

Thai:

**โปรแกรมช่วยเหลือทางการเงินสำหรับผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย, ไม่มีประกันหรือประกันไม่เพียงพอ**  
การรักษาฟรีหรือการรักษาที่มีส่วนลด  
คำถามที่พบบ่อย

**จะทราบได้อย่างไรว่าฉันมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือทางการเงินสำหรับค่าบิลโรงพยาบาลของฉันหรือไม่?**

โรงพยาบาลโซโนมาวัลเลย์มีโปรแกรมช่วยเหลือทางการเงิน, การรักษาฟรีหรือการรักษาที่มีส่วนลดสำหรับผู้ป่วยทุกคน

คุณสามารถตรวจสอบได้ว่าคุณมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือทางการเงินโดยใช้แนวทางความยากจนของรัฐบาลกลางล่าสุด การพำนักในรัฐแคลิฟอร์เนียเป็นข้อกำหนดสำหรับความช่วยเหลือทางการเงินและบริการการเงินของผู้ป่วยจะไม่ขอหลักฐานการเป็นพลเมืองหรือการพำนักอย่างถูกกฎหมายเพื่อแสดงการพำนักในแคลิฟอร์เนีย

หากรายได้ของครอบครัวคุณต่ำกว่า 300% ของแนวทางความยากจนของรัฐบาลกลาง, คุณอาจมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน (โรงพยาบาลจะยกเลิยอดเงินที่ค้างทั้งหมดของคุณ 100%) หากรายได้ของครอบครัวคุณอยู่ระหว่าง 301% ถึง 400% ของแนวทางความยากจนของรัฐบาลกลาง, คุณอาจมีสิทธิได้รับตัวเลือกการชำระเงินที่มีส่วนลด ซึ่งจะเหลี่ยยอดเงินที่ต้องรับผิดชอบน้อย หากครอบครัวของคุณมีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูง (ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ประจำปีเป็น 10% ของรายได้ครอบครัว), คุณอาจมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือทางการเงินหรือเลือกตัวเลือกการชำระเงินที่มีส่วนลด

**หากฉันมีประกันสุขภาพแต่มีรายได้น้อย**

**ฉันจะสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินได้อย่างไร?**

สำนักงานธุรกิจจะเริ่มกระบวนการพิจารณาความมีสิทธิเมื่อได้รับใบสมัครที่กรอกครบถ้วนพร้อมเอกสารยืนยันรายได้ของครอบครัวคุณ หากไม่ได้ส่งใบสมัครที่กรอกครบถ้วนและเอกสารยืนยันรายได้ของครอบครัว อาจจะทำให้การสมัครของคุณถูกปฏิเสธ

**หากฉันไม่มีประกัน (จ่ายเอง) ฉันจะสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินได้อย่างไร?**

คุณจะต้องได้รับการคัดกรองสำหรับการมีสิทธิเบื้องต้นในโครงการ Medi-Cal

จากที่ปรึกษาทางการเงินของเรา เมื่อกระบวนการพิจารณาเสร็จสมบูรณ์แล้ว

คุณจะได้รับจดหมายเพื่อขอลายเซ็นต์ คุณจะต้องส่งเอกสารยืนยันรายได้ของครอบครัว เช่น แบบฟอร์มภาษีล่าสุด หากคุณไม่ยื่นภาษี กรุณาแนบจดหมายที่อธิบายวิธีที่คุณเลี้ยงดูตัวเองและครอบครัว กรุณากรอกฟอร์ม "ใบสมัครขอความช่วยเหลือทางการเงิน" และส่งเอกสารยืนยันทั้งหมด

**เอกสารที่ยอมรับเป็นหลักฐานรายได้ ได้แก่**

- สำเนาใบสลิปเงินเดือน 2 เดือนล่าสุด สำหรับผู้สมัครและผู้สมัครร่วม
- สำเนาใบสลิปเงินเดือน W-2 หรือ 1099 ของปีปัจจุบัน สำหรับผู้สมัครและผู้สมัครร่วม

- สำเนาการยื่นแบบฟอร์มภาษีปีปัจจุบัน (สำหรับผู้สมัครทั้งสอง)
- สำเนาจดหมายการจัดสรรสวัสดิการสังคมในปัจจุบันและ/หรือหลักฐานรายได้

กรุณาส่งใบสมัครที่กรอกครบถ้วนและเอกสารประกอบทั้งหมดไปที่โรงพยาบาลไซโนมาวัลเลย์  
ถึง: ลิซ่า สโตน, แผนกบัญชีผู้ป่วย, 347 Andrieux Street, Sonoma, CA 95476  
แฟกซ์: 707-935-5319 โทรศัพท์: 707-935-5325

### ฉันจะได้รับการแจ้งผลการสมัครได้อย่างไร?

เมื่อการตรวจสอบสิทธิ์ของใบสมัครเสร็จสมบูรณ์

คุณจะได้รับโทรศัพท์จากแผนกบัญชีผู้ป่วยของเราเพื่อแจ้งยอดคงค้างใหม่ของคุณ

---

### ใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

ชื่อผู้ป่วย: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

คู่สมรส: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

ที่อยู่: \_\_\_\_\_

เมือง/รัฐ/รหัสไปรษณีย์: \_\_\_\_\_

หมายเลขบัญชี: \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์: \_\_\_\_\_

หมายเลข MRN: \_\_\_\_\_ หมายเลขผู้ค้าประกัน: \_\_\_\_\_

ขนาดครอบครัว: \_\_\_\_\_ (รวมตัวเอง, คู่สมรส และบุตรที่พึ่งพา)

กรุณาระบุบุตรทุกคน (บุตร) ที่คุณสนับสนุนในภาษี

ชื่อ อายุ ความสัมพันธ์

---

---

---

---

---

---

หากต้องการพื้นที่เพิ่มเติมกรุณาใช้ด้านหลังของหน้า

การจ้างงาน (หากเป็นเจ้าของธุรกิจกรณาระบุชื่อธุรกิจ)

นายจ้าง: \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง: \_\_\_\_\_

นายจ้างของคู่สมรส: \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง: \_\_\_\_\_

### รายได้รายเดือนปัจจุบัน

ต้องมีการยืนยันรายได้ (แบบฟอร์มภาษี, สลิปเงินเดือน, ฯลฯ)

1. เงินเดือนและค่าจ้างรวมก่อนหักภาษี \_\_\_\_\_
2. รายได้จากการทำงาน (หากเป็นเจ้าของธุรกิจ) \_\_\_\_\_
3. รายได้อื่นๆ \_\_\_\_\_
4. ดอกเบี้ยและเงินปันผล \_\_\_\_\_
5. รายได้จากประกันสังคม \_\_\_\_\_
6. อื่นๆ \_\_\_\_\_

### รายได้รายเดือนทั้งหมด \_\_\_\_\_

โดยการลงชื่อในฟอร์มนี้

ฉันยินยอมให้โรงพยาบาลโซโนมาวัลเลย์ตรวจสอบประวัติการทำงานและประวัติเครดิตของฉันเพื่อวัตถุประสงค์ในการพิจารณาความมีสิทธิในการขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

ฉันเข้าใจว่าฉันอาจถูกขอให้ส่งหลักฐานข้อมูลที่ฉันให้

---

ลายเซ็นผู้ป่วยหรือผู้ค้ำประกัน วันที่ ลายเซ็นคู่สมรส วันที่