

الیکھنی بیلٹھ نیٹ ورک (AHN) درج ذیل مريضوں کے لیے طبی طور پر ضروری خدمات کے لیے AHN بل کو کم کر سکتا ہے یا معاف کر سکتا ہے :

- جس کے پاس کوئی طبی بیمه نہیں ہے یا محدود بیمه ہے
- جس کے میڈیکیڈ کو نامنظور کر دیا گیا
- جو ریاستہائے متعدد کے شہری ہیں
- جو AHN مالی تعاون کی درخواست پر مالی ضروریات کا اظہار کریں

مريضوں کو ان کے AHN بلوں کی ادائیگی میں مدد کے لیے ادائیگی سے متعلق منصوبے بھی دستیاب ہو سکتے ہیں۔

مريض یا ضمانت دار یا نمائندہ کو لازمی طور پر AHN بل موصول ہونے کے 240 دنوں کے اندر مالی تعاون کے لیے درخواست دینی چاہئے۔ درخواست دینے کے لیے:

- ہر ایک مريض کے لیے AHN مالی تعاون کی درخواست حاصل کریں۔
- فارم موصول ہونے سے 30 دنوں کے اندر ہر ایک مريض کی درخواست مکمل کریں۔
- ضروری آمدنی کے ثبوت کی کاپیاں بنائیں (ذیل کی فہرست دیکھیں)۔
- دستخط کردہ درخواست اور آمدنی کے ثبوت کی کاپیاں درج ذیل پتہ پر بھیجنیں:

برائے بل منجانب:

Allegheny General Hospital
Allegheny Valley Hospital
Canonsburg Hospital
Forbes Hospital
Jefferson Hospital
Saint Vincent Hospital

AHN Revenue Cycle Operations
Customer Care Center
4 Allegheny Center, 4th floor
Pittsburgh, PA 15212

Saint Vincent Hospital
West Penn Hospital
Westfield Memorial Hospital
Allegheny Health Network

آمدنی کے ثبوت کے دستاویزات:

درخواست کے ساتھ ان دستاویزات کی کاپیاں منسلک کریں (دستاویزات واپس نہیں ہوں گے):

- گزشتہ سال کے فیڈل ٹیکس فارم (IRS1040)، وغیرہ کی کاپیاں
- بینک اکاؤنٹس کے لیے، حالیہ ترین اسٹیمینٹ کے سبھی صفحات کی کاپیاں
- سرمایہ کاری سے متعلق اکاؤنٹس کے لیے، حالیہ ترین اسٹیمینٹ کے سبھی صفحات کی کاپیاں
- اجرتوں کے لیے، تنخواہ کے رسید کی کاپیاں (گزشتہ 30 دنوں کے لیے)
- ذاتی روزگار سے ہو رہی آمدنی کے لیے، گزشتہ ماہ کی شیڈیوں C یا منافع / نقصان کے اسٹیمینٹ کی کاپیاں
- دیگر قسم کی آمدنی کے لیے، آمدنی کے ثبوت کی کاپیاں جیسے کہ:
 - سوشل سیکیورٹی 1099 فارم
 - پنسن یا دیگر ریٹائرمنٹ کی آمدنی کے اسٹیمینٹ
 - گزارہ خرچ، بچہ / شریک حیات کے تعاون کا معابدہ
 - کرایہ یا رائلٹی کی آمدنی کا معابدہ
 - سابق فوجی / معدنوری سے متعلق ایوارڈ لیٹر
 - بے روزگاری کا معاوضہ یا کارکنان کے معاوضہ سے متعلق ایوارڈ لیٹر
- بغیر آمدنی والے مريضوں کے لیے: تعاون فراہم کرنے والے فرد کے ذریعہ دستخط کردہ تعاون کا خط
- طبی اعانت سے انکار کو دکھانے کے لیے: انکار کیے گئے سبھی خدمات کے لیے فارم PA-162 PA کی کاپیاں (صرف PA مکین کے لیے)
- آمدنی کی معلومات کے علاوہ دیوالیہ ہونے کے نوٹس جو زیر غور خدمات کی تاریخوں پر اثر ڈالتے ہیں
- بے گھر ہونے کا یا یا پناہ گاہ میں رپائش اختیار کرنے کے ثبوت

