



## Patients ayant besoin d'assistance financière

Le Centre Hospitalier Penn State Hershey (Penn State Hershey Medical Center) est fier de sa mission qui est de rendre un excellent service à tous nos patients et leurs familles. Si le règlement de vos frais médicaux pose problème, nous serons peut-être en mesure de vous aider. Nous fournissons une assistance financière à des patients recevant de nouveaux services médicalement nécessaires et sur la base des revenus, de la taille de la famille, et des actifs. Les patients qui ne sont pas suffisamment assurés, mais qui ne peuvent prétendre à une aide financière, ne paieront pas de frais plus élevés que ceux que paient généralement les patients ayant une assurance.

### Comment faire une demande

Remplir un formulaire de demande d'Assistance Financière (au dos de cette lettre) et y joindre les documents ci-dessous (le cas échéant)

- déclaration d'impôt sur le revenu la plus récente (Federal Income Tax Return)
- Quatre (4) bulletins de salaire les plus récents
- Quatre (4) relevés de compte les plus récents
- Calcul des revenus selon la Sécurité Sociale (Social Security Income determination)
- Allocation chômage
- Allocation retraite
- Confirmation d'un partage suite à des règlements de succession ou à des règlements de différends (l'assistance financière ne sera pas envisagée avant le règlement final de la succession ou du litige)
- Assistance Médicale (Medical Assistance) ou avis de détermination de l'ACA (ACA Notice of Determination)
- Justificatif de citoyenneté ou de statut de résidence permanente légale (carte verte)
- Si le foyer ne dispose d'aucun revenu brut, une lettre d'individu(s) qui aide(nt) la famille à assurer à ses dépenses courantes
- Toute(s) autre(s) information(s) que PSHMC juge nécessaire(s) pour examiner la demande d'assistance financière, afin de déterminer les conditions requises pour recevoir l'assistance financière.

Veillez consulter notre site Internet à l'adresse suivante [www.pennstatehershey.org](http://www.pennstatehershey.org) pour consulter notre Police d'Assistance Financière (Financial Assistance Policy) ainsi que des formulaires supplémentaires de demande d'assistance financière. Les documents sont traduits dans diverses langues et sont disponibles sur le site Internet ou en personne.

Tous les demandeurs d'assistance financière seront contactés par téléphone ou par courrier quand une décision aura été prise quant au statut de leur demande d'assistance financière.

Le personnel des services financiers aux patients (Patient Financial Services) se trouve bien situé sur le campus du Centre Hospitalier Penn State Hershey (Penn State Hershey Medical Center), Academic Support Building, 90 Hope Drive, 2nd floor, Suite 2106. Joignable par téléphone au 717-531-5069 ou 1-800-254-2619.

Vos questions seront traitées avec courtoisie et confidentialité.

Merci, Les services financiers aux patients (Patient Financial Services)



## Demande d'Aide Financière (Financial Assistance Application)

### INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Numéro du patient : \_\_\_\_\_

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Numéro du patient : \_\_\_\_\_

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Numéro du patient : \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS CONCERNANT LE GARANT (Personne responsable du règlement des frais médicaux)

Nom du garant : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone du garant (domicile) : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone portable : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Lieu de travail : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone du garant (travail) : \_\_\_\_\_

Numéros de sécurité sociale : Garant : \_\_\_\_\_ Époux/épouse : \_\_\_\_\_

Nombres de personnes à charge pour lesquelles vous êtes financièrement responsable (vous inclus/incluse) \_\_\_\_\_

Je certifie que j'ai lu ce formulaire de demande en entier, que les informations indiquées sur ce formulaire ont été soumises au mieux de mes connaissances, et qu'elles sont vraies, exactes et complètes.

---

SIGNATURE (GARANT)

DATE

**\* Pour que votre demande soit passée en revue, les renseignements suivants (le cas échéant) doivent accompagner ce formulaire \*\***

- déclaration d'impôt sur le revenu la plus récente (IRS Tax Forms (1040)) et les formulaires s'y rapportant (schedules), par exemple C,D,E,F
- Quatre (4) bulletins de salaire les plus récents
- Quatre (4) relevés de compte les plus récents (Veuillez inclure les informations sur les deux comptes, le compte courant et le compte d'épargne)
- Allocation chômage
- Calcul des revenus selon la Sécurité Sociale (Social Security Income determination)
- Allocation retraite
- Preuve de tout autre revenu reçu au cours de l'année (par exemple, inclure 401K, comptes IRA, comptes de courtage, etc.)
- Assistance Médicale (Medical Assistance) ou avis de détermination de l'ACA (ACA Notice of Determination)
- Confirmation d'un partage suite à des règlements de succession ou à des règlements de différends
- Justificatif de citoyenneté ou de statut de résidence permanente légale (carte verte)
- Si le foyer ne dispose d'aucun revenu brut, une lettre d'individu(s) qui aide(nt) la famille à assurer à ses dépenses courantes