

Ukrainian:

Програма фінансової допомоги для пацієнтів з низьким доходом, незастрахованих або недостатньо застрахованих

Безкоштовне або знижене лікування

Часто задавані питання

Як я можу дізнатися, чи маю я право на фінансову допомогу для оплати рахунків у лікарні?

Лікарня Сонома Велі пропонує фінансову допомогу, безкоштовне або знижене лікування для всіх пацієнтів.

Ви можете перевірити, чи маєте ви право на фінансову допомогу, скориставшись останніми федеральними стандартами бідності. Для отримання фінансової допомоги необхідно бути резидентом Каліфорнії. Фінансові служби пацієнтів не вимагають підтвердження громадянства чи законного проживання як доказ резидентства в Каліфорнії.

Якщо ваш дохід сім'ї нижчий за 300% від федеральних стандартів бідності, ви можете мати право на фінансову допомогу (лікарня списує 100% вашого боргу). Якщо ваш дохід сім'ї становить від 301% до 400% від федеральних стандартів бідності, ви можете мати право на опцію оплати зі знижкою, залишаючи незначну частину боргу на вашу відповідальність. Якщо ваша сім'я має великі медичні витрати (щорічні медичні витрати складають 10% або більше від доходу сім'ї), ви можете мати право на фінансову допомогу або опцію оплати зі знижкою.

Як подати заявку на фінансову допомогу, якщо я застрахований, але маю низький дохід?

Бізнес-офіс розпочне процес визначення права на допомогу після того, як отримає заповнену заяву разом з документами для підтвердження доходів вашої сім'ї. Неподання повністю заповненої заявки та документів, що підтверджують дохід сім'ї, може призвести до відмови.

Як подати заявку на фінансову допомогу, якщо я незастрахований (оплата власним коштом)?

Вам спершу необхідно пройти перевірку на попередню кваліфікацію в лікарні через нашого фінансового консультанта для Medi-Cal. Після завершення перевірки вам буде надано лист для підпису. Вам потрібно буде надати документи, що підтверджують дохід вашої сім'ї, такі як останні податкові декларації. Якщо ви не подаєте податкову декларацію, будь ласка, додайте лист, у якому пояснюється, як ви утримуєте себе та свою сім'ю. Заповніть форму «Заявка на фінансову допомогу» та надайте всі підтвердження.

Прийнятні докази доходу включають: усі необхідні податкові форми

- Копія останніх двох (2) місяців розписок про оплату праці для заявника та співзаявника
- Копія поточного року форм W-2 або 1099 для заявника та співзаявника
- Копія підписаної податкової декларації за поточний рік (для обох заявників)

- Копія поточного листа про розподіл соціального забезпечення та/або підтвердження доходу

Будь ласка, надішліть заповнену заявку та підтверджуючі документи до лікарні Сонома Велі за адресою:

Увага: Ліза Стоун, бухгалтерія пацієнтів, 347 Andrieux Street, Sonoma, CA 95476

Факс: 707-935-5319 Телефон: 707-935-5325

Як мене повідомлять про рішення по моїй заявці?

Після завершення перевірки вашої заявки, ви отримаєте дзвінок від нашого бухгалтерського відділу пацієнтів, який повідомить вас про новий баланс.

Заявка на фінансову допомогу

Ім'я пацієнта: _____ SSN: _____

Чоловік/дружина: _____ SSN: _____

Адреса: _____

Місто/Штат/Поштовий індекс: _____

Номер акаунта: _____ Телефон: _____

MRN номер: _____ Номер гаранта: _____

Кількість осіб у родині: _____ (включаючи себе, чоловіка/дружину та дітей).

Перелічіть усіх залежних (дітей), яких ви підтримуєте у податкових деклараціях.

Ім'я Вік Стосунки

Якщо вам потрібно більше місця, скористайтесь зворотною стороною сторінки.

Трудова діяльність (якщо ви є самозайнятим, вкажіть назву бізнесу)

Роботодавець: _____ Посада: _____

Роботодавець чоловіка/дружини: _____ Посада: _____

Поточний місячний дохід

Необхідно подати підтвердження доходу (податкова декларація, розписки про оплату праці тощо).

1. Загальна заробітна плата та оклади до вирахувань _____
2. Дохід від ведення бізнесу (якщо ви самозайнятий) _____
3. Інші доходи _____
4. Проценти та дивіденди _____
5. Доходи від соціального забезпечення _____
6. Інші _____

Загальний поточний місячний дохід _____

Підписуючи цю форму, я погоджуюсь на те, щоб лікарня Сонома Велі перевірила мою трудову та кредитну історію для визначення моєї кваліфікації на фінансову допомогу. Я розумію, що мене можуть попросити надати підтвердження наданої мною інформації.

Підпис пацієнта або гаранта Дата Підпис чоловіка/дружини Дата