AHN مالی تعاون کی درخواست کا فوری جائزہ لے گا۔ معلومات ضروری ہونے پر AHN ایک خط بھیجے گا۔ AHN کو 30 دنوں کے اندر اضافی معلومات موصول ہو جانی چاہئے یا درخواست مسترد کر دی جائے گی۔

AHN مريض یا مريض کے ضمانت دار یا نمائندہ کو مکمل شدہ درخواست کے موصول ہونے کے 14 دنوں کے اندر فیصلہ کے بارے میں تحریری طور پر مطلع کرے گا۔ فرایبم کردہ کسی بھی مالی تعاون کا اطلاق موجودہ AHN بل (بلوں) پر ہو گا اور اس کا اطلاق اگلے چھ (6) ماہ تک طبی طور پر ضروری خدمات کے بلوں پر بھی ہو سکتا ہے۔

مريض کا نام: _____

(پہلا، درمیانی مخفف، آخری)

:SSN _____

گھر کا پتہ: _____

ٹپ کوڈ

ریاست

شہر

(نمبر اور گلی، اپارٹمنٹ نمبر)

دیگر

فونز: دن _____

فون: _____

آجر (کمپنی) کا نام: _____

 ازدواجی صورتحال: شادی شدہ طلاق شدہ علیحدہ بیوہ / رنڈوا غیرشادی شدہ

مريض کے ساتھ رشتہ: _____

شریک حیات / ضمانت دار کا نام: _____

ضمانت دار کا پتہ: _____

ٹپ کوڈ

ریاست

شہر

(نمبر اور گلی، اپارٹمنٹ نمبر)

دیگر

ضمانت دار کے فونز: دن _____

گھر کے ممبران: مريض کے ان سبھی کی فہرست بنائیں جنہوں نے IRS فارم 1040 کا دعویٰ کیا ہے

عمر

مريض سے رشتہ

نام

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

گھر: مہربانی کر کے نشان لگائیں، مريض / ضمانت دار: اپنا گھر بے کرایہ کا گھر بے کوئی گھر نہیں بے ویسٹ
فیلڈ میموریل پاسپل کے لیے درج ذیل اللہ کی معلومات ضروری نہیں ہے
اگر اپنا گھر بے تو، مہربانی کر کے فہرست دیں:

تخمینی قیمت: \$ _____ مارکیج پر ابھی بھی بقاہی رقم: \$ _____

اگر مريض / ضمانت دار کا کسی دوسروی غیر منقولہ جائیداد سے واسطہ ہے، تو مہربانی کر کے فہرست دیں:

پتہ: _____

ٹپ کوڈ

ریاست

سٹی

(نمبر اور اسٹریٹ)

شریک مالک کا نام: _____

تخمینی قیمت: \$ _____ مارکیج پر ابھی بھی بقاہی رقم: \$ _____

موثر گاڑیاں: مہربانی کر کے بر موثر گاڑی کی ساخت، مائل اور سال کی فہرست دیں:

 زیر ملکیت لیز

 زیر ملکیت لیز

بینک اکاؤنٹس: مہربانی کر کے درج ذیل معلومات کی فہرست بنائیں اور ہر ایک بینک اکاؤنٹ کے 2 مہینے کے استیئمننس منسلک کریں جیسے چیک-انگ، بچت، سرٹیفیکٹ آف ڈپاٹ (CDs)، منی مارکیٹ وغیرہ۔

موجودہ بیلننس

اکاؤنٹ نمبر

بینک یا مالی اداروں کے نام

اکاؤنٹ کی قسم

\$

\$

\$

سرمایہ کاری: مہربانی کر کے درج ذیل معلومات کی فہرست بنائیں اور ہر ایک سرمایہ کاری کے 2 مہینے کے استیئمننس منسلک کریں، جیسے استاکس، بانڈز، میچوئل فنڈز، وغیرہ۔

