

Allegheny Health Network inaweza kupunguza kiasi cha bili au kusamehe malipo ya bili za AHN kwa huduma za matibabu zilizo za lazima kiafya kwa wagonjwa ambao:

- Hawana bima ya matibabu au wana bima ndogo
- Wamekataliwa kupata huduma za bima ya afya ya Medicaid
- Ni raia wa Marekani
- Wanaonyesha uhitaji wa msaada wa kifedha kupitia Fomu ya Maombi ya Msaada wa

Kifedha ya AHN

Mipango ya malipo inaweza pia kupatikana ili kuwasaidia wagonjwa kulipa bili zao za AHN.

Mgonjwa, mdhamini wa malipo, au mwakilishi wake lazima aombe msaada wa kifedha ndani ya siku 240 tangu kupokea bili ya AHN. Ili kuomba:

- Pata fomu ya “Maombi ya Msaada wa Kifedha” ya AHN kwa kila mgonjwa.
- Jaza fomu ya maombi ya kila mgonjwa ndani ya siku 30 tangu kupokea fomu hiyo.
- Tengeneza **nakala** za “uthibitisho wa mapato” unaohitajika (tazama orodha hapa chini).
- Tuma fomu ya maombi iliyosainiwa pamoja na nakala za nyaraka za kuthibitisha mapato kwenye anwani iliyo hapa chini kwa bili zinazotoka kwa:

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

Idara ya Uendeshaji wa Mzunguko wa Mapato ya AHN
 Idara ya Ushauri Masuala ya Kifedha
 2 Allegheny Center
 Suite 602
 Pittsburgh PA 15212

Nyaraka za “uthibitisho wa mapato”:

Ambatanisha nakala za nyaraka hizi kwenye ombi (nyaraka haziwezi kurejeshwa):

- ☐ **Nakala** za fomu za kodi ya serikali (IRS1040, n.k.) kwa mwaka uliopita
- ☐ Kwa akaunti za benki, **nakala** za kurasa zote za taarifa ya hivi karibuni zaidi
- ☐ Kwa akaunti za uwekezaji, **nakala** za kurasa zote za taarifa ya hivi karibuni zaidi
- ☐ Kwa mishahara, **nakala** za stakabadhi za malipo (kwa siku 30 zilizopita)
- ☐ Kwa mapato yatanayo na kujijiri, **nakala** za Fomu ya Schedule C au taarifa za faida na hasara za mwezi uliopita.
- ☐ Kwa aina nyingine za mapato, **nakala** za uthibitisho wa mapato, kama vile:
 - ☐ Fomu ya 1099 ya Hifadhi ya Jamii
 - ☐ Taarifa ya pensheni au mapato mengine ya kustaafu
 - ☐ Makubaliano ya malipo ya matunzo kwa mwenzi wa zamani na/au matunzo ya mtoto au mwenzi wa ndoa
 - ☐ Mkataba wa mapato ya kodi au mirabaha
 - ☐ Barua ya uthibitisho wa mafao ya maveterani au mafao ya ulemavu
 - ☐ Barua ya kuthibitisha mafao ya fidia ya ukosefu wa ajira au fidia kwa wafanyakazi waliojeruhiwa kazini
- ☐ Kwa wagonjwa wasio na mapato: **Barua ya kuthibitisha msaada**, iliyosainiwa na mtu anayetoa msaada huo
- ☐ Ili kuthibitisha kuwa ombi la Msaada wa Matibabu limekataliwa: **Nakala** za fomu PA-162 kwa huduma zote zilizokataliwa (kwa wakazi wa PA pekee)
- ☐ Taarifa za kufilisika zinazoathiri tarehe za huduma zinazozingatiwa, pamoja na taarifa za mapato.
- ☐ Uthibitisho wa kutokuwa na makazi au wa kuishi katika makazi ya muda kwa watu wasio na makazi

AHN itapitia Fomu ya Maombi ya Msaada wa Kifedha bila kuchelewa. AHN itatuma barua ikiwa taarifa zaidi zitahitajika. AHN lazima ipokee taarifa za ziada ndani ya siku 30; vinginevyo, ombi litakataliwa.

AHN itamjulisha mgonjwa, mdhamini wa malipo ya mgonjwa, au mwakilishi wake kuhusu uamuzi huo kwa maandishi ndani ya siku 14 tangu kupokea fomu ya maombi iliyojazwa **kikamilifu**. Msaada wowote wa kifedha utakaotolewa utatumika kwa bili ya sasa au bili za sasa za AHN, na unaweza pia kutumika kwa bili za huduma za matibabu zilizo za lazima kiafya zitakazotolewa katika kipindi cha miezi sita (6) ijayo.

Jina la mgonjwa: _____ Tarehe ya kuzaliwa: ____/____/____
(jina la kwanza, herufi ya kwanza ya jina la kati, jina la mwisho)

SSN: _____

Anwani ya nyumba: _____
(nambari ya nyumba na jina la mtaa, apartment namba. jiji jimbo zip code)

Nambari za Simu: Mchana _____ Nyingine _____

Jina la mwajiri: _____ Simu: _____

Hali ya ndoa: ☐ Ndoa ☐ Talaka ☐ Kutengana ☐ Mjane/Mgane ☐ Single

Jina la Mwenzi wa Ndoa / Mdhamini: _____ Uhusiano na mgonjwa: _____

Anwani ya mdhamini: _____
(nambari ya nyumba na jina la mtaa, apartment namba. jiji jimbo zip code)

Nambari za Simu za Mdhamini: Mchana _____ Nyingine _____

Wanafamilia: Orodhesha watu wote katika nyumba ya mgonjwa ambao wametajwa kama kwenye Fomu ya IRS 1040

Jina	Uhusiano na mgonjwa	Umri
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nyumba: Tafadhali chagua, mgonjwa / mdhamini: ☐ Anamiliki nyumba ☐ Amepanga nyumba ☐ Hana nyumba

Taarifa zifuatazo kuhusu mali hazihitajiki na Westfield Memorial Hospital.

