

Allegheny Health Network (AHN) podría reducir o condonar una factura de AHN por servicios médicamente necesarios para pacientes:

- Sin seguro médico o con un seguro médico limitado
- A quienes se les ha denegado la cobertura de Medicaid
- Sean ciudadanos de los Estados Unidos
- Que demuestren necesidad económica en la Solicitud de ayuda económica de AHN

También pueden existir planes de pago para ayudar a los pacientes a abonar sus facturas de AHN.

El paciente, el garante o el representante debe solicitar la ayuda económica dentro de los 240 días posteriores a la recepción de la factura de AHN. Para solicitarla:

- Obtenga un formulario de «Solicitud de ayuda económica» de AHN para cada paciente.
- Complete la solicitud de cada paciente dentro de los 30 días posteriores a la recepción del formulario.
- Haga **copias** de los «comprobantes de ingresos» necesarios (consulte la lista a continuación).
- Envíe la solicitud firmada y las copias de los comprobantes de ingresos a la dirección que figura a continuación para las facturas 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

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

Documentos de «comprobantes de ingresos»:

Adjunte copias de estos documentos a la solicitud (los documentos no se pueden devolver):

- ☐ **Copias** de formularios de impuestos federales (IRS1040, etc.) del último año
- ☐ Para cuentas bancarias, **copias** de todas las páginas del estado de cuenta más reciente
- ☐ En el caso de las cuentas de inversión, **copias** de todas las páginas del estado de cuenta más reciente
- ☐ Para salarios, **copias** de recibos de sueldo (de los últimos 30 días)
- ☐ En cuanto a los ingresos por actividad por cuenta propia, **copias** del Anexo C o de las cuentas de pérdidas y ganancias del último mes
- ☐ Para otros tipos de ingresos, **copias** de comprobantes de ingresos, tales como:
 - ☐ Formulario 1099 del Seguro Social
 - ☐ Estado de cuenta de pensión u otros ingresos de jubilación
 - ☐ Acuerdo de pensión alimenticia, manutención de hijos / cónyuge
 - ☐ Acuerdo de ingresos por alquiler o regalías
 - ☐ Carta de concesión de beneficios para veteranos / discapacidad
 - ☐ Carta de concesión de la prestación por desempleo o de la indemnización por accidente laboral
- ☐ Para pacientes sin ingresos: **Carta de apoyo** firmada por la persona que brinda el apoyo
- ☐ Para mostrar la denegación de Asistencia Médica: **Copias** del formulario PA-162 para todos los servicios denegados (solo para residentes de Pensilvania)
- ☐ Notificaciones de quiebra que afectan a las fechas de los servicios en consideración, además de la información sobre los ingresos
- ☐ Comprobante de domicilio en un refugio para personas sin hogar o de falta de vivienda

AHN revisará cada Solicitud de Ayuda económica con celeridad. AHN enviará una carta si necesita más información. AHN deberá recibir la información adicional dentro de los 30 días o la solicitud será denegada.

AHN notificará por escrito la decisión al paciente, a su garante o a su representante en un plazo de 14 días a partir de la recepción de la solicitud debidamente **completa**. Cualquier ayuda económica concedida se aplica a las facturas actuales de AHN y también puede aplicarse a las facturas correspondientes a servicios médicamente necesarios durante los próximos seis (6) meses.

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____
(nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

SSN: ____-____-____

Dirección particular: _____
(número y calle, depto. n.º ciudad estado código postal)

Teléfonos: Día _____ Otro _____

Nombre del empleador: _____ **Teléfono:** _____

Estado civil: ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Soltero

Nombre del cónyuge / garante: _____ **Relación con el paciente:** _____

Dirección del garante: _____
(número y calle, depto. n.º ciudad estado código postal)

Teléfonos del garante: Día _____ Otro _____

Miembros del hogar: Enumere a todos los miembros del hogar del paciente que se declaran en el formulario 1040 del IRS

Nombre	Relación con el paciente	Edad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Vivienda: Seleccione, paciente / garante: ☐ Vivienda propia ☐ Vivienda alquilada ☐ Sin vivienda

La siguiente información sobre activos no es necesaria para el Westfield Memorial Hospital.

