

Patients nécessitant une aide financière

Le Penn State Health (PSH) est fier de sa mission qui consiste à fournir un excellent service à tous nos patients et leurs familles. Si le paiement de vos factures médicales vous préoccupe, le PSH offre une aide financière aux patients admissibles non assurés et sous-assurés.

Nous offrons une aide financière fondée sur les revenus, la taille du foyer et les biens afin de permettre l'accès aux services nécessaires du point de vue médical et de première urgence. Le PSH ne facturera pas aux personnes non assurées, qu'elles soient admissibles ou non au programme d'aide financière (Financial Assistance Program, FAP), plus que les montants facturés généralement (Amounts Generally Billed, AGB) pour des soins d'urgence ou d'autres soins nécessaires d'un point de vue médical.

Comment déposer une demande ?

Remplissez une demande d'aide financière (au dos de cette lettre) et joignez les documents ci-dessous (le cas échéant) :

- Dernière déclaration de revenus fédérale
- Quatre (4) dernières fiches de paie
- Quatre (4) derniers relevés bancaires (compte courant et compte d'épargne)
- Calcul des indemnités de Sécurité sociale
- Indemnités de chômage
- Prestations de retraite
- Confirmation de distribution de règlements de successions ou de passifs (l'aide financière ne sera pas envisagée avant le règlement final de la succession ou des litiges)
- Calcul de l'assistance médicale ou de la Bourse des assurances maladie
- Preuve de citoyenneté ou titre de résidence légale permanente (carte verte)
- Si le foyer n'a pas de revenus, lettre de la ou des personnes qui contribuent aux dépenses de subsistance
- Toutes autres informations demandées par le PSH pour examiner de façon appropriée la demande d'aide financière afin de déterminer l'admissibilité du demandeur

Pour consulter notre politique d'aide financière et accéder à d'autres demandes d'aide financière, rendez-vous sur notre site internet : <https://www.pennstatehealth.org/financial-assistance>. Les documents sont traduits dans plusieurs langues et disponibles sur le site internet, ou en personne. Tous les demandeurs seront notifiés par téléphone ou par courrier de la décision prise concernant leur admissibilité à l'aide financière.

Vous pouvez joindre le personnel des services financiers aux patients par téléphone **du lundi au vendredi, de 8 h à 16 h 30**.

Vos questions seront traitées avec courtoisie et de façon confidentielle.

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

Merci

Penn State Health, services financiers aux patients



Demande d'aide financière

EMPLACEMENT DES SERVICES :

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

INFORMATIONS SUR LE PATIENT :

Nom du patient : _____ Numéro du patient : _____

Nom du patient : _____ Numéro du patient : _____

Nom du patient : _____ Numéro du patient : _____

INFORMATIONS SUR LE GARANT : *(personne responsable du paiement de cette facture)*

Nom du garant : _____

Adresse : _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Téléphone du domicile du garant : _____ Numéro de portable : _____

Lieu de travail : _____ Téléphone professionnel du garant : _____

Numéro de Sécurité sociale *(quatre derniers chiffres)* : _____

Nombre de personnes à charge pour qui vous êtes financièrement responsable (y compris vous-même) : _____

Je certifie avoir lu intégralement cette demande et qu'à ma connaissance, toutes les informations indiquées dans ce formulaire sont véridiques, correctes et complètes.

SIGNATURE (GARANT)

DATE

Pour que votre demande soit traitée, vous devez joindre les justificatifs suivants à ce formulaire.

- Derniers formulaires fiscaux IRS (1040) accompagnés des annexes, par exemple : C, D, E, F
- Quatre (4) dernières fiches de paie
- Quatre (4) derniers relevés bancaires (veuillez joindre les informations sur votre compte courant et votre compte d'épargne)
- Calcul des indemnités de Sécurité sociale
- Indemnités de chômage
- Prestations de retraite
- Confirmation de distribution de règlements de successions ou de passifs
- Avis de détermination de Medical Assistance ou conforme à la loi sur les soins abordables (Affordable Care Act, ACA)
- Preuve de citoyenneté ou titre de résidence légale permanente (carte verte)
- Si le foyer n'a pas de revenus, lettre de la ou des personnes qui contribuent aux dépenses de subsistance
- Preuve de tout autre revenu reçu au cours de l'année (par exemple, plans 401K, comptes IRA, comptes de courtage, etc.)

Veuillez envoyer la demande dûment remplie par courrier à l'adresse suivante :

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