

Pazienti che necessitano di sostegno finanziario

Penn State Health (PSH) è orgoglioso del suo impegno a garantire servizi di eccellenza a tutti i 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 medici necessari e di emergenza. PSH non addebiterà ai pazienti non assicurati, che siano in possesso o meno dei requisiti per la richiesta di sostegno finanziario (FAP), altre spese oltre agli importi generalmente addebitati (AGB) per le cure di emergenza o necessarie dal punto di vista medico.

Come richiedere il sostegno finanziario:

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

- Ultima dichiarazione federale dei redditi
- Ultimi quattro (4) cedolini di stipendio
- Ultimi quattro (4) estratti conto bancari
- Determinazione del reddito da previdenza sociale
- Reddito da disoccupazione
- Reddito da pensione
- Conferma delle ripartizioni di beni ereditati o di pagamenti per cause civili (il sostegno finanziario non verrà reso disponibile fino alla risoluzione definitiva di contenziosi patrimoniali o di altra natura)
- Determinazione dell'assistenza medica o della copertura con il sistema Health Insurance Marketplace
- Attestato di cittadinanza o di residenza legale a titolo permanente (Green Card)
- Se il nucleo familiare non dispone di alcun reddito, dichiarazione scritta della persona o delle persone che collaborano alle spese primarie
- Qualsiasi altra informazione richiesta da PSH per esaminare in maniera adeguata la richiesta di sostegno finanziario al fine di determinarne l'idoneità.

Per consultare la nostra Politica di sostegno finanziario e per scaricare altri moduli di richiesta del sostegno finanziario, visitare il nostro sito Web all'indirizzo <https://www.pennstatehealth.org/>. I documenti sono tradotti in varie lingue e sono disponibili sul sito web o in formato cartaceo. Tutti i richiedenti saranno contattati telefonicamente o tramite lettera non appena verrà emessa una determinazione riguardante l'idoneità al sostegno finanziario.

Consulenti Finanziari sono disponibili per contatto telefonico, ogni domanda sarà gestita con cortesia e riservatezza.

Hershey Medical Center	717-531-6976 oppure 800-254-2619	Dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 17:00
Community Medical Group	717-531-6976 oppure 800-254-2619	Dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 17:00
St. Joseph Medical Center	610-378-2277 oppure 800-254-2619	Dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 16:30
Holy Spirit Hospital	717-763-2885	Dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 16:30

Grazie,

Penn State Health, Financial Counseling



Richiesta di sostegno finanziario

UBICAZIONE DEI SERVIZI:

- Hershey Medical Center
 Community Medical Group
 St. Joseph Medical Center
 Holy Spirit Hospital

DATI DEL/LA PAZIENTE:

Nome del/la paziente: _____ Numero del/la paziente: _____
 Nome del/la paziente: _____ Numero del/la paziente: _____
 Nome del/la paziente: _____ Numero del/la paziente: _____

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

Nome del Garante: _____
 Indirizzo: _____
 Città: _____ Stato: _____ CAP: _____
 Numero di telefono di casa del garante: _____ Numero di cellulare: _____
 Luogo di impiego: _____ Tel. lavoro garante: _____
 Numeri SSN: Garante: _____ Coniuge: _____
 Numero di persone a carico di cui si è finanziariamente responsabili (inclusere anche se stessi): _____

Certifico di aver letto per intero questa 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 domanda, allegare a questo modulo le seguenti informazioni (se applicabili) **

- Ultime dichiarazioni dei redditi IRS (1040) presentate ed eventuali quadri compilati, es.: C, D, E, F
- Ultimi quattro (4) cedolini di stipendio
- Ultimi quattro (4) estratti conto bancari (inclusere i dati sia di conti correnti che di conti di risparmio)
- Determinazione del reddito da previdenza sociale
- Reddito da disoccupazione
- Reddito da pensione
- Conferma delle ripartizioni di beni ereditati o di pagamenti per cause civili
- Avviso di determinazione dell'assistenza medica o ACA
- Attestato di cittadinanza o di residenza legale a titolo permanente (Green Card)
- Se il nucleo familiare non possiede alcun reddito, dichiarazione scritta della persona o delle persone che collaborano alle spese primarie
- Prova di ogni altro reddito percepito nell'anno corrente (ad es., 401K, conti IRA, contratti di investimento, ecc.)

Spedire per posta la richiesta compilata a:

Hershey Medical Center	Penn State Health, Financial Counseling
Community Medical Group	P. O. Box 853 A410
St. Joseph Medical Center	Hershey, PA 17033
Holy Spirit Hospital	503 N 21st Street
	Mail Code 85-32
	Camp Hill, PA 17011