\$

\$

\$

گھر کی کل ماباہنے آمدنی: سبھی آمدنی کے لئے گھر کی کل آمدنی کو جوئیں (مریض اور دیگر تمام کی) ، بشمول اجرتیں، سوچل سیکیورٹی، پیشن یا دیگر ریٹائرمنٹ کی آمدنی، گزارہ خرچ، بچہ / شریک حیات کا تعاون، کرایہ / رائلشی / خود کے روزگار سے بھوئی آمدنی، سابق فوجی / معلوی سے متعلق ادائیگیاں، بے روزگاری کا معاوضہ، کارکن کا معاوضہ اور سرمایہ کاری (سود، منافع) کی آمدنی۔ آمدنی کے ثبوت کو بدایت و الی صفحہ پر مذکور کے مطابق فرایم کی جانی چاہئے۔

\$	کام کا کل معاوضہ:	\$	گھرانے کی کل اجرت:
\$	کل گزارہ خرچ / بچہ کا تعاون:	\$	کل سوچل سیکیورٹی:
\$	کل دیگر آمدنی (مہربانی کر کے وضاحت کریں):	\$	کل پیشن، دیگر ریٹائرمنٹ:
\$		\$	کل کرایہ / رائلشی کی آمدنی:
\$		\$	کل منافع (منقسمہ) اور سود:
\$		\$	بے روزگاری کی کل آمدنی:

اخراجات: مہربانی کر کے درج ذیل کے لیے گھرانے کی ماباہنے اخراجات کی فہرست دیں:

\$	نسخہ جات:	\$	مارکیج یا کرایہ:
\$	طبی ساز و سامان:	\$	غیر منقولہ جائیداد کے ٹیکسٹ:
\$	دیگر AHN بلیں:	\$	یوٹیلیٹیز (پانی، بجلی، گیس وغیرہ):
\$	دیگر اخراجات (برہ کرم بیان کریں):	\$	موثر گائزیوں کی ادائیگی:
\$		\$	موثر گائزیوں کا بیمه:
\$		\$	کھانا:

دیگر معلومات

کیا آپ نے طبی تعاون کے لیے درخواست دی ہے؟ نہیں بان (اگر بان، تو مہربانی کر کے اپنی درخواست اور تعین کرنے کے خط کی کاپیاں فرایم کریں)
کیا آپ ریاستہائے متحده کے شہری ہیں؟ نہیں بان
کیا اپنے علاج کے وقت آپ کے پاس صحت کا بیمه تھا؟ نہیں بان

توثیق اور تصدیق

میں، _____، تصدیق کرتا ہوں کہ اس درخواست میں فرایم کی گئی معلومات میرے بہترین علم و یقین کے مطابق سچ اور درست ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ یہ فارم اور میری آمدنی اور اخراجات کے ثبوتوں کو واپس نہیں کیا جائے گا۔ میں الیکٹریک بیلٹھ نیٹ ورک کو یہ فیصلہ کرنے کے آیا میں مالی تعاون کا ابل بیوں معلومات کی تصدیق کرنے اور ضروری بھوئے پر، کریڈٹ کی درجہ بندی طلب کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اگر کوئی معلومات غلط پایا جاتا ہے تو، مجھے مالی تعاون سے انکار کیا جاسکتا ہے، میں پوری طرح سے طبی بلوں کی ادائیگی کے لیے کلی طور پر ذمہ دار بوسکتا ہوں، اور مستقبل میں مالی تعاون کا ابل نہیں بوسکتا ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ مالی تعاون کے لیے میری اپلیت کی ہسپتال کی خدمات کے بعد دوبارہ تشخیص کی جاسکتی ہے۔

مریض یا نماننده /

ضمانت دار

_____ تاریخ _____

مریض یا نماننده / ضمانت دار کا نام جلی حروف میں لکھیں

مریض کے ساتھ رشتہ:
