

Allegheny Health Network (AHN) tıbbi olarak gerekli görülen durumlarda şu hastalar için AHN faturasında indirim gidebilir veya tüm borçları tamamıyla affedebilir,

- Hiç sağlık sigortası olmayan veya sınırlı sağlık sigortası olan hastalar
- Medicaid'i reddeden hastalar
- Amerika Birleşik Devletleri vatandaşı olan hastalar
- AHN finansal destek başvurusunda mali ihtiyaç belirten hastalar.

Hastaların AHN faturalarını ödeyebilmelerine yardımcı olmak için ödeme planlarından da ayrıca yararlanılabilir.

Hasta, kefil veya temsilci AHN faturasını aldıktan sonraki 240 gün içinde finansal destek başvurusunda bulunmalıdır. Başvuruda bulunmak için:

- Her bir hasta için "Finansal Destek Başvuru" formu edinin.
- Her bir hastanın başvurusunu formu aldıktan sonraki 30 gün içinde tamamlayın.
- Gerekli "gelir kanıtlarının" **nüshalarını** oluşturun (belge türleri aşağıdaki listeye bakın).
- İmzalı başvuru belgesi ve gelir kanıtı nüshalarını aşağıdaki adrese gönderin

Şu hastanelerden alınan faturalar için:

**Allegheny General Hastanesi**  
**Allegheny Valley Hastanesi**  
**Canonsburg Hastanesi**  
**Forbes Hastanesi**  
**Jefferson Hastanesi**  
**Saint Vincent Hastanesi**

**Saint Vincent Hastanesi**  
**West Penn Hastanesi**  
**Westfield Memorial Hastanesi**  
**Allegheny Health Network**

---

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

---

#### "Gelir kanıtı" belgeleri:

Adı geçen bu belgelerin nüshalarını başvuru dosyasına ekleyin (belgeler iade edilmez):

Bu belgelerin kopyalarını başvuruya ekleyin (belgeler iade edilemez):

- Geçen yılın federal vergi formlarının **nüshaları** (IRS 1040, vs.)
- Banka hesapları için en son hesap özeti için tüm sayfalarının **nüshaları**
- Yatırım hesapları için en son hesap özeti için tüm sayfalarının **nüshaları**
- Maaşlar için ödeme makbuzlarının **nüshaları** (son 30 gün için)
- Serbest meslek gelirleri için son ayın C Çizelgesi veya kar / zarar cetveli
- Diğer gelir türleri için gelir kanıtlarının **nüshaları**, Örneğin:
  - Sosyal Güvenlik 1099 numaralı formu
  - Emeklilik maaşı veya farklı bir emeklilik geliri hesap özeti
  - Nafaka, çocuk / eş yardımı anlaşması
  - Kira veya teliflerden elde edilen gelir sözleşmesi
- Gazi / Engelli ihale mektubu
- İşsizlik Ödeneği veya İşçi Tazminatı ihale mektubu
- Herhangi bir geliri bulunmayan hastalar için: Destek sağlayan kişi tarafından imzalanmış **destek mektubu**
- Tıbbi yardım reddini kanıtlamak için: Mahrum bırakılan tüm hizmetler için PA-162 formunun **nüshaları** (sadece Pensilvanya'da ikamet edenler için)
- Gelir bilgisine ek olarak sunulan hizmetlerin tarihlerini etkileyen İflas bildirimleri
- Hastanın evsiz olması veya evsizler barınağında kaldığını kanıtlaması

AHN, Finansal Destek Başvurusunu derhal gözden geçirecektir. Ek bilgi gerekmesi durumunda AHN ayrıca bir mektup gönderecektir. AHN istenen ek bilgiyi 30 gün içerisinde alamaz ise başvuru reddedilir.

AHN tamamlanmış bir şekilde ibraz edilen başvuruyu aldıktan sonraki 14 gün içerisinde hastayı, kefil veya hasta temsilcisini alinan karar hakkında bilgilendirecektir. Sağlanan her bir finansal destek, mevcut AHN faturaları için geçerlidir ve sonraki altı (6) ay boyunca tıbbi olarak gerekli hizmetlere yönelik faturalar için de geçerli olabilir.

Hastanın İsmi: \_\_\_\_\_ Doğum Tarihi: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(İsim, İkinci ismin baş harfi, Soy isim)

Sigorta Numarası: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Ev Adresi: \_\_\_\_\_  
(numara, sokak ve apartman numaras. şehir eyalet posta kodu)

Telefon Numaraları: Ev \_\_\_\_\_ Diğer \_\_\_\_\_

İşveren İsmi: \_\_\_\_\_ Telefon Numarası: \_\_\_\_\_

Medeni Hali:  Evli  Boşanmış  Ayrı  Dul  Bekar

Kefil/ Garantör İsmi: \_\_\_\_\_ Hastaya yakınlığı: \_\_\_\_\_

Kefilin Adresi: \_\_\_\_\_  
(numara, sokak ve apartman numarası şehir eyalet posta kodu)

