

الیگھنی ہیلتھ نیٹ ورک (AHN) درج ذیل مریضوں کے لیے طبی طور پر ضروری خدمات کے لیے AHN بل کو کم کر سکتا ہے یا معاف کر سکتا ہے :

- جس کے پاس کوئی طبی بیمہ نہیں ہے یا محدود بیمہ ہے
 - جس کے میڈیکلڈ کو نامنظور کر دیا گیا
 - جو ریاستہائے متحدہ کے شہری ہیں
 - جو AHN مالی تعاون کی درخواست پر مالی ضروریات کا اظہار کریں
- مریضوں کو ان کے AHN بلوں کی ادائیگی میں مدد کے لیے ادائیگی سے متعلق منصوبے بھی دستیاب ہوسکتے ہیں۔

مریض یا ضمانت دار یا نمائندہ کو لازمی طور پر AHN بل موصول ہونے کے 240 دنوں کے اندر مالی تعاون کے لیے درخواست دینی چاہئے۔ درخواست دینے کے لیے:

- ہر ایک مریض کے لیے AHN مالی تعاون کی درخواست حاصل کریں۔
- فارم موصول ہونے سے 30 دنوں کے اندر ہر ایک مریض کی درخواست مکمل کر لیں۔
- ضروری آمدنی کے ثبوت کی کاپیاں بنائیں (ذیل کی فہرست دیکھیں)۔
- دستخط کردہ درخواست اور آمدنی کے ثبوت کی کاپیاں درج ذیل پتہ پر بھیجیں:

برائے بل منجانب:

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

آمدنی کے ثبوت کے دستاویزات:

درخواست کے ساتھ ان دستاویزات کی کاپیاں منسلک کریں (دستاویزات واپس نہیں ہوں گے):

- گزشتہ سال کے فیڈرل ٹیکس فارمز (IRS1040، وغیرہ) کی کاپیاں
- بینک اکاؤنٹس کے لیے، حالیہ ترین اسٹیٹمنٹ کے سبھی صفحات کی کاپیاں
- سرمایہ کاری سے متعلق اکاؤنٹس کے لیے، حالیہ ترین اسٹیٹمنٹ کے سبھی صفحات کی کاپیاں
- اجرتوں کے لیے، تنخواہ کے رسید کی کاپیاں (گزشتہ 30 دنوں کے لیے)
- ذاتی روزگار سے بوربی آمدنی کے لیے، گزشتہ ماہ کی شیڈیول C یا منافع / نقصان کے اسٹیٹمنٹ کی کاپیاں
- دیگر قسم کی آمدنی کے لیے، آمدنی کے ثبوت کی کاپیاں جیسے کہ:
- سوشل سیکیورٹی 1099 فارم
- پنشن یا دیگر رٹائرمنٹ کی آمدنی کے اسٹیٹمنٹ
- گزارہ خرچ، بچہ / شریک حیات کے تعاون کا معاہدہ
- کرایہ یا رائٹس کی آمدنی کا معاہدہ
- سابق فوجی / معذوری سے متعلق ایواڈ لیٹر
- بے روزگاری کا معاوضہ یا کارکنان کے معاوضہ سے متعلق ایواڈ لیٹر
- بغیر آمدنی والے مریضوں کے لیے: تعاون فراہم کرنے والے فرد کے ذریعہ دستخط کردہ تعاون کا خط
- طبی اعانت سے انکار کو دکھانے کے لیے: انکار کیے گئے سبھی خدمات کے لیے فارم PA-162 کی کاپیاں (صرف PA مکین کے لیے)
- آمدنی کی معلومات کے علاوہ دیوالیہ ہونے کے نوٹس جو زیر غور خدمات کی تاریخوں پر اثر ڈالتے ہیں
- بے گھر ہونے کا یا یا پناہ گاہ میں رہائش اختیار کرنے کے ثبوت

AHN مالی تعاون کی درخواست کا فوری جائزہ لے گا۔ معلومات ضروری ہونے پر AHN ایک خط بھیجے گا۔ AHN کو 30 دنوں کے اندر اضافی معلومات موصول ہوجانی چاہئے یا درخواست مسترد کردی جائے گی۔

AHN مریض یا مریض کے ضمانت دار یا نمائندہ کو مکمل شدہ درخواست کے موصول ہونے کے 14 دنوں کے اندر فیصلہ کے بارے میں تحریری طور پر مطلع کرے گا۔ فراہم کردہ کسی بھی مالی تعاون کا اطلاق موجودہ AHN بل (بلوں) پر ہوگا اور اس کا اطلاق اگلے چھ (6) ماہ تک طبی طور پر ضروری خدمات کے بلوں پر بھی ہوسکتا ہے۔

مریض کا نام: _____ تاریخ پیدائش: ____/____/____

(پہلا، درمیانی مخفف، آخری)

SSN: _____-_____-_____

گھر کا پتہ: _____
 (نمبر اور گلی، اپارٹمنٹ نمبر) _____
 شہر _____ ریاست _____ ٹپ کوڈ _____
 دیگر _____
 فون: دن _____
 آجر (کمپنی) کا نام: _____ فون: _____

ازدواجی صورتحال: شادی شدہ طلاق شدہ علیحدہ بیوہ / رنڈوا غیر شادی شدہ

شریک حیات / ضمانت دار کا نام: _____ مریض کے ساتھ رشتہ: _____
 ضمانت دار کا پتہ: _____

