

Ασθενείς που χρειάζονται οικονομική βοήθεια

Στο Penn State Health (PSH) είμαστε υπερήφανοι για την αποστολή μας να παρέχουμε άριστη εξυπηρέτηση σε όλους τους ασθενείς μας και τις οικογένειές τους. Εάν δυσκολεύεστε να καλύψετε τα ιατρικά σας έξοδα, το PSH 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 αναγκαίες και επείγουσες υπηρεσίες. Το PSH δεν χρεώνει τα ανασφάλιστα άτομα που δικαιούνται Πρόγραμμα οικονομικής βοήθειας (Financial Assistance Program, FAP) ούτε τα άτομα που δεν δικαιούνται FAP περισσότερο από τις συνήθεις χρεώσεις (amounts generally billed, AGB) για επείγουσα ή άλλη ιατρικά αναγκαία περίθαλψη.

Πώς να υποβάλετε αίτηση:

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

- Οι πιο πρόσφατα υποβληθείσες φορολογικές δηλώσεις της Εσωτερικής Υπηρεσίας Εσόδων (Internal Revenue Service, IRS) (1040) και τυχόν ισχύοντα παραρτήματα (δηλ. Παράρτημα 1, C, D, E, F)
- Τα δύο (2) πιο πρόσφατα αποδεικτικά μισθοδοσίας (θα πρέπει να αντικατοπτρίζονται οι μικτές αποδοχές του τρέχοντος έτους)
- Οι δύο (2) πιο πρόσφατες αναφορές κίνησης όλων των λογαριασμών, συμπεριλαμβανομένων όλων των μετοχών, όλων των σελίδων χωρίς τροποποίηση, προσωπικών και επαγγελματικών [όψεως, αποταμιευτικοί, διακοπών/Χριστουγέννων, χρηματιστηριακών συναλλαγών, χρηματαγοράς, συνταξιοδοτικοί (IRA), αμοιβαίων κεφαλαίων, αντικαταβολής κ.λπ.]
- Καθορισμός εισοδήματος κοινωνικής ασφάλισης ή αναπηρίας για το τρέχον έτος
- Τεκμηρίωση διατροφής τέκνου ή/και συζύγου, όπου εμφανίζονται στοιχεία απονεμηθέντος εισοδήματος
- Εισόδημα από επίδομα ανεργίας ή εισόδημα από αποζημίωση εργάτη
- Τεκμηρίωση εισοδήματος συνταξιοδότησης (σύνταξη, ετήσιο επίδομα, 401k κ.λπ.)
- Εάν το νοικοκυριό δεν διαθέτει κανένα εισόδημα, επιστολή από το/τα άτομο/-α που βοηθάει/-ούν με τα έξοδα διαβίωσης
- Προσδιορισμός των προγραμμάτων Ιατρική βοήθεια (Medical Assistance), Ειδοποίηση ACA (ACA Notice) ή Ασφαλιστική Αγορά Υγείας (Health Insurance Marketplace)
- Απόδειξη υπηκοότητας ή νόμιμου καθεστώτος μόνιμης διαμονής (έγκυρη βίζα/πράσινη κάρτα).
 - Όσοι δεν είναι υπήκοοι πρέπει να παράσχουν αποδεικτικό διαμονής στην Πενσυλβάνια.
- Παραστατικά όλων των άλλων εσόδων που εισπράχθηκαν κατά το τρέχον έτος, συμπεριλαμβανομένης επιβεβαίωσης διανομής από διακανονισμούς περιουσιών ή υποχρεώσεων. (Η παροχή οικονομικής βοήθειας δεν θα εξετάζεται έως ότου ολοκληρωθεί ο τελικός διακανονισμός της περιουσίας ή της δικαστικής διαμάχης)
- Οποιαδήποτε άλλη πληροφορία ζητηθεί από το PSH για την επαρκή αξιολόγηση της αίτησης οικονομικής βοήθειας, προκειμένου να προσδιοριστεί εάν πληρούνται τα κριτήρια για οικονομική βοήθεια.

Επισκεφθείτε τον ιστότοπό μας στη διεύθυνση: <https://www.pennstatehealth.org/financial-assistance> όπου θα βρείτε την Πολιτική οικονομικής βοήθειας και αιτήσεις για πρόσθετη οικονομική βοήθεια. Τα έγγραφα είναι μεταφρασμένα σε διάφορες γλώσσες και διατίθενται στον ιστότοπο ή αυτοπροσώπως. Όλοι οι αιτούντες θα ενημερωθούν τηλεφωνικώς ή με επιστολή όταν ολοκληρωθεί ο προσδιορισμός σχετικά με το κατά πόσον πληρούν τα κριτήρια για τη λήψη της οικονομικής βοήθειας.

