Hướng Dẫn cho
Đơn Xin Trợ Giúp Tài Chánh

Hệ Thống Sức Khỏe Allegheny (Allegheny Health Network, hay AHN) có thể giảm hoặc xóa nợ cho hóa đơn AHN đối với các dịch vụ cần thiết về y tế dành cho bệnh nhân:

- Không hoặc có bảo hiểm y tế hạn chế
- Bị từ chối Medicaid
- Là công dân Hoa Kỳ
- Trình bày nhu cầu tài chánh trên Đơn Xin Trợ Giúp Tài Chánh AHN Có

các chương trình trả tiền để giúp bệnh nhân trả hóa đơn AHN.

Bệnh nhân hay người bảo lãnh hoặc đại diện phải nộp đơn xin trợ giúp tài chánh trong vòng 240 ngày sau khi nhận hóa đơn AHN. Muốn nộp đơn:

- Lấy mẫu "Đơn Xin Trợ Giúp Tài Chánh" cho mỗi bệnh nhân.
- Điền vào đơn xin của mỗi bệnh nhân trong vòng 30 ngày sau khi nhận mẫu đơn.
- Chuẩn bị **các bản chụp** "bằng chứng lợi tức" cần thiết (xem danh sách dưới đây).
- Gởi đơn xin đã ký tên và các bản chụp bằng chứng lợi tức đến địa chỉ dưới đây:

Đối với các hóa đơn từ:

Allegheny General Hospital
Allegheny Valley Hospital
Canonsburg Hospital
Forbes Hospital
Jefferson Hospital
Saint Vincent Hospital
Saint Vincent Hospital
West Penn Hospital
Westfield Memorial Hospital
Allegheny Health Network

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

Giấy tờ về "Bằng chứng lợi tức":
Đính kèm các bản chụp của các loại giấy tờ này vào đơn xin (không gởi trả lại những giấy tờ này):

- ☐ **Các bản chụp** của mẫu khai thuế liên bang (IRS1040, v.v…) trong năm qua
- ☐ Đối với trương mục ngân hàng, **bản chụp** của tất cả các trang trong bản sao kê gần đây nhất
- ☐ Đối với trương mục đầu tư, **bản chụp** của tất cả các trang trong bản sao kê gần đây nhất
- ☐ Đối với tiền lương, **bản chụp** phiếu lương (trong 30 ngày vừa qua)
- ☐ Đối với lợi tức tư doanh, **bản chụp** của Tờ Khai C hay báo cáo lời lỗ trong tháng qua
- ☐ Đối với các loại lợi tức khác, **bản chụp** của bằng chứng lợi tức, như:
  - ❍ Mẫu đơn 1099 An Sinh Xã Hội
  - ❍ Hưu bổng hay báo cáo lợi tức hồi hưu khác
  - ❍ Tiền cấp dưỡng, thỏa thuận cấp dưỡng con cái / người phối ngẫu
  - ❍ Hợp đồng thuê nhà hay lợi tức bản quyền
  - ❍ Thư chi trả cho cựu chiến binh / tàn tật
  - ❍ Thư Bồi Thường Thất Nghiệp hay Bồi Thường Lao Động
- ☐ Dành cho bệnh nhân không có lợi tức: **Thư cấp dưỡng** do người cấp dưỡng ký tên
- ☐ Trình bày từ chối Trợ Giúp Y Tế: **Bản chụp** của mẫu đơn PA-162 cho tất cả các dịch vụ bị từ chối (chỉ dành cho cư dân PA)
- ☐ Cứu xét thông báo phá sản ảnh hưởng đến ngày dịch vụ ngoài thông tin về lợi tức
- ☐ Bằng chứng về vô gia cư hay cư ngụ tại nhà tạm trú cho người vô gia cư

AHN sẽ cứu xét Đơn Xin Trợ Giúp Tài Chánh nhanh chóng. AHN sẽ gởi thư nếu cần thêm thông tin. AHN phải nhận thông tin thêm trong vòng 30 ngày nếu không sẽ từ chối đơn xin.

AHN sẽ thông báo quyết định cho bệnh nhân hoặc người bảo lãnh hay đại diện của bệnh nhân trong vòng 14 ngày sau khi nhận đơn xin **đã điền**. Bất cứ trợ giúp tài chánh nào được cung cấp áp dụng cho (các) hóa đơn AHN hiện tại và cũng có thể áp dụng cho các dịch vụ cần thiết về y tế trong sáu (6) tháng tới.

Allegheny Health Network

Tên bệnh nhân:_____ **Ngày sinh:** _____/_____/_____
(tên, tên lót, họ)

Số an sinh xã hội:_____-_____-_____

Địa chỉ nhà:_ _____
(số và đường, số căn hộ. *thành phố* *tiểu bang* *bưu chánh*

Điện thoại: Ban ngày_____ Khác_____

Tên hãng làm:_ _____ Điện thoại:___

Tình trạng hôn nhân: □ Kết hôn □ Ly dị □ Ly thân □ Góa □ Độc thân

Tên người hôn phối / Người bảo lãnh:_ _____Mối quan hệ với bệnh nhân:_____

Địa chỉ người bảo lãnh:_____
(số và đường, số căn hộ *thành phố* *tiểu bang* *bưu chánh*

Số điện thoại người bảo lãnh: Ban ngày_____ Khác_____

Số người trong gia đình: *Nêu tên tất cả những người trong gia đình của bệnh nhân khai trên mẫu đơn 1040 của IRS*

Họ Tên	Mối quan hệ với bệnh nhân	Tuổi tác
_____	_ _____	_____
_____	_ _____	_____
_____	_ _____	_____
_____	_ _____	_____

Nhà: *Xin đánh dấu, bệnh nhân / người bảo lãnh:* □ Có nhà riêng □ Thuê nhà □ Không có nhà

Bệnh Viện Westfield Memorial không đòi hỏi các thông tin về tài sản sau đây.

