



Patients nécessitant une aide financière*

Le Penn State Health Community Medical Group (PSHMSHMC) est fier de sa mission qui consiste à fournir un excellent service à tous nos patients et leurs familles. Si le paiement de vos factures médicales vous préoccupe, nous pouvons peut-être vous aider.

Nous offrons une aide financière fondée sur les revenus, la taille du foyer et les biens afin de permettre l'accès aux services nécessaires du point de vue médical et de première urgence. Les patients non assurés, qui ne sont pas admissibles à une aide financière, ne paieront pas de montants supérieurs à ceux généralement facturés aux patients assurés.

Comment déposer une demande :

Remplissez une demande d'aide financière (au dos de cette lettre) et joignez les documents ci-dessous (le cas échéant) :

- Déclaration de revenus fédérale la plus récente
- Quatre (4) fiches de paie les plus récentes
- Quatre (4) relevés bancaires les plus récents
- Calcul des indemnités de Sécurité sociale
- Indemnités de chômage
- Prestations de retraite
- Confirmation de distribution de règlements de successions ou de passifs (l'Aide financière ne sera pas envisagée avant le règlement final de la succession ou des litiges)
- Calcul de l'Assistance médicale ou de la Bourse des assurances maladie
- Preuve de citoyenneté ou titre de résidence légale permanente (carte verte)
- Si le foyer n'a pas de revenus, lettre de la ou des personnes qui contribuent aux dépenses de subsistance
- Toutes autres informations demandées par le PSHMSHMC pour examiner de façon appropriée la demande d'aide financière afin d'en déterminer l'admissibilité du demandeur.

Rendez-vous sur notre site internet : <http://hmc.pennstatehealth.org/> pour consulter notre Politique d'aide financière et accéder à d'autres demandes d'aide financière. Les documents sont traduits dans plusieurs langues et disponibles sur le site internet, ou en personne, au cabinet de votre prestataire. Tous les demandeurs seront notifiés par téléphone ou par courrier de la décision prise concernant leur admissibilité à l'aide financière.

Notre service de conseils financiers est situé sur le campus médical de Hershey à l'adresse suivante : Academic Support Building, 90 Hope Drive, 2nd floor, Suite 2106.

Vous pouvez joindre nos conseillers financiers par téléphone au **717 531 1740** ou au **1 800 254 2619**. Vos questions seront traitées avec courtoisie et de façon confidentielle.

Merci

L'équipe de conseillers financiers

*appelé « résumé vulgarisé »

Demande d'aide financière

INFORMATIONS SUR LE PATIENT :

Nom du patient : _____ Numéro du patient : _____

Nom du patient : _____ Numéro du patient : _____

Nom du patient : _____ Numéro du patient : _____

INFORMATIONS SUR LE GARANT : *(personne responsable du paiement de cette facture)*

Nom du garant : _____ Téléphone fixe du garant : _____

Numéro de portable : _____ Adresse : _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Lieu de travail : _____ Téléphone professionnel du garant : _____

Numéro de Sécurité sociale : Garant : _____ Conjoint : _____

Nombre de personnes à charge pour qui vous êtes financièrement responsable (y compris vous-même) : _____

Je certifie avoir lu intégralement cette demande et qu'à ma connaissance, toutes les informations indiquées sur ce formulaire sont véridiques, correctes et complètes.

SIGNATURE (GARANT)

DATE

*** Pour que votre demande soit traitée, vous devez joindre les justificatifs suivants (le cas échéant) à ce formulaire. ****

- Formulaires fiscaux IRS (1040) les plus récents accompagnés des annexes, par exemple : C, D, E, F
- Quatre (4) fiches de paie les plus récentes
- Quatre (4) relevés bancaires les plus récents (veuillez joindre les informations sur votre compte courant et votre compte d'épargne)
- Calcul des allocations sociales
- Indemnités de chômage
- Prestations de retraite
- Confirmation de distribution de règlements de successions ou de passifs
- Assistance médicale ou avis de détermination de l'ACA
- Preuve de citoyenneté ou titre de résidence légale permanente (carte verte)
- Si le foyer n'a pas de revenus, lettre de la ou des personnes qui contribuent aux dépenses de subsistance
- Preuve de tout autre revenu reçu au cours de l'année (par exemple, plans 401K, comptes IRA, comptes de courtage, etc.)

Les formulaires de demande sont à envoyer à l'adresse suivante : Financial Counseling Department, PO Box 853, A410, Hershey, PA 17033.