

Allegheny Health Network (AHN) kann u. U. eine AHN-Rechnung für medizinisch notwendige Leistungen reduzieren oder erlassen, wenn ein Patient folgende Voraussetzungen erfüllt:

- nicht versichert oder unterversichert ist
- von Medicaid abgelehnt wurde
- ein US-Staatsbürger ist
- auf dem Antrag für finanzieller Unterstützung von AHN finanzielle

Bedürftigkeit nachweisen kann

Der Patient, dessen Bürge oder Vertreter muss die finanzielle Unterstützung innerhalb von 240 Tagen ab Erhalt der AHN-Rechnung beantragen. Schritte für die Beantragung:

- Anfordern eines Formulars zur Beantragung finanzieller Unterstützung von AHN (ein Formular pro Patient)
- Ausfüllen des Antragsformulars (eines pro Patient) innerhalb von 30 Tagen ab Erhalt des Formulars
- **Kopieren** der benötigten „Einkommensnachweise“ (siehe Liste unten)
- Einsenden des unterschriebenen Antrags und der Kopien der Einkommensnachweise an die unten stehende Adresse:

Bei Rechnungen von:

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

Erforderliche „Einkommensnachweis“-Dokumente:

Fügen Sie Kopien der folgenden Dokumente dem Antragsformular bei (diese Dokumente können nicht zurückgesandt werden):

- Kopien** der Steuerklärungsformulare (IRS1040 etc.) für das vergangene Jahr
- Für Bankkonten - **Kopien** aller Seiten des letzten Kontoauszugs
- Für Investmentkonten - **Kopien** aller Seiten des letzten Kontoauszugs
- Für Löhne und Gehälter - **Kopien** der Lohn-/Gehaltsabrechnungen (der letzten 30 Tage)
- Für Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit - **Kopien** der Gewinn-/Verlustrechnung (Schedule C) des letzten Monats
- Für andere Arten von Einkommen - **Kopien** der Einkommensnachweise, z. B.:
 - Sozialversicherungsformular 1099
 - Auszüge für Pensions- oder sonstige Rentenbezüge
 - Unterhalts- bzw. Kindesunterhaltsvereinbarung
 - Mietvertrag oder Lizenzvereinbarung
 - Veteranen- / Invalidenrentenbescheid
 - Arbeitslosengeld- oder Betriebsunfallrentenbescheid
- Für Patienten ohne jegliches Einkommen: **Unterhaltserklärung** mit Unterschrift der Person, die Unterstützung bereitstellt
- Für den Nachweis einer verweigerten medizinischen Versorgung: **Kopien** des Formulars PA-162 für aller verweigerten Leistungen (nur in PA ansässige Personen)
- Konkurerklärungen, die sich auf den Datumsbereich der in Betracht gezogenen Leistungen auswirken, zusätzlich zu den Einkommensangaben
- Nachweis der Obdachlosigkeit oder Unterkunft in einem Obdachlosenasyll

AHN wird den Antrag für finanzielle Unterstützung unverzüglich überprüfen. AHN wird Ihnen schriftlich mitteilen, ob zusätzliche Informationen benötigt werden. Die zusätzlichen Informationen müssen innerhalb von 30 Tagen bei AHN eingehen, andernfalls wird der Antrag abgelehnt.

AHN wird den Patienten bzw. den Bürgen oder Vertreter des Patienten innerhalb von 14 Tagen ab Eingang des **ausgefüllten und unterschriebenen** Antrags über die getroffene Entscheidung informieren. Die genehmigte finanzielle Unterstützung gilt für die aktuelle(n) AHN-Rechnung(en), kann aber auch für die medizinisch notwendigen Leistungen über die nächsten sechs (6) Monate gelten.

Name des Patienten: _____ **Geburtsdatum:** ____/____/____
(Vorname, Initiale des 2. Vornamen, Nachname)
Sozialversicherungsnummer./SSN: _____ - _____ - _____

Privatanschrift: _____
(Hausnr., Straße, Apt.-Nr. Ort Staat Postleitzahl)
Telefon: Tagsüber _____ Alternativ _____

Name des Arbeitgebers: _____ **Telefon:** _____

Familienstand: Verheiratet Geschieden Getrennt lebend Verwitwet Ledig

Name des Ehepartners / Bürgen: _____ **Beziehung zum**
Patienten: _____

Anschrift des Bürgen: _____
(Hausnr., Straße, Apt.-Nr. Ort Staat Postleitzahl)
Telefon des Bürgen: Tagsüber _____ Alternativ _____

Haushaltsmitglieder: Führen Sie alle im Haushalt des Patienten lebenden Personen auf, die auf dem IRS-Formular 1040 beansprucht werden

Name	Beziehung zum Patienten	Alter
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Heim: Markieren Sie bitte, ob der Patient/Bürge sein Heim besitzt sein Heim mietet obdachlos ist **Die folgenden Vermögenswertangaben sind für das Westfield Memorial Hospital nicht notwendig.**

