

需要財務協助* 的患者

Penn State Health Milton S. Hershey Medical Center (賓州衛生部密爾頓赫爾希醫療中心, PSHMSHMC) 以向所有患者與其家屬提供絕佳服務為使命為榮。若您在支付醫療帳單上遇到困難，我們可以協助您。

我們會根據收入、家庭人口數和資產，為有醫療必要性和緊急醫療服務提供財務協助。不符合財務協助資格的未投保患者，其支付的金額不會超過一般有投保患者的一般開列金額。

申請方式：

請填寫財務協助申請書 (此函背面)，並附上下列文件 (如適用)：

- 最近一期申報的聯邦所得退稅單
- 最近四 (4) 筆薪資單
- 最近四 (4) 份銀行對帳單
- 社會安全收入判定
- 失業救濟金收入
- 退休金收入
- 從房地產或負債結算確認分配 (「財務協助」必須等到房地產或訴訟最終結算完成後，才加以考慮)
- 醫療協助或健康保險交易市場判定
- 公民身分或合法永久居民狀態 (綠卡) 的證明
- 如果家庭沒有任何收入，則出具協助其生活開支人士的信函
- PSHMSHMC 要求的任何其他資訊，以充分審查財務協助申請，進而判定是否具備財務協助的資格。

請造訪我們的網站，網址是：<http://hmc.pennstatehealth.org/>，以取得本財務協助政策和其他財務協助申請書。文件已翻譯成數種語言，並可在網站上取得，您也可以親自前往醫療服務提供者的診所索取。當做出申請者財務協助資格判定時，所有申請者都會收到電話或郵件通知。

財務諮詢人員隨時都在 Hershey Medical Center (赫爾希醫療中心) 校園的學術支援大樓內，地址是 90 Hope Drive, 2nd floor, Suite 2106。

也可以透過電話聯絡，電話是 [717-531-1740](tel:717-531-1740) 或 [1-800-254-2619](tel:1-800-254-2619)。您的來電詢問都會收到親切服務，且受到保密。

謝謝您！
財務諮詢

*又稱為《簡明語言摘要》

財務協助申請

患者資訊：

患者姓名：_____ 患者編號：_____

患者姓名：_____ 患者編號：_____

患者姓名：_____ 患者編號：_____

保證人資訊：(負責支付此帳單的人士)

保證人姓名：_____ 保證人住家電話：_____

手機號碼：_____ 街道地址：_____

城市：_____ 州別：_____ 郵遞區號：_____

就業地點：_____ 保證人工作地點電話：_____

社會安全號碼：保證人：_____ 配偶：_____

需要您財務協助的贍養人數 (包括您自己)：_____

本人確認已詳閱此申請書，且據本人所知及所信，所有在此表格中提供的資訊皆屬真實、正確且完整。

簽名 (保證人)

日期

為使您的申請得到進一步處理，下列資訊 (如適用) 必須隨此表格寄回*

- 最近申報的 IRS 報稅表 (1040) 和任一副表，例如：C、D、E、F 副表
- 四 (4) 筆最近的薪水存根
- 四 (4) 份最近的銀行對帳單 (請同時包含支票與儲蓄帳資訊戶)
- 社會安全收入判定
- 失業救濟金收入
- 退休金收入
- 財產或債務結算的分配證明
- 醫療補助或 ACA 裁決通知
- 公民身分或合法永久居民狀態 (綠卡) 的證明
- 如果家庭沒有任何收入，則出具協助其生活開支人士的信函
- 當年度所有其他已收到的收入證明 (例如 401K、個人退休帳戶 (IRA) 帳戶、經紀人帳戶等。)

填寫完成的申請書應郵寄至財務諮詢部 (Financial Counseling Department)，郵寄地址為：PO Box 853, A410, Hershey, PA 17033。