

재정 지원이 필요한 환자

Penn State Health(PSH)는 모든 환자와 가족에게 좋은 서비스를 제공한다는 사명에 자부심을 갖고 있습니다. PSH는 병원비 납부가 어려운 경우 무보험 및 부분 보험 가입자인 적격 환자에게 재정 지원을 하고 있습니다.

저희는 의료적으로 치료가 필요하고 응급 서비스를 받는 분들에게 소득, 가족 규모 및 자산을 기준으로 재정 지원을 제공합니다. PSH는 무보험 재정 지원 프로그램(Financial Assistance Program, FAP) 대상자 또는 FAP 자격이 없는 개인에게 응급 상태 또는 기타 의학적으로 필요한 치료에 대한 일반 청구 금액(Amounts generally billed, AGB)을 초과하는 금액은 청구하지 않습니다.

신청 방법

재정 지원 신청서(본 서신 뒷면)를 작성하고 아래의 서류(해당하는 경우)를 첨부합니다.

- 가장 최근에 신고한 연방 소득세 신고서(Federal Income Tax Return)
- 가장 최근의 네(4) 차례 급여명세서
- 가장 최근의 네(4) 차례 당좌 계좌 및 예금 계좌 거래 내역서
- 사회 보장 연금 산정서
- 재향군인(Veterans Affairs, VA) 소득
- 실업 소득
- 연금 소득
- 재산 배분 확인서 또는 채무 합의서(재산 또는 소송에 대해 최종 합의를 할 때까지는 재정 지원을 검토하지 않음)
- 의료 지원 또는 건강보험거래소 결정서
- 시민권 또는 합법적 영주권 자격(그린카드) 증빙
- 소득이 없는 가구의 경우, 생활비 지원자의 서신
- 재정 지원 자격을 결정하기 위해 재정 지원 신청서를 적절히 검토하려고 PSH가 요청하는 기타 정보.

재정 지원 정책 및 추가 재정 지원 신청서를 확인하려면 홈페이지 <https://www.pennstatehealth.org/financial-assistance>를 참조하세요. 각 문서는 다양한 언어로 번역되어 있으며, 웹사이트에서 확인 직접 방문하여 받아 보실 수 있습니다. 재정 지원 자격에 대한 결정이 내려지면 모든 신청자에게 전화 또는 서신으로 통지합니다.

재정 상담(Financial Counseling) 직원과는 오전 8 시~오후 4 시 30 분, 월~금요일에 전화로 상담할 수 있습니다. 질문에 대해 정중하게 답해 드리고 이를 기밀로 처리합니다.



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

감사합니다.

Penn State Health, Financial Counseling

재정 지원 신청서

서비스 제공 장소

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

환자 정보

환자 이름: _____ 환자 번호: _____

환자 이름: _____ 환자 번호: _____

환자 이름: _____ 환자 번호: _____

보증인 정보: (청구서 납부자)

보증인 이름: _____

거리 주소: _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

보증인 집 전화번호: _____ 휴대 전화번호: _____

고용처: _____ 보증인 업무 전화번호: _____

소셜 시큐리티 번호: (마지막 네 자리): _____

재정적으로 책임져야 하는 부양가족 수(본인 포함): _____

본인은 본 신청서를 모두 읽었으며 이 양식에 기재된 모든 정보가 본인의 능력, 지식 및 신념에 따라 진실하고 정확하며 완전함을 확인합니다.

서명(보증인)

날짜

신청서가 처리되려면 이 양식과 함께 다음 정보를 제출해야 합니다.

- 가장 최근 제출한 IRS 납세 신고서(1040) 및 모든 명세서(예: C, D, E, F)
- 가장 최근 급여 명세서 4 건
- 가장 최근의 네(4) 차례 은행 거래 내역서(당좌 계좌와 예금 계좌 정보 모두 포함)
- 사회 보장 연금 산정서
- VA 소득
- 실업 소득
- 연금 소득
- 재산 또는 책임 정산에 따른 분배 확인서



PennState Health

- 의료 지원 또는 건강보험개혁법(Affordable Care Act, ACA) 결정 통지서
- 시민권 또는 합법적 영주권 자격(그린카드) 증빙
- 소득이 없는 가구의 경우, 생활비를 보조하는 지원자의 서신
- 당해 연도에 받은 기타 모든 소득에 대한 증빙 자료

작성된 신청서를 다음 주소로 우편으로 보내주세요.

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