

Ασθενείς που χρειάζονται Οικονομική Βοήθεια

Το Penn State Health (PSH) είναι υπερήφανο για την αποστολή του να παρέχει άριστη εξυπηρέτηση σε όλους τους ασθενείς μας και τις οικογένειές τους. Εάν δυσκολεύεστε να καλύψετε τα ιατρικά σας έξοδα, το PSHSJR 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 απαραίτητες και επείγουσες υπηρεσίες. Το PSH δεν θα χρεώσει τα ανασφάλιστα άτομα που δικαιούνται FAP (Πρόγραμμα Οικονομικής Βοήθειας) ούτε τα άτομα που δεν δικαιούνται FAP, περισσότερο από τα ποσά που χρεώνονται συνήθως (AGB) για επείγουσες ή άλλες ιατρικά απαραίτητες φροντίδες.

Πώς να υποβάλετε αίτηση:

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

- Τελευταία υποβληθείσα Ομοσπονδιακή Φορολογική Δήλωση Εισοδήματος
- Τα τέσσερα (4) πιο πρόσφατα αποδεικτικά μισθοδοσίας
- Τα τέσσερα (4) πιο πρόσφατα αντίγραφα κίνησης τραπεζικού λογαριασμού
- Απόφαση για τη λήψη Εισοδήματος Κοινωνικής Ασφάλισης
- Εισόδημα από επίδομα ανεργίας
- Εισόδημα από σύνταξη
- Επιβεβαίωση διανομής από διακανονισμούς περιουσιών ή υποχρεώσεων (δεν θα εξετάζεται η παροχή Οικονομικής Βοήθειας έως τον τελικό διακανονισμό της περιουσίας ή της υποχρέωσης)
- Προσδιορισμός υπηρεσιών/ιατρικής Βοήθειας (Medical Assistance) ή Ασφάλειας 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 PSHSJR για την επαρκή αξιολόγηση της αίτησης οικονομικής βοήθειας, προκειμένου να προσδιοριστεί εάν πληρούνται τα κριτήρια για οικονομική βοήθεια

Παρακαλούμε επισκεφθείτε τον ιστότοπό μας στη διεύθυνση: <https://www.pennstatehealth.org/> όπου θα βρείτε την Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας που εφαρμόζουμε και αιτήσεις για πρόσθετη οικονομική βοήθεια. Τα έγγραφα είναι μεταφρασμένα σε διάφορες γλώσσες και διατίθενται στον ιστότοπο ή δια ζώσης. Όλοι οι αιτούντες θα ενημερωθούν τηλεφωνικώς ή με επιστολή όταν αποφασιστεί κατά πόσον πληρούν τα κριτήρια για τη λήψη της οικονομικής βοήθειας.

Το προσωπικό Χρηματοοικονομικής Συμβουλευτικής είναι διαθέσιμο μέσω τηλεφώνου, οι ερωτήσεις σας θα αντιμετωπιστούν με ευγένεια και εμπιστευτικότητα.

Hershey Medical Center	717-531-1740 ή 800-254-2619	Δευτέρα με Παρασκευή 8:00 π.μ. με 5:00 μ.μ.
Community Medical Group	717-531-1740 ή 800-254-2619	Δευτέρα με Παρασκευή 8:00 π.μ. με 5:00 μ.μ.
St. Joseph Medical Center	610-378-2277 ή 800-254-2619	Δευτέρα με Παρασκευή 8:00 π.μ. με 4:30 μ.μ.
Holy Spirit Hospital	717-763-2885	Δευτέρα με Παρασκευή 8:00 π.μ. με 4:30 μ.μ.

Σας ευχαριστούμε,

Penn State Health, Χρηματοοικονομική Συμβουλευτική



Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας

ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ:

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

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ:

Όνομα Ασθενή: _____ Αριθμός Ασθενή: _____
 Όνομα Ασθενή: _____ Αριθμός Ασθενή: _____
 Όνομα Ασθενή: _____ Αριθμός Ασθενή: _____

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

Όνομα Εγγυητή: _____
 Οδός: _____
 Πόλη: _____ Πολιτεία: _____ Ταχυδρομικός Κώδικας: _____
 Σταθερό Τηλέφωνο Εγγυητή: _____ Κινητό Τηλέφωνο Εγγυητή: _____
 Τόπος εργασίας: _____ Τηλέφωνο εργασίας εγγυητή: _____
 Αριθμοί κοινωνικής ασφάλισης: Εγγυητής: _____ Σύζυγος: _____
 Αριθμός εξαρτώμενων ατόμων για τα οποία είστε οικονομικά υπεύθυνος/-η (μαζί με εσάς): _____

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 (αν υπάρχουν) μαζί με το παρόν έντυπο.

- Οι πιο πρόσφατες υποβληθείσες Φορολογικές Δηλώσεις (1040) και οποιαδήποτε παραρτήματα, π.χ.: C, D, E, F
- Τα τέσσερα (4) τελευταία αποδεικτικά μισθοδοσίας
- Τα τέσσερα (4) τελευταία αντίγραφα κίνησης τραπεζικών λογαριασμών (Συμπεριλάβετε τα στοιχεία τόσο από τους λογαριασμούς Όψεως όσο και από τους λογαριασμούς Ταμειυτηρίου)
- Απόφαση για τη λήψη Εισοδήματος Κοινωνικής Ασφάλισης
- Εισόδημα από επίδομα ανεργίας
- Εισόδημα από σύνταξη
- Επιβεβαίωση διανομής από διακανονισμούς περιουσιών ή υποχρεώσεων
- Ειδοποίηση Απόφασης υπηρεσιών Medical Assistance ή ACA
- Απόδειξη υπηκοότητας ή νόμιμης μόνιμης παραμονής (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, λογαριασμούς IRA, Λογαριασμούς Χρηματιστηριακών Συναλλαγών κ.λπ.)

Παρακαλείστε να αποστείλετε ταχυδρομικά τη συμπληρωμένη αίτηση στο:

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 21 st Street Mail Code 85-32 Camp Hill, PA 17011