

Мережа Allegheny Health Network (AHN) може зменшити суму рахунка за послуги, обумовлені медичними показаннями, або анулювати його для пацієнтів, які:

- мають обмежене медичне страхування або взагалі його не мають;
- отримали відмову в покритті за програмою Medicaid;
- є громадянами США;
- у відповідній заяві AHN підтверджують потребу у фінансовій допомозі.

Для полегшення оплати рахунків AHN пацієнтам можуть надаватися графіки розтермінування платежів.

Пацієнт, його поручитель або представник має звернутися по фінансову допомогу протягом 240 днів від дати отримання рахунка AHN. Щоб подати заяву, виконайте наведені нижче дії.

- Візьміть форму «Заява на отримання фінансової допомоги» AHN на кожного пацієнта.
- Заповніть заяву для кожного пацієнта протягом 30 днів від дати її отримання.
- Зробіть **копії** документів, що підтверджують дохід (див. перелік нижче).
- Надішліть підписану заяву та копії документів, що підтверджують дохід, на вказану нижче адресу, якщо рахунки виставлено такими закладами:

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

Документи, що підтверджують дохід

Додайте до заяви копії наведених нижче документів (документи поверненню не підлягають).

- ☐ **Копії** федеральних податкових форм (форма IRS1040 тощо) за минулий рік
- ☐ Для банківських рахунків — **копії** всіх сторінок останньої виписки
- ☐ Для інвестиційних рахунків — **копії** всіх сторінок останньої виписки
- ☐ Для заробітної плати — **копії** платіжних відомостей (за останні 30 днів)
- ☐ Для доходу від незалежної професійної чи підприємницької діяльності — **копії** Додатка С або звітів про прибутки й збитки за минулий місяць
- ☐ Для інших видів доходу — **копії** документів, що підтверджують надходження, зокрема:
 - ☐ Форма 1099 щодо виплат із соціального страхування
 - ☐ Виписка про пенсійні виплати чи інші доходи після виходу на пенсію
 - ☐ Угода про сплату аліментів чи утримання неповнолітніх дітей / одного з подружжя
 - ☐ Договір про отримання доходу від оренди або авторського гонорару
 - ☐ Письмове повідомлення про нарахування виплат ветеранам або допомоги у зв'язку з інвалідністю
 - ☐ Письмове рішення про призначення допомоги в разі безробіття чи компенсації у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності
- ☐ Для пацієнтів, які не мають доходу: **Письмове підтвердження** забезпечення, підписане особою, що утримує пацієнта
- ☐ Для підтвердження відмови в реєстрації в програмі Medical Assistance: **Копії** форми PA-162 щодо всіх послуг, у наданні яких було відмовлено (лише для жителів штату Пенсільванія)
- ☐ Повідомлення про банкрутство, що стосуються періодів надання послуг (додатково до документів про доходи)
- ☐ Підтвердження перебування в притулку для бездомних або статусу особи без постійного місця проживання

AHN оперативно розглядає кожну заяву на отримання фінансової допомоги. Якщо буде потрібна додаткова інформація, AHN надішле відповідне письмове повідомлення. AHN повинна отримати додаткові документи протягом 30 днів, інакше в задоволенні заяви буде відмовлено.

AHN письмово повідомить пацієнта, його поручителя або представника про ухвалені рішення протягом 14 днів після отримання **правильно заповненої** заяви. Фінансова допомога надається для оплати поточних рахунків AHN, а також може використовуватися для оплати рахунків за обумовлені медичними показаннями послуги протягом наступних 6 (шести) місяців.

Повне ім'я пацієнта: _____ Дата народження: ____/____/____
(ім'я, ініціал другого імені/по батькові, прізвище)

Номер картки соціального страхування (SSN): _____

Домашня адреса: _____
(будинок, вулиця, квартира) місто штат поштовий індекс)

Номери телефонів: Денний _____ Додатковий _____

Місце роботи: _____ Телефон: _____

Сімейний стан: ☐ У шлюбі ☐ Розлучений(-а) ☐ Проживають окремо ☐ Вдівець/вдова ☐ У шлюбі не перебуває

Повне ім'я чоловіка/дружини або поручителя: _____ Ким доводиться пацієнту: _____

Адреса поручителя: _____
(будинок, вулиця, квартира) місто штат поштовий індекс)

Телефони поручителя: Денний _____ Додатковий _____

Члени домогосподарства. Перелічіть усіх осіб, які проживають разом із пацієнтом і зазначені в податковій декларації IRS за формою 1040

Повне ім'я	Ким доводиться пацієнту	Вік
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Житлові умови. Позначте відповідний варіант. Пацієнт / поручитель: ☐ Має власне житло ☐ Орендує житло ☐ Не має житла

Наведена нижче інформація про майно не потрібна для лікарні Westfield Memorial Hospital.

