

## Những Bệnh Nhân Cần Hỗ Trợ Tài Chính

Penn State Health (PSH) tự hào với sứ mệnh cung cấp dịch vụ xuất sắc cho tất cả các bệnh nhân và gia đình của họ. Nếu quý vị có quan ngại về việc thanh toán hóa đơn y tế, PSH cung cấp hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân đủ điều kiện không có bảo hiểm và được bảo hiểm dưới mức.

Chúng tôi cung cấp hỗ trợ tài chính dựa trên thu nhập, số người trong gia đình và tài sản của gia đình đối với các dịch vụ cần thiết về mặt y tế và cấp cứu. PSH sẽ không tính phí nhiều hơn số tiền thường được lập hóa đơn (AGB) cho dịch vụ cấp cứu hoặc chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác đối với các cá nhân không hội đủ điều kiện của Chương Trình Trợ Cấp Tài Chính (FAP) hoặc hội đủ điều kiện FAP và không có bảo hiểm.

### Cách thức nộp đơn:

Hoàn thành Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính (ở mặt sau của thư này) và nộp kèm các giấy tờ dưới đây (nếu áp dụng):

- Tờ khai Hoàn Thuế Thu Nhập Liên Bang đã nộp gần đây nhất
- Bốn (4) phiếu lương mới nhất
- Bốn (4) sao kê tài khoản thanh toán và tài khoản tiết kiệm tại ngân hàng
- Quyết Định Thu Nhập An Sinh Xã Hội
- Thu nhập cựu chiến binh (Veterans Affairs, VA)
- Thu nhập thất nghiệp
- Thu nhập từ hưu trí
- Xác nhận phân phối từ các khoản dàn xếp về tài sản hoặc nợ (Hỗ Trợ Tài Chính sẽ không được xem xét cho đến khi đã dàn xếp xong tài sản hoặc nợ cuối cùng)
- Quyết Định Trợ Cấp Y Tế hoặc Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế
- Bằng chứng công dân hoặc tình trạng thường trú nhân hợp pháp (thẻ xanh)
- Nếu hộ gia đình không có thu nhập, thư từ (những) người đang hỗ trợ các khoản chi phí sinh hoạt
- Bất kỳ thông tin nào khác mà PSH yêu cầu để duyệt xét đơn xin hỗ trợ tài chính một cách thỏa đáng nhằm xác định điều kiện được Hỗ Trợ Tài Chính.

Vui lòng truy cập trang web của chúng tôi theo địa chỉ: <https://www.pennstatehealth.org/financial-assistance> để xem Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính của chúng tôi và đơn xin hỗ trợ tài chính bổ sung. Các tài liệu được dịch ra nhiều ngôn ngữ và có sẵn trên trang web hoặc được cung cấp trực tiếp. Tất cả những người nộp đơn sẽ được thông báo qua điện thoại hoặc bằng thư khi quyết định liên quan đến điều kiện nhận hỗ trợ tài chính của họ được đưa ra.

Nhân viên Tư Vấn Tài Chính sẵn sàng hỗ trợ qua điện thoại, **từ 8:00 sáng đến 4:30 chiều từ Thứ Hai đến Thứ Sáu.**

Các thắc mắc của quý vị sẽ được xử lý một cách lịch sự và bảo mật.

Penn State Health Milton S. Hershey Medical Center, Lancaster Medical Center và Community Medical Groups	717-531-1740 hoặc 1-800-254-2619
Hampden Medical Center	717-981-1311 hoặc 1-800-254-2619
Holy Spirit Medical Center và Pennsylvania Psychiatric Institute	717-763-2885 hoặc 1-800-254-2619
St. Joseph Medical Center	610-378-2277 hoặc 1-800-254-2619
Life Lion LLC	717-763-2108

Xin cảm ơn quý vị!

Penn State Health, Bộ Phận Tư Vấn Tài Chính

## Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính

### ĐỊA ĐIỂM CUNG CẤP DỊCH VỤ:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hershey Medical Center   | <input type="checkbox"/> Community Medical Group            | <input type="checkbox"/> St. Joseph Medical Center |
| <input type="checkbox"/> Holy Spirit Hospital     | <input type="checkbox"/> Penn State Health Life Lion, LLC   | <input type="checkbox"/> Hampden Medical Center    |
| <input type="checkbox"/> Lancaster Medical Center | <input type="checkbox"/> Pennsylvania Psychiatric Institute |  |

### THÔNG TIN BỆNH NHÂN:

Tên Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_ Mã Số Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_  
Tên Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_ Mã Số Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_  
Tên Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_ Mã Số Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_

### THÔNG TIN VỀ NGƯỜI BẢO LÃNH: (Người Chịu Trách Nhiệm thanh toán hóa đơn này)

Tên Người Bảo Lãnh: \_\_\_\_\_  
Địa Chỉ Đường Phố: \_\_\_\_\_  
Thành Phố: \_\_\_\_\_ Tiểu Bang: \_\_\_\_\_ Mã Zip: \_\_\_\_\_  
Điện Thoại Nhà của Người Bảo Lãnh: \_\_\_\_\_ Điện thoại Di động: \_\_\_\_\_  
Cơ Quan: \_\_\_\_\_ Điện Thoại Cơ Quan của Người Bảo Lãnh: \_\_\_\_\_  
Số An Sinh Xã Hội: (bốn chữ số cuối): \_\_\_\_\_  
Số người phụ thuộc mà quý vị chịu trách nhiệm về tài chính (bao gồm cả bản thân quý vị): \_\_\_\_\_

**Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc hết đơn đăng ký này và mọi thông tin được cung cấp trên đơn này là đúng sự thực, chính xác và hoàn chỉnh theo khả năng, sự hiểu biết và niềm tin tốt nhất của tôi.**

CHỮ KÝ (NGƯỜI BẢO LÃNH)

NGÀY

**Để đơn xin hỗ trợ của quý vị được xử lý, quý vị phải gửi kèm những thông tin sau cùng với đơn này.**

- Tờ Khai Thuế của Sở Thuế Vụ (Internal Revenue Service, IRS) (1040) đã nộp gần đây nhất và mọi phụ lục đi kèm, ví dụ: C, D, E, F
- Bốn (4) phiếu lương gần nhất
- Bốn (4) sao kê ngân hàng gần nhất (Vui lòng bao gồm thông tin từ cả tài khoản Séc và tài khoản Tiết Kiệm)
- Quyết Định Thu Nhập An Sinh Xã Hội
- Thu nhập VA
- Thu nhập thất nghiệp
- Thu nhập từ hưu trí
- Xác nhận phân bổ từ các dàn xếp về tài sản hoặc trách nhiệm pháp lý
- Thông Báo về Quyết Định Trợ Cấp Y Tế hoặc Đạo Luật Chăm Sóc Sức Khỏe Hợp Túi Tiền (Affordable Care Act, ACA)
- Bằng chứng công dân hoặc tình trạng thường trú nhân hợp pháp (thẻ xanh)
- Nếu hộ gia đình không có thu nhập, thư của (những) người đang hỗ trợ các khoản chi phí sinh hoạt
- Bằng chứng về tất cả thu nhập khác đã nhận trong năm nay

**Vui lòng gửi đơn xin hỗ trợ đã được điền hoàn chỉnh qua đường bưu điện đến:**

**Penn State Health Financial Counseling**  
**P. O. Box 853 CA-510**  
**Hershey, PA 17033**