

Ασθενείς που χρειάζονται οικονομική βοήθεια

Στο Penn State Health (PSH) είμαστε υπερήφανοι για την αποστολή μας να παρέχουμε άριστη εξυπηρέτηση σε όλους τους ασθενείς μας και τις οικογένειές τους. Εάν δυσκολεύεστε να καλύψετε τα ιατρικά σας έξοδα, το PSH παρέχει οικονομική βοήθεια σε ασθενείς που πληρούν τα κριτήρια, οι οποίοι είναι ανασφάλιστοι ή χωρίς επαρκή ασφαλιστική κάλυψη.

Παρέχουμε οικονομική βοήθεια με βάση το εισόδημα, το μέγεθος της οικογένειας και τα περιουσιακά στοιχεία σας για ιατρικά αναγκαίες και επείγουσες υπηρεσίες. Το PSH δεν θα χρεώνει τα ανασφάλιστα άτομα που δικαιούνται Πρόγραμμα οικονομικής βοήθειας (Financial Assistance Program, FAP) ούτε τα άτομα που δεν δικαιούνται FAP, περισσότερο από τις συνήθεις χρεώσεις (amounts generally billed, AGB) για επείγουσα ή άλλη ιατρικά αναγκαία περίθαλψη.

Πώς να υποβάλετε αίτηση:

Συμπληρώστε μια Αίτηση οικονομικής βοήθειας (στην πίσω όψη αυτής της επιστολής) και επισυνάψτε τα παρακάτω έγγραφα (κατά περίπτωση):

- Την πιο πρόσφατα υποβληθείσα ομοσπονδιακή φορολογική δήλωση εισοδήματος
- Τα τέσσερα (4) πιο πρόσφατα εκκαθαριστικά αποδεικτικά μισθοδοσίας
- Τα τέσσερα (4) πιο πρόσφατα εκκαθαριστικά τραπεζικών λογαριασμών, τρεχούμενων και ταμιευτηρίου
- Τον καθορισμό εισοδήματος κοινωνικής ασφάλισης
- Εισόδημα VA (Veterans Affairs)
- Εισόδημα από επίδομα ανεργίας
- Εισόδημα από σύνταξη
- Επιβεβαίωση διανομής από διακανονισμούς περιουσιών ή υποχρεώσεων (δεν θα εξετάζεται η παροχή οικονομικής βοήθειας έως ότου ολοκληρωθεί ο τελικός διακανονισμός της περιουσίας ή της δικαστικής διαμάχης)
- Τον προσδιορισμό των προγραμμάτων Ιατρικής Βοήθειας (Medical Assistance) ή Ασφαλιστικής Αγοράς Υγείας (Health Insurance Marketplace)
- Απόδειξη υπηκοότητας ή νόμιμου καθεστώτος μόνιμης διαμονής (πράσινη κάρτα)
- Εάν το νοικοκυριό δεν διαθέτει κανένα εισόδημα, επιστολή από το/τα άτομο/α που βοηθάει/ούν με τα έξοδα διαβίωσης
- Οποιαδήποτε άλλη πληροφορία ζητηθεί από το PSH για την επαρκή αξιολόγηση της αίτησης οικονομικής βοήθειας, προκειμένου να προσδιοριστεί εάν πληρούνται τα κριτήρια για οικονομική βοήθεια.

Επισκεφθείτε τον ιστότοπό μας στη διεύθυνση: <https://www.pennstatehealth.org/financial-assistance> όπου θα βρείτε την Πολιτική οικονομικής βοήθειας καθώς και πρόσθετες αιτήσεις οικονομικής βοήθειας. Τα έγγραφα είναι μεταφρασμένα σε διάφορες γλώσσες και διατίθενται στον ιστότοπο ή αυτοπροσώπως. Όλοι οι αιτούντες θα ενημερωθούν τηλεφωνικώς ή με επιστολή όταν αποφασιστεί κατά πόσον πληρούν τα κριτήρια για τη λήψη της οικονομικής βοήθειας.

