\_\_\_\_
4. Intereses y dividendos \_\_\_\_\_
5. Ingreso de la Seguro Social \_\_\_\_\_ tal Sonoma Valley
6. Otros \_\_\_\_\_

**Total de ingresos mensuales actuales** \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, acepto permitir que el Hospital Sonoma Valley verifique mi historial laboral y crediticio con el fin de determinar mi elegibilidad para asistencia financiera. Entiendo que se me puede solicitar que proporcione prueba de la información que estoy proporcionando.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Fiador    Fecha                      Firma del Cónyuge    Fecha