

Pacientes que necesitan ayuda económica

En Penn State Health (PSH) nos enorgullecemos de nuestra misión de prestar un excelente servicio a todos nuestros pacientes y a sus familias. Si le preocupa el pago de su factura de atención médica, en PSH damos ayuda económica a los pacientes elegibles que no tengan seguro o que tengan un seguro insuficiente.

Damos ayuda económica según los ingresos, el tamaño de la familia y los activos para recibir servicios médicamente necesarios y de emergencia. En PSH no les cobraremos a las personas sin seguro que sean elegibles o no elegibles para participar en el Programa de ayuda económica (Financial Assistance Program, FAP) más que la cantidad generalmente facturada (AGB) por atención de emergencia u otros tipos de atención médicamente necesaria.

Cómo presentar la solicitud:

Complete una solicitud de ayuda económica (parte de atrás de esta carta) y adjunte los documentos de abajo (si corresponde):

- Últimos formularios de impuestos (1040) del IRS presentados y todos los anexos aplicables (por ejemplo, Anexo 1, C, D, E, F)
- Los dos (2) comprobantes de pago más recientes (deben reflejar los ingresos brutos acumulados en el año hasta la fecha).
- Los dos (2) estados de cuenta bancarios más recientes de todas las cuentas, incluidas todas las acciones, con todas las páginas sin modificaciones, tanto personales como comerciales. (Cuenta corriente, cuenta de ahorros, Club de Ahorros para Vacaciones/Navidad, cuenta de corretaje, cuenta del mercado monetario, cuenta IRA, fondos mutuos, certificados de depósito (CD), etc.).
- Determinación de ingresos del Seguro Social o por discapacidad para el año actual
- Documentación de manutención de menores o pensión alimenticia, que muestre información de los ingresos dados
- Ingresos por desempleo o ingresos por compensación de los trabajadores
- Documentación de ingresos de jubilación (pensión, anualidad, 401k, etc.)
- Si el grupo familiar no tiene ingresos, una carta de las personas que ayudan con los gastos de subsistencia
- Determinación de asistencia médica, aviso de ACA, o del mercado de seguros médicos
- Comprobante de ciudadanía o estado de residencia legal permanente (visa/green card válida).
 - Las personas que no son ciudadanos deben proporcionar comprobante de residencia en Pensilvania.
- Comprobante de todos los demás ingresos recibidos durante el año actual, incluyendo la confirmación de distribución del acuerdo final del patrimonio u obligaciones. (No se considerará la ayuda económica hasta que haya un acuerdo final del patrimonio o litigio)
- Toda información que PSH pida para evaluar adecuadamente la solicitud de ayuda económica y determinar si el paciente califica para recibirla.

Visite nuestro sitio web, <https://www.pennstatehealth.org/financial-assistance>, para acceder a nuestra Política de ayuda económica y a otras solicitudes de ayuda económica. Los documentos están traducidos a varios idiomas y están disponibles en el sitio web o en persona. Se avisará a todos los solicitantes por teléfono o mediante una carta cuando se tome una determinación sobre su elegibilidad para recibir ayuda económica.

El personal de orientación económica está disponible por teléfono, de **lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.** Sus preguntas se tratarán con gentileza y confidencialidad.

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

Solicitud de ayuda económica

CENTROS DE SERVICIOS:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ 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 |

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento o n.º de expediente médico: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento o n.º de expediente médico: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento o n.º de expediente médico: _____

INFORMACIÓN DEL GARANTE: *(persona responsable del pago de esta factura)*

Nombre del garante: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de la casa del garante: _____ Teléfono celular: _____

Lugar de trabajo: _____ Teléfono del trabajo del garante: _____

Cantidad de dependientes de quienes usted es responsable económicamente (incluyendo a usted mismo): _____

Certifico que leí esta solicitud en su totalidad y que toda la información dada en este formulario es verdadera, correcta y completa según mi leal saber y entender.

FIRMA (GARANTE)

FECHA

Para que procesemos su solicitud, este formulario se debe devolver junto con la siguiente documentación.

- ☐ Últimos formularios de impuestos (1040) del IRS presentados y todos los anexos aplicables (por ejemplo, Anexo 1, C, D, E, F)
- ☐ Los dos (2) comprobantes de pago más recientes (deben reflejar los ingresos brutos acumulados en el año hasta la fecha).
- ☐ Los dos (2) estados de cuenta bancarios más recientes de todas las cuentas, incluidas todas las acciones, con todas las páginas sin modificaciones, tanto personales como comerciales. (Cuenta corriente, cuenta de ahorros, Club de Ahorros para Vacaciones/Navidad, cuenta de corretaje, cuenta del mercado monetario, cuenta IRA, fondos mutuos, certificados de depósito (CD), etc.).
- ☐ Determinación de ingresos del Seguro Social o por discapacidad para el año actual
- ☐ Documentación de manutención de menores o pensión alimenticia, que muestre información de los ingresos dados
- ☐ Ingresos por desempleo o ingresos por compensación de los trabajadores
- ☐ Documentación de ingresos de jubilación (pensión, anualidad, 401k, etc.)
- ☐ Si el grupo familiar no tiene ingresos, una carta de las personas que ayudan con los gastos de subsistencia
- ☐ Determinación de asistencia médica, aviso de ACA o del mercado de seguros médicos
- ☐ Comprobante de ciudadanía o estado de residencia legal permanente (visa/green card válida).
 - Las personas que no son ciudadanos deben proporcionar comprobante de residencia en Pensilvania.
- ☐ Comprobante de todos los demás ingresos recibidos durante el año actual, incluyendo la confirmación de distribución del acuerdo final del patrimonio u obligaciones.

Envíe la solicitud completa por correo a:

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