

## 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 (sul retro della presente lettera) e allegare la documentazione seguente (se pertinente):

- Ultima dichiarazione federale dei redditi
- Ultime quattro (4) buste paga
- Ultimi quattro (4) estratti conto (corrente e di risparmio) bancari
- Calcolo dei contributi previdenziali
- Indennità per i veterani
- Indennità di disoccupazione
- Reddito da pensione
- Conferma delle ripartizioni di beni patrimoniali o passività (il sostegno finanziario non verrà preso in considerazione fino alla risoluzione definitiva di contenziosi patrimoniali o della controversia)
- Calcolo dell'assistenza medica o del mercato assicurativo sanitario
- 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 di sostentamento
- 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 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 tramite lettera 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 domanda 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:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <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 |  |

### DATI DEL/DELLA PAZIENTE:

Nome del/della paziente: \_\_\_\_\_ Numero del/della paziente: \_\_\_\_\_  
Nome del/della paziente: \_\_\_\_\_ Numero del/della paziente: \_\_\_\_\_  
Nome del/della paziente: \_\_\_\_\_ Numero del/della paziente: \_\_\_\_\_

### 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 Previdenza sociale: *(ultime quattro cifre)*: \_\_\_\_\_  
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 evasione della richiesta, allegare a questo modulo le seguenti informazioni.**

- Ultime dichiarazioni dei redditi IRS (1040) presentate ed eventuali quadri, ad es.: C, D, E, F
- Ultime quattro (4) buste paga
- Ultimi quattro (4) estratti conto bancari (inclusere i dati sia di conti correnti che di conti di risparmio)
- Calcolo dei contributi previdenziali
- Indennità per i veterani
- Indennità di disoccupazione
- Reddito da pensione
- Conferma delle ripartizioni di beni patrimoniali o passività
- Avviso di determinazione dell'assistenza sanitaria o secondo la legge sull'assistenza sanitaria a prezzi accessibili (Affordable Care Act, ACA)
- 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 di sostentamento
- Attestato di eventuali altri redditi percepiti nell'anno corrente

**Spedire la richiesta compilata per posta a:**

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