Nếu có nhà, xin ghi rõ:

Giá trị thẩm định: $_____ Số tiền vẫn còn nợ tiền vay mua nhà: $_____

Nếu bệnh nhân / người bảo lãnh có tiền lời ở những địa ốc khác, xin ghi rõ:

Địa chỉ:_ _____
(số và đường *thành phố* *tiểu bang* *bưu chánh*

Tên của người đồng sở hữu:_____

Giá trị thẩm định: $_____ Số tiền vẫn còn nợ tiền vay mua nhà: $_____

Các loại xe: *Xin ghi rõ hiệu xe, kiểu và năm sản xuất của từng xe:*

_____ □ Sở hữu □ Thuê

_____ □ Sở hữu □ Thuê

Trương mục ngân hàng: *Xin ghi rõ các thông tin sau đây và đính kèm 2 tháng sao kê cho từng trương mục ngân hàng như chi phiếu, tiết kiệm, chứng chỉ ký thác (certificates of deposit, hay CD), thị trường tiền tệ, v.v…*

Loại trương mục	Tên ngân hàng hay cơ sở tài chánh	Số trương mục	Số tiền hiện tại
_____	_____ _	_____	$_____
_____	_____ _	_____	$_____
_____	_____ _	_____	$_____

Đầu tư: *Xin ghi rõ các thông tin sau đây và đính kèm 2 tháng sao kê cho mỗi đầu tư, như chứng khoán, cổ phiếu, quỹ hỗ tương, v.v…*

Loại đầu tư	Tên ngân hàng hay cơ sở tài chánh	Giá trị hiện tại
_____	_____	$_____
_____	_____	$_____

Tổng lợi tức hàng tháng của gia đình: *Bao gồm tổng cộng cho gia đình (bệnh nhân và tất cả những người khác) cho tất cả các lợi tức, bao gồm tiền lương, An Sinh Xã Hội, hưu bổng hay lợi tức hưu trí khác, tiền cấp dưỡng, cấp dưỡng con cái / người hôn phối, lợi tức từ tiền thuê nhà / bản quyền / tư doanh, tiền trả cựu chiến binh / tàn tật, bồi thường thất nghiệp, bồi thường lao động và lợi tức đầu tư (tiền lời, cổ tức). Phải cung cấp bằng chứng lợi tức như đã nêu trên trang hướng dẫn.*

Tổng tiền lương gia đình:	$_ _____	Tổng tiền bồi thường lao động:	$_____
Tổng số An Sinh Xã Hội:	$_ _____	Tổng tiền cấp dưỡng/cấp dưỡng con cái:	$_____
Tổng số hưu bổng, tiền hồi hưu khác:	$_ _____	Tổng lợi tức khác (xin mô tả):	
Tổng lợi tức từ tiền thuê/bản quyền:	$_ _____	_____	$_____
Tổng cổ tức và tiền lời:	$_ _____	_____	$_____
Tổng lợi tức thất nghiệp:	$_ _____	_____	$_____

Chi phí: Xin ghi rõ chi phí hàng tháng của gia đình:

Tiền vay mua nhà hay tiền thuê:	$_ _____	Thuốc theo toa:	$_____
Thuế địa ốc	$_ _____	Tiếp liệu y tế:	$_____
Điện nước:	$_ _____	Các hóa đơn khác của AHN:	$_____
Tiền trả mua xe:	$_ _____	Chi phí khác (xin mô tả):	
Bảo hiểm xe:	$_ _____	_____	$_____
Thực phẩm:	$_ _____	_____	$_____

Thông tin khác

Quý vị có nộp đơn xin Trợ Cấp Y Tế không? □ Không □ Có (Nếu có, xin cung cấp bản chụp của đơn xin và thư cứu xét)

Quý vị có phải là công dân Hoa Kỳ không? □ Không □ Có

Quý vị có bảo hiểm sức khỏe vào lúc chữa trị không? □ Không □ Có

Cho phép và kiểm chứng

Tôi, _____, xác nhận rằng thông tin cung cấp trong mẫu này là thật và đúng theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng mẫu này và bằng chứng lợi tức và chí phí của tôi sẽ không được gởi trả lại. Tôi cho phép Allegheny Health Network kiểm chứng thông tin và yêu cầu đánh giá tín dụng, nếu cần, để xác định xem tôi có đủ tiêu chuẩn được trợ giúp tài chánh hay không. Tôi hiểu rằng nếu có bất cứ thông tin nào được xét là giả mạo thì tôi có thể bị từ chối trợ giúp tài chánh, chịu trách nhiệm trả tiền đầy đủ, và không đủ tiêu chuẩn được trợ giúp tài chánh trong tương lai. Tôi hiểu rằng tiêu chuẩn được trợ giúp tài chánh của tôi có thể được tái đánh giá cho các dịch vụ bệnh viện tiếp theo.

Chữ ký của bệnh nhân hoặc đại diện / người bảo lãnh_____ Ngày_____

Tên của bệnh nhân hay đại diện / người bảo lãnh_ _____

Mối quan hệ với bệnh nhân: _____