

## Ασθενείς που χρειάζονται οικονομική βοήθεια

Στο Penn State Health (PSH) είμαστε υπερήφανοι για την αποστολή μας να παρέχουμε άριστη εξυπηρέτηση σε όλους τους ασθενείς μας και τις οικογένειές τους. Εάν δυσκολεύεστε να καλύψετε τα ιατρικά σας έξοδα, το PSH παρέχει οικονομική βοήθεια σε ασθενείς που πληρούν τα κριτήρια, οι οποίοι είναι ανασφάλιστοι ή χωρίς επαρκή ασφαλιστική κάλυψη.

Παρέχουμε οικονομική βοήθεια με βάση το εισόδημα, το μέγεθος της οικογένειας και τα περιουσιακά στοιχεία σας για ιατρικά αναγκαίες και επείγουσες υπηρεσίες. Το PSH δεν θα χρεώνει τα ανασφάλιστα άτομα που δικαιούνται Πρόγραμμα οικονομικής βοήθειας (Financial Assistance Program, FAP) ούτε τα άτομα που δεν δικαιούνται FAP, περισσότερο από τις συνήθεις χρεώσεις (amounts generally billed, AGB) για επείγουσα ή άλλη ιατρικά αναγκαία περίθαλψη.

### Πώς να υποβάλετε αίτηση:

Συμπληρώστε μια Αίτηση οικονομικής βοήθειας (στην πίσω όψη αυτής της επιστολής) και επισυνάψτε τα παρακάτω έγγραφα (εάν υπάρχουν):

- Την πιο πρόσφατα υποβληθείσα ομοσπονδιακή φορολογική δήλωση εισοδήματος
- Τα τέσσερα (4) πιο πρόσφατα εκκαθαριστικά αποδεικτικά μισθοδοσίας
- Τα τέσσερα (4) πιο πρόσφατα εκκαθαριστικά τραπεζικών λογαριασμών, τρεχούμενων και ταμειυτηρίου
- Τον καθορισμό εισοδήματος κοινωνικής ασφάλισης
- Το εισόδημα από επίδομα ανεργίας
- Το εισόδημα από σύνταξη
- Επιβεβαίωση διανομής από διακανονισμούς περιουσιών ή υποχρεώσεων (έως τον τελικό διακανονισμό της περιουσίας ή της υποχρέωσης, η παροχή οικονομικής βοήθειας δεν θα εξετάζεται)
- Τον προσδιορισμό των προγραμμάτων Ιατρική βοήθεια (Medical Assistance) ή Ασφαλιστική Αγορά Υγείας (Health Insurance Marketplace)
- Απόδειξη υπηκοότητας ή νόμιμου καθεστώτος μόνιμης διαμονής (πράσινη κάρτα)
- Εάν το νοικοκυριό δεν διαθέτει κανένα εισόδημα, επιστολή από το/τα άτομο/-α που βοηθάει/-ούν με τα έξοδα διαβίωσης
- Οποιαδήποτε άλλη πληροφορία ζητείται από το PSH για την επαρκή αξιολόγηση της αίτησης οικονομικής βοήθειας, προκειμένου να προσδιοριστεί εάν πληρούνται τα κριτήρια για οικονομική βοήθεια.

Επισκεφθείτε τον ιστότοπό μας στη διεύθυνση: <https://www.pennstatehealth.org/financial-assistance> όπου θα βρείτε την Πολιτική οικονομικής βοήθειας καθώς και πρόσθετες αιτήσεις οικονομικής βοήθειας. Τα έγγραφα είναι μεταφρασμένα σε διάφορες γλώσσες και διατίθενται στον ιστότοπο ή αυτοπροσώπως. Όλοι οι αιτούντες θα ενημερωθούν τηλεφωνικώς ή με επιστολή όταν ολοκληρωθεί ο προσδιορισμός σχετικά με το κατά πόσον πληρούν τα κριτήρια για τη λήψη της οικονομικής βοήθειας.

