



Pazienti che hanno bisogno di sostegno finanziario

Il Penn State Health Community Medical Group è orgoglioso della sua mission che annovera l'offerta di servizi di eccellenza a tutti i propri pazienti e ai rispettivi familiari. Se il pagamento di una prestazione medica è motivo di preoccupazione, siamo in grado di aiutarvi.

Forniamo sostegno finanziario in base a reddito, composizione del nucleo familiare e patrimonio per i servizi necessari dal punto di vista medico e i servizi di emergenza. I pazienti non assicurati che non sono in possesso dei requisiti per il sostegno finanziario non saranno tenuti a pagare altri costi oltre gli importi generalmente addebitati ai pazienti provvisti di copertura assicurativa.

Come richiedere il sostegno finanziario:

Compilare la domanda di richiesta del sostegno finanziario (retro della presente lettera) e allegare la documentazione seguente (se applicabile):

- Ultima dichiarazione federale dei redditi
- Ultimi quattro (4) cedolini di stipendio
- Ultimi quattro (4) estratti conto bancari
- Determinazione del reddito da previdenza sociale
- Reddito da disoccupazione
- Reddito da pensione
- Conferma delle ripartizioni di beni ereditati o di pagamenti per cause civili (il sostegno finanziario non verrà preso in considerazione fino alla risoluzione finale di un patrimonio o di un contenzioso)
- Determinazione dell'assistenza medica o di copertura mediante sistema Health Insurance Marketplace
- Attestato di cittadinanza o di residenza legale a titolo permanente (carta verde)
- Se il nucleo familiare non possiede alcun reddito, dichiarazione scritta della persona o delle persone che collaborano alle spese primarie
- Qualsiasi altra informazione richiesta da PSHCMG per esaminare in maniera adeguata la richiesta di sostegno finanziario al fine di determinarne l'idoneità.

Per consultare la nostra Politica di sostegno finanziario e per scaricare altri moduli di richiesta del sostegno finanziario, visitate il nostro sito Web all'indirizzo www.medgroup.pennstatehealth.org. I documenti sono tradotti in diverse lingue e sono disponibili sul sito Web oppure presso gli uffici dei fornitori di fiducia. Tutti i richiedenti saranno contattati telefonicamente o tramite lettera non appena verrà emessa una determinazione riguardante l'idoneità al sostegno finanziario.

Il personale dei servizi finanziari per i pazienti è disponibile telefonicamente al numero 717-947-7021. Ogni domanda sarà gestita con cortesia e riservatezza.

Grazie,
Servizi finanziari per i pazienti

Richiesta di sostegno finanziario

DATI DEL/LA PAZIENTE:

Nome paziente: _____ Codice paziente: _____

Nome paziente: _____ Codice paziente: _____

Nome paziente: _____ Codice paziente: _____

INFORMAZIONI SUL GARANTE: *(Persona responsabile del pagamento di questa prestazione)*

Nome garante: _____ Tel. abitazione garante: _____

Numero di cellulare: _____ Indirizzo: _____

Città: _____ Stato: _____ CAP: _____

Luogo di impiego: _____ Tel. lavoro garante: _____

Numeri SSN: Garante: _____ Coniuge: _____

Numero di dipendenti di cui si è finanziariamente responsabili (includere se stessi): _____

Certifico di aver letto per intero questa domanda e che, per quanto di mia conoscenza, tutte le informazioni fornite in questo modulo sono veritiere, corrette e complete.

FIRMA (GARANTE)

DATA

**** Per poter elaborare la domanda, allegare a questo modulo le seguenti informazioni (se applicabili)*****

- Ultime dichiarazioni dei redditi IRS (1040) presentate ed eventuali quadri, es.: C, D, E, F
- Ultimi quattro (4) cedolini di stipendio
- Ultimi quattro (4) estratti conto bancari (includere i dati sia di conti correnti sia di conti di risparmio)
- Determinazione del reddito da previdenza sociale
- Reddito da disoccupazione
- Reddito da pensione
- Conferma delle ripartizioni di beni ereditati o di pagamenti per cause civili
- Avviso di determinazione dell'assistenza medica o ACA
- Attestato di cittadinanza o di residenza legale a titolo permanente (carta verde)
- Se il nucleo familiare non possiede alcun reddito, dichiarazione scritta della persona o delle persone che collaborano alle spese primarie
- Prova di ogni altro reddito percepito nell'anno corrente (ad es., 401K, conti IRA, contratti di investimento, etc.)

Le domande compilate andranno spedite per posta a Penn State Health Community Medical Group, ATTN: Self-pay Collections, PO Box 448, East Petersburg, PA 17520-0448.