

Pacijenti kojima je potrebna financijska pomoć

Organizacija Penn State Health (PSH) ponosna je na svoja nastojanja da svim svojim pacijentima i njihovim obiteljima pruži kvalitetnu uslugu. Ako Vam plaćanje medicinskih troškova predstavlja problem, PSH pruža financijsku pomoć pacijentima bez osiguranja ili s nedovoljnim osiguranjem koji ispunjavaju postavljene uvjete.

Pružamo financijsku pomoć na temelju prihoda, veličine obitelji i imovinskog stanja za medicinski neophodne i hitne usluge. PSH neće neosiguranim pojedincima koji ispunjavaju uvjete prema programu financijske pomoći (Financial Assistance Program, FAP) i pojedincima koji ne ispunjavaju uvjete prema FAP-u naplatiti više od iznosa koji se inače naplaćuje (amounts generally billed, AGB) za hitnu ili drugu medicinski neophodnu skrb.

Kako podnijeti zahtjev:

Ispunite zahtjev za financijsku pomoć (na poledini ovog dopisa) i priložite dokumente navedene u nastavku (ako je primjenjivo):

- zadnji predani porezni obrasci Porezne uprave SAD-a (Internal Revenue Service, IRS) (1040) s prilogima (tj. prilog 1, C, D, E, F), ako je primjenjivo
- zadnje dvije (2) platne liste (moraju prikazivati bruto zaradu na godišnjoj osnovi do izvještajnog datuma)
- zadnja dva (2) bankovna izvoda za sve osobne i poslovne račune uključujući sve dionice, sve stranice bez izmjena (tekući račun, štedni račun, štedni račun za godišnji odmor (Vacation/Christmas Club), brokerski račun, tržište novca, osobni mirovinski račun (individual retirement account, IRA), udjeli u fondovima, pouzeće (cash on delivery, COD) itd.)
- rješenje o prihodu od socijalnog osiguranja ili invalidnine za tekuću godinu
- dokumentacija o uzdržavanju djeteta i/ili alimentaciji u kojoj su navedene pojedinosti o dodijeljenom prihodu
- naknada za nezaposlene ili naknada troškova radniku za slučaj ozljede na radu
- dokumentacija o mirovinskim primanjima (mirovina, renta, 401k itd.)
- ako kućanstvo nema prihode, izjava osobe koja pomaže / osoba koje pomažu u troškovima života
- rješenje o medicinskoj pomoći (Medical Assistance), pravu na zdravstveno osiguranje u skladu sa Zakonom o dostupnoj skrbi (Affordable Care Act, ACA) ili zdravstvenom osiguranju ugovorenom putem organizacije Health Insurance Marketplace
- dokaz o državljanstvu ili statusu zakonitog trajnog boravka (valjana viza / zelena karta)
 - osobe koje nisu državljani SAD-a moraju pružiti dokaz o prebivalištu u državi Pennsylvaniji
- dokaz o svim ostalim prihodima ostvarenim u tekućoj godini, uključujući rješenje o nasljedstvu ili sudskom postupku (financijska pomoć neće se razmatrati do konačnog utvrđenja nasljedstva ili završetka parnice)
- sve druge informacije koje organizacija PSH zatraži kako bi pravilno razmotrila zahtjev za financijsku pomoć i utvrdila ispunjava li osoba uvjete za financijsku pomoć.

Posjetite našu internetsku stranicu: <https://www.pennstatehealth.org/financial-assistance> kako biste pristupili Pravilniku o financijskoj pomoći i drugim zahtjevima za financijsku pomoć. Dokumenti su prevedeni na razne jezike i dostupni su na internetskoj stranici ili ih možete dobiti osobno. Svi podnositelji zahtjeva bit će telefonski ili pisanim putem obaviješteni o odluci ispunjavaju li uvjete za financijsku pomoć.

Osoblje iz Odjela za financijsko savjetovanje (Financial Counseling) možete kontaktirati telefonski, **od ponedjeljka do petka od 8 do 16:30 sati**. S Vašim ćemo upitom postupati pažljivo i povjerljivo.

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

Zahtjev za financijsku pomoć

LOKACIJE NA KOJIMA SE PRUŽAJU USLUGE:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ 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 |

PODACI O PACIJENTU:

Ime pacijenta: _____	Datum rođenja ili broj kartona: _____
Ime pacijenta: _____	Datum rođenja ili broj kartona: _____
Ime pacijenta: _____	Datum rođenja ili broj kartona: _____

PODACI O JAMCU: (osobi odgovornoj za plaćanje ovog računa)

Ime i prezime jamca: _____

Adresa: _____

Grad: _____ Država: _____ Poštanski broj: _____

Fiksni broj jamca: _____ Broj mobitela: _____

Radno mjesto: _____ Poslovni telefonski broj jamca: _____

Broj članova kućanstva za koje ste financijski odgovorni (uključujući sebe): _____

Potvrđujem da sam u cijelosti pročitao/pročitala zahtjev i da su informacije koje sam naveo/navela prema mojem najboljem znanju i uvjerenju istinite, točne i cjelovite.

POTPIS (JAMAC)

DATUM

Kako bismo obradili Vaš zahtjev, morate nam uz ovaj obrazac dostaviti i sljedeću dokumentaciju.

- ☐ Zadnji predani porezni obrasci IRS-a (1040) s prilogima (tj. prilog 1, C, D, E, F), ako je primjenjivo
- ☐ Zadnje dvije (2) platne liste (moraju prikazivati bruto zaradu na godišnjoj osnovi do izvještajnog datuma)
- ☐ Zadnja dva (2) bankovna izvoda za sve osobne i poslovne račune uključujući sve dionice, sve stranice bez izmjena (tekući račun, štedni račun, štedni račun za godišnji odmor (Vacation/Christmas Club), brokerski račun, tržište novca, osobni mirovinski račun (individual retirement account, IRA), udjeli u fondovima, pouzeće (cash on delivery, COD) itd.)
- ☐ Rješenje o prihodu od socijalnog osiguranja ili invalidnine za tekuću godinu
- ☐ Dokumentacija o uzdržavanju djeteta i/ili alimentaciji u kojoj su navedene pojedinosti o dodijeljenom prihodu
- ☐ Naknada za nezaposlene ili naknada troškova radniku za slučaj ozljede na radu
- ☐ Dokumentacija o mirovinskim primanjima (mirovina, renta, 401k itd.)
- ☐ Ako kućanstvo nema prihode, izjava osobe koja pomaže / osoba koje pomažu u troškovima života
- ☐ Rješenje o medicinskoj pomoći (Medical Assistance), pravu na zdravstveno osiguranje u skladu sa Zakonom o dostupnoj skrbi (ACA) ili zdravstvenom osiguranju ugovorenom putem organizacije Health Insurance Marketplace
- ☐ Dokaz o državljanstvu ili statusu zakonitog trajnog boravka (valjana viza / zelena karta)
 - Osobe koje nisu državljani SAD-a moraju pružiti dokaz o prebivalištu u državi Pennsylvaniji
- ☐ Dokaz o svim ostalim prihodima ostvarenim u tekućoj godini, uključujući rješenje o nasljedstvu ili sudskom postupku

Ispunjeni zahtjev pošaljite na adresu:

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