



## 需要金融补助患者

宾夕法尼亚州立大学赫尔歇医疗中心以确实实践对所有患者及其家属提供最佳服务之使命而自豪。如果医疗费用对您来说是一个不小的担忧，我们很可能能为您提供协助。

我们依据患者的收入，家庭人数及接受必要性或是紧急性医疗服务的需求来提供金融补助。无法接受金融补助的未受保患者的医疗费用将不会比一般受保患者的医疗费用多。

### 如何申请：

完整填入金融补助申请件（此信件背面）后附上以下文件（若有的情况下）：

- 最近一期联邦退税单
- 最近 4（四）期薪资单
- 最近 4（四）期银行月结单
- 社会生活安全补助金决议
- 失业救助金
- 退休金
- 地产或是债务所有权确认文件（金融补助申请在所有应付费用付清后方可进行审查）
- 医疗援助或是判决通知
- 国民身份证据或是合法永久居留权证明（绿卡）
- 如果申请人家庭完全没有收入，则附上生活援助人（们）的签名声明
- 其他任何 PSHMC 认为审查金融补助申请件及做出审查决议所需的必要文件

请参访我们的网站：[www.pennstatehershey.org](http://www.pennstatehershey.org) 来阅读我们的金融补助政策和其他金融补助申请。所有文件都已被翻译成许多不同语言并可在线上索取或是亲临索取。

在金融补助资格完成决议后，所有申请人将会收到电话或是信件通知审查结果。

患者金融服务专员平日于宾夕法尼亚州立大学赫尔歇医疗中心的学术支援大楼中为您提供服务，地址为：**90 Hope Drive, 2<sup>nd</sup> floor, Suite 2106**。您另可利用电话咨询，请拨 **717-531-5069** 或是 **1-800-254-2619**。

您的所有问题都将受到谦恭有礼的答复及保密处理。

感谢您，患者金融服务



## 金融补助申请件

### 患者信息：

患者姓名： \_\_\_\_\_ 患者号码： \_\_\_\_\_

患者姓名： \_\_\_\_\_ 患者号码： \_\_\_\_\_

患者姓名： \_\_\_\_\_ 患者号码： \_\_\_\_\_

### 保证人信息： (支付医疗费用的人)

保证人姓名： \_\_\_\_\_ 保证人家用电话： \_\_\_\_\_

手机号码： \_\_\_\_\_ 街道住址： \_\_\_\_\_

城市： \_\_\_\_\_ 州别： \_\_\_\_\_ 邮递区号： \_\_\_\_\_

工作地点： \_\_\_\_\_ 保证人工作电话： \_\_\_\_\_

社会安全号码： 保证人： \_\_\_\_\_ 配偶： \_\_\_\_\_

您提供赡养的人人数（包括自己）： \_\_\_\_\_

我在此声明我已经确实详细阅读此申请件，所有在此表格中提供的信息皆以我本身的能力，知识来说确信为真实，确实及完整的信息。

\_\_\_\_\_  
签名（保证人）

\_\_\_\_\_  
日期

**\* 以下文件（若有的话）必须一并与您的申请件一起附上方能进行审核\***

- € 最近一期联邦税务表格（IRS Tax Forms (1040)）及任何时间表，例如：C, D, E, F
- € 最近 4（四）期薪资单
- € 最近 4（四）期银行月结单（请包含支票账户及储蓄账户）
- € 失业救助金
- € 社会生活安全补助金决议
- € 退休金
- € 本年度中所获得的任何其他收入（例如 401K，IRA 账户，股票交易账户等等）
- € 医疗援助或是 ACA 判决通知
- € 地产或是债务处理所有权确认文件
- € 国民身份证明或是合法永久居留权（绿卡）
- € 若是家庭完全没有收入，则附上生活援助人（们）的签名声明