



Ασθενείς που χρειάζονται Οικονομική Βοήθεια

Το Penn State Health Community Medical Group είναι υπερήφανο για την αποστολή του να παρέχει άριστη εξυπηρέτηση σε όλους τους ασθενείς μας και τις οικογένειές τους. Εάν δυσκολεύεστε να καλύψετε τα ιατρικά σας έξοδα, ενδεχομένως να είμαστε σε θέση να σας βοηθήσουμε.

Παρέχουμε οικονομική βοήθεια με βάση το εισόδημα, το μέγεθος της οικογένειας και τα περιουσιακά στοιχεία σας για ιατρικά απαραίτητες και επείγουσες υπηρεσίες. Οι ανασφάλιστοι ασθενείς που δεν πληρούν τα κριτήρια για οικονομική βοήθεια δεν χρεώνονται περισσότερο από τα ποσά που γενικά χρεώνονται στους ασθενείς με ασφάλιση.

Πώς να υποβάλετε αίτηση:

Συμπληρώστε μια Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας (στην πίσω όψη αυτής της επιστολής) και επισυνάψτε τα παρακάτω έγγραφα (εάν υπάρχουν):

- Πιο πρόσφατα υποβληθείσα Ομοσπονδιακή Φορολογική Δήλωση Εισοδήματος
- Τέσσερα (4) πιο πρόσφατα στελέχη πληρωμής
- Τέσσερις (4) πιο πρόσφατες τραπεζικές δηλώσεις
- Καθορισμός Εισοδήματος Κοινωνικής Ασφάλισης
- Εισόδημα από επίδομα ανεργίας
- Εισόδημα από σύνταξη
- Επιβεβαίωση διανομής από περιουσίες ή διακανονισμούς υποχρεώσεων (δεν θα εξετάζεται η παροχή Οικονομικής Βοήθειας έως τον τελικό διακανονισμό της περιουσίας ή την επίλυση των διαφορών)
- Προσδιορισμός Medical Assistance ή Health Insurance Marketplace
- Απόδειξη υπηρετικότητας ή νόμιμου καθεστώτος μόνιμης διαμονής (πράσινη κάρτα)
- Εάν το νοικοκυριό δεν διαθέτει κανένα εισόδημα, επιστολή από το άτομο που βοηθάει με τα έξοδα διαβίωσης
- Οποιαδήποτε άλλη πληροφορία ζητείται από το PSHCMG για την επαρκή αξιολόγηση της αίτησης οικονομικής βοήθειας, προκειμένου να προσδιοριστεί εάν πληρούνται τα κριτήρια για Οικονομική Βοήθεια.

Παρακαλούμε επισκεφθείτε τον ιστότοπό μας στη διεύθυνση:

www.medgroup.pennstatehealth.org όπου θα βρείτε την Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας και πρόσθετες αιτήσεις οικονομικής βοήθειας. Τα έγγραφα είναι μεταφρασμένα σε διάφορες γλώσσες και είναι διαθέσιμα στον ιστότοπο ή στο γραφείο του παρόχου σας. Όλοι οι αιτούντες θα ενημερωθούν τηλεφωνικώς ή με επιστολή όταν αποφασιστεί κατά πόσον πληρούν τα κριτήρια για τη λήψη της οικονομικής βοήθειας.

Μπορείτε να επικοινωνήσετε με το προσωπικό των Οικονομικών Υπηρεσιών Ασθενών στο 717-947-7021. Οι ερωτήσεις σας θα αντιμετωπιστούν με ευπρέπεια και εμπιστευτικότητα.

Σας ευχαριστούμε,
Οικονομικές Υπηρεσίες Ασθενών

Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ:

Όνομα Ασθενή: _____ Αριθμός Ασθενή: _____

Όνομα Ασθενή: _____ Αριθμός Ασθενή: _____

Όνομα Ασθενή: _____ Αριθμός Ασθενή: _____

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

Όνομα εγγυητή: _____ Τηλέφωνο οικίας εγγυητή: _____

Κινητό: _____ Διεύθυνση: _____

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

Τόπος εργασίας: _____ Τηλέφωνο εργασίας εγγυητή: _____

Αριθμοί Κοινωνικής Ασφάλισης: Εγγυητή: _____ Συζύγου: _____

Αριθμός εξαρτώμενων ατόμων για τα οποία είστε οικονομικά υπεύθυνος (συμπεριλαμβανομένου εσάς): _____

Βεβαιώνω ότι έχω διαβάσει πλήρως την αίτηση αυτή και ότι όλες οι πληροφορίες που παρέχονται στο παρόν έντυπο είναι αληθείς, ορθές και πλήρεις με βάση τις ικανότητες, τις γνώσεις και τις πεποιθήσεις μου.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ (ΕΓΓΥΗΤΗ)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

*** Για την επεξεργασία της αίτησής σας, πρέπει να επιστραφούν οι ακόλουθες πληροφορίες (αν υπάρχουν) μαζί με το παρόν έντυπο ****

- Οι πιο πρόσφατες υποβληθείσες φορολογικές δηλώσεις (1040) και οποιαδήποτε παραρτήματα, π.χ.: C, D, E, F
- Τέσσερα (4) πιο πρόσφατα στελέχη πληρωμής
- Τέσσερις (4) πιο πρόσφατες τραπεζικές δηλώσεις (Παρακαλείσθε να συμπεριλάβετε τα στοιχεία τόσο από τους λογαριασμούς όψεως όσο και από τους λογαριασμούς ταμειυτηρίου)
- Καθορισμός Εισοδήματος Κοινωνικής Ασφάλισης
- Εισόδημα από επίδομα ανεργίας
- Εισόδημα από σύνταξη
- Επιβεβαίωση διανομής από περιουσίες ή διακανονισμούς υποχρεώσεων
- Ειδοποίηση Προσδιορισμού Medical Assistance ή ACA
- Απόδειξη υπηκοότητας ή νόμιμου καθεστώτος μόνιμης διαμονής (πράσινη κάρτα)
- Εάν το νοικοκυριό δεν διαθέτει κανένα εισόδημα, επιστολή από το άτομο που βοηθάει με τα έξοδα διαβίωσης
- Παραστατικά όλων των άλλων εσόδων που εισπράχθηκαν κατά το τρέχον έτος (όπως έντυπα 401K, λογαριασμούς IRA, λογαριασμούς χρηματιστηριακών συναλλαγών κ.λπ.)

Οι συμπληρωμένες αιτήσεις πρέπει να αποστέλλονται ταχυδρομικά στο Penn State Health Community Medical Group, υπόψην: Self-pay Collections, PO Box 448, East Petersburg, PA 17520-0448.