

A Allegheny Health Network (AHN) pode ser capaz de reduzir ou perdoar uma dívida da AHN por serviços clinicamente necessários para pacientes que:

- Não tenham seguro médico ou tenham seguro limitado
- Tiveram o Medicaid negado
- Sejam cidadãos dos Estados Unidos
- Demonstrem necessidade financeira na Inscrição de Assistência Financeira da AHN

Alguns planos de pagamento também estão disponíveis para ajudar os pacientes a pagar suas contas da AHN.

O paciente, o responsável ou o representante deve solicitar assistência financeira no prazo de 240 dias após o recebimento da conta da AHN. Para solicitar:

- Obtenha um formulário de “Inscrição de Assistência Financeira” da AHN para cada paciente.
- Preencha a inscrição de cada paciente no prazo de 30 dias após o recebimento do formulário.
- Faça **cópias** dos “comprovantes de renda” necessários (veja a lista abaixo).
- Envie a inscrição assinada e a cópia dos comprovantes de renda para o endereço abaixo para contas de:

Allegheny Health Network (AHN)
Allegheny General Hospital
Allegheny Valley Hospital
AHN Brentwood Neighborhood Hospital
AHN Harnar Neighborhood Hospital
AHN Hempfield Neighborhood Hospital
AHN McCandless Neighborhood Hospital

Canonsburg Hospital
Forbes Hospital
Grove City Medical Center
Jefferson Hospital
Saint Vincent Hospital
West Penn Hospital
Wexford Hospital

Operações do Ciclo de Receita da AHN
Departamento de Defesa Financeira
2 Allegheny Center
Suite 602
Pittsburgh PA 15212

Documentos de “comprovantes de renda”:

Anexe cópias destes documentos ao formulário de inscrição (os documentos não podem ser devolvidos):

- ☐ **Cópias** dos formulários de impostos federais (IRS1040, etc.) do último ano
- ☐ Para contas bancárias, **cópias** de todas as páginas do extrato mais recente
- ☐ Para contas de investimento, **cópias** de todas as páginas do extrato mais recente
- ☐ Para salários, **cópias** de contracheques (dos últimos 30 dias)
- ☐ Para renda de trabalho autônomo, **cópias** do Anexo C ou demonstrativos de lucros/perdas do último mês
- ☐ Para outros tipos de renda, **cópias** de comprovantes de renda como, por exemplo:
 - ☐ Formulário 1099 da Previdência Social
 - ☐ Demonstrativo de pensão ou outra renda de aposentadoria
 - ☐ Acordo de pensão alimentícia, apoio a filhos/cônjuge
 - ☐ Contrato de renda de aluguel ou royalties
 - ☐ Carta de concessão de benefícios a veteranos ou por invalidez
 - ☐ Carta de concessão de seguro-desemprego ou indenização trabalhista
- ☐ Para pacientes sem renda: **Carta de apoio** assinada pela pessoa que fornece o suporte
- ☐ Para comprovar a negativa de assistência médica: **Cópias** do formulário PA-162 para todos os serviços negados (apenas para residentes da PA)
- ☐ Avisos de falência que impactam as datas dos serviços considerados, além das informações referente à renda
- ☐ Comprovante de situação de rua ou residência em um abrigo para sem-teto

A AHN analisará a Inscrição de Assistência Financeira prontamente. A AHN enviará uma carta caso sejam necessárias mais informações. A AHN deverá receber informações adicionais dentro de 30 dias ou a inscrição será negada.

A AHN notificará o paciente ou o fiador ou representante do paciente sobre a decisão por escrito no prazo de 14 dias após o recebimento da inscrição **concluída**. Qualquer assistência financeira fornecida aplica-se à(s) conta(s) atual(is) da AHN e também pode ser aplicada a contas de serviços clinicamente necessários pelos próximos seis (6) meses.

