

شبهه بهداشت و درمان الگینی (Allegheny Health Network (AHN)) ممکن است بتواند هزینه صورتحساب AHN را برای خدمات درمانی ضروری بیمارانی که شرایط زیر را داشته باشند ببخشد یا کاهش دهد:

- افرادی که بیمه درمانی نداشته باشند یا بیمه آنها پوشش محدودی داشته باشد
- بیمه Medicaid به آنها تعلق نگرفته باشد
- شهروند ایالات متحده آمریکا باشند
- نیاز مالی خود را در درخواست کمک هزینه AHN نشان دهند

ممکن است برنامه پرداخت اقساطی نیز برای کمک به بیماران جهت پرداخت صورتحساب AHN آنها وجود داشته باشد.

لازم است بیمار یا ضامن وی یا نماینده وی طی مدت 240 روز پس از دریافت صورتحساب AHN برای کمک هزینه درخواست دهد. جهت ارائه درخواست:

- برای هر یک از بیماران یک فرم "درخواست کمک هزینه" AHN بگیریید.
- ظرف مدت 30 روز پس از دریافت فرم برای بیمار، آن را تکمیل نمایید.
- از مدارک "اثبات میزان درآمد" کپی تهیه کنید (فهرست را در ادامه ببینید).
- فرم درخواست امضاء شده را به همراه کپی مدارک اثبات میزان درآمد به نشانی زیر ارسال کنید:

برای صورتحسابهای مراجع زیر:

بیمارستان Saint Vincent
بیمارستان West Penn
بیمارستان Westfield Memorial
بیمارستان Allegheny Health

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

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

مدارک "اثبات میزان درآمد":

کپی مدارک زیر را به درخواست خود پیوست نمایید (این مدارک پس داده نمیشوند):

- کپی فرمهای مالیات فدرال (IRS1040 و غیره) مربوط به سال گذشته
- برای حسابهای بانکی، کپی تمام صفحات آخرین صورتحساب
- برای حسابهای سرمایه گذاری، کپی تمام صفحات آخرین صورتحساب
- برای دستمزد، کپی فیش حقوقی (برای 30 روز گذشته)
- برای درآمد خویشفرومایان، کپی Schedule C یا صورتحساب سود / زیان ماه گذشته
- برای انواع دیگر درآمدها، کپی مدارک اثبات میزان درآمد، مانند:

○ فرم 1099 امنیت اجتماعی

○ صورتحساب بازنشستگی یا سایر درآمدهای بازنشستگی

○ نفقه، توافقتنامه حمایت از کودک / همسر

○ اجاره نامه یا توافقتنامه حق امتیاز

○ نامه اعطائی کهنه سربازان / معلولین

○ نامه اعطای حق بیکاری یا غرامت کارگران

□ برای بیمارانی که هیچ درآمدی ندارند: نامه حمایت با امضای شخص حمایت کننده

□ جهت اثبات رد کمک هزینه درمانی: کپی فرم PA-162 برای تمام خدماتی که رد شدهاند (فقط برای ساکنین پنسیلوانیا)

□ اختاریههای ورشکستگی که بر تاریخ ارائه خدمات مورد نظر علاوه بر اطلاعات درآمد تاثیر دارند

□ مدارک اثبات بیخانمانی یا سکونت در پناهگاههای افراد بیخانمان

AHN بلافاصله درخواست کمک هزینه را بررسی میکند. در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر، AHN نامه‌های ارسال خواهد کرد. لازم است AHN ظرف مدت 30 روز اطلاعات اضافی را دریافت نماید در غیر این صورت درخواست شما رد خواهد شد.

AHN ظرف مدت 14 روز پس از دریافت درخواست تکمیل شده به بیمار یا ضامن وی یا نماینده وی اطلاع خواهد داد. هرگونه کمک هزینه‌ای که به بیمار ارائه شود بر اساس صورتحساب(های) فعلی AHN خواهد بود و نیز ممکن است شامل صورتحسابهای خدمات درمانی ضروری شش (6) ماه آینده نیز بگردد.

نام بیمار: _____ تاریخ تولد: ____/____/____

(نام، نام میانی، نام خانوادگی)

شماره امنیت اجتماعی: _____ - _____ - _____

نشانی منزل: _____

(پلاک و خیابان، شماره آپارتمان) شهر ایالت کدپستی

تلفن: هنگام روز _____ سایر موارد _____

نام کارفرما: _____ تلفن: _____

وضعیت تاهل: متاهل مطلقه متارکه بیوه مجرد

نام همسر / ضامن: _____ رابطه با بیمار: _____

نشانی ضامن: _____

(پلاک و خیابان، شماره آپارتمان) شهر ایالت کدپستی

تلفن: هنگام روز _____ سایر موارد _____

اعضای خانوار: تمام افراد خانوار بیمار را که در فرم IRS 1040 قید شده اند ذکر کنید.

سن	رابطه با بیمار	نام
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

خانه: لطفا علامت بزنید: بیمار / ضامن: خانه دارد خانه اجاره کرده است خانه ندارد

برای بیمارستان Westfield Memorial نیازی به تکمیل اطلاعات اموال زیر نیست.