Kefilin Telefon Numarası: Ev \_\_\_\_\_ Diğer \_\_\_\_\_

**Hane Üyeleri:** IRS form 1040'da belirtilen hane üyelerini yazın.

İsim	Hastaya Yakınlığı	Yaş
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Hane:** Lütfen işaretleyin, hasta / kefil:  Ev Sahibi  Kirada Oturuyor  Evsiz

**Westfield Memorial Hastanesi için aşağıdaki varlık bilgileri gerekli değildir.**

Eğer evin sahibi iseniz, lütfen doldurun

Vergi Değeri: \$ \_\_\_\_\_ Güncel İpotek Borcu: \$ \_\_\_\_\_

Eğer hasta / kefilin diğer gayrimenkullerde hissesi varsa lütfen belirtin:

Adres: \_\_\_\_\_  
(numara, sokak ve apartman numarası şehir eyalet posta kodu)

Ortak sahiplerinin isimleri: \_\_\_\_\_

Vergi Değeri: \$ \_\_\_\_\_ Güncel İpotek Borcu: \$ \_\_\_\_\_

**Motorlu Taşıtlar:** Lütfen her motorlu araç için marka, model ve yıl belirtin:

\_\_\_\_\_  Sahibi  Kira  
\_\_\_\_\_  Sahibi  Kira

**Banka Hesapları:** Lütfen aşağıda istenen bilgileri doldurun ve çekler, birikimler, mevduat hesapları (CD), para borsası vb. gibi her bir banka hesabı türü için 2 aylık hesap özetlerini ekleyin.

Hesap Türü	Banka veya Finans Kuruluşunun İsmi	Hesap Numarası.	Mevcut Bakiye
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

**Yatırımlar:** Lütfen aşağıdaki bilgileri doldurun ve hisse senetleri, tahviller, yatırım fonları vb. türünden yatırım hesaplarınız için 2 aylık hesap özetini ekleyin.

Yatırım Türü	Banka veya Finans Kuruluşunun İsmi	Mevcut Değeri
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

**Aylık toplam hane geliri:** Maaş, sosyal sigorta emekli maaşı veya diğer emekli gelirleri, nafaka çocuk ve eş desteği, kira ve telif hakkı gelirleri, serbest meslek geliri, gazi veya engelli ödemeleri, işsizlik ödeneği, işçiz tazminatı ve yatırım gelirleri de dahil olmak üzere lütfen toplam aile gelirini (hasta ve diğerleri) belirtin. Gelir kanıtı, yönerge sayfasında istenilen şekilde ibraz edilmelidir.

Toplam haneye giren maaş:	\$ _____	Toplam işçi tazminatı gelirleri:	\$ _____
Toplam sosyal sigorta geliri:	\$ _____	Toplam nafaka ve çocuk desteği:	\$ _____
Toplam emeklilik ödemeleri:	\$ _____	Diğer gelirler toplamı (lütfen belirtin):	_____
Toplam kira-telif gelirleri:	\$ _____	_____	\$ _____
Toplam kar hissesi ve faiz geliri:	\$ _____	_____	\$ _____
Toplam işsizlik gelirleri:	\$ _____	_____	\$ _____

**Giderler:** Lütfen hanenin aylık giderlerini belirtin:

İpotek veya kira:	\$ _____	Reçeteler:	\$ _____
Emlak vergileri:	\$ _____	Tıbbi malzemeler:	\$ _____
Faturalar:	\$ _____	Diğer AHN faturaları:	\$ _____
Motorlu araç ödemeleri:	\$ _____	Diğer giderler (lütfen belirtin):	_____
Motorlu araç kaskoları:	\$ _____	_____	\$ _____
Food:	\$ _____	_____	\$ _____

#### Other information

Daha önce Tıbbi Destek başvurusunda buldunuz mu?  Hayır  Evet (Eğer evet ise, lütfen başvurunuzun nüshalarını ve belirleme mektubunu ibraz edin.)

ABD vatandaşı mısınız?  Hayır  Evet

Tedaviniz esnasında sağlık sigortanız var mıydı?  Hayır  Evet

#### Yetkilendirme ve doğrulama

Ben, \_\_\_\_\_ bu formda verilen bilgilerin doğruluğunu onaylıyorum. Bu form ile birlikte gelir ve gider kanıtı belgelerimin geri iade edilmeyeceğini kabul ediyorum. Allegheny Health Network'e, bilgileri doğrulamak ve gerekirse mali yardım almaya uygun olup olmadığına karar verebilmek adına kredi notu istemek üzere yetki veriyorum. Herhangi bir bilginin yanlış olduğu tespit edilirse, finansal destek başvurumun reddedilebileceğini, faturamı tam olarak ödemekten tek başıma sorumlu olabileceğimi ve ilerideki finansal destek başvurularım için uygun görülmeceğimi kabul ediyorum. Finansal destek almaya uygun görülmüş olmamın müteakip hastane hizmetleri söz konusu olduğunda tekrar gözden geçirilebileceğini anlıyorum.

Hastanın veya Temsilci /  
Kefilin imzası \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_

Hastanın veya Temsilci /Kefilin ismi \_\_\_\_\_

Hastaya yakınlığı: \_\_\_\_\_