

需要财务援助的患者

宾州州立卫生署社区医疗集团的使命是为所有患者及其家属提供优质的服务，并以此为豪。如果您在支付医疗费用方面有任何问题，我们或许能帮到您。

我们根据收入、家庭人数和资产提供适用于医疗必要性服务和急诊服务的财务援助。无资格获得财务援助的未参保患者为其照护服务支付的费用将不会超过普通医保患者通常支付的费用。

如何申请：

填写财务援助申请表（本函背面）并附上下列文件（如适用）：

- 最近提交的联邦所得税申报表
- 最近四 (4) 份工资单
- 最近四 (4) 份银行对账单
- 社会安全收入确定书
- 失业收入
- 养老金收入
- 遗产或债务清算分配确认书（在产权或诉讼最终解决之前不予考虑财务援助）
- 医疗援助或健康保险市场确定书
- 公民身份证明或合法永久居留身份证明（绿卡）
- 来自生活费资助人的信件（如无家庭收入）
- **PSHCMG** 充分审查财务援助申请表以确定财务援助申请资格所需的任何其他信息。

请访问我们的网站（网址：www.medgroup.pennstatehealth.org），以获得我们的财务援助政策及其他财务援助申请表。有关文档已翻译成多种语言版本，您可从网站上下载或从提供者的办公室获得。如已做出财务援助资格方面的决定，有关人员将通过电话或信函方式通知所有申请人。

致电 717-947-7021 即可联系患者财务服务部人员。有关人员将耐心解答您的问题并对其保密。

此致

患者财务服务部

财务援助申请表

患者信息:

患者姓名: _____ 患者编号: _____

患者姓名: _____ 患者编号: _____

患者姓名: _____ 患者编号: _____

保证人信息: (负责支付此账单的人员)

保证人姓名: _____ 保证人住宅电话: _____

手机号码: _____ 街道地址: _____

市: _____ 州: _____ 邮编: _____

工作地点: _____ 保证人办公电话: _____

社会安全号码: 保证人: _____ 配偶: _____

由您提供财务支持的家属人数 (包括自己): _____

兹证明, 本人已全面阅读此申请表, 并尽我的能力、知识和信念保证此表中提供的所有信息准确、属实、完整。

签名 (保证人)

日期

*** 为便于处理您的申请表, 您必须随此表一同返回下列信息 (如适用) ****

- 最近提交的 IRS 纳税申报表 (1040) 及附表 C、附表 D、附表 E、附表 F 等任何附表
- 最近四 (4) 份工资单
- 最近四 (4) 份银行对账单 (请分别注明支票账户和储蓄账户的信息)
- 社会安全收入确定书
- 失业收入
- 养老金收入
- 遗产或债务清算分配确认书
- 医疗援助或 ACA (平价医疗法案) 确定通知
- 公民身份证明或合法永久居留身份证明 (绿卡)
- 来自生活费资助人的信件 (如无家庭收入)
- 本年度收到的所有其他收入证明 (示例包括 401K、IRA 账户、证券账户等)

填好的申请表应邮寄至 **Penn State Health Community Medical Group, ATTN: Self-pay Collections, PO Box 448, East Petersburg, PA 17520-0448**