

Ασθενείς που χρειάζονται οικονομική βοήθεια

Το Milton Hershey Medical Center (MSHMC) είναι υπερήφανο για την αποστολή του να παρέχει άριστη εξυπηρέτηση σε όλους τους ασθενείς 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. Το MSHMC δεν θα χρεώσει ούτε τα άτομα που δικαιούνται FAP (Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας) ούτε τα άτομα που δεν δικαιούνται FAP περισσότερο από τα AGB (ποσά συνήθους τιμολόγησης) για επείγουσες ή άλλες ιατρικά απαραίτητες φροντίδες.

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 αποδεικτικά μισθοδοσίας
- Τέσσερα (4) πιο πρόσφατα εκκαθαριστικά τραπεζικών λογαριασμών
- Καθορισμός εισοδήματος κοινωνικής ασφάλισης
- Εισόδημα από επίδομα ανεργίας
- Εισόδημα από σύνταξη
- Επιβεβαίωση διανομής από διακανονισμούς περιουσιών ή υποχρεώσεων (δεν θα εξετάζεται η παροχή οικονομικής βοήθειας έως τον τελικό διακανονισμό της περιουσίας ή της υποχρέωσης)
- Προσδιορισμός των Medical Assistance (Ιατρική βοήθεια) ή Health Insurance Marketplace (Ασφαλιστική αγορά υγείας)
- Απόδειξη υπηκοότητας ή νόμιμου καθεστώτος μόνιμης διαμονής (πράσινη κάρτα)
- Εάν το νοικοκυριό δεν διαθέτει κανένα εισόδημα, επιστολή από το/τα άτομο/-α που βοηθάει/-ούν με τα έξοδα διαβίωσης
- Οποιαδήποτε άλλη πληροφορία ζητείται από το PSHMC για την επαρκή αξιολόγηση της αίτησης οικονομικής βοήθειας, προκειμένου να προσδιοριστεί εάν πληρούνται τα κριτήρια για Οικονομική Βοήθεια.

Επισκεφθείτε τον ιστότοπό μας στη διεύθυνση: www.pennstatehershey.org όπου θα βρείτε την Πολιτική οικονομικής βοήθειας, καθώς και πρόσθετες αιτήσεις οικονομικής βοήθειας. Τα έγγραφα μεταφράζονται σε διάφορες γλώσσες και διατίθενται στον ιστότοπο ή αυτοπροσώπως Όλοι οι αιτούντες θα ενημερωθούν τηλεφωνικώς ή με επιστολή όταν αποφασιστεί κατά πόσον πληρούν τα κριτήρια για τη λήψη της οικονομικής βοήθειας.

Το προσωπικό Χρηματοπιστωτικών Συμβουλών βρίσκεται σε εύκολα προσβάσιμη περιοχή, στην πανεπιστημιούπολη του Ιατρικού Κέντρου, στο Κτίριο Ακαδημαϊκής Υποστήριξης, στη διεύθυνση 90 Hope Drive, δεύτερος όροφος, Σουίτα 2106. Μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας τηλεφωνικά στο **717-531-5069** ή **1-800-254-2619**. Οι ερωτήσεις σας θα αντιμετωπιστούν με ευπρέπεια και εμπιστευτικότητα.

Σας ευχαριστούμε,
Financial Counseling (Τμήμα παροχής οικονομικών συμβουλών)

Αίτηση οικονομικής βοήθειας

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ:

Όνομα ασθενούς: _____ Αριθμός ασθενούς: _____

Όνομα ασθενούς: _____ Αριθμός ασθενούς: _____

Όνομα ασθενούς: _____ Αριθμός ασθενούς: _____

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/-η (συμπεριλάβετε και 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 παρέχονται μαζί με το παρόν έντυπο και οι ακόλουθες πληροφορίες (αν υπάρχουν) ****

- Οι πιο πρόσφατες υποβληθείσες φορολογικές δηλώσεις (1040) και οποιαδήποτε παραρτήματα, π.χ.: C, D, E, F
- Τέσσερα (4) πιο πρόσφατα αποδεικτικά μισθοδοσίας
- Τέσσερα (4) πιο πρόσφατα εκκαθαριστικά τραπεζικών λογαριασμών (Συμπεριλάβετε τα στοιχεία τόσο από τους λογαριασμούς όψεως όσο και από τους λογαριασμούς ταμειευτηρίου)
- Καθορισμός εισοδήματος κοινωνικής ασφάλισης
- Εισόδημα από επίδομα ανεργίας
- Εισόδημα από σύνταξη
- Επιβεβαίωση διανομής από διακανονισμούς περιουσιών ή 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/τα άτομο/-α που βοηθάει/-θούν 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 στη διεύθυνση Financial Counseling Department, PO Box 853, A410, Hershey, PA 17033.