Wenn Hausbesitzer, geben Sie bitte Folgendes an:

Einheitswert: \$ _____ Noch ausstehender Hypothekenbetrag: \$ _____

Wenn der Patient/Bürge Anteile an anderen Immobilien besitzt, geben Sie bitte Folgendes an:

 Adresse: _____
(Hausnr. und Straße, Ort, Staat, Postleitzahl)

Namen der Mitbesitzer: _____

Einheitswert: \$ _____ Noch ausstehender Hypothekenbetrag: \$ _____

Kraftfahrzeuge: Führen Sie bitte Marke, Modell und Baujahr jedes Kraftfahrzeugs auf:

 _____ Im Besitz Geleast
 _____ Im Besitz Geleast

Bankkonten: Bitte tragen Sie die folgenden Informationen ein und legen Sie die Auszüge der letzten 2 Monate für jedes Bankkonto bei, z. B. für Girokonten, Sparkonten, Festgelder, Geldmarktkonten etc.

Art des Kontos	Name der Bank oder Finanzeinrichtung	Kontonummer	Aktueller Kontostand
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

Investitionen: Bitte tragen Sie die folgenden Informationen ein und legen Sie die Auszüge der letzten 2 Monate für jede Investition bei, z. B. für Aktien, Renten, Investmentfonds etc.

Art der Investition	Name der Bank oder Finanzeinrichtung	Aktueller Wert
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

Gesamteinkommen des Haushalts: Geben Sie das Einkommen des gesamten Haushalts ein (des Patienten und aller anderen Mitglieder des Haushalts), einschließlich Löhne und Gehälter, Sozialversicherungsleistungen, Pensions- oder anderer Rentenbezüge, Alimentenzahlungen, Unterhaltsleistungen, Einkommen aus Vermietung / Lizenzierung / selbstständiger Arbeit, Veteranen-/Invalidenrenten, Arbeitslosengeld, Betriebsunfallrenten und Investitionen (Zinsen, Dividenden). Der Einkommensnachweis muss gemäß den Anweisungen auf der Anweisungenseite beigelegt werden.

Löhne/Gehälter des gesamten Haushalts:	\$ _____	Betriebsunfallrenten insgesamt:	\$ _____
Sozialversicherungsleistungen insgesamt:	\$ _____	Alimente/Unterhalt insgesamt:	\$ _____
Pensions- und Rentenbezüge insgesamt:	\$ _____	Sonstiges Einkommen insgesamt (bitte beschreiben):	
Aus Vermietung/Lizenzierung insgesamt:	\$ _____		\$ _____
Dividenden und Zinsen insgesamt:	\$ _____		\$ _____
Arbeitslosengeld insgesamt:	\$ _____		\$ _____

Unkosten: Bitte führen Sie die monatlichen Unkosten des Haushalts auf für:

Hypothek oder Miete:	\$ _____	Rezepte:	\$ _____
Grundsteuern:	\$ _____	Medizinisches Bedarfsmaterial:	\$ _____
Nebenkosten:	\$ _____	Andere AHN-Rechnungen:	\$ _____
Kraftfahrzeug-Ratenzahlung:	\$ _____	Sonstige Unkosten (bitte beschreiben):	
Kraftfahrzeugversicherung:	\$ _____		\$ _____
Lebensmittel:	\$ _____		\$ _____

Sonstige Angaben

Haben Sie medizinische Unterstützung beantragt? Nein Ja (Wenn ja, legen Sie bitte Kopien Ihres Antrags und des Bescheidschreibens bei)

Sind Sie US-Staatsbürger? Nein Ja

Hatten Sie zum Zeitpunkt Ihrer Behandlung eine Krankenversicherung? Nein Ja

Einverständniserklärung und Beglaubigung

Ich, _____, beglaubige hiermit, dass die auf diesem Formular gemachten Angaben nach meinem besten Wissen und Gewissen wahrheitsgetreu und richtig sind. Ich bin mir bewusst, dass dieses Formular und die Nachweisdokumente für mein Einkommen und meine Unkosten nicht an mich zurückgegeben werden. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Allegheny Health Network diese Angaben überprüfen und sich bei Bedarf über meine Bonität erkundigen kann, um zu entscheiden, ob ich für den Erhalt finanzieller Unterstützung qualifiziert bin. Ich bin mir bewusst, dass im Fall von falschen Angaben meine finanzielle Unterstützung abgelehnt wird, worauf ich alleinig für die vollständige Begleichung der Rechnung verantwortlich bin und jegliche Rechte auf eine zukünftige finanzielle Unterstützung verliere. Ich bin mir bewusst, dass meine Qualifizierung für finanzielle Unterstützung bei späteren Krankenhausleistungen erneut beurteilt werden kann.

Unterschrift des Patienten oder Vertreters/Bürgen _____ Datum _____

Name des Patienten oder Vertreters/Bürgen in Druckschrift _____

Beziehung zum Patienten: _____