आर्थिक सहायताका लागि निर्देशनहरू आवेदन

Allegheny Health Network (AHN) ले निम्न अवस्थाका बिरामीहरूका लागि चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक सेवाहरूको AHN बिलमा छुट दिन वा बिलको रकम घटाउन सक्छ:

- स्वास्थ्य बीमा नभएका वा सीमित स्वास्थ्य बीमा भएका
- Medicaid अस्वीकृत भएका
- संयुक्त राज्य अमेरिकाका नागरिक भएका
- AHN आर्थिक सहायता आवेदनमा आर्थिक आवश्यकता देखाउने

बिरामीहरूलाई आफ्नो AHN को बिल भुक्तानी गर्न सहयोग पुऱ्याउन किस्ताबन्दी भुक्तानी योजनाहरू पनि उपलब्ध हुन सक्छन्।

बिरामी, जमानतकर्ता वा प्रतिनिधिले AHN को बिल प्राप्त गरेको मितिले 240 दिनभित्र आर्थिक सहायताका लागि आवेदन दिनुपर्छ। आवेदन दिनका लागि:

- प्रत्येक बिरामीका लागि AHN "आर्थिक सहायता आवेदन" फाराम प्राप्त गर्नुहोस्।
- फाराम प्राप्त गरेको 30 दिनभित्र प्रत्येक बिरामीको आवेदन पूरा गर्नुहोस्।
- आवश्यक "आयको प्रमाण" का **प्रतिलिपिहरू** बनाउनुहोस् (तलको सूची हेर्नुहोस्)।
- निम्न स्थानहरूबाट प्राप्त बिलहरूका लागि हस्ताक्षर गरिएको आवेदन र आम्दानीको प्रमाणका प्रतिलिपिहरू तल दिइएको ठेगानामा पठाउनुहोस्:

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
आर्थिक वकालत विभाग
2 Allegheny Center
Suite 602
Pittsburgh PA 15212

"आयका प्रमाणहरू" कागजातहरू:
यी कागजातहरूको प्रतिलिपिहरू आवेदनमा संलग्न गर्नुहोस् (कागजातहरू फिर्ता गरिने छैनन्):

- ☐ गत वर्षका संघीय कर फारामहरू (IRS1040, आदि) का **प्रतिलिपिहरू**
- ☐ बैंक खाताहरूका लागि, सबैभन्दा हालको विवरणको सबै पृष्ठहरूको **प्रतिलिपिहरू**
- ☐ लगानी खाताहरूका लागि, सबैभन्दा हालको विवरणको सबै पृष्ठहरूको **प्रतिलिपिहरू**
- ☐ तलबका लागि, पे-स्टबहरूका **प्रतिलिपिहरू** (गत 30 दिनका लागि)
- ☐ स्वरोजगार आयका लागि, गत महिनाको अनुसूची C वा नाफा / नोक्सान विवरणका **प्रतिलिपिहरू**
- ☐ अन्य प्रकारका आयका लागि, आयका प्रमाणहरूका **प्रतिलिपिहरू**, जस्तै:
  - ❍ सामाजिक सुरक्षा 1099 फाराम
  - ❍ पेन्सन वा अन्य सेवानिवृत्ति आय विवरण
  - ❍ अलिमोनी, बच्चा / जीवनसाथीको सहायतासम्बन्धी सम्झौता
  - ❍ भाडा वा रोयल्टी आय सम्झौता
  - ❍ भेटेरन्स / असक्षम पुरस्कार पत्र
  - ❍ बेरोजगारी भत्ता वा कामदारको क्षतिपूर्ति पुरस्कार पत्र
- ☐ कुनै आम्दानी नभएका बिरामीहरूका लागि: सहयोग प्रदान गर्ने व्यक्तिद्वारा हस्ताक्षर गरिएको **समर्थन पत्र**
- ☐ चिकित्सा सहायता अस्वीकार गरिएको देखाउन: अस्वीकार गरिएका सबै सेवाहरूका लागि फाराम PA-162 का **प्रतिलिपिहरू** (PA बासिन्दाहरूका लागि मात्र)
- ☐ आम्दानी जानकारीको अतिरिक्त विचार गरिने सेवाहरूको मितिलाई असर गर्ने टाट पल्टेको सूचनाहरू
- ☐ घरबारविहीनताको प्रमाण वा घरबारविहीन आश्रयस्थलमा बसोबासको प्रमाण

