



Pacijenti kojima je potrebna financijska pomoć

Organizacija Penn State Health Community Medical Group ponosna je na svoja nastojanja da svim svojim pacijentima i njihovim obiteljima pruži kvalitetnu uslugu. Ako Vam plaćanje medicinskih troškova predstavlja problem, možda bismo Vam mi mogli pomoći.

Mi pružamo financijsku pomoć na temelju dohotka, veličine obitelji i imovine za medicinski nužne i hitne usluge. Neosiguranim pacijentima koji ne ispunjavaju uvjete za financijsku pomoć neće biti naplaćeno više nego što obično plaćaju osigurani pacijenti.

Kako se prijaviti:

Ispuniti zahtjev za financijsku pomoć (na poleđini ovog pisma) i priložiti dokumente navedene u nastavku (ako je primjenjivo):

- Zadnja podnesena savezna prijava za povrat poreza
- Zadnje četiri (4) platne liste
- Zadnja četiri (4) bankovna izvješća
- Utvrđivanje dohotka po socijalnom osiguranju
- Dohodak za nezaposlene
- Dohodak od mirovine
- Potvrda distribucije od nagodbi za nekretnine ili odgovornost (Financijska pomoć neće se razmatrati do konačne nagodbe za nekretnine ili završetka parnice)
- Utvrđivanje medicinske pomoći ili zdravstvenog osiguranja
- Dokaz o državljanstvu ili statusu trajnog boravka (zelena karta)
- Ako kućanstvo nema prihode, pismo osobe (osoba) koja pomaže u troškovima života
- Sve druge informacije koje organizacija PSHCMG zatraži kako bi pravilno pregledala zahtjev za financijsku pomoć i utvrdila kvalificiranost za Financijsku pomoć.

Posjetite našu internetsku stranicu: www.medgroup.pennstatehealth.org kako biste pristupili Pravilniku o dodjeli financijske pomoći i drugim zahtjevima za financijsku pomoć. Dokumenti su prevedeni na različite jezike te su dostupni na internetskoj stranici ili u prostorijama Vašeg pružatelja zdravstvenih usluga. Sve osobe koje su poslale zahtjev bit će obaviještene putem telefonskog poziva ili pisanim putem o odluci po pitanju kvalificiranosti za financijsku pomoć.

Osoblje Financijskih usluga za pacijente dostupno je na broju telefona 717-947-7021. S Vašim ćemo upitom postupati pažljivo i povjerljivo.

Hvala Vam,
Financijske usluge za pacijente

Zahtjev za financijsku pomoć

PODACI O PACIJENTU:

Ime i prezime pacijenta: _____ Broj pacijenta: _____

Ime i prezime pacijenta: _____ Broj pacijenta: _____

Ime i prezime pacijenta: _____ Broj pacijenta: _____

PODACI O JAMCU: (Osoba odgovorna za plaćanje ovog računa)

Ime i prezime jamca: _____ Kućni telefonski broj jamca: _____

Broj mobilnog telefona: _____ Adresa: _____

Grad: _____ Savezna država: _____ Poštanski broj: _____

Radno mjesto: _____ Poslovni telefonski broj jamca: _____

Brojevi socijalnog osiguranja: Jamac: _____ Supružnik/ca: _____

Broj članova kućanstva za koje ste financijski odgovorni (uključujući sebe): _____

Potvrđujem da sam u cijelosti pročitao/la zahtjev i da su informacije koje sam naveo/la prema mojem najboljem znanju i uvjerenju istinite, točne i cjelovite.

POTPIS (JAMAC)

DATUM

*** Kako bismo obradili Vaš zahtjev, morate nam uz ovaj obrazac dostaviti i sljedeće informacije (ako je primjenjivo) ****

- Zadnji predani porezi obrazac (IRS Tax Form 1040) s priložima, npr.: C, D, E, F
- Četiri (4) zadnje platne liste
- Četiri (4) najnovija bankovna izvotka (s podacima za tekući i štedni račun)
- Utvrđivanje dohotka po socijalnom osiguranju
- Dohodak za nezaposlene
- Dohodak od mirovine
- Potvrda distribucije od nagodbi za nekretnine ili odgovornost
- Utvrđivanje medicinske pomoći ili prava na zdravstveno osiguranje u skladu sa zakonom o dostupnoj skrbi (ACA)
- Dokaz o državljanstvu ili statusu trajnog boravka (zelena karta)
- Ako kućanstvo nema prihode, pismo osobe (osoba) koja pomaže u troškovima života
- Dokaz o svim drugim prihodima ostvarenim u tekućoj godini (primjerice 401K, osobni mirovinski račun (IRA), brokerski računi itd.)

Ispunjene zahtjeve treba poslati na adresu Penn State Health Community Medical Group, ATTN: Self-pay Collections, PO Box 448, East Petersburg, PA 17520-0448.