

对于符合以下条件的患者，Allegheny Health Network (AHN) 可能会减免其因接受医疗必需服务而产生的 AHN 账单：

- 没有医疗保险或医疗保险有限
- 申请联邦医疗补助 (Medicaid) 被拒绝
- 是美国公民
- 在 AHN 经济援助申请中证明其经济困难情况

AHN 还可以提供分期付款计划，以帮助患者支付其 AHN 账单。

患者、担保人或代表必须在收到 AHN 账单后的 240 天内申请经济援助。申请步骤如下：

- 针对每位患者，获取一份 AHN“经济援助申请”表格。
- 在收到表格后的 30 天内完成每位患者的申请。
- 复印所需的“收入证明”（见下方清单）。
- 对于以下机构出具的账单，请将已签署的申请表及收入证明复印件寄送至下方地址：

Allegheny Health Network (AHN)
Allegheny General Hospital
Allegheny Valley Hospital
AHN Brentwood Neighborhood Hospital
AHN Harmar 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

AHN Revenue Cycle Operations
Financial Advocacy Department
2 Allegheny Center
Suite 602
Pittsburgh PA 15212

“收入证明”文件：

请将以下这些文件的复印件附在申请表后（文件恕不退还）：

- ☐ 过去一年的联邦税表（IRS1040 等）**复印件**
- ☐ 银行账户：最近一期对账单所有页面的**复印件**
- ☐ 投资账户：最近一期对账单所有页面的**复印件**
- ☐ 工资收入：过去 30 天内的工资单**复印件**
- ☐ 自雇收入：附表 C 或过去一个月损益表**复印件**
- ☐ 其他类型的收入：收入证明**复印件**，例如：
 - ☐ 社会保障 1099 表格
 - ☐ 养老金或其他退休收入证明
 - ☐ 赡养费、子女抚养费/配偶扶养费协议
 - ☐ 租金或特许权使用费收入协议
 - ☐ 退伍军人/残疾补助金核定通知书
 - ☐ 失业补偿或工伤赔偿金核定通知书
- ☐ 无收入患者：由提供经济支持者签署的**支持证明信**
- ☐ 如要证明医疗补助申请被拒绝：所有被拒绝服务的 PA-162 表格**复印件**（仅限宾夕法尼亚州居民）
- ☐ 除收入信息外，还需提供影响本次审核所涉服务日期的破产通知
- ☐ 无家可归或居住在无家可归者收容所的证明

AHN 将及时审核经济援助申请。如需补充信息，AHN 将寄送信函通知。AHN 须在 30 天内收到补充信息，否则申请将被拒绝。

AHN 将在收到填写完整的申请之日起的 14 天内，以书面形式通知患者、患者的担保人或其代表相关决定结果。所提供的任何经济援助均适用于当前的 AHN 账单，也可能适用于未来六（6）个月内接受医疗必需服务而产生的账单。



经济援助申请

患者姓名：_____ 出生日期：____/____/____

(名字、中间名首字母、姓氏)

社会保障号码 (SSN)：____-____-____

家庭住址：_____
(门牌号及街道、公寓号) 城市 州 邮政编码)

电话：日间_____ 其他_____

雇主名称：_____ 电话：_____

婚姻状况：☐ 已婚 ☐ 离异 ☐ 分居 ☐ 丧偶 ☐ 单身

配偶/担保人姓名：_____ 与患者的关系：_____

担保人地址：_____
(门牌号及街道、公寓号) 城市 州 邮政编码)

担保人电话：日间_____ 其他_____

家庭成员：请列出患者家庭中所有在 IRS 1040 表上被申报为受抚养人的成员

姓名	与患者的关系	年龄
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

住房：请勾选患者/担保人的住房情况：☐ 自有住房 ☐ 租赁住房 ☐ 无住房

对于 Westfield Memorial Hospital, 无需提供以下资产信息。

如果拥有住房，请列出：

评估价值：\$_____ 抵押贷款未偿金额：\$_____

如果患者/担保人拥有其他房地产权益，请列出：

地址：_____
(门牌号及街道) 城市 州、邮政编码)

共同所有人姓名：_____

评估价值：\$_____ 抵押贷款未偿金额：\$_____

机动车辆：请列出每辆机动车的品牌、型号和年份：

_____ ☐ 自有 ☐ 租赁

_____ ☐ 自有 ☐ 租赁

银行账户：请列出以下信息，并附上每个银行账户两个月的对账单，如支票账户、储蓄账户、定期存单 (CD)、货币市场账户等

账户类型	银行或金融机构名称	账户号码	当前余额
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

投资：请列出以下信息，并附上每项投资两个月的对账单，如股票、债券、共同基金等

投资类型	银行或金融机构名称	当前价值
		\$
		\$

家庭月收入总额：包括家庭（患者及所有其他成员）的全部收入总额，包括工资、社会保障金、养老金或其他退休收入、赡养费、子女抚养费/配偶扶养费、租金/特许权使用费/自雇收入、退伍军人/残疾补助金、失业补偿金、工伤赔偿金以及投资（利息、股息）收入。须按照说明页面所列要求提供收入证明。

家庭工资总额：	\$ _____	工伤赔偿金总额：	\$ _____
社会保障金总额：	\$ _____	赡养费/子女抚养费总额：	\$ _____
养老金及其他退休收入总额：	\$ _____	其他收入总额（请说明）：	_____
租金/特许权使用费收入总额：	\$ _____		\$ _____
股息和利息总额：	\$ _____		\$ _____
失业补偿金总额：	\$ _____		\$ _____

支出：请列出以下各项的家庭每月支出：

抵押贷款或租金：	\$ _____	处方药：	\$ _____
房地产税：	\$ _____	医疗用品：	\$ _____
公用事业费：	\$ _____	其他AHN账单：	\$ _____
机动车还款：	\$ _____	其他支出（请说明）：	_____
机动车保险：	\$ _____		\$ _____
食品：	\$ _____		\$ _____

其他信息

您是否申请过医疗补助？ ☐ 否 ☐ 是 （如果是，请提供您的申请材料及相关认定函的复印件）

您是否为美国公民？ ☐ 否 ☐ 是

您在接受治疗时是否有医疗保险？ ☐ 否 ☐ 是

授权与核实

本人， _____， 特此证明，据本人所知，本表所提供的信息真实、准确。本人理解，本表及本人提供的收入和支出证明材料将不予退还。本人授权 Allegheny Health Network 核实相关信息，并在必要时查询信用评级，以决定本人是否符合经济援助资格。本人理解，如发现任何信息不实，本人可能会被拒绝提供经济援助，可能需要自行承担全额账单费用，并且可能不再具备未来获得经济援助的资格。本人理解，对于后续接受的医院服务，本人的经济援助资格可能会被重新评估。

患者或代表/ 担保人签名 _____ 日期 _____

患者或代表/担保人印刷体姓名 _____

与患者的关系： _____