

## Patienten, die finanzielle Unterstützung benötigen

Penn State Health (PSH) ist stolz auf ihre Mission, allen Patienten und deren Familienangehörigen ausgezeichnete Leistungen bereitzustellen. Wenn die Zahlung Ihrer Rechnung über medizinische Leistungen ein Problem darstellt, bietet PSH anspruchsberechtigten Patienten, die nicht versichert oder unterversichert sind, finanzielle Unterstützung an.

Diese Unterstützung gilt für medizinisch notwendige Leistungen und Notfälle und basiert auf Einkommen, Größe der Familie und das Vermögen. PSH darf nicht versicherten Personen – mit oder ohne Anspruch auf das Zahlungshilfeprogramm (FAP, Financial Assistance Program) – keinen höheren Betrag in Rechnung stellen als die allgemein in Rechnung gestellten Beträge (AGB, Amounts Generally Billed) für Notfälle oder andere medizinisch notwendige Behandlungen.

### Wie bewirbt man sich:

Füllen Sie einen Antrag auf finanzielle Unterstützung aus (auf der Rückseite dieses Schreibens) und fügen Sie gegebenenfalls folgende Unterlagen bei:

- letzter (aktueller) Einkommensteuerbescheid
- die letzten vier (4) Gehaltsabrechnungen
- die letzten vier (4) Giro- auch Sparkonten Auszüge
- Einkommensfeststellung für die Sozialversicherung
- VA [*Veteranenangelegenheiten*]-Einkommen
- Einkommen bei Arbeitslosigkeit
- Renteneinkommen
- Bescheid über Ausschüttungen aus Nachlässen oder Verbindlichkeiten (Eine finanzielle Unterstützung kommt nicht in Betracht, bis eventuelle Nachlässe geregelt oder Rechtsstreitigkeiten vollständig beigelegt sind.)
- Feststellung des Anspruchs auf Medicaid oder Leistungen über den Health Insurance Marketplace
- Nachweis über die Staatsbürgerschaft oder den rechtmäßigen dauerhaften Aufenthaltsstatus (Green Card)
- bei nicht vorhandenem Haushaltseinkommen: die schriftliche Bestätigung mindestens einer Person, die den Haushalt bei den Lebenshaltungskosten unterstützt
- alle weiteren von PSH angeforderten Informationen, um den Antrag angemessen prüfen und über eine finanzielle Unterstützung entscheiden zu können

Bitte besuchen Sie unsere Website unter: <https://www.pennstatehealth.org/financial-assistance>, um auf unsere Richtlinie zur finanziellen Unterstützung und zusätzliche Anträge auf finanzielle Unterstützung zuzugreifen. Die Unterlagen sind in verschiedenen Sprachen verfügbar und können sowohl über die Website als auch persönlich angefordert werden. Alle Antragsteller werden telefonisch oder postalisch benachrichtigt, sobald über ihren Anspruch auf finanzielle Unterstützung entschieden wurde.

Das Büro der Zahlungsberatung ist **Montag bis Freitag von 8:00 bis 16:30 Uhr** telefonisch erreichbar. Ihre Fragen werden stets zuvorkommend und vertraulich beantwortet.

Penn State Health Milton S. Hershey Medical Center, Lancaster Medical Center und Community Medical Groups	717-531-1740 oder 1-800-254-2619
Hampden Medical Center	717-981-1311 oder 1-800-254-2619
Holy Spirit Medical Center und Pennsylvania Psychiatric Institute	717-763-2885 oder 1-800-254-2619
St. Joseph Medical Center	610-378-2277 oder 1-800-254-2619
Life Lion LLC [ <i>Gesellschaft mit beschränkter Haftung</i> ]	717-763-2108

Vielen Dank!

Penn State Health, Financial Counseling (Zahlungsberatung)



## Antrag auf finanzielle Unterstützung

### LEISTUNGSSTANDORTE:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hershey Medical Center   | <input type="checkbox"/> Community Medical Group            | <input type="checkbox"/> St. Joseph Medical Center |
| <input type="checkbox"/> Holy Spirit Hospital     | <input type="checkbox"/> Penn State Health Life Lion, LLC   | <input type="checkbox"/> Hampden Medical Center    |
| <input type="checkbox"/> Lancaster Medical Center | <input type="checkbox"/> Pennsylvania Psychiatric Institute |  |

### ANGABEN ZUM PATIENTEN:

Patientenname: \_\_\_\_\_ Patientennummer: \_\_\_\_\_  
Patientenname: \_\_\_\_\_ Patientennummer: \_\_\_\_\_  
Patientenname: \_\_\_\_\_ Patientennummer: \_\_\_\_\_

### ANGABEN ZUM ZAHLUNGSVERANTWORTLICHEN: *(für die Rechnungszahlung verantwortliche Person)*

Name des Verantwortlichen: \_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_ Bundesstaat: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_  
Festnetznummer des Verantwortlichen: \_\_\_\_\_ Mobiltelefonnummer: \_\_\_\_\_  
Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_ Arbeitstelefonnummer des Verantwortlichen: \_\_\_\_\_  
Sozialversicherungsnummer: *(letzte vier Ziffern)*: \_\_\_\_\_  
Anzahl der Angehörigen, für die Sie finanziell verantwortlich sind (einschließlich Sie selbst): \_\_\_\_\_

**Ich bestätige, dass ich diesen Antrag vollständig gelesen habe und dass alle darin angegebenen Informationen nach meinem besten Wissen und Gewissen wahr, korrekt und vollständig sind.**

\_\_\_\_\_  
**UNTERSCHRIFT (VERANTWORTLICHER)**

\_\_\_\_\_  
**DATUM**

**Für die Antragsbearbeitung sind diesem Formular folgende Angaben/Unterlagen (sofern zutreffend) hinzuzufügen:**

- die zuletzt eingereichten IRS-Steuerformulare (1040) mit allen Anhängen, z. B.: C, D, E, F
- die letzten vier (4) Gehaltsabrechnungen
- die letzten vier (4) Kontoauszüge (Bitte umfassen Sie Informationen von sowohl Giro- als auch Sparkonten)
- Einkommensfeststellung für die Sozialversicherung
- VA [*Veteranenangelegenheiten*]-Einkommen
- Einkommen bei Arbeitslosigkeit
- Renteneinkommen
- Bescheid über Ausschüttungen aus Nachlässen oder Verbindlichkeiten
- Medizinische Assistenz oder Gesetz über erschwingliche Pflege (Affordable Care Act, ACA) Feststellungsbescheid
- Nachweis über die Staatsbürgerschaft oder den rechtmäßigen dauerhaften Aufenthaltsstatus (Grüne Karte)
- bei nicht vorhandenem Haushaltseinkommen: schriftliche Bestätigung einer oder mehrerer Personen, die den Haushalt bei den Lebenshaltungskosten unterstützen
- Nachweis aller anderen im laufenden Jahr bezogenen Einkünfte

**Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an:**

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