

Allegheny Health Network (AHN) peut être en mesure de réduire ou d'annuler une facture AHN pour des services médicalement nécessaires pour les patients qui :

- N'ont pas d'assurance médicale ou ont une assurance limitée
- Se sont vu refuser Medicaid
- Sont citoyens des États-Unis
- Démontrent un besoin financier sur la demande d'aide financière AHN

Des plans de paiement peuvent également être disponibles pour aider les patients à régler leurs factures AHN.

Le patient, le garant ou le représentant doit demander une aide financière dans les 240 jours suivant la réception de la facture AHN. Pour faire une demande :

- Obtenez un formulaire de « Demande d'aide financière » AHN pour chaque patient.
- Remplissez la demande de chaque patient dans les 30 jours suivant la réception du formulaire.
- Faites des **copies** des « justificatifs de revenus » nécessaires (voir la liste ci-dessous).
- Envoyez la demande signée et les copies des justificatifs de revenus à l'adresse ci-dessous pour les factures provenant de :

Allegheny Health Network (AHN)
Hôpital général d'Allegheny
Hôpital d'Allegheny Valley
Hôpital de quartier AHN de Brentwood
Hôpital de quartier AHN de Harmar
Hôpital de quartier AHN de Hempfield
Hôpital de quartier AHN de McCandless

Hôpital de Canonsburg
Hôpital Forbes
Centre médical de Grove City
Hôpital Jefferson
Hôpital Saint Vincent
Hôpital West Penn
Hôpital Wexford

Opérations du cycle de revenus AHN
Service des intérêts financiers
2 Allegheny Center
Suite 602
Pittsburgh PA 15212

Documents de « justificatifs de revenus » :

Joignez des copies de ces documents à la demande (les documents ne peuvent pas être retournés) :

- ☐ **Copies** des formulaires fiscaux fédéraux (IRS1040, etc.) pour l'année écoulée
- ☐ Pour les comptes bancaires, **copies** de toutes les pages du relevé le plus récent
- ☐ Pour les comptes d'investissement, **copies** de toutes les pages du relevé le plus récent
- ☐ Pour les salaires, **copies** des bulletins de paie (pour les 30 derniers jours)
- ☐ Pour les revenus d'activité indépendante, **copies** de l'annexe C ou des états de profits et pertes pour le mois écoulé
- ☐ Pour les autres types de revenus, **copies** de justificatifs de revenus, tels que :
 - ☐ Formulaire 1099 de la Sécurité sociale
 - ☐ Relevé de pension ou d'autres revenus de retraite
 - ☐ Accord de pension alimentaire ou de soutien aux enfants / au conjoint
 - ☐ Accord de revenus locatifs ou de redevances
 - ☐ Lettre d'attribution de prestations aux anciens combattants / d'invalidité
 - ☐ Lettre d'attribution d'indemnités de chômage ou d'indemnités d'accident du travail
- ☐ Pour les patients sans revenu : **Lettre de soutien** signée par la personne qui apporte son soutien
- ☐ Pour justifier un refus d'assistance médicale : **Copies** du formulaire PA-162 pour tous les services refusés (pour les résidents de Pennsylvanie uniquement)
- ☐ Avis de faillite ayant une incidence sur les dates des services pris en considération, en plus des informations sur les revenus
- ☐ Preuve de situation d'absence de domicile ou de résidence dans un refuge pour sans-abri

AHN examinera rapidement la demande d'aide financière. AHN enverra un courrier si des informations supplémentaires sont nécessaires. AHN doit recevoir les informations supplémentaires dans un délai de 30 jours, faute de quoi la demande sera rejetée.

AHN informera le patient, ou son garant ou représentant, de la décision par écrit dans les 14 jours suivant la réception de la demande **complétée**. Toute aide financière accordée s'applique à la ou aux factures AHN actuelles et peut également s'appliquer aux factures pour des services médicalement nécessaires au cours des six (6) prochains mois.

Nom du patient : _____ **Date de naissance :** ____/____/____
(prénom, initiale du deuxième prénom, nom)

NSS: _____ - _____ - _____

Adresse du domicile : _____
(numéro et rue, apt. n°) ville État code postal)

Téléphones : Jour _____ Autre _____

Nom de l'employeur : _____ **Téléphone :** _____

État civil : ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf/Veuve ☐ Célibataire

Nom du conjoint / garant : _____ **Lien de parenté avec le patient :** _____

Adresse du garant : _____
(numéro et rue, apt. n°) ville État code postal)

Téléphones du garant : Jour _____ Autre _____

Membres du foyer : Listez toutes les personnes du foyer du patient déclarées sur le formulaire IRS 1040

Nom	Lien avec le patient	Âge
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Domicile : Veuillez cocher, patient / garant : ☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ Sans domicile

Les informations suivantes sur les actifs ne sont pas requises pour le Westfield Memorial Hospital.

