

Patients nécessitant une aide financière

Penn State Health (PSH) est fière de sa mission de fournir un excellent service à tous nos patients et à leurs familles. Si le paiement de votre facture médicale vous cause un problème, PSH fournit une aide financière pour les patients éligibles qui ne sont pas assurés et sous-assurés.

Nous fournissons une aide financière basée sur le revenu, la taille de la famille et les actifs pour les services médicalement nécessaires et d'urgence. PSH ne facturera pas aux personnes éligibles au programme d'aide financière non assurées (FAP) ou non éligibles au FAP plus que les montants généralement facturés (AGB) pour les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires.

Comment postuler :

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

- Dernière déclaration de revenus fédérale déposée
- Les quatre (4) fiches de paie les plus récentes
- Les quatre (4) derniers relevés bancaires
- Calcul du revenu de sécurité sociale
- Revenu de chômage
- Revenu de retraite
- Confirmation de distribution des successions ou des règlements de responsabilité (l'aide financière ne sera pas prise en compte avant le règlement final de la succession ou du litige)
- Détermination du marché de l'assistance médicale ou de l'assurance maladie
- Preuve de citoyenneté ou de statut de résident permanent légal (carte verte)
- Si le foyer n'a pas de revenu, lettre de la ou des personnes qui contribuent aux frais de subsistance
- Toute autre information demandée par PSH pour examiner adéquatement la demande d'aide financière afin de déterminer l'admissibilité à l'aide financière.

Veillez visiter notre site Web à l'adresse : <https://www.pennstatehealth.org/> pour accéder à notre politique d'aide financière et aux demandes d'aide financière supplémentaires. Les documents sont traduits dans de différentes langues et disponibles sur le site Web ou en personne. Tous les candidats seront informés par téléphone ou par lettre lorsqu'une décision aura été prise concernant leur admissibilité à l'aide financière.

Le personnel du conseil financier est disponible par téléphone, vos questions seront traitées avec courtoisie et confidentialité.

Hershey Medical Center	717-531-1740 ou 800-254-2619	Du lundi au vendredi de 8h00 à 17h00
Community Medical Group	717-531-1740 ou 800-254-2619	Du lundi au vendredi de 8h00 à 17h00
St. Joseph Medical Center	610-378-2277 ou 800-254-2619	Du lundi au vendredi de 8h00 à 16h30
Holy Spirit Hospital	717-763-2885	Du lundi au vendredi de 8h00 à 16h30

Merci,

Penn State Health, Conseil financier



Demande d'aide financière

LIEU DES SERVICES :

- Hershey Medical Center Community Medical Group St. Joseph Medical Center
- Holy Spirit Hospital

RENSEIGNEMENTS 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 de rue : _____
 Ville : _____ État : _____ Code postal : _____
 Téléphone fixe du garant : _____ Numéro de téléphone mobile : _____
 Lieu de travail : _____ Téléphone de travail du garant : _____
 Numéros de sécurité sociale : Garant : _____ Conjoint : _____
 Nombre de personnes à charge dont vous êtes financièrement responsable (y compris vous-même) : _____

Je certifie avoir lu cette demande dans son intégralité et que toutes les informations fournies dans ce formulaire sont vraies, correctes et complètes au meilleur de mes capacités, connaissances et croyances.

SIGNATURE (GARANT)

DATE

Pour que votre demande soit traitée, les informations suivantes (le cas échéant) doivent être retournées avec ce formulaire.

- Les formulaires fiscaux IRS les plus récents (1040) et les annexes, par exemple : C, D, E, F
- Les quatre (4) fiches de paie les plus récentes
- Quatre (4) relevés bancaires les plus récents (veuillez inclure les informations des comptes chèques et d'épargne)
- Calcul du revenu de sécurité sociale
- Revenu de chômage
- Revenu de retraite
- Confirmation de distribution des successions ou des règlements de responsabilité
- Assistance médicale ou avis de décision ACA
- Preuve de citoyenneté ou de statut de résident permanent légal (carte verte)
- Si le foyer n'a pas de revenu, lettre de la ou des personnes qui contribuent aux frais de subsistance
- Preuve de tous les autres revenus reçus au cours de l'année en cours (les exemples incluent 401K, comptes IRA, comptes de courtage, etc.)

Veuillez envoyer par la poste la demande dûment remplie à :

Hershey Medical Center	Penn State Health, Conseil financier
Community Medical Group	BP 853 A410
St. Joseph Medical Center	Hershey, PA 17033
Holy Spirit Hospital	503 N 21st Street
	Mail Code 85-32
	Camp Hill, PA 17011