PennState Health

Patienten, die finanzielle Unterstützung benötigen

Penn State Health (PSH) ist stolz auf ihre Mission, allen Patienten und deren Familienangehörigen ausgezeichnete Leistungen bereitzustellen. Wenn die Zahlung Ihrer Rechnung über medizinische Leistungen ein Problem darstellt, bietet PSH anspruchsberechtigten Patienten, die nicht versichert oder unterversichert sind, finanzielle Unterstützung an.

Diese Unterstützung gilt für medizinisch notwendige Leistungen und Notfälle und basiert auf dem Einkommen, der Größe der Familie und dem Vermögen. PSH berechnet nicht versicherten Personen – mit oder ohne Anspruch auf das Zahlungshilfeprogramm (Financial Assistance Program, FAP) – für Notfälle oder andere medizinisch notwendige Behandlungen maximal die allgemein in Rechnung gestellten Beträge (Amounts Generally Billed, AGB).

So bewerben Sie sich:

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

- Die letzten eingereichten Steuerformulare für den Internen Finanzdienst (Internal Revenue Service, IRS) (1040) und zugehörige Anhänge (d. h. Anhang 1, C, D, E, F)
- Die letzten vier (4) Gehaltsabrechnungen (sollten den Bruttoverdienst im laufenden Jahr wiedergeben)
- Die letzten vier (4) Kontoauszüge für alle Konten inklusive aller Anteile, alle Seiten ohne Änderungen, für private und geschäftliche Konten (Girokonto, Sparkonto, Sparclub, Wertpapierdepot, Tagesgeldkonto, IRA, Investmentfonds, CODs usw.)
- Einkommensfeststellung für die Sozialversicherung oder Invaliditätsrente für das laufende Jahr
- Dokumentation von Kindesunterhalt und/oder Alimenten mit Details des zugesprochenen Einkommens
- Einkommen bei Arbeitslosigkeit oder aus Arbeitsunfallversicherung
- Dokumentation des Renteneinkommens (Pension, Rente, 401k usw.)
- Bei nicht vorhandenem Haushaltseinkommen: schriftliche Bestätigung einer oder mehrerer Personen die den Haushalt bei den Lebenshaltungskosten unterstützen
- Feststellung des Anspruchs auf Medicaid, Leistungen nach dem Gesetz für erschwingliche medizinische Versorgung (Affordable Care Act, ACA) oder über den Health Insurance Marketplace
- Nachweis über die Staatsbürgerschaft oder den rechtmäßigen dauerhaften Aufenthaltsstatus (gültiges Visum/ Green Card)
    - Nicht-US-Bürger müssen einen Wohnsitznachweis für Pennsylvania vorlegen
- Nachweis über alle weiteren Einkünfte im laufenden Jahr. z. B. einen Bescheid über Ausschüttungen aus Nachlässen oder Verbindlichkeiten (eine finanzielle Unterstützung kommt nicht in Betracht, bis eventuelle Nachlässe geregelt oder Rechtsstreitigkeiten vollständig beigelegt sind)
- Alle weiteren von PSH angeforderten Informationen, um den Antrag angemessen prüfen und über eine finanzielle Unterstützung entscheiden zu können

Bitte besuchen Sie unsere Website unter**: https://www.pennstatehealth.org/financial-assistance**, um auf unsere Richtlinie zur finanziellen Unterstützung und zusätzliche Anträge auf finanzielle Unterstützung zuzugreifen. Die Unterlagen sind in verschiedenen Sprachen verfügbar und können sowohl über die Website als auch persönlich angefordert werden. Sie werden telefonisch oder postalisch benachrichtigt, sobald über Ihren Anspruch auf finanzielle Unterstützung entschieden wurde.

Das Büro der Zahlungsberatung ist **Montag bis Freitag von 8:00 bis 16:30 Uhr** telefonisch erreichbar. Ihre Fragen werden stets zuvorkommend und vertraulich beantwortet.

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

Vielen Dank!

Antrag auf finanzielle Unterstützung

LEISTUNGSSTANDORTE:

- ☐ **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**

ANGABEN ZUM PATIENTEN:

Patientenname: _____ Geburtsdatum oder Nr. der Patientenakte: _____

Patientenname: _____ Geburtsdatum oder Nr. der Patientenakte: _____

Patientenname: _____ Geburtsdatum oder Nr. der Patientenakte: _____

ANGABEN ZUM ZAHLUNGSVERANTWORTLICHEN: *(für die Rechnungszahlung verantwortliche Person)*

Vor- und Nachname: _____

Straße und Hausnummer: _____

Ort: _____ Bundesstaat: _____ PLZ: _____

Telefon Festnetz des Verantwortlichen: _____ Telefon mobil: _____

Arbeitgeber: _____ Telefon Arbeit des Verantwortlichen: _____

Anzahl der Angehörigen, für die Sie finanziell verantwortlich sind (einschl. Ihrer 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 (ZAHLUNGSVERANTWORTLICHE PERSON) **DATUM**

Damit Ihr Antrag bearbeitet werden kann, müssen zusammen mit diesem Formular die folgenden Dokumente eingereicht werden.

- ☐ Die letzten eingereichten Steuerformulare für den IRS (1040) und zugehörige Anhänge (d. h. Anhang 1, C, D, E, F)
- ☐ Die letzten vier (4) Gehaltsabrechnungen (sollten den Bruttoverdienst im laufenden Jahr wiedergeben)
- ☐ Die letzten vier (4) Kontoauszüge für alle Konten inklusive aller Anteile, alle Seiten ohne Änderungen, für private und geschäftliche Konten (Girokonto, Sparkonto, Sparclub, Wertpapierdepot, Tagesgeldkonto, IRA, Investmentfonds, CODs usw.)
- ☐ Einkommensfeststellung für die Sozialversicherung oder Invaliditätsrente für das laufende Jahr
- ☐ Dokumentation von Kindesunterhalt und/oder Alimenten mit Details des zugesprochenen Einkommens
- ☐ Einkommen bei Arbeitslosigkeit oder aus Arbeitsunfallversicherung
- ☐ Dokumentation des Renteneinkommens (Pension, Rente, 401k usw.)
- ☐ Bei nicht vorhandenem Haushaltseinkommen: schriftliche Bestätigung einer oder mehrerer Personen die den Haushalt bei den Lebenshaltungskosten unterstützen
- ☐ Feststellung des Anspruchs auf Medicaid, ACA Notice oder Leistungen über den Health Insurance Marketplace
- ☐ Nachweis über die Staatsbürgerschaft oder den rechtmäßigen dauerhaften Aufenthaltsstatus (gültiges Visum/ Green Card)
  - Nicht-US-Bürger müssen einen Wohnsitznachweis für Pennsylvania vorlegen
- ☐ Nachweis über alle weiteren Einkünfte im laufenden Jahr. z. B. einen Bescheid über Ausschüttungen aus Nachlässen oder Verbindlichkeiten

Bitte beachten: Es kann vorkommen, dass Sie separate Rechnungen für professionelle Dienstleistungen erhalten, die von verschiedenen von Penn State Health zugelassenen Gesundheitsdienstleistern erbracht wurden.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an:

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