



Patients nécessitant une aide financière

Le Penn State Health Community Medical Group est fier de sa mission qui consiste à fournir un excellent service à tous nos patients et leurs familles. Si le paiement de vos factures médicales vous préoccupe, nous pouvons peut-être vous aider.

Nous offrons une aide financière fondée sur les revenus, la taille du foyer et les biens pour les services nécessaires du point de vue médical et de première urgence. Les patients non assurés qui ne sont pas admissibles à une aide financière ne seront pas facturés plus que les montants facturés généralement aux patients assurés.

Comment présenter une demande :

Remplissez une demande d'aide financière (au dos de cette lettre) et joignez les documents ci-dessous (le cas échéant) :

- Déclaration de revenus fédérale la plus récente
- Quatre (4) fiches de paie les plus récentes
- Quatre (4) relevés bancaires les plus récents
- Calcul des allocations sociales
- Indemnités de chômage
- Prestations de retraite
- Confirmation de distribution de règlements de successions ou de passifs (l'Aide financière ne sera pas envisagée avant le règlement final de la succession ou des litiges)
- Calcul de l'Assistance médicale ou de la Bourse des assurances maladie
- Preuve de citoyenneté ou titre de résidence légale permanente (carte verte)
- Si le foyer n'a pas de revenus, lettre de la ou des personnes qui contribuent aux dépenses de subsistance
- Toutes autres informations demandées par le PSHCMG pour examiner de façon appropriée la demande d'aide financière afin de déterminer l'admissibilité à l'aide financière.

Veillez visiter notre site internet : www.medgroup.pennstatehealth.org pour consulter notre Politique d'aide financière et accéder à des demandes d'aide financière supplémentaires. Les documents sont traduits dans plusieurs langues et sont disponibles sur le site internet ou en personne au cabinet de votre prestataire. Tous les demandeurs seront notifiés par téléphone ou par courrier une fois qu'une décision a été prise concernant leur admissibilité pour l'aide financière.

Vous pouvez joindre le personnel des services financiers au patient par téléphone au 717-947-7021. Vos questions seront traitées avec courtoisie et de façon confidentielle.

Merci

Patient Financial Services (Services financiers aux patients)

Demande d'aide financière

INFORMATIONS SUR LE PATIENT :

Nom du patient : _____ Numéro du patient : _____

Nom du patient : _____ Numéro du patient : _____

Nom du patient : _____ Numéro du patient : _____

INFORMATIONS SUR LE GARANT : *(personne responsable du paiement de cette facture)*

Nom du garant : _____ Téléphone du domicile du garant : _____

Téléphone portable : _____ Adresse postale : _____

Ville : _____ État : _____ CP : _____

Lieu de travail : _____ Téléphone au travail du garant : _____

Numéro de sécurité sociale : Garant : _____ Conjoint : _____

Nombre de dépendants dont vous êtes financièrement responsable (y compris vous-même) : _____

Je certifie avoir lu intégralement cette demande et qu'à ma connaissance, toutes les informations indiquées dans ce formulaire sont véridiques, correctes et complètes.

SIGNATURE (GARANT)

DATE

**** Pour que votre demande soit traitée, les informations suivantes (le cas échéant) doivent être jointes à ce formulaire. *****

- Formulaires fiscaux IRS (1040) les plus récents accompagnés des annexes, par exemple : C, D, E, F
- Quatre (4) fiches de paie les plus récentes
- Quatre (4) relevés bancaires les plus récents (veuillez joindre les informations sur votre compte courant et votre compte d'épargne)
- Calcul des allocations sociales
- Indemnités de chômage
- Prestations de retraite
- Confirmation de distribution de règlements de successions ou de passifs
- Assistance médicale ou avis de détermination de l'ACA
- Preuve de citoyenneté ou titre de résidence légale permanente (carte verte)
- Si le foyer n'a pas de revenus, lettre de la ou des personnes qui contribuent aux dépenses de subsistance
- Preuve de tout autre revenu reçu au cours de l'année (par exemple, plans 401K, comptes IRA, comptes de courtage, etc.)

Les demandes dûment remplies doivent être envoyées au Penn State Health Community Medical Group, à l'attention de : Self-pay Collections, PO Box 448, East Petersburg, PA 17520-0448.