Ikiwa nyumba inamilikiwa, tafadhali orodhesha:

Thamani iliyokadiriwa: \$ _____ Kiasi cha deni la rehani ambacho bado kinadaiwa: \$ _____

Ikiwa mgonjwa au mdhamini wa malipo ana umiliki au maslahi ya kifedha katika mali nyingine isiyohamishika, tafadhali orodhesha:

Anwani: _____
(namba na mtaa jiji jimbo zip code)

Majina ya wamiliki wenza: _____

Thamani iliyokadiriwa: \$ _____ Kiasi cha deni la rehani ambacho bado kinadaiwa: \$ _____

Magari ya injini: Tafadhali orodhesha chapa, modeli na mwaka wa kutengenezwa wa kila chombo cha usafiri chenye injini:

_____ ☐ Inamilikiwa ☐ Imekodishwa
 _____ ☐ Inamilikiwa ☐ Imekodishwa

Akaunti za benki: Tafadhali orodhesha taarifa zifuatazo na uambatishe taarifa za miezi 2 kwa kila akaunti ya benki kama vile akaunti ya kawaida, akaunti ya akiba, hati za amana (CDs), soko la fedha, n.k.

Aina ya akaunti	Jina la benki au taasisi ya kifedha	Nambari ya akaunti	Salio la sasa
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

Uwekezaji: Tafadhali orodhesha taarifa zifuatazo na uambatishe taarifa za miezi 2 kwa kila uwekezaji, kama vile hisa, hati fungani, fedha za pamoja, n.k.

Aina ya uwekezaji	Jina la benki au taasisi ya kifedha	Thamani ya sasa
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

Jumla ya mapato ya kila mwezi ya familia: Jumuisha jumla ya mapato ya familia nzima (mgonjwa na watu wengine wote), kwa mapato yote ikiwemo mishahara, mafao ya Hifadhi ya Jamii, pensheni au mapato mengine ya kustaafu, malipo ya matunzo kwa mwenzi wa zamani, malipo ya matunzo ya mtoto / mwenzi wa ndoa, mapato ya kodi ya pango / mrabaha / mapato ya kujiajiri, malipo ya mafao ya maveterani / ulemavu, mafao ya ukosefu wa ajira, fidia kwa wafanyakazi, na mapato yatokanayo na uwekezaji (riba na gawio). Uthibitisho wa mapato lazima uwasilishwe kama ilivyoorodheshwa kwenye ukurasa wa maelekezo.

Jumla ya mishahara ya familia:	\$ _____	Jumla ya fidia ya mfanyakazi:	\$ _____
Jumla ya Hifadhi ya Jamii:	\$ _____	Jumla ya malipo ya matunzo kwa mwenzi wa zamani / mtoto:	\$ _____
Jumla ya pensheni na mapato mengine yakustaafu:	\$ _____	Jumla ya mapato mengine (tafadhali eleza):	_____
Jumla ya mapato yatokanayo na kodi ya pango na mrabaha:	\$ _____		\$ _____
Jumla ya gawio na riba:	\$ _____		\$ _____
Jumla ya mapato yatokanayo na mafao ya ukosefu wa ajira:	\$ _____		\$ _____

Gharama: Tafadhali orodhesha gharama za kila mwezi za familia kwaajili ya:

Malipo ya rehani au kodi ya pango:	\$ _____	Gharama za dawa zilizoandikwa na daktari:	\$ _____
Kodi ya maliisiyohamishika:	\$ _____	Vifaa vya matibabu	\$ _____
Gharama za huduma za msingi:	\$ _____	Bili nyingine za AHN	\$ _____
Malipo ya gari	\$ _____	Gharama nyingine (tafadhali eleza):	_____
Bima ya gari	\$ _____		\$ _____
Chakula:	\$ _____		\$ _____

Taarifa nyingine

Je, umeomba Msaada wa Matibabu? ☐ Hapana ☐ Ndiyo (Kama ndiyo, tafadhali toa nakala za fomu yako ya maombi na barua ya uamuzi)

Je, wewe ni raia wa Marekani? ☐ Hapana ☐ Ndiyo

Je, ulikuwa na bima ya afya wakati wa matibabu yako? ☐ Hapana ☐ Ndiyo

Idhini na uthibitisho

Mimi, _____, nathibitisha kuwa taarifa zilizotolewa katika fomu hii ni za kweli na sahihi kwa kadiri ya uelewa wangu. Ninaelewa kuwa fomu hii na uthibitisho wa mapato na gharama zangu hazitarejeshwa. Natoa idhini kwa Allegheny Health Network (AHN) kuthibitisha taarifa nilizotoa na, ikiwa itahitajika, kuomba taarifa kuhusu kiwango changu cha mapato ili kuamua kama ninastahili kupata msaada wa kifedha. Ninaelewa kuwa ikiwa taarifa yoyote itabainika kuwa ya uongo, ninaweza kunyimwa msaada wa kifedha, ninaweza kuwajibika kikamilifu kulipa bili yangu yote, na ninaweza nasisitahiki kupata msaada wa kifedha siku zijazo. Ninaelewa kwamba ustahiki wangu wa kupata msaada wa kifedha unaweza kutathminiwa upya kwa huduma za hospitali nitakazopokea baadaye.

Mgonjwa au mwakilishi /
saini ya mdhamini _____ Tarehe _____

Andika jina la mgonjwa au mwakilishi / mdhamini _____

Uhusiano na mgonjwa: _____