

Allegheny Health Network (AHN) puede rebajar o condonar una factura de AHN por servicios médicamente necesarios a los siguientes:

- Pacientes sin seguro médico o con seguro médico limitado.
- Pacientes que no califican para Medicare.
- Pacientes rechazados por Medicaid.
- Pacientes que son ciudadanos de los Estados Unidos.
- Pacientes que demuestren su necesidad financiera en la solicitud de asistencia financiera de AHN.

También pueden existir planes de pago disponibles para ayudar a los pacientes con el pago de sus facturas de AHN.

El paciente o garante o su representante debe solicitar la asistencia financiera en un plazo de 240 días tras recibir la factura de AHN.

Para la solicitud:

- Obtenga un formulario de "Solicitud de asistencia financiera" de AHN por cada paciente.
- Llene la solicitud de cada paciente en un plazo de 30 días tras la recepción del formulario.
- Haga **copias** de los "comprobantes de ingresos" necesarios (consulte la lista siguiente).
- Envíe la solicitud firmada y copias de los comprobantes de ingresos a la siguiente dirección:

<p>Para facturas de:</p> <p><b>Allegheny General Hospital</b>  <b>Allegheny Valley Hospital</b>  <b>Canonsburg Hospital</b>  <b>Forbes Hospital</b>  <b>Jefferson Hospital</b>  <b>West Penn Hospital</b>  <b>Allegheny Health Network</b></p> <p>Operaciones del Ciclo de Ganancias de AHN  Servicio al Cliente/ Oficina Única de Facturación (SBO)  4 Allegheny Center, 10th floor  Pittsburgh, PA 15212</p>	<p>Para facturas de:</p> <p><b>Saint Vincent Hospital</b></p> <p>Saint Vincent Hospital  Servicio al Cliente de Contabilidad del Paciente  232 West 25th Street  Erie, PA 16544</p>
--	---

### Documentos que son "comprobantes de ingresos":

Adjunte copias de estos documentos junto con la solicitud (los documentos no serán devueltos):

- Copias** de los formularios declaración de impuestos federal (IRS1040, etc.) del año pasado.
- Para cuentas bancarias, **copias** de todas las páginas del estado más reciente
- Para cuentas de inversión, **copias** de todas las páginas de la declaración más reciente.
- Para salarios, **copias** de los comprobantes de pago (de los últimos 30 días).
- Para ingresos por trabajo por cuenta propia, **copias** del Anexo C o del estado de resultados del último mes.
- Para otros tipos de ingresos, **copias** de comprobantes de ingresos, tales como:
  - Formulario 1099 del Seguro Social
  - Estado de pensión u otro estado de ingreso por jubilación
  - Acuerdo de pensión alimenticia, de manutención de menores o del cónyuge
  - Contrato de alquiler o regalías
  - Carta de adjudicación de veteranos o de discapacidad
  - Carta de adjudicación de compensación por desempleo o de indemnización por accidentes y enfermedades laborales
- Para pacientes sin ingresos: **Carta de manutención** firmada por la persona que brinda la manutención
- Para comprobar la negación de asistencia médica: **Copias** del formulario PA-162 por cada servicio denegado
- Avisos de quiebra que afecten las fechas de los servicios que se consideran, además de información sobre ingresos
- Comprobante de situación de calle o de residencia en un refugio para personas sin hogar

La red AHN revisará con prontitud la solicitud de asistencia financiera. La red AHN enviará una carta en caso de que se necesite más información. La red AHN debe recibir la información adicional en un plazo de 30 días o la solicitud será rechazada.

AHN notificará por escrito al paciente o al garante o representante del paciente en un plazo de 14 días tras recibir la solicitud **completa**. Cualquier asistencia financiera que se entregue aplica a la (s) factura (s) actual (es) de AHN y también puede aplicar a las facturas por servicios médicamente necesarios durante los próximos seis (6) meses.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

**Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Dirección particular:** \_\_\_\_\_  
(calle y número, número de apartamento ciudad estado código postal)

**Teléfonos:** Diurno \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**Nombre del empleador:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:**  Casado  Divorciado  Separado  Viudo  Soltero

**Nombre del cónyuge o garante:** \_\_\_\_\_ **Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

**Dirección del garante:** \_\_\_\_\_  
(calle y número, número de apartamento ciudad estado código postal)

**Teléfonos del garante:** Diurno \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**Integrantes del hogar:** Enumere a todos los integrantes del hogar del paciente que figuran en el formulario 1040 del IRS.