Το προσωπικό του Τμήματος παροχής οικονομικών συμβουλών (Financial Counseling) είναι διαθέσιμο μέσω τηλεφώνου **Δευτέρα με Παρασκευή 8:00 π.μ. με 4:30 μ.μ.**

Οι ερωτήσεις σας θα αντιμετωπιστούν με ευπρέπεια και εμπιστευτικότητα.

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



## Αίτηση οικονομικής βοήθειας

### ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ:

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

### ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

Όνομα ασθενούς: \_\_\_\_\_ Αριθμός ασθενούς: \_\_\_\_\_  
Όνομα ασθενούς: \_\_\_\_\_ Αριθμός ασθενούς: \_\_\_\_\_  
Όνομα ασθενούς: \_\_\_\_\_ Αριθμός ασθενούς: \_\_\_\_\_

### ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΓΓΥΗΤΗ (Υπεύθυνος για την πληρωμή αυτού του λογαριασμού):

Όνομα εγγυητή: \_\_\_\_\_  
Οδός: \_\_\_\_\_  
Πόλη: \_\_\_\_\_ Πολιτεία: \_\_\_\_\_ Ταχυδρομικός Κώδικας: \_\_\_\_\_  
Αριθμός σταθερού τηλεφώνου εγγυητή: \_\_\_\_\_ Αριθμός κινητού τηλεφώνου εγγυητή: \_\_\_\_\_  
Τόπος εργασίας: \_\_\_\_\_ Τηλέφωνο εργασίας εγγυητή: \_\_\_\_\_  
Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης (Τελευταία τέσσερα ψηφία): \_\_\_\_\_  
Αριθμός εξαρτώμενων ατόμων για τα οποία είστε οικονομικά υπεύθυνος/-η (συμπεριλαμβανομένου του εαυτού σας): \_\_\_\_\_

**Βεβαιώνω ότι έχω διαβάσει πλήρως την αίτηση αυτή και ότι όλες οι πληροφορίες που παρέχονται στο παρόν έντυπο είναι αληθείς, ορθές και πλήρεις με βάση τις ικανότητες, τις γνώσεις και τις πεποιθήσεις μου.**

ΥΠΟΓΡΑΦΗ (ΕΓΓΥΗΤΗΣ)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

**Για την επεξεργασία της αίτησής σας, πρέπει να παρέχονται και οι ακόλουθες πληροφορίες μαζί με το παρόν έντυπο.**

- Οι πιο πρόσφατες υποβληθείσες φορολογικές δηλώσεις (IRS) (1040) και οποιαδήποτε παραρτήματα, π.χ.: Γ, Δ, Ε, ΣΤ
- Τα τέσσερα (4) πιο πρόσφατα εκκαθαριστικά αποδεικτικά μισθοδοσίας
- Τα τέσσερα (4) πιο πρόσφατα εκκαθαριστικά τραπεζικών λογαριασμών (Συμπεριλάβετε τα στοιχεία τόσο από τους τρεχούμενους λογαριασμούς όσο και από τους λογαριασμούς ταμειευτηρίου)
- Τον καθορισμό εισοδήματος κοινωνικής ασφάλισης
- Το εισόδημα από επίδομα ανεργίας
- Το εισόδημα από σύνταξη
- Επιβεβαίωση διανομής από διακανονισμούς περιουσίας ή υποχρεώσεων
- Ειδοποίηση προσδιορισμού Medical Assistance ή του νόμου περί οικονομικά προσιτής περίθαλψης (Affordable Care Act, ACA)
- Απόδειξη υπηκοότητας ή νόμιμου καθεστώτος μόνιμης διαμονής (πράσινη κάρτα)
- Εάν το νοικοκυριό δεν διαθέτει κανένα εισόδημα, επιστολή από το/τα άτομο/-α που βοηθάει/-θούν με τα έξοδα διαβίωσης
- Παραστατικά όλων των άλλων εσόδων που εισπράχθηκαν κατά το τρέχον έτος (όπως έντυπα 401K, ατομικών λογαριασμών σύνταξης (IRA), λογαριασμοί χρηματιστηριακών συναλλαγών κ.λπ.)

**Αποστέλλετε ταχυδρομικά τη συμπληρωμένη αίτηση στην εξής διεύθυνση:**

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