



## **Patienten, die finanzielle Unterstützung benötigen\***

Das Penn State Health Milton S. Hershey Medical Center (PSHMSHMC) ist stolz darauf, allen Patienten und ihren Familienangehörigen einen ausgezeichneten Service zu bieten. Wenn Sie Sorgen bezüglich Ihrer Zahlungsfähigkeit haben, können wir Ihnen vielleicht helfen.

Wir gewähren für medizinisch notwendige Dienstleistungen und Notfälle finanzielle Unterstützung in Abhängigkeit verschiedener Faktoren wie Einkommen, Größe der Familie und Vermögen. Patienten ohne Versicherungsschutz, die keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, wird maximal der allgemeine Verrechnungssatz für versicherte Patienten berechnet.

### **Beantragung der Unterstützung:**

Füllen Sie einen Antrag auf finanzielle Unterstützung aus (auf der Rückseite dieses Schreibens) und fügen Sie gegebenenfalls folgende Unterlagen bei:

- Aktueller Einkommensteuerbescheid
- Die letzten vier (4) Gehaltsabrechnungen
- Die letzten vier (4) Kontoauszüge
- Einkommensfeststellung für die Sozialversicherung
- Erträge bei Nichtbeschäftigung
- Pensionseinnahmen
- Bestätigung über Ausschüttungen von Nachlässen oder Verbindlichkeiten (Finanzielle Unterstützung kommt nicht in Betracht, bis eventuelle Nachlässe geregelt oder Rechtsstreitigkeiten vollständig beigelegt sind.)
- Feststellung medizinischer Unterstützung oder des Health Insurance Marketplace
- Nachweis über die Staatsbürgerschaft oder den rechtmäßigen dauerhaften Aufenthaltsstatus (Green Card)
- Wenn der Haushalt über kein Einkommen verfügt: Schreiben von Personen, die den Haushalt bei den Lebenshaltungskosten unterstützen
- Alle weiteren von PSHMSHMC angeforderten Informationen, um den Antrag auf finanzielle Unterstützung angemessen zu prüfen und festzustellen, ob der Patient Anspruch auf die finanzielle Unterstützung hat

Bitte besuchen Sie unsere Website unter: <http://hmc.pennstatehealth.org/>, um auf unsere Richtlinie zur finanziellen Unterstützung und zusätzliche Anträge auf finanzielle Unterstützung zuzugreifen. Die Dokumente sind in verschiedenen Sprachen verfügbar und sowohl auf der Website als auch über Ihren Gesundheitsdienstleister erhältlich. Die Antragsteller werden telefonisch oder postalisch benachrichtigt, sobald über ihren Anspruch auf finanzielle Unterstützung entschieden wurde.

Unsere für das Financial Counseling zuständigen Mitarbeiter befinden sich an folgendem Standort: Hershey Medical Center Campus, Academic Support Building, 90 Hope Drive, 2<sup>nd</sup> Floor, Suite 2106.

Sie sind telefonisch erreichbar unter der Nummer [717-531-1740](tel:717-531-1740) oder [1-800-254-2619](tel:1-800-254-2619). Ihre Fragen werden stets zuvorkommend und vertraulich behandelt.

Vielen Dank

Zahlungsberater (Financial Counselor)

\*die „Zusammenfassung in leicht verständlicher Sprache“

## Antrag auf finanzielle Unterstützung

### DATEN ZUM PATIENTEN:

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Patientennummer: \_\_\_\_\_

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Patientennummer: \_\_\_\_\_

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Patientennummer: \_\_\_\_\_

### DATEN ZUM VERANTWORTLICHEN: *(für die Zahlung dieser Rechnung verantwortliche Person)*

Name des Verantwortlichen: \_\_\_\_\_ Telefon Verantw. (Festnetz): \_\_\_\_\_

Telefon (mobil): \_\_\_\_\_ Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Staat: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Telefon Verantw. (Arbeit): \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer: Verantwortlicher: \_\_\_\_\_ Ehepartner: \_\_\_\_\_

Anzahl der Angehörigen, für die Sie finanziell verantwortlich sind (einschl. Ihrer selbst): \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass ich diesen Antrag vollständig gelesen habe und dass alle darin angegebenen Informationen nach meinem besten Wissen und Gewissen wahr, korrekt und vollständig sind.

---

UNTERSCHRIFT (VERANTWORTLICHER)

DATUM

***\*Damit Ihr Antrag bearbeitet werden kann, sind gegebenenfalls folgende Informationen mit diesem Formular einzureichen \*\****

- Die zuletzt eingereichten IRS-Steuerformulare (1040) mit allen Anhängen, z. B. C, D, E, F
- Die letzten vier (4) Gehaltsabrechnungen
- Die letzten vier (4) Kontoauszüge (sowohl Giro- als auch Sparkonten)
- Einkommensfeststellung für die Sozialversicherung
- Erträge bei Nichtbeschäftigung
- Pensionseinnahmen
- Bestätigung über Ausschüttungen von Nachlässen oder Verbindlichkeiten
- Medizinische Unterstützung oder ACA-Feststellungsbescheid
- Nachweis über die Staatsbürgerschaft oder den rechtmäßigen dauerhaften Aufenthaltsstatus (Green Card)
- Wenn der Haushalt über kein Einkommen verfügt: Schreiben von Personen, die den Haushalt bei den Lebenshaltungskosten unterstützen
- Nachweis aller sonstigen im laufenden Jahr erhaltenen Einkünfte (zum Beispiel 401K-Konten, IRA-Konten, Maklerkonten usw.)

**Ausgefüllte Anträge bitte an folgende Stelle senden: Financial Counseling Department, PO Box 853, A410, Hershey, PA 17033.**