Το προσωπικό του Τμήματος παροχής οικονομικών συμβουλών (Financial Counseling) είναι διαθέσιμο μέσω τηλεφώνου **Δευτέρα με Παρασκευή 8:00 π.μ. με 4:30 μ.μ.**

Οι ερωτήσεις σας θα αντιμετωπιστούν με ευπρέπεια και εμπιστευτικότητα.

Penn State Health Milton S. Hershey Medical Center, Lancaster Medical Center και Community Medical Groups	717-531-1740 ή 1-800-254-2619
Hampden Medical Center	717-981-1311 ή 1-800-254-2619



PennState Health

Holy Spirit Medical Center και Pennsylvania Psychiatric Institute	717-763-2885 ή 1-800-254-2619
St. Joseph Medical Center	610-378-2277 ή 1-800-254-2619
Life Lion LLC	717-763-2108

Σας ευχαριστούμε,

Penn State Health, Τμήμα παροχής οικονομικών συμβουλών (Financial Counseling)



Αίτηση οικονομικής βοήθειας

ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ:

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

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ:

Όνομα ασθενούς: _____	Αριθμός ασθενούς: _____
Όνομα ασθενούς: _____	Αριθμός ασθενούς: _____
Όνομα ασθενούς: _____	Αριθμός ασθενούς: _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΓΓΥΗΤΗ: (Υπεύθυνος για την πληρωμή αυτού του λογαριασμού)

Όνομα εγγυητή: _____

Διεύθυνση: _____

Πόλη: _____ Πολιτεία: _____ Τ.Κ.: _____

Τηλέφωνο οικίας εγγυητή: _____ Κινητό: _____

Τόπος εργασίας: _____ Τηλέφωνο εργασίας εγγυητή: _____

Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης: (τελευταία τέσσερα ψηφία): _____

Αριθμός εξαρτώμενων ατόμων για τα οποία είστε οικονομικά υπεύθυνος/η (συμπεριλάβετε και τον εαυτό σας): _____

Βεβαιώνω ότι έχω διαβάσει πλήρως την αίτηση αυτή και ότι όλες οι πληροφορίες που παρέχονται στο παρόν έντυπο είναι αληθείς, ορθές και πλήρεις, εξ όσων δύναμαι, γνωρίζω και πιστεύω.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ (ΕΓΓΥΗΤΗΣ)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Για την επεξεργασία της αίτησής σας, πρέπει να παρέχονται και οι ακόλουθες πληροφορίες μαζί με το παρόν έντυπο.

- Οι πιο πρόσφατες υποβληθείσες φορολογικές δηλώσεις στο IRS (1040) και οποιαδήποτε παραρτήματα, π.χ.: C, D, E, F
- Τα τέσσερα (4) πιο πρόσφατα εκκαθαριστικά αποδεικτικά μισθοδοσίας
- Τα τέσσερα (4) πιο πρόσφατα εκκαθαριστικά τραπεζικών λογαριασμών (Συμπεριλάβετε τα στοιχεία τόσο από τους τρεχούμενους λογαριασμούς όσο και από τους λογαριασμούς ταμειευτηρίου)
- Καθορισμός εισοδήματος κοινωνικής ασφάλισης
- Εισόδημα VA (Veterans Affairs)
- Εισόδημα από επίδομα ανεργίας
- Εισόδημα από σύνταξη
- Επιβεβαίωση διανομής από διακανονισμούς περιουσιών ή υποχρεώσεων
- Ειδοποίηση προσδιορισμού Medical Assistance ή του νόμου περί οικονομικά προσιτής περίθαλψης (Affordable Care Act, ACA)
- Απόδειξη υπηκοότητας ή νόμιμου καθεστώτος μόνιμης διαμονής (πράσινη κάρτα)
- Εάν το νοικοκυριό δεν διαθέτει κανένα εισόδημα, επιστολή από το/τα άτομο/α που βοηθάει/ούν με τα έξοδα διαβίωσης
- Απόδειξη όλων των άλλων εισοδημάτων που είχατε κατά το τρέχον έτος

Αποστείλετε ταχυδρομικά τη συμπληρωμένη αίτηση στην εξής διεύθυνση:

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