

Allegheny Health Network (AHN) располагает возможностями по снижению суммы или аннулированию выставленного AHN счета за оказанное необходимое по медицинским показателям обслуживание для пациентов, которые:

- Не имеют медицинской страховки или имеют ограниченное покрытие
- Было отказано в страховке Medicaid
- Являются гражданами США
- Продемонстрировали наличие финансовых трудностей в заявлении о финансовой помощи AHN

Также могут быть предоставлены планы оплаты платежей в рассрочку в помощь пациентам при оплате их счетов AHN.

Пациент, поручитель или представитель могут подать заявление о предоставлении финансовой помощи в течение 240 дней с момента получения счета AHN. Для подачи заявления:

- Получите по одному бланку «Заявления об оказании финансовой помощи» AHN на каждого пациента.
- Заполните заявление на каждого пациента в течение 30 дней с момента получения бланка.
- Выполните **копии** необходимых документов, «подтверждающих доходы» (см. приведенный ниже список).
- Отправьте подписанное заявление и копии подтверждений дохода по указанному ниже адресу:

Для счетов, выставленных:

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

Документы, «подтверждающие доходы»:

Приложите к заявлению копии следующих документов (документы не возвращаются):

- Копии** федеральных налоговых деклараций (IRS1040, и т. п.) за прошедший год
- В случае выписок по банковским счетам, **копии** всех страниц самой последней выписки
- В случае выписок инвестиционных счетов, **копии** всех страниц самой последней выписки
- В случае заработной платы, **копии** квитанций о начислении заработной платы (за последние 30 дней)
- В случае дохода от предпринимательской деятельности, **копии** отчетов по Приложению С или отчет о прибылях и убытках за последний месяц
- Для остальных видов доходов, **копии** подтверждения дохода, такие как:
 - Форма службы социального обеспечения 1099
 - Выписка о пенсионном и другом доходе по старости
 - Алименты, договор о поддержке ребенком / супругом
 - Договор об аренде или выплате роялти
 - Письмо о присвоении статуса ветерана / инвалидности
 - Письмо об утверждении пособия по безработице или компенсации рабочим
- Для пациентов без источника дохода: **Письмо о материальной помощи**, подписанное лицом, оказывающим материальную помощь
- Для подтверждения отказа в предоставлении медицинской страховки: **Копии** формы PA-162 по всему отказанному в предоставлении обслуживанию (только жители Пенсильвании)
- Уведомления о банкротстве, оказывающие влияние на плановые даты обслуживания, в качестве дополнения к информации о доходе
- Доказательство статуса бездомного или проживающего в приюте для бездомных

AHN незамедлительно рассмотрит Заявление об оказании финансовой помощи. При необходимости предоставления дополнительной информации AHN направит письмо. Дополнительная информация должна поступить в AHN в течение 30 дней, иначе заявление будет отклонено.

AHN уведомит пациента, поручителя или представителя пациента о принятом решении в течение 14 дней с момента получения **заполненного** заявления. Вся предоставляемая финансовая помощь используется для оплаты счета(ов) AHN и может также использоваться для оплаты счетов за необходимое по медицинским показателям обслуживание в последующие 6 (шесть) месяцев.

Имя и фамилия пациента: _____ **Дата рождения:** ____/____/____
(имя, инициал, фамилия)
Номер социального страхования (SSN): _____ - _____ - _____

Домашний адрес: _____
(номер дома и улица) город штат почтовый индекс)
Телефоны: В течение дня _____ Другой _____

Наименование работодателя: _____ **Тел.:** _____

Семейное положение: Женат/замужем Разведен(а) Проживает отдельно Вдовец/вдова Холостой(ая)

Имя и фамилия супруга/поручителя: _____ **Кем приходится пациенту:** _____

Адрес поручителя: _____
(номер дома и улица) город штат почтовый индекс)
Телефоны поручителя: В течение дня _____ Другой _____

Проживающие вместе члены семьи: *Перечислите всех проживающих вместе с пациентом членов семьи, подававших заявление по форме 1040 IRS*

| Имя и фамилия | Кем приходится пациенту | Возраст |
|---------------|-------------------------|---------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Дом: *Отметьте подходящее, пациент / поручитель:* Владеет домом Арендует дом Дома нет
 Если владеет домом, пожалуйста, укажите:

Следующая информация об активах не распространяется на больницу Westfield Memorial Hospital.
Оценочная стоимость: \$ _____ **Остаток выплат по ипотеке:** \$ _____

