

Pacienții care au nevoie de asistență financiară

Penn State Health (PSH) se mândrește cu misiunea sa de a oferi servicii excelente tuturor pacienților și familiilor acestora. Dacă plata facturii medicale este o problemă, PSH oferă asistență financiară pacienților eligibili care nu sunt asigurați și au asigurare insuficientă.

Oferim asistență financiară pe bază de venit, mărimea familiei și proprietăți pentru servicii medicale necesare și urgente. PSH nu va percepe persoanelor eligibile sau care nu sunt eligibile pentru Programul de Asistență Financiară (Financial Assistance Program, FAP) neasigurate sume mai mari decât cele facturate în general (Amounts generally billed, AGB) pentru îngrijiri de urgență sau alte îngrijiri medicale necesare.

Cum puteți face o cerere:

Completați o cerere de asistență financiară (verso al acestei scrisori) și atașați documentele de mai jos (dacă este cazul):

- Cea mai recentă declarație de venituri federale
- Cele mai recente patru (4) state de plată
- Cele mai recente patru (4) extrase de cont curent și cont de economii
- Determinarea venitului de asigurări sociale
- Venituri din șomaj
- Venituri din pensii
- Confirmarea distribuirii activelor succesoriale sau compensări rezultate din litigii (Asistența financiară nu va fi luată în considerare până la soluționarea finală a succesiunii sau a litigiului)
- Evaluarea pieței de asistență medicală sau de asigurări de sănătate
- Dovada cetățeniei sau a statutului de rezidență permanentă legală (carte verde)
- Dacă familia nu are venituri, o scrisoare de la persoana (persoanele) care asigură cheltuieli de subzistență
- Orice alte informații solicitate de PSH în scopul revizuirii în mod adecvat a cererii de asistență financiară pentru a stabili calificarea privind asistența financiară.

Vă rugăm să vizitați site-ul nostru web la: <https://www.pennstatehealth.org/financial-assistance> pentru a accesa Politica noastră de asistență financiară și cererile suplimentare de asistență financiară. Documentele sunt traduse în diferite limbi și sunt disponibile pe site-ul web sau pot fi puse la dispoziție personal. Toți solicitanții vor fi anunțați prin telefon sau printr-o scrisoare atunci când a fost luată o decizie cu privire la calificarea lor pentru asistență financiară.

Personalul de consiliere financiară este disponibil la telefon, **de luni până vineri, în intervalul orar 08:00 - 16:30**. Întrebările dumneavoastră vor fi tratate cu politețe și confidențialitate.

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

Vă mulțumim,
Penn State Health, Consiliere financiară



Cererea pentru asistență financiară

LOCAȚIA PENTRU SERVICII:

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

INFORMAȚII CU PRIVIRE LA PACIENT:

Nume pacient: _____ Număr pacient: _____
Nume pacient: _____ Număr pacient: _____
Nume pacient: _____ Număr pacient: _____

INFORMAȚII CU PRIVIRE LA GARANT: *(Persoana responsabilă cu plata acestei facturi)*

Nume garant: _____
Stradă: _____
Localitate: _____ Stat: _____ Cod poștal: _____
Telefon domiciliu garant: _____ Număr telefon mobil: _____
Loc de muncă: _____ Telefon serviciu garant: _____
Număr de asigurări sociale: *(ultimele patru cifre)*: _____
Numărul de persoane aflate în întreținere pentru care sunteți responsabil financiar (inclusiv dumneavoastră înșivă): _____

Certific că am citit prezenta cerere în întregime și că toate informațiile furnizate în prezentul formular sunt adevărate, corecte și complete, conform cunoștințelor și convingerilor mele.

SEMNĂTURĂ (GARANT)

DATA

Pentru ca cererea dumneavoastră să fie procesată, următoarele informații trebuie să fie transmise împreună cu acest formular.

- Cele mai recente formulare fiscale IRS depuse (1040) și orice programe, de exemplu: C, D, E, F
- Cele mai recente patru (4) state de plată
- Cele mai recente patru (4) extrase de cont bancar (vă rugăm să includeți informații atât din conturile curente, cât și din conturile de economii)
- Determinarea venitului de asigurări sociale
- Venituri din șomaj
- Venituri din pensii
- Confirmarea distribuirii activelor succesoriale sau compensări rezultate din litigii
- Asistență medicală sau notificare în conformitate cu Legea privind îngrijirea la prețuri accesibile (Affordable Care Act, ACA)
- Dovada cetățeniei sau a statutului de rezidență permanentă legală (carte verde)
- Dacă gospodăria nu are venituri, scrisoare de la persoana (persoanele) care asigură cheltuielile de subzistență
- Dovada tuturor celorlalte venituri primite în anul curent (exemplele includ 401K, conturi IRA, conturi de brokeraj etc.)

Vă rugăm să trimiteți cererea completată la:

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