Si es propietario de la vivienda, por favor indique:

Valor tasado: \$ _____ Monto que aún se debe de la hipoteca: \$ _____

Si el paciente / garante posee otros bienes inmuebles, indíquelos a continuación:

Dirección: _____
(número y calle ciudad estado código postal) Nombres de los copropietarios: _____

Valor tasado: \$ _____ Monto que aún se debe de la hipoteca: \$ _____

Vehículos: Por favor, indique la marca, el modelo y el año de cada vehículo:

_____ ☐ Propio ☐ Arrendado
 _____ ☐ Propio ☐ Arrendado

Cuentas bancarias: Indique la siguiente información y adjunte los extractos bancarios de los últimos dos meses de cada cuenta bancaria, como cuentas corrientes, cuentas de ahorro, certificados de depósito (CD), cuentas del mercado monetario, etc.

Tipo de cuenta	Nombre del banco o institución financiera	N.º de cuenta	Saldo actual
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

Inversiones: Indique la siguiente información y adjunte los extractos bancarios de los últimos dos meses de cada inversión, como acciones, bonos, fondos de inversión, etc.

Tipo de inversión	Nombre del banco o institución financiera	Valor actual
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

Ingreso mensual total del hogar: Incluya el total de los ingresos del hogar (del paciente y del resto de miembros) por todos los conceptos, incluidos los salarios, el Seguro Social, las pensiones u otros ingresos por jubilación, la pensión alimenticia, las prestaciones por manutención de hijos o cónyuge, los ingresos por alquiler, regalías o trabajo por cuenta propia, las prestaciones para veteranos o por discapacidad, la prestación por desempleo, la indemnización por accidente laboral y los ingresos por inversiones (intereses, dividendos). Se debe proporcionar el comprobante de ingresos como se indica en la página de instrucciones.

Total de salarios del hogar:	\$ _____	Total de indemnización laboral:	\$ _____
Total del Seguro Social:	\$ _____	Total de pensión alimenticia/manutención de hijos:	\$ _____
Total de pensión, otros ingresos de jubilación:	\$ _____	Total de otros ingresos (describa):	_____
Total de ingresos por alquiler/regalías:	\$ _____		\$ _____
Total de dividendos e intereses:	\$ _____		\$ _____
Total de ingresos por desempleo:	\$ _____		\$ _____

Gastos: Por favor, enumere los gastos mensuales del hogar para:

Hipoteca o alquiler:	\$ _____	Recetas:	\$ _____
Impuestos inmobiliarios:	\$ _____	Suministros médicos:	\$ _____
Servicios públicos:	\$ _____	Otras facturas de AHN:	\$ _____
Pago de vehículo:	\$ _____	Otros gastos (describa):	_____
Seguro del vehículo:	\$ _____		\$ _____
Alimentos:	\$ _____		\$ _____

Otra información

¿Ha solicitado Asistencia Médica? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, proporcione copias de su solicitud y la carta de determinación)

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? ☐ No ☐ Sí

¿Tenía seguro médico al momento de su tratamiento? ☐ No ☐ Sí

Autorización y verificación

Yo, _____, certifico que, según mi leal saber y entender, la información facilitada en este formulario es veraz y correcta. Entiendo que este formulario y los comprobantes de mis ingresos y gastos no serán devueltos. Autorizo a Allegheny Health Network a verificar la información y a solicitar un informe de solvencia crediticia, si fuera necesario, para determinar si reúno los requisitos para recibir ayuda económica. Entiendo que, si se comprueba que alguna información es falsa, se me podría denegar la ayuda económica, podría ser el único responsable de pagar el importe total de mi factura y podría no tener derecho a recibir ayuda económica en el futuro. Entiendo que mi elegibilidad para recibir ayuda económica puede ser reevaluada para futuras prestaciones hospitalarias.

Paciente o representante /
firma del garante _____ Fecha _____

Escriba el nombre del paciente o representante / garante _____

Relación con el paciente: _____