Если пациент / гарант имеют долю собственности в другом недвижимом имуществе, пожалуйста, перечислите:

Адрес: _____
(номер дома и улица) город штат почтовый индекс)
Имена и фамилии совладельцев: _____

Оценочная стоимость: \$ _____ **Остаток выплат по ипотеке:** \$ _____

Механические транспортные средства: *Пожалуйста, перечислите изготовителя, модель и год изготовления каждого механического транспортного средства:*

| | |
|-------|---|
| _____ | <input type="checkbox"/> Владелец <input type="checkbox"/> Лизинг |
| _____ | <input type="checkbox"/> Владелец <input type="checkbox"/> Лизинг |

Банковские счета: *Пожалуйста, перечислите следующую информацию и приложите выписки за 2 месяца по каждому из банковских счетов, таких как чековый, сберегательный, депозитные сертификаты (CD), депозитный счет денежного рынка и т.п.*

| Тип счета | Название банка или финансовой организации | Счет № | Текущий остаток по счету |
|-----------|---|--------|--------------------------|
| _____ | _____ | _____ | \$ _____ |
| _____ | _____ | _____ | \$ _____ |
| _____ | _____ | _____ | \$ _____ |

Инвестиции: *Пожалуйста, приведите следующую информацию и приложите выписки за 2 месяца по каждой инвестиции, такой как акции, облигации, взаимные фонды и т. п.*

| Тип инвестиции | Название банка или финансового учреждения | Текущая стоимость |
|----------------|---|-------------------|
| _____ | _____ | \$ _____ |
| _____ | _____ | \$ _____ |

Суммарный месячный доход домашнего хозяйства: Включите сумму по всем членам домашнего хозяйства (пациент и все остальные лица) всех доходов, включая заработную плату, выплаты социального обеспечения, пенсии и другие виды доходов по старости, алименты, пособия на ребенка / супруга, арендную плату / роялти / доход от предпринимательской деятельности, выплаты ветеранам / инвалидам, пособия по безработице, компенсации рабочим и инвестиционные доходы (проценты, дивиденды). Подтверждение доходов должно быть предоставлено в соответствии с информацией на странице с указаниями.

Сумма заработной платы в домохозяйстве: \$ Сумма выплат работникам: \$

Сумма выплат по социальному страхованию: _____ \$ Сумма алиментов/поддержки детей: \$ _____

Сумма пенсий, других пенсионных выплат: \$ Сумма остальных доходов (пожалуйста, опишите): _____

Сумма доходов от аренды/роялти: \$ _____ \$ _____

Сумма дивидендов и процентов: \$ _____ \$ _____

Сумма пособий по безработице: \$ _____ \$ _____

Затраты: Пожалуйста, перечислите ежемесячные расходы домохозяйства на:

Ипотечку или аренду: \$ _____ Лекарственные препараты, отпускаемые по рецепту: _____ \$

Налоги на недвижимость: \$ _____ Медицинские принадлежности: \$ _____

Коммунальные платежи: \$ _____ Прочие счета AHN: \$ _____

Платежи за механические транспортные средства: _____ \$ Остальные расходы (пожалуйста, опишите): _____

Страхование механического транспортного средства: _____ \$ _____ \$ _____

Продукты питания: \$ _____ \$ _____

Прочая информация

Подавали ли вы заявление на Медицинскую помощь? Нет Да (В случае ответа «да» предоставьте копии вашего заявления и письма с решением)

Являетесь ли вы гражданином США? Нет Да

Имели ли вы медицинскую страховку на момент вашего лечения? Нет Да

Разрешение и подтверждение

Я, _____, свидетельствую, что предоставленная в этом бланке информация является правдивой и точной по всем имеющимся у меня сведениям. Я понимаю, что этот бланк и доказательства моих доходов и затрат не будут возвращены мне. Я разрешаю Allegheny Health Network проверить эту информацию и, при необходимости, запросить мою кредитную историю, чтобы принять решение о моем праве на получение финансовой помощи. Я понимаю, что если любая информация будет признана ложной, мне может быть отказано в предоставлении финансовой помощи, я буду нести единоличную ответственность за полную оплату моего счета, и мне может быть отказано в предоставлении финансовой помощи в будущем. Я понимаю, что мое право на получение финансовой помощи может быть пересмотрено в отношении последующих услуг, оказываемых больницей.

Пациент или представитель /
подпись поручителя _____ Дата _____

Вписать печатными буквами имя и фамилию пациента или представителя / поручителя _____

Кем приходится пациенту: _____