Si vous êtes propriétaire de votre domicile, veuillez l'indiquer :

Valeur estimée : \$ _____ Montant restant dû sur le prêt immobilier : \$ _____

Si le patient / garant possède des intérêts dans d'autres biens immobiliers, veuillez les indiquer :

Adresse : _____
(numéro et rue) ville État code postal)

Noms des copropriétaires : _____

Valeur estimée : \$ _____ Montant restant dû sur le prêt immobilier : \$ _____

Véhicules motorisés : Veuillez indiquer la marque, le modèle et l'année de chaque véhicule motorisé :

_____ ☐ Propriétaire ☐ Location
 _____ ☐ Propriétaire ☐ Location

Comptes bancaires : Veuillez indiquer les informations suivantes et joindre 2 mois de relevés pour chaque compte bancaire, tel que compte courant, compte d'épargne, certificats de dépôt (CD), marché monétaire, etc.

Type de compte	Nom de la banque ou de l'institution financière	Compte n°	Solde actuel
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

Investissements : Veuillez indiquer les informations suivantes et joindre 2 mois de relevés pour chaque investissement, tels que les actions, obligations, fonds communs de placement, etc.

Type d'investissement	Nom de la banque ou de l'institution financière	Valeur actuelle
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

Revenu mensuel total du foyer : Incluez le total pour le foyer (patient et toutes les autres personnes) pour tous les revenus, y compris les salaires, la sécurité sociale, les pensions ou autres revenus de retraite, la pension alimentaire, la pension pour enfant/conjoint, les revenus locatifs/redevances/travail indépendant, les paiements aux anciens combattants/invalidité, les indemnités de chômage, les indemnités d'accident du travail et les revenus d'investissement (intérêts, dividendes). Une preuve de revenu doit être fournie comme indiqué sur la page d'instructions.

Total des salaires du foyer :	\$ _____	Total des assurances d'accident du travail :	\$ _____
Total de la sécurité sociale :	\$ _____	Total de la pension alimentaire/pension pour enfant :	\$ _____
Total des pensions, autres revenus de retraite :	\$ _____	Total des autres revenus (veuillez décrire) :	_____
Total des revenus locatifs/redevances :	\$ _____		\$ _____
Total des dividendes et intérêts :	\$ _____		\$ _____
Total des revenus de chômage :	\$ _____		\$ _____

Dépenses : Veuillez indiquer les dépenses mensuelles du foyer pour :

Prêt hypothécaire ou loyer :	\$ _____	Ordonnances :	\$ _____
Impôts fonciers :	\$ _____	Fournitures médicales :	\$ _____
Charges :	\$ _____	Autres factures AHN :	\$ _____
Paieement de véhicule motorisé :	\$ _____	Autres dépenses (veuillez décrire) :	_____
Assurance de véhicule motorisé :	\$ _____		\$ _____
Nourriture :	\$ _____		\$ _____

Autres informations

Avez-vous fait une demande d'assistance médicale ? ☐ Non ☐ Oui (Si oui, veuillez fournir des copies de votre demande et de la lettre de décision)

Êtes-vous citoyen des États-Unis ? ☐ Non ☐ Oui

Aviez-vous une assurance maladie au moment de votre traitement ? ☐ Non ☐ Oui

Autorisation et vérification

Je soussigné(e), _____, atteste que les informations fournies dans ce formulaire sont vraies et exactes au meilleur de ma connaissance. Je comprends que ce formulaire ainsi que les justificatifs de mes revenus et dépenses ne me seront pas retournés. J'autorise Allegheny Health Network à vérifier les informations et à demander une évaluation de crédit, si nécessaire, pour décider si je suis admissible à une aide financière. Je comprends que si des informations s'avèrent fausses, l'aide financière pourrait m'être refusée, je pourrais être seul responsable du paiement intégral de ma facture et je pourrais ne pas être admissible à une aide financière future. Je comprends que mon admissibilité à l'aide financière pourrait être réévaluée pour des services hospitaliers ultérieurs.

Patient ou représentant /
Signature du garant _____ Date _____

Inscrire le nom du patient ou du représentant / garant _____

Lien de parenté avec le patient : _____