

Pacijenti kojima je potrebna financijska pomoć

Organizacija Penn State Health (PSH) ponosna je na svoja nastojanja da svim svojim pacijentima i njihovim obiteljima pruži kvalitetnu uslugu. Ako Vam plaćanje medicinskih troškova predstavlja problem, PSH pruža financijsku pomoć pacijentima bez zdravstvenog osiguranja ili s nedovoljnim zdravstvenim osiguranjem koji ispunjavaju postavljene uvjete.

Pružamo financijsku pomoć na temelju prihoda, veličine obitelji i imovine za medicinski neophodne i hitne usluge. PSH neće neosiguranim pojedincima koji ispunjavaju uvjete prema programu financijske pomoći (Financial Assistance Program, FAP) i pojedincima koji ne ispunjavaju uvjete prema FAP-u naplatiti više od iznosa koji se inače naplaćuje (AGB) za hitnu ili drugu medicinski neophodnu skrb.

Kako podnijeti zahtjev:

Ispunite zahtjev za financijsku pomoć (na poledini ovog dopisa) i priložite dokumente navedene u nastavku (ako je primjenjivo):

- Zadnja podnesena savezna porezna prijava
- Zadnje četiri (4) platne liste
- Zadnja četiri (4) bankovna izvoda za tekući i štedni račun
- Rješenje o prihodu od socijalnog osiguranja
- Dodatni prihod
- Dohodak za nezaposlene
- Dohodak od mirovine
- Rješenje o nasljedstvu ili sudskom procesu (financijska pomoć neće se razmatrati do konačnog utvrđenja nasljedstva ili završetka parnice)
- Rješenje o medicinskoj pomoći (Medical Assistance) ili zdravstvenom osiguranju (Insurance Marketplace)
- Dokaz o državljanstvu ili statusu zakonitog trajnog boravka (zelena karta)
- Ako kućanstvo nema prihode, izjava osobe koja pomaže / osoba koje pomažu u troškovima života
- Sve druge informacije koje organizacija PSH zatraži kako bi pravilno razmotrila zahtjev za financijsku pomoć i utvrdila ispunjava li osoba uvjete za financijsku pomoć.

Posetite našu Internet stranicu na: <https://www.pennstatehealth.org/financial-assistance> za pristup našim Pravilima financijske pomoći i dodatnim aplikacijama za financijsku pomoć. Dokumenti su prevedeni na razne jezike i dostupni su na internetskoj stranici ili ih možete dobiti osobno. Sve osobe koje su poslale zahtjev bit će obaviještene putem telefonskog poziva ili pisanim putem o odluci po pitanju kvalificiranosti za financijsku pomoć.

Osoblje Financijskog savjetovanja možete kontaktirati telefonski, **od ponedjeljka do petka od 8 do 16:30 sati.**

S Vašim ćemo upitom postupati pažljivo i povjerljivo.

Penn State Health Milton S. Hershey Medical Center, Lancaster Medical Center i Community Medical Group	717-531-1740 ili 1-800-254-2619
Hampden Medical Center	717-981-1311 ili 1-800-254-2619
Holy Spirit Medical Center i Pennsylvania Psychiatric Institute	717-763-2885 ili 1-800-254-2619
St. Joseph Medical Center	610-378-2277 ili 1-800-254-2619
Life Lion LLC	717-763-2108



Hvala,
Penn State Health, Financijsko savjetovanje



Zahtjev za financijsku pomoć

LOKACIJE NA KOJIMA SE PRUŽAJU USLUGE:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hershey Medical Center | <input type="checkbox"/> Community Medical Group | <input type="checkbox"/> St. Joseph Medical Center |
| <input type="checkbox"/> Holy Spirit Hospital | <input type="checkbox"/> Penn State Health Life Lion, LLC | <input type="checkbox"/> Hampden Medical Center |
| <input type="checkbox"/> Lancaster Medical Center | <input type="checkbox"/> Pennsylvania Psychiatric Institute | |

PODACI O PACIJENTU:

Ime pacijenta: _____ Broj pacijenta: _____
Ime pacijenta: _____ Broj pacijenta: _____
Ime pacijenta: _____ Broj pacijenta: _____

PODACI O JAMCU: (Osoba odgovorna za plaćanje ovog računa)

Ime i prezime jamca: _____
Adresa- ulica: _____
Grad: _____ Država: _____ Poštanski broj: _____
Kućni telefonski broj jamca: _____ Broj mobilnog telefona: _____
Radno mjesto: _____ Poslovni telefonski broj jamca: _____
Broj socijalnog osiguranja: (zadnje četiri znamenke): _____
Broj članova kućanstva za koje ste financijski odgovorni (uključujući sebe): _____

Potvrđujem da sam u cijelosti pročitao/la zahtjev i da su informacije koje sam naveo/la prema mojem najboljem znanju i uvjerenju istinite, točne i cjelovite.

POTPIS (JAMAC)

DATUM

Kako bismo obradili Vaš zahtjev, morate nam uz ovaj obrazac dostaviti i sljedeće informacije.

- Zadnji predani porezni obrazac (IRS Tax Form 1040) [s priložima, npr.: C, D, E, F]
- Zadnje četiri (4) platne liste
- Zadnja četiri (4) bankovna izvoda (s podacima za tekući i štedni račun)
- Rješenje o prihodu od socijalnog osiguranja
- Dodatni prihod
- Dohodak za nezaposlene
- Dohodak od mirovine
- Rješenje o nasljedstvu ili sudskom procesu
- Rješenje o medicinskoj pomoći ili pravu na zdravstveno osiguranje u skladu sa Zakonom o dostupnoj skrbi (ACA)
- Dokaz o državljanstvu ili statusu zakonitog trajnog boravka (zelena karta)
- Ako kućanstvo nema prihode, izjava osobe koja pomaže/osoba koje pomažu u troškovima života
- Dokaz o svim ostalim prihodima ostvarenim u tekućoj godini

Ispunjeni zahtjev pošaljite na adresu:

**Penn State Health Financial Counseling
P. O. Box 853 CA-510
Hershey, PA 17033**