



금융 지원 신청서 설명서

Allegheny Health Network

Allegheny Health Network (AHN)은 다음과 같은 환자는 필요한 의료 서비스와 관련된 AHN 의료비를 감액받거나 면제받을 수 있습니다.

- 의료보험이 없거나 제한적인 경우
- 메디케이드 신청이 거부된 경우
- 미국 시민권자인 경우
- AHN 재정지원서상에 재정지원이 필요하다고 표시된 경우
- AHN 청구서를 분할 지불할 수 있습니다.

환자 본인 또는 보증인 또는 대리인은 AHN 청구서를 받은 후 240 일 이내에 재정지원을 신청할 수 있습니다. 신청 방법은 다음과 같습니다.

- 각 환자용으로 AHN “Financial Assistance Application”을 받습니다.
- 서류를 받은 날부터 30 일 이내에 각 환자의 신청서를 작성합니다.
- 요구하는 “소득 증명서” **사본**을 작성합니다.
- 서명한 신청서와 소득 증명서 사본을 다음 주소로 보냅니다.

다음과 같은 기관에서 보낸 청구서:

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

“소득증명” 서류

신청서에 다음 서류의 사본을 첨부합니다. (서류는 반환되지 않습니다.)

- 작년 연방소득 신고서 **사본** (IRS 1040 등)
- 은행계좌의 경우 가장 최근 명세서 전체 **사본**
- 투자계좌의 경우 가장 최근 명세서 전체 **사본**
- 급여의 경우 급여명세서 **사본** (30 일 전 급여명세서)
- 자영업 소득의 경우 Schedule C 또는 전월 손익계산서 **사본**
- 기타 소득의 경우 다음과 같은 소득 증명서 **사본**
 - Social Security 1099 서류
 - 연금 또는 기타 은퇴 소득 명세서
 - 위자료, 자녀/배우자 지원 계약서
 - 임대계약서 또는 로얄티소득계약서
 - 재향군인/장애 증명서
 - 실업수당 증명서
- 소득이 없는 환자의 경우: 지원자가 서명한 **소득지원 증명서**
- 의료지원 부인 증명서: 부인된 모든 의료 서비스에 대한 PA-162 **사본** (PA 주민에 한함)
- 소득 정보외에 고려 대상 서비스 날짜에 영향을 미치는 파산 통보서
- 노숙자이거나 노숙자 보호소에서 거주하고 있다는 것을 증명할 수 있는 서류

AHN 은 즉시 재정지원신청서를 검토할 것입니다. 추가 정보가 필요한 경우 추가 정보 요청서를 보낼것입니다. 30 일 내에 추가정보를 받지 않는 경우 신청서는 기각됩니다.

AHN 은 필요 **서류가 구비된** 신청서를 접수한 날부터 14 일 이내에 환자의 보증인 또는 대리인측에 서면으로 결과를 통보할 것입니다.

모든 재정 지원은 현재의 AHN 청구서 및 향후 6 개월간 제공되는 필요 의료 서비스와 관련된 청구서에 적용됩니다.



환자명: _____ 생년월일: ____/____/____

(이름, 성 순으로 기입)

SSN: _____

주소: _____

(번지

도시

주

우편번호)

전화번호:주간 _____ 기타 _____

고용주명: _____ 전화번호: _____

기혼 여부: 기혼 이혼 별거 사별 미혼

배우자/보증인 성명: _____ 환자와의 관계: _____

보증인 주소: _____

(번지

도시

주

우편번호)

보증인 전화번호:주간 _____ 기타 _____

가족 구성원: IRS 1040 서류상에 기재된 환자의 가족을 기재하십시오.

성명	환자와의 관계	연령
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

거주지: 다음 사항을 표시해 주십시오. 환자/보증인은 거주지 소유 거주지 임대 거주지

없음 **다음 자산 정보는 Westfield Memorial Hospital 의 경우 필요하지 않습니다.**

거주지를 소유하고 있는 경우 다음 정보를 기재해 주십시오:

평가액: \$ _____ 미지급 잔액: \$ _____

환자/보증인이 기타 부동산 등을 소유하고 있는 경우 해당 정보를 제공해 주십시오.:

주소: _____

(번지

도시

주

우편번호)

공동소유자명: _____

평가액: \$ _____ 미지급 잔액: \$ _____

차량: 각 차량의 제조사, 모델 및 생산년도를 기재해 주십시오.

_____ 소유 임대

_____ 소유 임대

은행계좌: 다음 정보를 제공하고 checking 계좌, 저금 계좌, certificates of deposit (CD), money market 등의 은행계좌의 2 개월 명세서를 첨부하십시오.

계좌 유형	은행 또는 금융기관명	계좌번호	잔액
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

투자: 다음 정보를 제공하고 주식, 채권, 뮤츄얼 펀드 등의 각 투자종류에 대한 2 개월 명세서를 첨부하십시오.

투자 유형	은행 또는 금융기관명	현재가액
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

총월가구소득: 급여, Social Security, 연금 또는 기타 은퇴 소득, 위자료, 자녀/배우자 지원금, 임대수입/로얄티/자영업 소득, 재향군인/장애 지급액, 실업수당, 노동자수당, 투자 (이자, 배당금) 소득 등을 포함한 총 가구 (환자 및 기타) 소득을 기재하십시오.

총가계 급여:	\$ _____	총노동자 수당:	\$ _____
총 Social Security:	\$ _____	총위자료/자녀 지원금:	\$ _____
총연금 및 기타 은퇴 소득:	\$ _____	총 기타 소득 (설명):	_____
총 임대/로얄티 소득:	\$ _____		\$ _____
총배당금 및 이자:	\$ _____		\$ _____
총실업수당:	\$ _____		\$ _____

비용: 다음 사항에 대한 월가구비용을 기재하십시오:

모기지 또는 임대료:	\$ _____	처방약:	\$ _____
부동산세:	\$ _____	의약품:	\$ _____
수도광열비:	\$ _____	기타 AHN 청구금액:	\$ _____
자동차 할부금:	\$ _____	기타 비용 (설명):	_____
자동차 보험:	\$ _____		\$ _____
식료품:	\$ _____		\$ _____

기타 정보

의료비 지원을 신청한 적이 있습니까? 아니오 예 (예라고 답한 경우 신청서 사본과 판단 서신을 제공해 주십시오)

미국 시민권자입니까? 아니오 예

치료받을 당시에 의료보험에 가입되어 있었나요? 아니오 Yes 예

승인 및 확인

I, 본인 _____ 는 본인이 알고 있는 범위에서 본 서류상에 제공되는 정보가 사실임을 선언합니다. 본 서류 및 본인의 소득과 비용에 대한 증빙서류가 반환되지 않을 것임을 이해하고 있습니다. 본인은 Allegheny Health Network 측이 재정 지원 여부를 판단하기 위해서 이 본 정보를 확인하고 필요한 경우 신용점수를 확인할 수 있는 권한을 부여합니다. 제공된 정보가 사실이 아님이 밝혀지는 경우 본인은 재정 지원을 받지 못할 수 있다는 점에 대해서 이해하고 있으며 본인에게 의료비 전액을 지불할 책임이 있게 되며 미래에 재정 지원을 받을 수 있는 자격이 없을 수도 있음을 이해하고 있습니다.. 본인은 향후 의료 서비스와 관련해서 본인의 재정 지원 자격이 재평가될 것이라는 사실을 알고 있습니다.

환자 또는 대리인 /
 보증인 서명 _____ 날짜 _____

환자 또는 대리인/보증인 성명 기재 _____

환자와의 관계: _____