در صورتی که مالک خانه هستید، لطفا ذکر کنید:

ارزش تعیین شده: \$ _____ مبلغ بدهی به علت رهن: \$ _____

در صورتی که به بیمار / ضامن منفعتی از املاک دیگر میرسد لطفا ذکر نمایید:

نشانی: _____

(پلاک و خیابان، شماره آپارتمان) شهر ایالت کدپستی

نام شرکا: _____

ارزش تعیین شده: \$ _____ مبلغ بدهی به علت رهن: \$ _____

وسائط نقلیه موتوری: لطفا برند، مدل و سال ساخت هر یک از خودروها را ذکر نمایید.

مالک هستم کرایه‌های است

مالک هستم کرایه‌های است

حسابهای بانکی: لطفا اطلاعات زیر را تکمیل کنید و صورتحساب دو ماه هر یک از حسابها را پیوست نمایید، از جمله حسابهای جاری، پسانداز، سپرده ثابت (CD)، بازار پول و غیره.

نوع حساب	نام بانک یا موسسه مالی	شماره حساب	موجودی فعلی
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

سرمایه گذاری: لطفا اطلاعات زیر را تکمیل کنید و صورتحساب دو ماه هر یک از سرمایه گذاریها را پیوست نمایید، از جمله سهام، اوراق قرضه، شرکت تعاونی سرمایه گذاری (مبوجوال فاند) و غیره.

نوع سرمایه گذاری	نام بانک یا موسسه مالی	ارزش فعلی
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

مجموع درآمد ماهیانه خانوار: مجموع درآمد خانوار (بیمار و تمام افراد خانوار وی) را ذکر کنید، از جمله شامل دستمزد، پرداختهای امنیت اجتماعی، بازنشستگی و سایر درآمدهای بازنشستگی، نفقه، پرداختهای حمایت از کودک / همسر، اجاره / حق امتیاز / درآمد خوشفرمایی، پرداختهای کهنه سربازان / معلولین، حق بیکاری، غرامت کارگران و درآمد سرمایه گذاری (بهره، پاداش). طبق دستورالعمل فوق لازم است مدارک اثبات میزان درآمد باید ارائه گردد.

مجموع دستمزدهای خانوار: \$ _____
 مجموع پرداختهای امنیت اجتماعی: \$ _____
 مجموع بازنشستگی، سایر پرداختهای بازنشستگی: \$ _____
 مجموع درآمد اجاره/حق امتیاز: \$ _____
 مجموع پاداشها و بهره: \$ _____
 مجموع درآمد حق بیکاری: \$ _____

هزینهها: لطفاً هزینههای ماهانه خانوار را برای موارد زیر ذکر کنید:

رهن یا اجاره: \$ _____ نسخهها: \$ _____
 مالیاتهای ملک: \$ _____ تجهیزات پزشکی: \$ _____
 قبضه‌های آب، برق، گاز، تلفن: \$ _____ سایر صورتحسابهای AHN: \$ _____
 پرداختهای خودرو: \$ _____ سایر هزینهها (لطفاً شرح دهید): \$ _____
 بیمه خودرو: \$ _____
 خوراک: \$ _____

سایر اطلاعات

آیا برای کمک هزینه درمانی درخواست داده‌اید؟ خیر بله (در صورتی که پاسخ مثبت است، لطفاً کپی درخواست خود و نامه‌تصمیمگیری مربوطه را ارائه نمایید)
 آیا شهروند ایالات متحده آمریکا هستید؟ خیر بله
 آیا در هنگام درمان بیمه درمانی داشته‌اید؟ خیر بله

کسب اجازه و اعتبارسنجی

من، _____، تصدیق مینمایم که اطلاعاتی که در این فرم ارائه نمودهام صحیح بوده و با بکارگیری نهایت دانش خود ارائه نمودهام. من درک میکنم که این فرم و مدارک اثبات درآمد و هزینههای من پس داده نخواهد شد. من به Allegheny Health Network اجازه میدهم که این اطلاعات را اعتبارسنجی نموده و در صورت نیاز درخواست رتبه‌دهی اعتباری نماید تا بتواند در مورد واجدشرایط بودن بنده برای اعطای کمک هزینه تصمیمگیری نماید. من درک میکنم که در صورتی که هر قسمت از اطلاعاتی که ارائه دادهام نادرست باشد، ممکن است کمک هزینه به بنده تعلق نگیرد، و مسئولیت پرداخت تمام هزینه صورتحساب با بنده خواهد بود، و ممکن است برای دریافت کمک هزینه در آینده نیز واجد شرایط نگردم. من درک میکنم که واجد شرایط بودن من برای دریافت کمک هزینه بابت خدمات درمانی آتی ممکن است دوباره ارزیابی شود.

امضای بیمار یا نماینده وی / ضامن _____ تاریخ _____

نام بیمار یا نماینده وی / ضامن با حروف مجزا _____

رابطه با بیمار: _____