

Patienten, die finanzielle Unterstützung benötigen

Die Penn State Health (PSH) ist stolz darauf, allen Patienten und deren Familienangehörigen einen ausgezeichneten Service zu bieten. Wenn Sie ein Problem mit der Zahlung Ihrer Rechnung für medizinische Leistungen haben sollten, bietet PSH finanzielle Unterstützung für anspruchsberechtigten Patienten, die un- bzw. unterversichert sind.

Wir bieten finanzielle Unterstützung für erforderliche medizinisch Leistungen und Notfälle in Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren wie Einkommen, Größe der Familie und Vermögen. PSH darf versicherten Personen, die für das Financial Assistance Program (FAP [*Programm für finanzielle Unterstützung*]) in Frage kommen oder nicht in Frage kommen, nicht mehr in Rechnung stellen als die Beträge, die im allgemeinen für Notfall- oder andere medizinisch notwendige Versorgung in Rechnung gestellt werden (AGB).

Beantragung der Unterstützung:

Füllen Sie einen Antrag auf finanzielle Unterstützung aus (auf der Rückseite dieses Schreibens) und fügen Sie gegebenenfalls folgende Unterlagen bei:

- Zuletzt eingereichte Bundeseinkommenssteuererklärung
- Die letzten vier (4) Gehaltsabrechnungen
- Die letzten vier (4) Kontoauszüge
- Einkommensfeststellung für die Sozialversicherung
- Einkommen bei Arbeitslosigkeit
- Renteneinkommen
- Bestätigung über Ausschüttungen aus Nachlässen oder Verbindlichkeiten (Eine finanzielle Unterstützung kommt nicht in Betracht, bis eventuelle Nachlässe geregelt oder Rechtsstreitigkeiten vollständig beigelegt sind.)
- Medizinische Unterstützung oder Bestimmung des Krankenversicherungsmarktes
- Nachweis über die Staatsbürgerschaft oder den rechtmäßigen dauerhaften Aufenthaltsstatus (Green Card)
- Bei nicht vorhandenem Haushaltseinkommen, die schriftliche Bestätigung einer oder mehrerer Personen über die Unterstützung bei den Lebenshaltungskosten
- Alle weiteren von PSH angeforderten Informationen, um den Antrag auf finanzielle Unterstützung angemessen prüfen und darüber entscheiden zu können

Über unsere Website <https://www.pennstatehealth.org/> können Sie auf unsere Richtlinie zur finanziellen Unterstützung und zusätzliche Anträge auf finanzielle Unterstützung zugreifen. Die Dokumente sind in verschiedenen Sprachen verfügbar und können sowohl auf der Website als auch persönlich angefordert werden. Die Antragsteller werden telefonisch oder postalisch benachrichtigt, sobald über ihren Anspruch auf finanzielle Unterstützung entschieden wurde.

Mitarbeiter der Finanzberatung sind telefonisch erreichbar, Ihre Fragen werden zuvorkommend und vertraulich behandelt.

Hershey Medical Center	717-531-1740 oder 800-254-2619	Montag bis Freitag 8:00 bis 17:00 Uhr
Community Medical Group	717-531-1740 oder 800-254-2619	Montag bis Freitag 8:00 bis 17:00 Uhr
St. Joseph Medical Center	610-378-2277 oder 800-254-2619	Montag bis Freitag 8:00 bis 16:30 Uhr
Holy Spirit Hospital	717-763-2885	Montag bis Freitag 8:00 bis 16:30 Uhr

Vielen Dank,

Penn State Health, Finanzberatung



Antrag auf finanzielle Unterstützung

DIENSTLEISTUNGSSTANDORTE:

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

ANGABEN ZUM PATIENTEN:

Patientenname: _____ Patientennummer: _____
 Patientenname: _____ Patientennummer: _____
 Patientenname: _____ Patientennummer: _____

INFORMATIONEN ÜBER DEN GARANTEN: *(Für die Zahlung dieser Rechnung verantwortliche Person)*

Name des Garanten: _____
 Straße Adresse: _____
 Stadt: _____ Staat: _____ Postleitzahl: _____
 Festnetznummer des Garanten: _____ Mobiltelefonnummer: _____
 Arbeitsstätte: _____ Arbeitstelefonnummer des Garanten: _____
 Sozialversicherungsnummern: Garant: _____ Ehepartner: _____
 Anzahl der Angehörigen, für die Sie finanziell verantwortlich sind (einschließlich Sie selbst): _____

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

UNTERSCHRIFT (GARANT)

DATUM

Damit Ihr Antrag bearbeitet werden kann, müssen die folgenden Informationen (falls zutreffend) zusammen mit diesem Formular zurückgeschickt werden.

- Die zuletzt eingereichten IRS-Steuerformulare (1040) einschließlich jeglicher Pläne, z. B. C, D, E, F
- Die letzten vier (4) Gehaltsabrechnungen
- Die letzten vier (4) Kontoauszüge (sowohl Giro- als auch Sparkonten)
- Einkommensfeststellung für die Sozialversicherung
- Einkommen bei Arbeitslosigkeit
- Renteneinkommen
- Bestätigung über Ausschüttungen aus Nachlässen oder Verbindlichkeiten
- Medizinische Unterstützung oder ACA Feststellungsmitteilung
- Nachweis über die Staatsbürgerschaft oder den rechtmäßigen dauerhaften Aufenthaltsstatus (Green Card)
- Wenn der Haushalt über kein Einkommen verfügt: Schreiben von Personen, die den Haushalt bei den Lebenshaltungskosten unterstützen
- Nachweis aller sonstigen im laufenden Jahr erhaltenen Einkünfte (zum Beispiel 401K-Konten, IRA-Konten, Maklerkonten usw.)

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an:

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