

Pacientes que necesitan ayuda económica

En Penn State Health (PSH) nos enorgullecemos de nuestra misión de prestar un excelente servicio a todos nuestros pacientes y a sus familias. Si le preocupa el pago de su factura de atención médica, en PSH damos ayuda económica a los pacientes elegibles que no tengan seguro o que tengan un seguro insuficiente.

Damos ayuda económica para servicios médicamente necesarios y de emergencia según los ingresos, el tamaño de la familia y los activos. En PSH no les cobraremos a las personas sin seguro que sean elegibles para el Programa de ayuda económica (FAP), ni a las que no sean elegibles, más que la cantidad generalmente facturada (AGB) por atención de emergencia u otros tipos de atención médicamente necesaria.

Cómo presentar la solicitud:

Complete una solicitud de ayuda económica (parte de atrás de esta carta) y adjunte la documentación de abajo (si corresponde):

- La declaración de impuestos federales que haya presentado más recientemente
- Los cuatro (4) recibos de sueldo más recientes
- Los cuatro (4) estados de cuentas de cheques y ahorros más recientes
- Determinación de ingresos del Seguro Social
- Ingresos de VA
- Ingresos por desempleo
- Ingresos por jubilación
- Confirmación de la distribución de liquidaciones de herencias o liquidación de asuntos civiles (la ayuda económica no se considerará hasta la liquidación final de herencias o litigios)
- Determinación de ayuda médica o del mercado de seguros médicos
- Comprobante de ciudadanía o de estado de residencia legal permanente (tarjeta verde)
- Si el grupo familiar no tiene ingresos, una carta de las personas que ayuden con los gastos diarios
- Toda información que PSH pida para evaluar adecuadamente la solicitud de ayuda económica y determinar si el paciente califica para recibirla

Visite nuestro sitio web, <https://www.pennstatehealth.org/financial-assistance>, para acceder a nuestra Política de ayuda económica y a otras solicitudes de ayuda económica. Los documentos están traducidos a varios idiomas y están disponibles en el sitio web o en persona. Se avisará a todos los solicitantes por teléfono o mediante una carta cuando se tome una determinación sobre su elegibilidad para recibir ayuda económica.

El personal de orientación económica está disponible por teléfono, de **lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.**

Sus preguntas se tratarán con gentileza y confidencialidad.

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

Gracias,
Penn State Health, Orientación económica



Solicitud de ayuda económica

CENTROS DE SERVICIOS:

- | | | |
|---|---|--|
| <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 | |

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: _____	Número de paciente: _____
Nombre del paciente: _____	Número de paciente: _____
Nombre del paciente: _____	Número de paciente: _____

INFORMACIÓN DEL GARANTE: *(Persona responsable de pagar esta factura)*

Nombre del garante: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de la casa del garante: _____ Número de teléfono celular: _____

Lugar de trabajo: _____ Teléfono del trabajo del garante: _____

Número de Seguro Social: *(Últimos cuatro dígitos)*: _____

Cantidad de dependientes de los que usted es responsable en términos económicos (incluido usted mismo): _____

Certifico que leí esta solicitud en su totalidad y que toda la información presentada en este formulario es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender.

FIRMA (GARANTE)

FECHA

Para que su solicitud se procese, se debe enviar la siguiente información con este formulario.

- Formularios más recientes de impuestos (1040) del IRS presentados y todos los anexos, p. ej.: C, D, E, F
- Los cuatro (4) recibos de sueldo más recientes
- Los cuatro (4) estados de cuenta bancaria más recientes (incluya información de cuentas de cheques y de ahorros)
- Determinación de ingresos del Seguro Social
- Ingresos de VA
- Ingresos por desempleo
- Ingresos por jubilación
- Confirmación de la distribución de liquidaciones de herencias o liquidación de asuntos civiles
- Aviso de determinación de ayuda médica o según la ACA
- Comprobante de ciudadanía o de estado de residencia legal permanente (tarjeta verde)
- Si el grupo familiar no tiene ingresos, una carta de las personas que ayuden con los gastos diarios
- Comprobante de todos los demás ingresos recibidos en el año en curso

Envíe la solicitud completada por correo a:

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