Nombre	Relación con el paciente	Edad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Hogar:** Marque paciente o garante:  Propietario  Arrendatario  Sin hogar

Si es propietario, indique lo siguiente:

Valor tasado: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad aún adeudada de la hipoteca: \$ \_\_\_\_\_

Si el paciente o garante posee participación en otro bien inmueble, indíquela:

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
(calle y número ciudad estado código postal)

**Nombre de copropietarios:** \_\_\_\_\_

Valor tasado: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad aún adeudada de la hipoteca: \$ \_\_\_\_\_

**Vehículos motorizados:** Indique marca, modelo y año de cada vehículo motorizado:

\_\_\_\_\_  Propietario  Con deuda  
 \_\_\_\_\_  Propietario  Con deuda

**Cuentas bancarias:** Indique los siguientes datos y adjunte 2 meses de estados de cuenta para cada cuenta bancaria, como cuenta corriente, cuenta de ahorro, certificados de depósito (CD), mercado monetario, etc.

Tipo de cuenta	Nombre del banco o la institución financiera	Número de cuenta	Saldo actual
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

**Inversiones:** Indique los siguientes datos y adjunte 2 meses de estados para cada inversión, como acciones, bonos, fondos mutuos, etc.

Tipo de inversión	Nombre del banco o la institución financiera	Valor actual
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

**Ingreso familiar mensual total:** *Incluya el total del hogar (el paciente y todos los demás integrantes) para todos los ingresos, incluidos salarios, Seguro Social, pensión u otro ingreso por jubilación, pensión alimenticia, manutención de menores o cónyuge, ingreso por alquiler o regalías o trabajo por cuenta propia, pagos a veteranos o por discapacidad, compensación por desempleo, indemnización por accidentes y enfermedades laborales e ingresos por inversión (intereses, dividendos). Se deben presentar comprobantes de ingresos según lo indicado en la página de instrucciones.*

Total de salarios del hogar:	\$ _____	Total de ingresos por indemnización por accidentes y enfermedades laborales:	\$ _____
Total de ingresos por Seguro Social:	\$ _____	Total de ingresos por pensión alimenticia o manutención de menores:	\$ _____
Total de ingresos por pensión, otros ingresos por jubilación:	\$ _____	Total de otros ingresos (describa):	\$ _____
Total de ingresos por alquiler o regalías:\$	\$ _____		\$ _____
Total de ingresos por dividendos e intereses:	\$ _____		\$ _____
Total de ingresos por desempleo:	\$ _____		\$ _____

**Gastos:** Indique los gastos familiares mensuales por concepto de:

Hipoteca o alquiler:	\$ _____	Recetas:	\$ _____
Impuestos sobre la propiedad inmobiliaria:	\$ _____	Productos médicos:	\$ _____
Servicios públicos:	\$ _____	Otras facturas de AHN:	\$ _____
Pago de vehículos motorizados:	\$ _____	Otros ingresos (describa):	\$ _____
Seguro de vehículos motorizados:	\$ _____		\$ _____
Alimentación:	\$ _____		\$ _____

**Otros antecedentes**

¿Ha solicitado asistencia médica?  No  Sí (Si responde SÍ, incluya copias de su solicitud y de la carta de determinación.)  
 ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?  No  Sí  
 ¿Tenía seguro de salud al momento de su tratamiento?  No  Sí

**Autorización y verificación**

Yo, \_\_\_\_\_, doy fe de que la información ingresada en este formulario es verídica y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que este formulario y los comprobantes de mis ingresos y gastos no serán devueltos. Autorizo a Allegheny Health Network a verificar la información y a pedir una calificación crediticia, si es necesario, a fin de decidir si soy elegible para recibir asistencia financiera. Entiendo que si se determina que algún antecedente es falso, es posible que se me niegue asistencia financiera, que puedo ser el único responsable de pagar mi factura en su totalidad y que podría no ser elegible para recibir asistencia financiera en el futuro. Entiendo que mi elegibilidad para recibir asistencia financiera puede ser evaluada nuevamente con respecto a posteriores servicios hospitalarios.

Firma del paciente o representante o garante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Imprima el nombre del paciente o representante o garante. \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_