PennState Health

Patients nécessitant une aide financière

Le Penn State Health (PSH) est fier de sa mission qui consiste à fournir un excellent service à tous nos patients et à leurs familles. Si le paiement de votre facture médicale vous pose un problème, PSH fournit une aide financière aux patients admissibles qui ne sont pas assurés ou sont sous-assurés.

Nous fournissons une aide financière calculée en fonction du revenu, de la taille du foyer et de ses biens afin de permettre l'accès aux services médicalement nécessaires et de première urgence. PSH ne facturera pas aux personnes admissibles au programme d'aide financière (Financial Assistance Program, FAP) non assurées ou non admissibles au FAP plus que les montants généralement facturés (amounts generally billed, AGB) pour les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires.

Comment déposer une demande :

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

- Les déclarations de revenus de l'IRS les plus récentes (1040) et les annexes pertinentes (c.-à-d. Annexe 1, C, D, E, F).
- Les quatre (4) fiches de paie les plus récentes (devant préciser le revenu brut de l'année en cours)
- Les quatre (4) derniers relevés bancaires pour tous les comptes, y compris toutes les actions, toutes les pages sans modification, aussi bien personnels que professionnels. (Comptes courants, comptes épargne, comptes vacances/Noël, comptes de courtage, comptes du marché monétaire, comptes d'épargne-retraite, fonds communs de placement, certificats de dépôt, etc.).
- Le calcul des indemnités de sécurité sociale ou de revenu d'invalidité pour l'année en cours.
- Les justificatifs de pension alimentaire pour enfant et/ou pension alimentaire pour conjoint, indiquant les montants attribués.
- Les allocations chômage ou les indemnités d'accident du travail.
- Les justificatifs de revenus de retraite (pension, rente, compte 401k, etc.).
- Si le foyer n'a pas de revenus, un courrier de la ou des personne(s) qui contribue(nt) aux frais de subsistance.
- Le calcul de l'assistance médicale, de la notification de la loi sur la protection des patients et les soins abordables (Affordable Care Act, ACA) ou de la Bourse des assurances maladie.
- La preuve de citoyenneté ou de statut de résident légal permanent (visa en cours de validité/carte verte).
    - Les non-citoyens doivent impérativement fournir un justificatif de résidence en Pennsylvanie.
- La preuve de tous les autres revenus reçus pendant l'année en cours, y compris l'attestation de la répartition de successions ou de règlements de litiges. (L'aide financière ne sera pas prise en compte avant le règlement final de la succession ou du litige).
- Toute autre information demandée par PSH pour permettre d'étudier correctement la demande d'aide financière afin de déterminer l'admissibilité à cette aide.

Pour consulter notre politique d'aide financière et accéder à d'autres demandes d'aide financière, rendez-vous sur notre site internet : **https://www.pennstatehealth.org/financial-assistance**. Les documents sont traduits dans différentes langues et disponibles sur le site internet ou en personne. Tous les demandeurs seront notifiés par téléphone ou par courrier de la décision prise concernant leur admissibilité à l'aide financière.

Vous pouvez joindre le personnel des services financiers aux patients par téléphone **du lundi au vendredi, de 8 h à 16 h 30.** Vos questions seront traitées avec courtoisie et en toute confidentialité.

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

Merci,

Demande d'aide financière

LIEU DES SERVICES :

☐ **Hershey Medical Center**	☐ **Community Medical Group**	☐ **St. Joseph Medical Center**
☐ **Holy Spirit Hospital**	☐ **Penn State Health Life Lion, LLC**	☐ **Hampden Medical Center**
☐ **Lancaster Medical Center**	☐ **Pennsylvania Psychiatric Institute**	☐ **Lancaster Orthopedic Group**

INFORMATIONS SUR LE/LA PATIENT(E) :

Nom du (de la) patient(e) : _____ Date de naissance ou n° de dossier médical : _____

Nom du (de la) patient(e) : _____ Date de naissance ou n° de dossier médical : _____

Nom du (de la) patient(e) : _____ Date de naissance ou n° de dossier médical : _____

INFORMATIONS SUR LE (LA) GARANT(E) : *(personne responsable du paiement de cette facture)*

Nom du (de la) garant(e) : _____

Rue : _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Téléphone du domicile du (de la) garant(e) : _____ Numéro de téléphone portable : _____

Lieu de travail : _____ Téléphone professionnel du (de la) garant(e) : _____

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, à ma connaissance et selon mes capacités, exactes, véridiques et complètes.

_____ _____

SIGNATURE (GARANT[E]) **DATE**

Pour que votre demande soit traitée, les justificatifs suivants doivent être retournés avec ce formulaire.

- ☐ Les déclarations de revenus de l'Autorité fiscale américaine (Internal Revenue Service, IRS) les plus récentes (1040) et les annexes pertinentes (c.-à-d. Annexe 1, C, D, E, F)
- ☐ Les quatre (4) fiches de paie les plus récentes (devant préciser le revenu brut de l'année en cours)
- ☐ Les quatre (4) derniers relevés bancaires pour tous les comptes, y compris toutes les actions, toutes les pages sans modification, aussi bien personnels que professionnels. (Comptes courants, comptes épargne, comptes vacances/Noël, comptes de courtage, comptes du marché monétaire, comptes d'épargne-retraite, fonds communs de placement, certificats de dépôt, etc.).
- ☐ Le calcul des indemnités de sécurité sociale ou de revenu d'invalidité pour l'année en cours.
- ☐ Les justificatifs de pension alimentaire pour enfant et/ou pension alimentaire pour conjoint, indiquant les montants attribués.
- ☐ Les allocations chômage ou les indemnités d'accident du travail.
- ☐ Les justificatifs de revenus de retraite (pension, rente, compte 401k, etc.).
- ☐ Si le foyer n'a pas de revenus, un courrier de la ou des personne(s) qui contribue(nt) aux frais de subsistance.
- ☐ Le calcul de l'assistance médicale, de la notification de l'ACA ou de la Bourse des assurances maladie.
- ☐ La preuve de citoyenneté ou de statut de résident légal permanent (visa en cours de validité/carte verte).
  - Les non-citoyens doivent impérativement fournir un justificatif de résidence en Pennsylvanie.
- ☐ La preuve de tous les autres revenus reçus pendant l'année en cours, y compris l'attestation de la répartition de successions ou de règlements de litiges.

Remarque : il est possible que vous receviez factures distinctes pour des prestations de services de différents professionnels de santé qui détiennent une autorisation d'exercice dans les établissements de Penn State Health.

Veuillez envoyer la demande dûment remplie à l'adresse suivante :

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