



Penn State Health (PSH) è orgogliosa della sua mission che garantisce servizi di eccellenza a tutti i propri pazienti e ai rispettivi familiari. Se il pagamento di una prestazione medica è motivo di preoccupazione, PSH offre sostegno finanziario ai pazienti ritenuti idonei che non sono assicurati o che non possiedono un'adeguata copertura assicurativa.

Forniamo sostegno finanziario in base a reddito, composizione del nucleo familiare e patrimonio per i servizi necessari dal punto di vista medico e i servizi di emergenza. PSH non addebiterà ai pazienti non assicurati, idonei o non idonei ad accedere al programma di sostegno finanziario (Financial Assistance Program, FAP), altre spese oltre agli importi generalmente addebitati (amounts generally billed, AGB) per le cure di emergenza o necessarie dal punto di vista medico.

Come richiedere il sostegno finanziario

Compilare la richiesta di sostegno finanziario (sul retro della presente lettera) e allegare la documentazione seguente (se pertinente):

- Ultima dichiarazione federale dei redditi
- Ultime quattro (4) buste paga
- Ultimi quattro (4) estratti conto (corrente e di risparmio) bancari
- Determinazione del reddito da previdenza sociale (Social Security Income)
- Reddito da disoccupazione
- Reddito da pensione
- Conferma delle ripartizioni di beni patrimoniali o risarcimenti per cause civili (il sostegno finanziario non verrà reso disponibile fino alla risoluzione definitiva di contenziosi patrimoniali o di altra natura)
- Determinazione dell'assistenza medica o del mercato assicurativo sanitario (Health Insurance Marketplace)
- Attestato di cittadinanza o di residenza legale a titolo permanente (green card)
- Se il nucleo familiare non dispone di alcun reddito, dichiarazione scritta della persona o delle persone che collaborano alle spese primarie
- Qualsiasi altra informazione richiesta da PSH per esaminare in maniera adeguata la richiesta di sostegno finanziario al fine di determinarne l'idoneità.

Per consultare la nostra politica di sostegno finanziario e per accedere ad altre richieste di sostegno finanziario, visitare il nostro sito Web all'indirizzo <https://www.pennstatehealth.org/financial-assistance>. I documenti sono tradotti in varie lingue e sono disponibili sul sito Web o in formato cartaceo. Tutti i richiedenti saranno contattati telefonicamente o per posta non appena verrà presa una decisione in merito alla loro idoneità al sostegno finanziario.

Il personale di consulenza finanziaria è disponibile telefonicamente **dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle 16:30**. Ogni domanda sarà gestita con cortesia e riservatezza.

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

Grazie,
Penn State Health, Consulenza finanziaria (Financial Counseling)

Richiesta di sostegno finanziario

UBICAZIONE DEI SERVIZI:

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

DATI DEL PAZIENTE:

Nome del paziente: _____ Numero del paziente: _____
Nome del paziente: _____ Numero del paziente: _____
Nome del paziente: _____ Numero del paziente: _____

INFORMAZIONI SUL GARANTE: *(persona responsabile del pagamento di questa prestazione)*

Nome del garante: _____
Indirizzo: _____
Città: _____ Stato: _____ CAP: _____
Numero di telefono fisso del garante: _____ Numero di cellulare: _____
Luogo di lavoro: _____ Numero di telefono dell'ufficio del garante: _____
Numero di previdenza sociale (Social Security Number): *(ultime quattro cifre)*: _____
Numero di persone a carico di cui si è finanziariamente responsabili (inclusere anche se stessi): _____

Certifico di aver letto per intero questa richiesta e che, per quanto di mia conoscenza, tutte le informazioni fornite in questo modulo sono veritiere, corrette e complete.

FIRMA (GARANTE)

DATA

Ai fini della corretta elaborazione della richiesta, allegare a questo modulo le seguenti informazioni.

- Ultime dichiarazioni dei redditi IRS (1040) presentate ed eventuali quadri, es.: C, D, E, F
- Ultime quattro (4) buste paga
- (4) Ultimi quattro (4) estratti conto bancari (inclusere i dati sia di conti correnti che di conti di risparmio)
- Determinazione del reddito da previdenza sociale (Social Security Income)
- Reddito da disoccupazione
- Reddito da pensione
- Conferma delle ripartizioni di beni patrimoniali o risarcimenti per cause civili
- Avviso di determinazione di Medical Assistance o secondo la legge sull'assistenza sanitaria a prezzi accessibili (Affordable Care Act, ACA)
- Attestato di cittadinanza o di residenza legale a titolo permanente (green card)
- Se il nucleo familiare non possiede alcun reddito, dichiarazione scritta della persona o delle persone che collaborano alle spese primarie
- Prova di eventuali altri redditi percepiti nell'anno corrente (ad es., 401K, conti IRA, contratti di investimento, ecc.)

Spedire la richiesta compilata per posta a:

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