AHN ले आर्थिक सहायता आवेदनको तुरुन्तै समीक्षा गर्ने छ। थप जानकारी आवश्यक परेमा AHN ले पत्र पठाउने छ। AHN ले 30 दिनभित्र थप जानकारी प्राप्त गर्नु पर्ने छ अन्यथा आवेदन अस्वीकार गरिने छ।

AHN ले **पूर्ण** आवेदन प्राप्त गरेको 14 दिनभित्र निर्णयका बारेमा बिरामी वा बिरामीको जमानीकर्ता वा प्रतिनिधिलाई लिखित रूपमा सूचित गर्ने छ। प्रदान गरिएको कुनै पनि आर्थिक सहायता हालको AHN बिल(हरू) मा लागू हुन्छ र अर्को छ (6) महिनाका लागि चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक सेवाहरूको बिलहरूमा पनि लागू हुन सक्छ।

आर्थिक सहायता आवेदन

बिरामीको नाम: _____ **जन्म मिति:** ____/____/____
(पहिलो नाम, बीचको नामको सुरुको अक्षर, थर)

SSN: _____-_____-_____

घरको ठेगाना: _____
(नम्बर र सडक, अपार्टमेन्ट नं. *सहर* *राज्य* *जिप कोड)*

फोनहरू: दिन_____ अन्य_____

रोजगारदाताको नाम: _____ फोन:_____

वैवाहिक स्थिति: □ विवाहित □ तलाकप्राप्त □ छुट्टिएको □ विधवा/विदुर □ अविवाहित

जीवनसाथी / जमानीकर्ताको नाम: _____ बिरामीसँगको सम्बन्ध:_____

जमानीकर्ताको ठेगाना: _____
(नम्बर र सडक, अपार्टमेन्ट नं. *सहर* *राज्य* *जिप कोड)*

जमानीकर्ताका फोनहरू: दिन_____ अन्य_____

घरपरिवारका सदस्यहरू: *बिरामीको घरपरिवारमा रहेका ती सबैको सूची बनाउनुहोस् जसलाई IRS फाराम 1040* मा दाबी गरिएको छ

नाम	बिरामीसँगको सम्बन्धबिरामी	उमेर

घर: *कृपया छनौट गर्नुहोस्, बिरामी / जमानी बस्ने व्यक्ति:* □ आफ्नै घर □ भाडाको घर □ घरनभएको

Westfield Memorial अस्पतालका लागि निम्न सम्पत्ति जानकारी आवश्यक छैन।

घर आफ्नै हो भने, कृपया सूचीबद्ध गर्नुहोस्:

आकलन गरिएको मूल्य: $_____ धितोमा अझै तिर्न बाँकी रकम: $_____

बिरामी / जमानीकर्ताको अन्य घरजग्गामा रुचि छ भने, कृपया सूचीबद्ध गर्नुहोस्:

ठेगाना: _____
(नम्बर र सडक *सहर* *राज्य* *जिप कोड)*

सह-मालिकहरूको नाम:_____

आकलन गरिएको मूल्य: $_____ धितोमा अझै तिर्न बाँकी रकम: $_____

मोटर सवारी साधनहरू: *कृपया प्रत्येक मोटरको मेक, मोडेल र वर्ष सूचीबद्ध गर्नुहोस् सवारी साधन:*

_____ □ स्वामित्वमा रहेको □ भाडामा लिएको

_____ □ स्वामित्वमा रहेको □ भाडामा लिएको

बैंक खाताहरू: *कृपया निम्न जानकारी सूचीबद्ध गर्नुहोस् र प्रत्येक बैंक खाताका लागि 2 महिनाको स्टेटमेन्टहरू संलग्न गर्नुहोस् जस्तै चेक-इङ; बचत, मुद्दती निक्षेप (CDs), मनी मार्केट, आदि।*

खाता प्रकार	बैंक वा वित्तीय संस्थाको नाम	खाता न.	हालको ब्यालेन्स
			$_____
			$_____
			$_____

लगानीहरू: *कृपया निम्न जानकारी सूचीबद्ध गर्नुहोस् र प्रत्येक लगानीका लागि 2 महिनाको स्टेटमेन्टहरू संलग्न गर्नुहोस्, जस्तै स्टक, बन्ड, म्युचुअल फन्ड, आदि।*

