



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).

- Последняя поданная декларация об уплате федерального подоходного налога
- Последние 4 (четыре) квитанции о начислении заработной платы.
- Последние 4 (четыре) выписки с расчетного и сберегательного счетов
- Определение доходов по программе социального обеспечения
- Доход из Департамента по делам ветеранов (Veterans Affairs, VA)
- Справка о пособии по безработице
- Справка о пенсионном пособии
- Документы, подтверждающие распределение наследства или урегулирование обязательств (вопрос предоставления финансовой помощи не рассматривается до окончательного урегулирования вопроса о наследстве или завершения судебного процесса)
- Решение программы медицинской помощи (Medical Assistance) или биржи медицинского страхования
- Подтверждение гражданства или статуса законного постоянного резидента (грин-карта)
- Если у семьи нет дохода, письмо от лица (лиц), которое(-ые) помогает(-ют) оплачивать расходы на проживание
- Любая другая информация, запрашиваемая PSH, для соответствующего рассмотрения заявления с целью определения права на получение финансовой помощи

Посетите веб-сайт <https://www.pennstatehealth.org/financial-assistance>, чтобы ознакомиться с нашей политикой финансовой помощи и дополнительными заявлениями 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



Заявление на получение финансовой помощи

УЧРЕЖДЕНИЕ, ГДЕ БЫЛИ ОКАЗАНЫ УСЛУГИ:

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

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ:

Имя и фамилия пациента: _____	Номер пациента: _____
Имя и фамилия пациента: _____	Номер пациента: _____
Имя и фамилия пациента: _____	Номер пациента: _____

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

Имя и фамилия поручителя: _____

Улица и номер дома: _____

Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____

Номер домашнего телефона поручителя: _____ Номер мобильного телефона: _____

Место работы: _____ Рабочий телефона поручителя: _____

Номер социального обеспечения: *(последние четыре цифры)*: _____

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, сведений и убеждений.

ПОДПИСЬ ПОРУЧИТЕЛЯ

ДАТА

Чтобы ваше заявление было рассмотрено, вместе с этой формой необходимо предоставить следующую информацию:

- Последние поданные формы (1040) Налогового Управления США (Internal Revenue Service, IRS) и любые приложения о налогооблагаемых доходах, например: C, D, E, F
- Последние 4 (четыре) квитанции о начислении заработной платы
- Последние 4 (четыре) выписки по банковским счетам (предоставьте информацию как с расчетного, так и со сберегательного счета)
- Определение доходов по программе социального обеспечения
- Доход из Департамента по делам ветеранов (Veterans Affairs, VA)
- Справка о пособии по безработице
- Справка о пенсионном пособии
- Подтверждение распределения имущества или урегулирования обязательств
- Уведомление о принятии решения в рамках программы Medical Assistance или Закона о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act, ACA)
- Подтверждение гражданства или статуса законного постоянного резидента (грин-карта)
- Если у семьи нет дохода, письмо от лица (лиц), которое(-ые) помогает(-ют) оплачивать расходы на проживание
- Подтверждение всех других доходов, полученных в текущем году

Отправьте заполненное заявление по адресу:

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