

Сети здравоохранения Аллегейни «Allegheny Health Network» (AHN) может изыскать возможность уменьшить или списать счет АНН за услуги, необходимые по медицинским показаниям, для пациентов, которые:

- Не имеют медицинской страховки или имеют ограниченную страховку
- Получили отказ в программе Medicaid
- Являются гражданами Соединенных Штатов
- Демонстрируют финансовую потребность в Заявлении на финансовую помощь сети АНН

Также могут быть доступны планы оплаты для облегчения пациентам оплаты счетов сети АНН.

Пациент или поручитель или представитель должен подать заявление на финансовую помощь в течение 240 дней с момента получения счета АНН. Чтобы подать заявление:

- Получите форму «Заявление на финансовую помощь» АНН для каждого пациента.
- Заполните заявление на каждого пациента в течение 30 дней с момента получения формы.
- Сделайте **копии** необходимых «подтверждений дохода» (см. список ниже).
- Отправьте подписанное заявление и копии подтверждений дохода по указанному ниже адресу для оплаты счетов от следующих учреждений:

Allegheny Health Network (Сеть здравоохранения Аллегейни) (АНН)
Allegheny General Hospital (Больница общего профиля Аллегейни)
Allegheny Valley Hospital (Больница Аллегейни Вэлли)
AHN Brentwood Neighborhood Hospital (Больница АНН в муниципалитете
Брентвуд)
AHN Harmar Neighborhood Hospital (Больница АНН в муниципалитете Хармар)
AHN Hempfield Neighborhood Hospital (Больница АНН в муниципалитете
Хэмпфилд)
AHN McCandless Neighborhood Hospital (Больница АНН в тауншипе
МакКэндлес)

Canonsburg Hospital (Больница Кэнонсберг)
Forbes Hospital (Больница Форбс)
Grove City Medical Center (Медицинский
центр Гроув Сити)
Jefferson Hospital (Больница Джефферсон)
Saint Vincent Hospital (Больница Сент
Винсент)
West Penn Hospital (Больница Вест Пенн)
Wexford Hospital (Больница Вексфорд)

Отдел операционного управления доходами АНН (AHN Revenue
Cycle Operations)
Отдел финансовой поддержки (Financial Advocacy Department)
2 Allegheny Center
Suite 602
Pittsburgh PA 15212

Документы, «подтверждающие доход»:

Приложите копии этих документов к заявлению (документы не возвращаются):

- | | |
|---|---|
| ☐ Копии федеральных налоговых деклараций (IRS1040 и т. д.) за прошлый год | ☐ алиментах, выплачиваемых супругу или супруге |
| ☐ Для банковских счетов — копии всех страниц самой свежей выписки | ☐ Соглашение о доходе от аренды или роялти |
| ☐ Для инвестиционных счетов — копии всех страниц самой свежей выписки | ☐ Письмо о назначении пособия ветерану / по инвалидности |
| ☐ Для заработной платы — копии расчетных листков (за последние 30 дней) | ☐ Письмо о назначении пособия по безработице или компенсации работникам |
| ☐ Для дохода от самозанятости — копии формы «Schedule С» (Приложение С) или отчетов о прибылях и убытках за последний месяц | ☐ Для пациентов без дохода: Письмо о поддержке , подписанное лицом, которое предоставляет поддержку |
| ☐ Для других видов дохода — копии подтверждающих документов, например следующих: | ☐ Для подтверждения отказа в медицинской помощи: Копии формы PA-162 для всех услуг, в которых было отказано (только для жителей штата Пенсильвания) |
| ☐ Форма 1099 социального обеспечения | ☐ Уведомления о банкротстве, которые влияют на даты оказания услуг, рассматриваемых в дополнение к информации о доходах |
| ☐ Выписка о пенсии или другом пенсионном доходе | ☐ Подтверждение отсутствия жилья или проживания в приюте для бездомных |
| ☐ Соглашение об алиментах, пособии на ребенка / | |

Сеть АНН незамедлительно рассмотрит заявление о финансовой помощи. Сеть АНН направит письмо, если потребуются дополнительная информация. Сеть АНН должна получить дополнительную информацию в течение 30 дней, иначе в удовлетворении заявления будет отказано.

Сеть АНН уведомит пациента или поручителя пациента или представителя пациента о принятом решении в письменной форме в течение 14 дней после получения **заполненного** заявления. Любая предоставленная финансовая помощь применяется к текущему счету (счетам) сети АНН, а также может применяться к счетам за услуги, необходимые по медицинским показаниям, в течение следующих шести (6) месяцев.