Το προσωπικό του Τμήματος παροχής οικονομικών συμβουλών (Financial Counseling) είναι διαθέσιμο μέσω τηλεφώνου **Δευτέρα με Παρασκευή 8:00 π.μ. με 4:30 μ.μ.** Οι ερωτήσεις σας θα αντιμετωπιστούν με ευγένεια και εμπιστευτικότητα.

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

Σας ευχαριστούμε,
Penn State Health, Χρηματοοικονομική συμβουλευτική

339-110 REV 02/26

Αίτηση οικονομικής βοήθειας

ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ:

- ☐ 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

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ:

Όνομα ασθενούς: _____ Ημερομηνία γέννησης ή αρ. ιατρικού αρχείου: _____
 Όνομα ασθενούς: _____ Ημερομηνία γέννησης ή αρ. ιατρικού αρχείου: _____
 Όνομα ασθενούς: _____ Ημερομηνία γέννησης ή αρ. ιατρικού αρχείου: _____

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

Όνομα εγγυητή: _____
 Οδός: _____
 Πόλη: _____ Πολιτεία: _____ Ταχυδρομικός Κώδικας: _____
 Αριθμός σταθερού τηλεφώνου εγγυητή: _____ Αριθμός κινητού τηλεφώνου εγγυητή: _____
 Τόπος εργασίας: _____ Τηλέφωνο εργασίας εγγυητή: _____
 Αριθμός εξαρτώμενων ατόμων για τα οποία είστε οικονομικά υπεύθυνος/-η
 (συμπεριλαμβανομένου του εαυτού σας): _____

Βεβαιώνω ότι έχω διαβάσει πλήρως την αίτηση αυτή και ότι όλες οι πληροφορίες που παρέχονται στο παρόν έντυπο είναι αληθείς, ορθές και πλήρεις, εξ όσων δύναμαι, γνωρίζω και πιστεύω.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ (ΕΓΓΥΗΤΗΣ)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Για την επεξεργασία της αίτησής σας, μαζί με το παρόν έντυπο πρέπει να παρέχονται και τα ακόλουθα έγγραφα.

- ☐ Οι πιο πρόσφατα υποβληθείσες φορολογικές δηλώσεις IRS (1040) και τυχόν ισχύοντα παραρτήματα (δηλ. Παράρτημα 1, C, D, E, F)
- ☐ Τα δύο (2) πιο πρόσφατα αποδεικτικά μισθοδοσίας (θα πρέπει να αντικατοπτρίζονται οι μικτές αποδοχές του τρέχοντος έτους)

- ☐ Οι δύο (2) πιο πρόσφατες αναφορές κίνησης όλων των λογαριασμών, συμπεριλαμβανομένων όλων των μετοχών, όλων των σελίδων χωρίς τροποποίηση, προσωπικών και επαγγελματικών [όψεως, αποταμιευτικοί, διακοπών/Χριστουγέννων, χρηματιστηριακών συναλλαγών, χρηματαγοράς, συνταξιοδοτικοί (IRA), αμοιβαίων κεφαλαίων, αντικαταβολής κ.λπ.]
- ☐ Καθορισμός εισοδήματος κοινωνικής ασφάλισης ή αναπηρίας για το τρέχον έτος
- ☐ Τεκμηρίωση διατροφής τέκνου ή/και συζύγου, όπου εμφανίζονται στοιχεία απονεμηθέντος εισοδήματος
- ☐ Εισόδημα από επίδομα ανεργίας ή εισόδημα από αποζημίωση εργάτη
- ☐ Τεκμηρίωση εισοδήματος συνταξιοδότησης (σύνταξη, ετήσιο επίδομα, 401k κ.λπ.)
- ☐ Εάν το νοικοκυριό δεν διαθέτει κανένα εισόδημα, επιστολή από το/τα άτομο/-α που βοηθάει/-ούν με τα έξοδα διαβίωσης
- ☐ Προσδιορισμός των προγραμμάτων Ιατρική βοήθεια (Medical Assistance), Ειδοποίηση ACA (ACA Notice) ή Ασφαλιστική Αγορά Υγείας (Health Insurance Marketplace)
- ☐ Απόδειξη υπηκοότητας ή νόμιμου καθεστώτος μόνιμης διαμονής (έγκυρη βίζα/πράσινη κάρτα).
 - Όσοι δεν είναι υπήκοοι πρέπει να παράσχουν αποδεικτικό διαμονής στην Πενσυλβάνια.
- ☐ Παραστατικά όλων των άλλων εσόδων που εισπράχθηκαν κατά το τρέχον έτος, συμπεριλαμβανομένης επιβεβαίωσης διανομής από διακανονισμούς περιουσιών ή υποχρεώσεων.

Αποστέιλετε ταχυδρομικά τη συμπληρωμένη αίτηση στην εξής διεύθυνση:

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