



Patienten, die finanzielle Unterstützung benötigen

Penn State Health (PSH) ist stolz darauf, allen Patienten und deren Familienangehörigen ausgezeichnete Leistungen bereitzustellen. Wenn die Zahlung Ihrer Rechnung über medizinische Leistungen ein Problem darstellt, bietet PSH anspruchsberechtigten Patienten, die nicht versichert oder unterversichert sind, finanzielle Unterstützung an.

Diese Unterstützung gilt für medizinisch notwendige Leistungen und Notfälle und hängt von verschiedenen Faktoren wie Einkommen, Größe der Familie und Vermögen ab. PSH darf nicht versicherten Personen – mit oder ohne Anspruch auf das Zahlungshilfeprogramm (FAP, Financial Assistance Program) – nicht mehr in Rechnung stellen als die Verrechnungssätze, die im Allgemeinen für die Notfallversorgung oder andere medizinisch notwendige Behandlungen in Rechnung gestellt werden (AGB, Amounts Generally Billed).

Beantragung der Unterstützung:

Den Antrag auf finanzielle Unterstützung finden Sie auf der Rückseite dieses Schreibens. Dem ausgefüllten Antrag sind, sofern zutreffend, folgende Unterlagen beizufügen:

- letzter (aktueller) Einkommensteuerbescheid
- die letzten vier (4) Gehaltsabrechnungen
- die letzten vier (4) Kontoauszüge (sowohl Giro- als auch Sparkonten)
- Einkommensfeststellung für die Sozialversicherung
- Einkommen bei Arbeitslosigkeit
- Renteneinkommen
- Bescheid über Ausschüttungen aus Nachlässen oder Verbindlichkeiten (Eine finanzielle Unterstützung kommt nicht in Betracht, bis eventuelle Nachlässe geregelt oder Rechtsstreitigkeiten vollständig beigelegt sind.)
- Feststellung des Anspruchs auf Medicaid oder Leistungen über den Health Insurance Marketplace
- Nachweis über die Staatsbürgerschaft oder den rechtmäßigen dauerhaften Aufenthaltsstatus (Green Card)
- bei nicht vorhandenem Haushaltseinkommen: die schriftliche Bestätigung mindestens einer Person, die den Haushalt bei den Lebenshaltungskosten unterstützt
- alle weiteren von PSH angeforderten Informationen, um den Antrag angemessen prüfen und über eine finanzielle Unterstützung entscheiden zu können

Über unsere Website <https://www.pennstatehealth.org/financial-assistance> können Sie unsere Richtlinie zur finanziellen Unterstützung und zusätzliche Anträge auf finanzielle Unterstützung abrufen. Die Unterlagen sind in verschiedenen Sprachen verfügbar und können sowohl über die Website als auch persönlich angefordert werden. Sie werden telefonisch oder postalisch benachrichtigt, sobald über Ihren Anspruch auf finanzielle Unterstützung entschieden wurde.

Das Büro der Zahlungsberatung ist **Montag bis Freitag von 8:00 bis 16:30 Uhr** telefonisch erreichbar. Ihre Fragen werden stets zuvorkommend und vertraulich beantwortet.

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

Vielen Dank!

Penn State Health, Financial Counseling (Zahlungsberatung)



Antrag auf finanzielle Unterstützung

LEISTUNGSSTANDORTE:

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

ANGABEN ZUM PATIENTEN:

Vor- und Nachname: _____ Patientennummer: _____
Vor- und Nachname: _____ Patientennummer: _____
Vor- und Nachname: _____ Patientennummer: _____

ANGABEN ZUM ZAHLUNGSVERANTWORTLICHEN: *(für die Rechnungszahlung verantwortliche Person)*

Vor- und Nachname: _____
Straße und Hausnummer: _____
Ort: _____ Bundesstaat: _____ PLZ: _____
Telefon Festnetz: _____ Telefon mobil: _____
Arbeitgeber: _____ Telefon Arbeit: _____
Sozialversicherungsnummer: *(letzte vier Ziffern)*: _____
Anzahl der Angehörigen, für die Sie finanziell verantwortlich sind (einschl. Ihrer selbst): _____

Ich bestätige, dass ich diesen Antrag vollständig gelesen habe und dass alle Angaben darin nach meinem besten Wissen und Gewissen wahr, korrekt und vollständig sind.

UNTERSCHRIFT (ZAHLUNGSVERANTWORTLICHE PERSON)

DATUM

Für die Antragsbearbeitung sind diesem Formular folgende Angaben/Unterlagen (sofern zutreffend) hinzuzufügen

- die zuletzt eingereichten IRS-Steuerformulare (1040) mit allen Anhängen, z. B. C, D, E, F
- die letzten vier (4) Gehaltsabrechnungen
- die letzten vier (4) Kontoauszüge (von sowohl Giro- als auch Sparkonten)
- Einkommensfeststellung für die Sozialversicherung
- Einkommen bei Arbeitslosigkeit
- Renteneinkommen
- Bescheid über Ausschüttungen aus Nachlässen oder Verbindlichkeiten
- Feststellungsbescheid über den Anspruch auf Medical Assistance bzw. gemäß dem Gesetz über erschwingliche Pflege (Affordable Care Act, ACA)
- Nachweis über die Staatsbürgerschaft oder den rechtmäßigen dauerhaften Aufenthaltsstatus (Green Card)
- bei nicht vorhandenem Haushaltseinkommen: schriftliche Bestätigung mindestens einer Person, die den Haushalt bei den Lebenshaltungskosten unterstützt
- Nachweis aller sonstigen im laufenden Jahr erhaltenen Einkünfte (401K-Konten, IRA-Konten, Maklerkonten usw.)

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an:

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