Имя пациента: _____ Дата рождения: ____/____/____
(имя, инициал второго имени, фамилия)

Номер социального страхования (SSN): _____ - _____ - _____

Домашний адрес: _____
(номер дома и улица, кв. №) _____ Город _____ Штат _____ почтовый индекс _____

Телефоны: Дневной _____ Другой _____

Название работодателя: _____ Телефон: _____

Семейное положение: ☐ В браке ☐ Разведен(а) ☐ Раздельное проживание ☐ Вдовец/Вдова ☐ Не в браке

Имя супруга (супруги) / поручителя: _____ Кем приходится пациенту: _____

Адрес поручителя: _____
(номер дома и улица, кв. №) _____ Город _____ Штат _____ почтовый индекс _____

Телефоны поручителя: Дневной _____ Другой _____

Члены домохозяйства: Перечислите всех членов домохозяйства пациента, которые указаны в налоговой форме IRS 1040

Имя	Кем приходится пациенту	Возраст
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Жилье: Поставьте отметку, пациент / поручитель: ☐ Владеет жильем ☐ Арендует жилье ☐ Нет жилья

Следующая информация об активах не требуется для Westfield Memorial Hospital.

Если жилье в собственности, пожалуйста, укажите:

Оценочная стоимость: \$ _____ Непогашенная сумма по ипотеке: \$ _____

Если пациент / поручитель имеет долю в другой недвижимости, пожалуйста, укажите:

Адрес: _____
(номер дома и улица) _____ Город _____ Штат _____ почтовый индекс _____

Имена совладельцев: _____

Оценочная стоимость: \$ _____ Непогашенная сумма по ипотеке: \$ _____

Транспортные средства: Укажите марку, модель и год выпуска каждого транспортного средства:

_____ ☐ В собственности ☐ В лизинге
_____ ☐ В собственности ☐ В лизинге

Банковские счета: Укажите следующую информацию и приложите выписки за 2 месяца по каждому банковскому счету, например, расчетному, сберегательному, депозитным сертификатам (CD), для денежного рынка и т. д.

Тип счета	Название банка или финансового учреждения	Номер счета	Остаток на счете
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

Инвестиции: Укажите следующую информацию и приложите выписки за 2 месяца по каждой инвестиции, например, акциям, облигациям, паевым инвестиционным фондам и т. д.

Тип инвестиции	Название банка или финансового учреждения	Текущая стоимость
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

Общий ежемесячный доход домохозяйства: Укажите общую сумму дохода домохозяйства (пациента и всех остальных), включая заработную плату, социальное обеспечение, пенсионный или иной доход от выхода на пенсию, алименты, пособие на ребенка/алименты, выплачиваемые супругу или супруге, доход от аренды/роялти/самозанятости, выплаты ветеранам/пенсия по инвалидности, пособие по безработице, компенсацию работникам и инвестиционный доход (проценты, дивиденды). Подтверждение дохода должно быть предоставлено как указано на странице с инструкцией.

Общая заработная плата домохозяйства:	\$ _____	Общая компенсация работникам:	\$ _____
Общая сумма социального обеспечения:	\$ _____	Общая сумма алиментов/пособия на ребенка:	\$ _____
Общая сумма пенсии, прочего пенсионного обеспечения:	\$ _____	Общий прочий доход (укажите, что именно):	
Общий доход от сдачи в аренду/роялти:	\$ _____		\$ _____
Общая сумма дивидендов и процентов:	\$ _____		\$ _____
Общий доход от пособия по безработице:	\$ _____		\$ _____

Расходы: Перечислите ежемесячные расходы домохозяйства на следующее:

Ипотека или аренда жилья:	\$ _____	Рецептурные препараты:	\$ _____
Налоги на недвижимость:	\$ _____	Медицинские принадлежности, техника и т. д.:	\$ _____
Коммунальные услуги:	\$ _____	Другие счета сети АНН:	\$ _____
Платеж за транспортное средство:	\$ _____	Другие расходы (укажите, что именно):	
Страхование транспортного средства:	\$ _____		\$ _____
Питание:	\$ _____		\$ _____

Прочая информация

Подавали ли вы заявление на участие в программе медицинской помощи Medical Assistance? ☐ Нет ☐ Да (Если да, пожалуйста, представьте копии вашего заявления и письма с решением)

Являетесь ли вы гражданином Соединенных Штатов? ☐ Нет ☐ Да

Была ли у вас медицинская страховка на момент лечения? ☐ Нет ☐ Да

Разрешение и проверка

Я, _____, подтверждаю, что информация, указанная в настоящей форме, подлинна и верна, насколько мне известно. Я понимаю, что настоящая форма, а также подтверждения моих доходов и расходов не будут возвращены. Я уполномочиваю сеть здравоохранения Аллегейни (Allegheny Health Network) проверить эту информацию и, при необходимости, запросить кредитный рейтинг, чтобы принять решение, имею ли я право на финансовую помощь. Я понимаю, что если какая-либо информация окажется ложной, мне может быть отказано в финансовой помощи, я могу нести единоличную ответственность за полную оплату своего счета и могу лишиться права на получение финансовой помощи в будущем. Я понимаю, что может быть произведена повторная оценка моего права на получение финансовой помощи для услуг больницы в дальнейшем.

Пациент или представитель / _____ Дата _____

подпись поручителя _____

Имя пациента или представителя / поручителя печатными буквами _____

Кем приходится пациенту: _____