Якщо пацієнт має власне житло:

Оціночна вартість: \$ _____ Залишок боргу за іпотечним кредитом: \$ _____

Якщо пацієнт/поручитель має частку в іншій нерухомості:

Адреса: _____
(номер будинку, вулиця) місто штат поштовий індекс)

Повні імена співвласників: _____

Оціночна вартість: \$ _____ Залишок боргу за іпотечним кредитом: \$ _____

Автотранспортні засоби. Вкажіть марку, модель і рік випуску кожного транспортного засобу:

_____ ☐ Власний ☐ Орендований
 _____ ☐ Власний ☐ Орендований

Банківські рахунки. Вкажіть наведену нижче інформацію й додайте виписки за останні 2 місяці для кожного банківського рахунку (чекового, ощадного, депозитного сертифіката, рахунку грошового ринку тощо).

Тип рахунку	Назва банку або фінансової установи	Рахунок №	Поточний баланс
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

Інвестиції. Вкажіть наведену нижче інформацію та додайте виписки за останні 2 місяці за кожним видом інвестицій, як-от акції, облігації та взаємні фонди.

Тип інвестицій	Назва банку або фінансової установи	Поточна вартість
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

Сукупний щомісячний дохід домогосподарства. Вкажіть загальну суму всіх доходів домогосподарства (пацієнта й інших осіб), включно із заробітною платою, виплатами з фонду соціального страхування, пенсійними чи іншими виплатами після виходу на пенсію, аліментами, фінансовою підтримкою дітей або одного з подружжя, доходами від оренди, авторськими гонорами, доходами від незалежної професійної чи підприємницької діяльності, виплатами ветеранам або у зв'язку з інвалідністю, допомогою на випадок безробіття, компенсацією у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та інвестиційними доходами (відсотки, дивіденди). Документи, що підтверджують дохід, потрібно надати відповідно до переліку, наведеного на сторінці з інструкціями.

Сукупна заробітна плата членів домогосподарства:	\$ _____	Сукупний розмір виплат у зв'язку із втратою працездатності:	\$ _____
Сукупний розмір виплат із фонду соціального забезпечення:	\$ _____	Сукупний розмір аліментів/виплат на утримання дітей:	\$ _____
Сукупні пенсійні нарахування й інші доходи після виходу на пенсію:	\$ _____	Сукупна сума інших надходжень (опишіть):	
Сукупні надходження від оренди й авторські гонорари:	\$ _____		\$ _____
Сукупна сума дивідендів і відсотків:	\$ _____		\$ _____
Сукупні виплати у зв'язку з безробіттям:	\$ _____		\$ _____

Витрати. Зазначте щомісячні витрати домогосподарства за такими статтями:

Іпотека або оренда житла:	\$ _____	Рецептурні лікарські засоби:	\$ _____
Податки на нерухомість :	\$ _____	Витратні медичні матеріали:	\$ _____
Комунальні послуги:	\$ _____	Інші рахунки за послуги АНН:	\$ _____
Платіж за автотранспортний засіб:	\$ _____	Інші витрати (опишіть):	
Страхування автотранспорту:	\$ _____		\$ _____
Продукти харчування:	\$ _____		\$ _____

Інша інформація

Чи подавали Ви документи на участь у програмі Medical Assistance? ☐ Ні ☐ Так (Якщо так, надайте копії заяви та рішення за нею)

Чи маєте Ви громадянство США? ☐ Ні ☐ Так

Чи мали Ви медичне страхування на момент лікування? ☐ Ні ☐ Так

Дозвіл і підтвердження даних

Я, _____, засвідчую, що, наскільки мені відомо, надані в цій формі відомості є повними й достовірними. Я розумію, що ця заява й копії документів, що підтверджують мої доходи й витрати, не повертаються. Я дозволяю Allegheny Health Network здійснити перевірку вказаних даних і за потреби зробити запит щодо моєї кредитної історії для визначення мого права на отримання фінансової допомоги. Я розумію, що в разі виявлення недостовірних відомостей у задоволенні моєї заяви може бути відмовлено, на мене буде покладено відповідальність за оплату рахунка, а також я можу втратити право на фінансову допомогу в майбутньому. Я розумію, що моє право на отримання фінансової допомоги може переглядатися кожного разу, коли я звертаюся до лікарні по медичні послуги.

Пацієнт або його представник /
підпис поручителя _____ Дата _____

Повне ім'я пацієнта, його представника або поручителя друкованими літерами _____

Ким доводиться пацієнту: _____