Nome do paciente: _____ Data de nascimento: ____/____/____
(primeiro nome, inicial do meio, sobrenome)

SSN: ____-____-____

Endereço residencial: _____
(número e rua, apto. nº cidade estado CEP código)

Telefones: Dia _____ Outro _____

Nome do empregador: _____ Telefone: _____

Estado civil: ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a) ☐ Viúvo(a) ☐ Solteiro(a)

Nome do cônjuge / responsável financeiro: _____ Relação com o paciente: _____

Endereço do responsável financeiro: _____
(número e rua, apto. nº cidade estado CEP código)

Telefones do responsável financeiro: Dia _____ Outro _____

Membros da família: Liste todos na residência do paciente declarados no formulário do IRS 1040

Nome	Relação com o paciente	Idade
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Residência: Marque, paciente/responsável financeiro: ☐ Possui casa própria ☐ Aluga casa ☐ Sem casa

As informações a seguir sobre ativos não são necessárias para o Westfield Memorial Hospital.

Se a casa for própria, indique:

Valor avaliado: US\$ _____ Valor devido na hipoteca: US\$ _____

Se o paciente/garantidor tiver interesse em outros imóveis, indique:

Endereço: _____
(número e rua cidade estado)

CEP) Nomes dos coproprietários: _____

Valor avaliado: US\$ _____ Valor devido na hipoteca: US\$ _____

Veículos automotores: Liste a marca, o modelo e o ano de cada veículo automotor:

_____ ☐ Próprio ☐ Arrendado
 _____ ☐ Próprio ☐ Arrendado

Contas bancárias: Indique as seguintes informações e anexe 2 meses de extratos de cada conta bancária como, por exemplo, conta corrente, poupança, certificados de depósito (CDs), mercado monetário, etc.

Tipo de conta	Nome do banco ou instituição financeira	Nº da conta	Saldo atual
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

Investimentos: Indique as informações a seguir e anexe 2 meses de extratos de cada investimento, como ações, títulos, fundos mútuos, etc.

Tipo de investimento	Nome do banco ou instituição financeira	Valor atual
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

Renda mensal total do domicílio: Inclua todas as pessoas do domicílio (paciente e todos os outros) para toda a renda, incluindo salários, previdência social, pensão ou outra renda de aposentadoria, pensão alimentícia, pensão para filhos/cônjuge, renda de aluguel/royalties/trabalho autônomo, pagamentos de veteranos/invalidez, seguro desemprego, compensação trabalhista e renda de investimentos (juros, dividendos). O comprovante de renda deve ser fornecido conforme indicado na página de instruções.

Total de salários do domicílio:	\$ _____	Total de compensação trabalhista:	\$ _____
Total de previdência social:	\$ _____	Total de pensão alimentícia/pensão para filhos:	\$ _____
Total de pensão, outra aposentadoria:	\$ _____	Total de outra renda (descreva):	
Total de renda de aluguel/royalties :	\$ _____		\$ _____
Total de dividendos e juros:	\$ _____		\$ _____
Total de renda de desemprego :	\$ _____		\$ _____

Despesas: Indique as despesas mensais do domicílio para:

Hipoteca ou aluguel:	\$ _____	Medicamentos prescritos:	\$ _____
Impostos imobiliários:	\$ _____	Suprimentos médicos:	\$ _____
Serviços públicos:	\$ _____	Outras contas da AHN:	\$ _____
Pagamento: de veículo automotor	\$ _____	Outras despesas (por favor, descreva):	
Seguro: de veículo automotor	\$ _____		\$ _____
Alimentação:	\$ _____		\$ _____

Outras informações

Você solicitou Assistência Médica? ☐ Não ☐ Sim (Em caso afirmativo, forneça cópias da sua solicitação e da carta de determinação)

Você é cidadão dos Estados Unidos? ☐ Não ☐ Sim

Você tinha seguro saúde no momento do seu tratamento? ☐ Não ☐ Sim

Autorização e verificação

I, _____, atesto que as informações fornecidas neste formulário são verdadeiras e corretas, tanto quanto é do meu conhecimento. Entendo que este formulário e os comprovantes da minha renda e despesas não serão devolvidos. Autorizo a Allegheny Health Network a verificar as informações e a solicitar uma classificação de crédito, se necessário, para decidir se sou elegível para assistência financeira. Entendo que, se qualquer informação for considerada falsa, a assistência financeira poderá ser negada, posso ser o único responsável pelo pagamento integral da minha conta e posso não ser elegível para assistência financeira futura. Entendo que a minha elegibilidade para assistência financeira pode ser reavaliada para serviços hospitalares subsequentes.

Paciente ou representante /
assinatura do responsável financeiro _____ Data _____

Escreva em letra de forma o nome do paciente ou do representante/responsável financeiro _____

Relação com o paciente: _____