ضمانت دار کے فون: دن _____
 (نمبر اور گلی، اپارٹمنٹ نمبر) _____
 شہر _____ ریاست _____ ٹپ کوڈ _____
 دیگر _____
گھر کے ممبران: مریض کے گھر کے ان سبھی کی فہرست بنائیں جنہوں نے IRS فارم 1040 کا دعویٰ کیا ہے

عمر	مریض سے رشتہ	نام
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

گھر: مہربانی کر کے نشان لگائیں، مریض / ضمانت دار: اپنا گھر ہے کرایہ کا گھر ہے کوئی گھر نہیں ہے **ویسٹ**
فیلڈ میموریل ہاسپٹل کے لیے درج ذیل اثاثہ کی معلومات ضروری نہیں ہے۔

اگر اپنا گھر ہے تو، مہربانی کر کے فہرست دیں:

تخمینی قیمت: \$ _____ مارگیج پر ابھی بھی بقایہ رقم: \$ _____
 اگر مریض / ضمانت دار کسی دوسری غیر منقولہ جائیداد سے واسطہ ہے، تو مہربانی کر کے فہرست دیں:
 پتہ: _____

شریک مالک کا نام: _____
 (نمبر اور اسٹریٹ) _____
 سٹی _____ ریاست _____ ٹپ کوڈ _____
 تخمینی قیمت: \$ _____ مارگیج پر ابھی بھی بقایہ رقم: \$ _____
موٹر گاڑیاں: مہربانی کر کے ہر موٹر گاڑی کی ساخت، ماڈل اور سال کی فہرست دیں:

لیز زیر ملکیت _____
 لیز زیر ملکیت _____

بینک اکاؤنٹس: مہربانی کر کے درج ذیل معلومات کی فہرست بنائیں اور ہر ایک بینک اکاؤنٹ کے 2 مہینے کے اسٹیٹمنٹس منسلک کریں جیسے چیک-انگ، بچت، سرٹیفیکٹ آف ڈپازٹ (CDs)، منی مارکیٹ وغیرہ۔

اکاؤنٹ کی قسم	بینک یا مالی اداروں کے نام	اکاؤنٹ نمبر	موجودہ بیلنس
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

سرمایہ کاری: مہربانی کر کے درج ذیل معلومات کی فہرست بنائیں اور ہر ایک سرمایہ کاری کے 2 مہینے کے اسٹیٹمنٹس منسلک کریں، جیسے اسٹاکس، بانڈز، میچوئل فنڈز وغیرہ۔

_____	_____	_____
\$	_____	_____
_____	_____	_____
\$	_____	_____
_____	_____	_____
\$	_____	_____
_____	_____	_____
\$	_____	_____
_____	_____	_____
\$	_____	_____
_____	_____	_____
\$	_____	_____
_____	_____	_____
\$	_____	_____
_____	_____	_____
\$	_____	_____
_____	_____	_____
\$	_____	_____
_____	_____	_____
\$	_____	_____

گھرانے کی کل اجرت: _____ \$

کل سوشل سیکیورٹی: _____ \$

کل پینشن، دیگر ریٹائرمنٹ: _____ \$

کل کرایہ / رائلٹی کی آمدنی: _____ \$

کل منافع (منقسمہ) اور سود: _____ \$

بے روزگاری کی کل آمدنی: _____ \$

ماریگیج یا کرایہ: _____ \$

غیر منقولہ جائیداد کے ٹیکسز: _____ \$

یوٹیلیٹیز (پانی، بجلی، گیس وغیرہ): _____ \$

موٹر گاڑیوں کی ادائیگی: _____ \$

موٹر گاڑیوں کا بیمہ: _____ \$

کھانا: _____ \$

دیگر معلومات

کیا آپ نے طبی تعاون کے لیے درخواست دی ہے؟ ہاں نہیں (اگر ہاں، تو مہربانی کر کے اپنی درخواست اور تعین کرنے کے خط کی کاپیاں فراہم کریں)

کیا آپ ریاستہائے متحدہ کے شہری ہیں؟ ہاں نہیں

کیا اپنے علاج کے وقت آپ کے پاس صحت کا بیمہ تھا؟ ہاں نہیں

توثیق اور تصدیق

میں، _____ ، تصدیق کرتا ہوں کہ اس

درخواست میں فراہم کی گئی معلومات میرے بہترین علم و یقین کے مطابق سچ اور درست ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ یہ فارم اور میری آمدنی اور اخراجات کے ثبوتوں

کو واپس نہیں کیا جائے گا۔ میں الیگھنی ہیلتھ نیٹ ورک کو یہ فیصلہ کرنے کہ آیا میں مالی تعاون کا اہل ہوں معلومات کی تصدیق کرنے اور ضروری ہونے پر، کریڈٹ کی

درجہ بندی طلب کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اگر کوئی معلومات غلط پایا جاتا ہے تو، مجھے مالی تعاون سے انکار کیا جاسکتا ہے، میں

پوری طرح سے طبی بلوں کی ادائیگی کے لیے کلی طور پر ذمہ دار ہوسکتا ہوں، اور مستقبل میں مالی تعاون کا اہل نہیں ہوسکتا ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ مالی تعاون کے

لیے میری اہلیت کی ہسپتال کی خدمات کے بعد دوبارہ تشخیص کی جاسکتی ہے۔

مریض یا نمائندہ /

ضمانت دار _____ تاریخ _____

مریض یا نمائندہ / ضمانت دار کا نام جلی حروف میں لکھیں _____

مریض کے ساتھ رشتہ: _____