



### Pacientes que necesitan ayuda financiera

El Penn State Health Community Medical Group se enorgullece de su misión de brindar un excelente servicio a todos nuestros pacientes y a sus familias. Si le preocupa el pago de su factura de atención médica, quizás podamos ayudarlo.

Brindamos ayuda financiera para recibir servicios médicamente necesarios y de emergencia en función de los ingresos, el tamaño de la familia y los activos. A los pacientes sin seguro médico que no sean elegibles para recibir ayuda financiera no se les cobrará más que los montos generalmente facturados a aquellos pacientes que cuentan con seguro médico.

#### Cómo presentar la solicitud:

Complete una solicitud de ayuda financiera (vea el reverso de esta carta) y adjunte la siguiente documentación (si corresponde):

- última declaración presentada de impuestos federales sobre la renta;
- últimos cuatro (4) recibos de sueldo;
- últimos cuatro (4) estados de cuenta bancarios;
- determinación de ingresos del Seguro Social;
- ingresos por desempleo;
- ingresos de jubilación;
- confirmación de distribución de las liquidaciones de herencias o deudas (la ayuda financiera no se considerará hasta la liquidación final de la herencia o del litigio);
- determinación de asistencia médica o del Mercado de seguro médico;
- comprobante de ciudadanía o de estado de residencia permanente legal (tarjeta de residencia);
- carta por parte de la(s) persona(s) que está(n) ayudando a pagar los gastos de subsistencia si el grupo familiar no tiene ingresos;
- toda información que PSHCMG solicite para revisar adecuadamente la solicitud de ayuda financiera y determinar si el paciente reúne o no los requisitos para recibir ayuda financiera.

Visite nuestro sitio web, [www.medgroup.pennstatehealth.org](http://www.medgroup.pennstatehealth.org), para acceder a nuestra Política de ayuda financiera y a las solicitudes adicionales de ayuda financiera. Los documentos se encuentran traducidos a varios idiomas y pueden obtener en el sitio web o en persona en la oficina del proveedor. Todos los solicitantes serán notificados por teléfono o mediante una carta cuando se tome una determinación respecto de la elegibilidad para la ayuda financiera.

El personal de Patient Financial Services (Servicios Financieros para Pacientes) está disponible por teléfono llamando al 717-947-7021. Sus preguntas se abordarán con gentileza y confidencialidad.

Gracias.

Patient Financial Services

## Solicitud de ayuda financiera

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Número de paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Número de paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Número de paciente: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL GARANTE: *(Persona responsable del pago de esta factura)*

Nombre del garante: \_\_\_\_\_ Teléfono particular del garante: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral del garante: \_\_\_\_\_

Números de Seguro Social: Garante: \_\_\_\_\_ Cónyuge: \_\_\_\_\_

Número de dependientes de quienes usted es financieramente responsable (incluso usted mismo): \_\_\_\_\_

Certifico que he leído esta solicitud en su totalidad y que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta, y está completa en la medida de mis capacidades y a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
FIRMA (GARANTE)

\_\_\_\_\_  
FECHA

**\*\* Para que su solicitud sea procesada, se debe enviar la siguiente información (si corresponde) junto con este formulario. \*\***

- Últimos formularios de impuestos (1040) del IRS (Servicio de Impuestos Internos) presentados y todos los cronogramas, p. ej.: C, D, E, F
- Últimos cuatro (4) recibos de sueldo
- Últimos cuatro (4) estados de cuenta bancarios (incluya información sobre las cuentas corrientes y las cajas de ahorros)
- Determinación de ingresos del Seguro Social
- Ingresos por desempleo
- Ingresos de jubilación
- Confirmación de distribución de las liquidaciones de herencias o deudas
- Asistencia médica o aviso de determinación conforme a ACA (Ley de Atención Médica Asequible)
- Comprobante de ciudadanía o de estado de residencia permanente legal (tarjeta de residencia)
- Carta por parte de la(s) persona(s) que está(n) ayudando a pagar los gastos de subsistencia si el grupo familiar no tiene ingresos
- Prueba de todos los demás ingresos recibidos este año (por ejemplo, las cuentas 401K, las IRA [cuentas individuales de jubilación], las cuentas de corretaje, etc.)

**Las solicitudes completas deben enviarse por correo a Penn State Health Community Medical Group, ATTN: Self-pay Collections, PO Box 448, East Petersburg, PA 17520-0448.**