

## 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 osiguranja ili s nedovoljnim 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 poleđini ovog pisma) 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
- 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.

Posjetite našu internetsku stranicu: <https://www.pennstatehealth.org/financial-assistance> kako biste pristupili Pravilniku o financijskoj pomoći i drugim zahtjevima za financijsku pomoć. Dokumenti su prevedeni na razne jezike i dostupni su na internetskoj stranici ili osobno. Svi podnositelji zahtjeva bit će telefonski ili pisanim putem obaviješteni o odluci ispunjavaju li uvjete 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   | 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 Vam,  
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 |   |  |

### PODACI O PACIJENTU:

Ime i prezime pacijenta: \_\_\_\_\_ Broj pacijenta: \_\_\_\_\_  
Ime i prezime pacijenta: \_\_\_\_\_ Broj pacijenta: \_\_\_\_\_  
Ime i prezime pacijenta: \_\_\_\_\_ Broj pacijenta: \_\_\_\_\_

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

Ime i prezime jamca: \_\_\_\_\_  
Adresa: \_\_\_\_\_  
Grad: \_\_\_\_\_ Država: \_\_\_\_\_ Poštanski broj: \_\_\_\_\_  
Kućni broj jamca: \_\_\_\_\_ Broj mobitela: \_\_\_\_\_  
Radno mjesto: \_\_\_\_\_ Poslovni telefonski broj jamca: \_\_\_\_\_  
Broj socijalnog osiguranja: (posljednje 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
- 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, Affordable Care Act)
- 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 drugim prihodima ostvarenima u tekućoj godini (primjerice 401K, osobni mirovinski račun (IRA), brokerski računi itd.)

**Ispunjeni zahtjev pošaljite na:**

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