लगानीको प्रकार	बैंक वा वित्तीय संस्थाको नाम	हालको मूल्य
_____	_____	$_____
_____	_____	$_____

कुल पारिवारिक मासिक आम्दानी: *पारिवारिक (बिरामी र अन्य सबै) का लागि सबै आम्दानीको कुल योग समावेश गर्नुहोस् जसमा ज्याला, सामाजिक सुरक्षा, पेन्सन वा अन्य सेवानिवृत्ति आम्दानी, गुजारा भत्ता, बच्चा/जीवनसाथीको सहयोग, भाडा/रोयल्टी/स्वरोजगार आम्दानी, भेटेरान/असक्षम भुक्तानी, बेरोजगारी क्षतिपूर्ति, कामदार क्षतिपूर्ति र लगानी (ब्याज, लाभांश) आम्दानी समावेश छन्। निर्देशन पृष्ठमा सूचीबद्ध गरिएअनुसार आम्दानीको प्रमाण पेश गर्नुपर्छ।*

कुल पारिवारिक ज्याला:	$_____	कुल कामदार क्षतिपूर्ति:	$_____
कुल सामाजिक सुरक्षा:	$_____	कुल गुजारा भत्ता/बाल सहयोग:	$_____
कुल पेन्सन, अन्य सेवानिवृत्ति:	$_____	कुल अन्य आम्दानी (कृपया वर्णन गर्नुहोस्):	
कुल भाडा/रोयल्टी आम्दानी:	$_____	_____	$_____
कुल लाभांश र ब्याज:	$_____	_____	$_____
कुल बेरोजगारी आम्दानी:	$_____	_____	$_____

खर्चहरू: कृपया निम्न कुराहरूका लागि घरको मासिक खर्चको सूची बनाउनुहोस्:

धितो वा भाडा:	$_____	औषधिहरू:	$_____
घरजग्गा करहरू:	$_____	चिकित्सा सामग्रीहरू:	$_____
उपयोगिताहरू:	$_____	अन्य AHN बिलहरू:	$_____
मोटर गाडी भुक्तानी:	$_____	अन्य खर्चहरू (कृपया वर्णन गर्नुहोस्):	
मोटर गाडी बीमा:	$_____	_____	$_____
खाना:	$_____	_____	$_____

अन्य जानकारी

तपाईंले चिकित्सकीय सहायताका लागि आवेदन दिनुभएको छ? □ होइन □ हो (हो भने, कृपया तपाईंको आवेदन र निर्धारण पत्रको प्रतिलिपिहरू प्रदान गर्नुहोस्)

तपाईंले संयुक्त राज्य अमेरिकाको नागरिक हुनुहुन्छ? □ होइन □ हो

तपाईंसँग आफ्नो उपचारको समयमा स्वास्थ्य बीमा थियो? □ होइन □ हो

अधिकृत र प्रमाणीकरण

म, _____, यो फाराममा दिइएको जानकारी मेरो जानकारीअनुसार सत्य र सही छ भनी प्रमाणित गर्दछु। म फाराम र मेरो आम्दानी तथा खर्चको प्रमाण फिर्ता गरिने छैन भनेर बुझ्दछु। म Allegheny Health Network लाई जानकारी प्रमाणित गर्न र आवश्यक परेमा, म आर्थिक सहायताका लागि योग्य छु कि छैन भनी निर्णय गर्न क्रेडिट रेटिङ माग्न अनुमति दिन्छु। म कुनै जानकारी गलत पाइएमा, मलाई आर्थिक सहायता अस्वीकार गर्न सकिन्छ, म मेरो बिल पूर्ण रूपमा तिर्न एक्लै जिम्मेवार हुन सक्छु र भविष्यमा आर्थिक सहायताका लागि योग्य नहुन सक्छु भनेर बुझ्दछु। म मेरो आर्थिक सहायताको योग्यता पछिका अस्पताल सेवाहरूका लागि पुनः मूल्याङ्कन हुन सक्छ भनेर बुझ्दछु ।

बिरामी वा प्रतिनिधि /
ग्यारेन्टरको हस्ताक्षर _____ मिति_____

बिरामी वा प्रतिनिधि / जमानीकर्ताको पूरा नाम _____

बिरामीसँगको सम्बन्ध: _____