



Информация для пациентов, которые нуждаются в финансовой помощи

Penn State Health (PSH) гордится своей миссией предоставлять качественное обслуживание всем пациентам и их семьям. PSH оказывает финансовую помощь пациентам, испытывающим трудности с оплатой счетов за медицинские услуги, у которых нет страховки или ее объем покрытия недостаточен.

Мы предоставляем финансовую помощь на основе дохода, размера семьи и имущества для оплаты необходимых по медицинским показаниям и экстренных услуг. В PSH с лиц без страховки не должны взимать плату, превышающую сумму, на которую обычно выставляется счет (Amounts Generally Billed, AGB) за неотложную или другую необходимую по медицинским показаниям помощь, независимо от того, соответствуют ли такие лица критериям для участия в программе финансовой помощи (Financial Assistance Program, FAP).

Как подать заявление:

Заполните заявление на получение финансовой помощи на обороте данного письма и приложите нижеприведенные документы и информацию (если применимо).

- Последние поданные формы (1040) Налогового Управления США (Internal Revenue Service, IRS) и любые соответствующие приложения о налогооблагаемых доходах (например, Приложение 1, C, D, E, F)
- Последние 2 (две) квитанции о начислении заработной платы (должны отражать валовой доход за год)
- Последние 2 (две) банковские выписки по всем счетам, включая все акции, все страницы без изменений, как личные, так и деловые (расчетные и сберегательные счета, отпускной/рождественский клуб, брокерские счета, счета денежного рынка, индивидуальные пенсионные счета (Individual Retirement Account, IRA), взаимные фонды, депозитные сертификаты и т. д.)
- Справка о назначении пособия по программе социального обеспечения или инвалидности на текущий год
- Документация по содержанию ребенка и/или алиментам, отражающая сведения о присужденном доходе
- Справка о размере пособия по безработице или выплаты компенсаций работникам
- Документация о пенсионном доходе (пенсия, аннуитет, 401k и т. д.)
- Если у семьи нет дохода, письмо от лица (лиц), которое (-ые) помогает (-ют) оплачивать расходы на проживание
- Уведомление о принятии решения в рамках программы Medical Assistance или Закона о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act, ACA) либо о получении страховки через биржу медицинского страхования
- Подтверждение гражданства или статуса законного постоянного жителя (действующая виза или грин-карта)
 - Лица, не являющиеся гражданами, должны предоставить подтверждение проживания в Пенсильвании.
- Подтверждение всех других доходов, полученных в текущем году, включая документы, подтверждающие распределение наследства или урегулирование обязательств (вопрос предоставления финансовой помощи не рассматривается до окончательного урегулирования вопроса о наследстве либо завершения судебного процесса)
- Любая другая информация, запрашиваемая PSH, для соответствующего рассмотрения заявления с целью определения права на получение финансовой помощи

Посетите страницу <https://www.pennstatehealth.org/financial-assistance>, чтобы ознакомиться с нашей политикой финансовой помощи и просмотреть дополнительные заявления на получение финансовой помощи. Документы переведены на различные языки и доступны на веб-сайте или в учреждениях. Все заявители будут уведомлены по телефону или письмом о решении относительно их права на получение финансовой помощи.

Связаться с консультантами по финансовым вопросам можно по телефону **с понедельника по пятницу (8:00–16:30)**. Мы рассмотрим беспокоящие вас вопросы тактично и конфиденциально.

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

С уважением,
сотрудники отдела финансового консультирования Penn State Health

339-110 РЕД. от 02.26

Заявление на получение финансовой помощи

УЧРЕЖДЕНИЕ, ГДЕ БЫЛИ ОКАЗАНЫ УСЛУГИ:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ 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 |

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ:

Имя и фамилия пациента: _____ Дата рождения или номер медицинской карты: _____

Имя и фамилия пациента: _____ Дата рождения или номер медицинской карты: _____

Имя и фамилия пациента: _____ Дата рождения или номер медицинской карты: _____

ИНФОРМАЦИЯ О ПОРУЧИТЕЛЕ: (лицо, ответственное за оплату данного счета)

Имя и фамилия поручителя: _____

Улица и номер дома: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Номер домашнего телефона поручителя: _____ Номер мобильного телефона: _____

Место работы: _____ Номер рабочего телефона поручителя: _____

Количество иждивенцев, за которых вы несете финансовую ответственность (включая себя): _____

Я подтверждаю, что полностью прочитал (-а) данное заявление и вся указанная в нем информация является правдивой, точной и полной в меру моих возможностей, знаний и убеждений.

ПОДПИСЬ ПОРУЧИТЕЛЯ

ДАТА

Чтобы ваше заявление было рассмотрено, вместе с этой формой необходимо предоставить следующую документацию.

- ☐ Последние поданные формы (1040) Налогового Управления США (Internal Revenue Service, IRS) и любые соответствующие приложения о налогооблагаемых доходах (например, Приложение 1, C, D, E, F)
- ☐ Последние 2 (две) квитанции о начислении заработной платы (должны отражать валовой доход за год)
- ☐ Последние 2 (две) банковские выписки по всем счетам, включая все акции, все страницы без изменений, как личные, так и деловые (расчетные и сберегательные счета, отпускной/рождественский клуб, брокерские счета, счета денежного рынка, индивидуальные пенсионные счета (Individual Retirement Account, IRA), взаимные фонды, депозитные сертификаты и т. д.)
- ☐ Справка о назначении пособия по программе социального обеспечения или инвалидности на текущий год
- ☐ Документация по содержанию ребенка и/или алиментам, отражающая сведения о присужденном доходе
- ☐ Справка о размере пособия по безработице или выплаты компенсаций работникам
- ☐ Документация о пенсионном доходе (пенсия, аннуитет, 401k и т. д.)
- ☐ Если у семьи нет дохода, письмо от лица (лиц), которое (-ые) помогает (-ют) оплачивать расходы на проживание
- ☐ Уведомление о принятии решения в рамках программы Medical Assistance или Закона о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act, ACA) либо о получении страховки через биржу медицинского страхования
- ☐ Подтверждение гражданства или статуса законного постоянного жителя (действующая виза или грин-карта)
 - Лица, не являющиеся гражданами, должны предоставить подтверждение проживания в Пенсильвании.
- ☐ Подтверждение всех других доходов, полученных в текущем году, включая документы, подтверждающие распределение наследства или урегулирование обязательств

Отправьте заполненное заявление по адресу:

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