

Pazienti che necessitano di sostegno finanziario

Penn State Health (PSH) è orgogliosa della sua mission che garantisce servizi di eccellenza a tutti i propri pazienti e ai rispettivi familiari. Se il pagamento di una prestazione medica è motivo di preoccupazione, PSH offre sostegno finanziario ai pazienti ritenuti idonei che non sono assicurati o che non possiedono un'adeguata copertura assicurativa.

Forniamo sostegno finanziario in base a reddito, composizione del nucleo familiare e patrimonio per i servizi necessari dal punto di vista medico e i servizi di emergenza. PSH non addebiterà ai pazienti non assicurati, idonei o non idonei ad accedere al programma di sostegno finanziario (Financial Assistance Program, FAP), altre spese oltre agli importi generalmente addebitati (amounts generally billed, AGB) per le cure di emergenza o necessarie dal punto di vista medico.

Come richiedere il sostegno finanziario:

Compilare la richiesta di sostegno finanziario (retro della presente lettera) e allegare la documentazione seguente (se applicabile):

- Ultime dichiarazioni dei redditi dell'Agenzia delle Entrate (Internal Revenue Service, IRS) (1040) presentate ed eventuali quadri compilati pertinenti (es.: quadro 1, C, D, E, F);
- Le due (2) buste paga più recenti (dovrebbero riflettere i guadagni lordi da inizio anno)
- Gli ultimi due (2) estratti conto bancari di tutti i conti, inclusi tutti i conti cointestati, completi di tutte le pagine e senza alcuna modifica, sia per i conti personali sia per quelli aziendali. (conti correnti, conti di risparmio, conti per viaggi o regali natalizi, conti di investimento, conti monetari, IRA, fondi comuni, conti con pagamenti alla consegna, ecc.);
- Determinazione dell'importo delle prestazioni di previdenza sociale o dei sussidi di disabilità per l'anno in corso;
- Documentazione relativa all'assegno di mantenimento dei figli e/o alimenti che indica le informazioni sul reddito assegnato;
- Sussidi di disoccupazione o per infortuni o malattie sul lavoro;
- Documentazione sul reddito da pensione (pensione, rendita, 401k, ecc.);
- Se il nucleo familiare non dispone di alcun reddito, dichiarazione scritta della persona o delle persone che collaborano alle spese di sostentamento;
- Determinazione dell'assistenza medica o della copertura con il sistema Health Insurance Marketplace o avviso relativo all'Affordable Care Act (ACA);
- Attestato di cittadinanza o di residenza legale a titolo permanente (visto o Green Card validi);
 - Le persone che non sono in possesso della cittadinanza devono fornire un'attestazione di residenza in Pennsylvania.
- Prova di eventuali altri redditi percepiti nell'anno in corso, inclusa la conferma delle ripartizioni di beni patrimoniali o risarcimenti per cause civili (il sostegno finanziario non verrà reso disponibile fino alla risoluzione definitiva di contenziosi patrimoniali o di altra natura);
- Qualsiasi altra informazione richiesta da PSH per esaminare nel modo più opportuno la richiesta di sostegno finanziario al fine di valutarne l'idoneità.

Per consultare la nostra politica di sostegno finanziario e per accedere ad altre richieste di sostegno finanziario, visitare il nostro sito web all'indirizzo <https://www.pennstatehealth.org/financial-assistance>. I documenti sono tradotti in varie lingue e sono disponibili sul sito web o in formato cartaceo. Tutti i richiedenti saranno contattati telefonicamente o per posta non appena verrà presa una decisione in merito alla loro idoneità al sostegno finanziario.

Il personale di consulenza finanziaria è disponibile telefonicamente **dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle 16:30**. Ogni richiesta verrà gestita con cortesia e riservatezza.

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

Richiesta di sostegno finanziario

UBICAZIONE DEI SERVIZI:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ 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 |

DATI DEL PAZIENTE:

Nome del paziente: _____ Data di nascita o numero di cartella clinica: _____

Nome del paziente: _____ Data di nascita o numero di cartella clinica: _____

Nome del paziente: _____ Data di nascita o numero di cartella clinica: _____

INFORMAZIONI SUL GARANTE: *(persona responsabile del pagamento di questa prestazione)*

Nome del garante: _____

Indirizzo: _____

Città: _____ Stato: _____ CAP: _____

Numero di telefono fisso del garante: _____ Numero di cellulare: _____

Luogo di lavoro: _____ Numero di telefono dell'ufficio del garante: _____

Numero di persone a carico di cui si è finanziariamente responsabili (inclusere anche se stessi): _____

Certifico di aver letto per intero il presente modulo di richiesta e che, per quanto di mia conoscenza, tutte le informazioni fornite in questo modulo sono veritiere, corrette e complete.

FIRMA (GARANTE)

DATA

Ai fini della corretta elaborazione della richiesta, allegare a questo modulo la seguente documentazione.

- ☐ Ultime dichiarazioni dei redditi IRS (1040) presentate ed eventuali quadri compilati pertinenti (es.: quadro 1, C, D, E, F);
- ☐ Le due (2) buste paga più recenti (dovrebbero riflettere i guadagni lordi da inizio anno)
- ☐ Gli ultimi due (2) estratti conto bancari di tutti i conti, inclusi tutti i conti cointestati, completi di tutte le pagine e senza alcuna modifica, sia per i conti personali sia per quelli aziendali. (conti correnti, conti di risparmio, conti per viaggi o regali natalizi, conti di investimento, conti monetari, IRA, fondi comuni, conti con pagamenti alla consegna, ecc.);
- ☐ Determinazione dell'importo delle prestazioni di previdenza sociale o dei sussidi di disabilità per l'anno in corso;
- ☐ Documentazione relativa all'assegno di mantenimento dei figli e/o alimenti che indica le informazioni sul reddito assegnato;
- ☐ Sussidi di disoccupazione o per infortuni o malattie sul lavoro;
- ☐ Documentazione sul reddito da pensione (pensione, rendita, 401k, ecc.);
- ☐ Se il nucleo familiare non dispone di alcun reddito, dichiarazione scritta della persona o delle persone che collaborano alle spese di sostentamento;
- ☐ Determinazione dell'assistenza medica o della copertura con il sistema Health Insurance Marketplace o avviso relativo all'Affordable Care Act (ACA);
- ☐ Attestato di cittadinanza o di residenza legale a titolo permanente (visto o Green Card validi);
 - Le persone che non sono in possesso della cittadinanza devono fornire un'attestazione di residenza in Pennsylvania.
- ☐ Prova di eventuali altri redditi percepiti nell'anno in corso, inclusa la conferma delle ripartizioni di beni patrimoniali o risarcimenti per cause civili.

Spedire la richiesta compilata per posta a:

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