

Allegheny Health Network (AHN) có thể giảm hoặc miễn chi phí hóa đơn AHN cho các dịch vụ y tế cần thiết đối với những bệnh nhân sau:

- Không có hoặc có bảo hiểm y tế hạn chế
- Đã bị từ chối Medicaid
- Là công dân Hoa Kỳ
- Chứng minh nhu cầu tài chính trên Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính của AHN

Sẽ có các kế hoạch thanh toán để giúp bệnh nhân chi trả hóa đơn AHN của họ.

Bệnh nhân hoặc người bảo lãnh hoặc người đại diện phải nộp đơn xin hỗ trợ tài chính trong vòng 240 ngày kể từ ngày nhận được hóa đơn của AHN. Hãy làm theo các bước sau để nộp đơn:

- Lấy mẫu “Đơn Đăng ký Hỗ trợ Tài chính” của AHN cho mỗi bệnh nhân.
- Hoàn thành đơn đăng ký của mỗi bệnh nhân trong vòng 30 ngày kể từ khi nhận được mẫu đơn.
- Có **bản sao** của các “bảng chứng thu nhập” cần có (xem danh sách bên dưới).
- Gửi đơn đăng ký có chữ ký và các bản sao bằng chứng thu nhập đến địa chỉ ghi bên dưới cho các hóa đơn từ:

Allegheny Health Network (AHN)
Bệnh viện Allegheny General
Bệnh viện Allegheny Valley
Bệnh viện Khu vực AHN Brentwood
Bệnh viện Khu vực AHN Harmar
Bệnh viện Khu vực AHN Hempfield
Bệnh viện Khu vực AHN McCandless

Bệnh viện Canonsburg
Bệnh viện Forbes
Trung tâm Y tế Grove City
Bệnh viện Jefferson
Bệnh viện Saint Vincent
Bệnh viện West Penn
Bệnh viện Wexford

Bộ phận Điều hành Chu kỳ Doanh thu AHN
Phòng Vận động Tài chính
2 Allegheny Center
Suite 602
Pittsburgh PA 15212

Các hồ sơ “Chứng minh thu nhập”:

Đính kèm bản sao của các hồ sơ này vào đơn đăng ký (hồ sơ sẽ không được trả lại):

- ☐ **Bản sao** các tờ khai thuế liên bang (IRS1040, v.v.) cho năm vừa qua
- ☐ Đối với tài khoản ngân hàng, cần **bản sao** tất cả các trang của sao kê gần đây nhất
- ☐ Đối với tài khoản đầu tư, cần **bản sao** tất cả các trang của sao kê gần đây nhất
- ☐ Đối với tiền lương, cần **bản sao** phiếu lương (trong 30 ngày qua)
- ☐ Đối với thu nhập tự doanh, cần **bản sao** Phụ lục C hoặc báo cáo lãi / lỗ trong tháng vừa qua
- ☐ Đối với các loại thu nhập khác, cần **bản sao** bằng chứng thu nhập, chẳng hạn như:
 - ☐ Mẫu 1099 An sinh Xã hội
 - ☐ Báo cáo lương hưu hoặc thu nhập hưu trí khác
 - ☐ Thỏa thuận cấp dưỡng, hỗ trợ con cái / vợ chồng
 - ☐ Thỏa thuận thu nhập từ tiền thuê nhà hoặc tiền bản quyền
 - ☐ Thư quyết định trợ cấp cựu chiến binh / khuyết tật
 - ☐ Thư thông báo về Trợ cấp Thất nghiệp hoặc Bồi thường cho Người lao động
- ☐ Đối với bệnh nhân không có thu nhập: **Thư hỗ trợ** có chữ ký của người hỗ trợ
- ☐ Để chứng minh tình trạng bị từ chối Hỗ trợ Y tế, cần cung cấp: **Bản sao** mẫu đơn PA-162 cho tất cả các dịch vụ bị từ chối (chỉ dành cho cư dân PA)
- ☐ Thông báo phá sản có ảnh hưởng đến ngày cung cấp dịch vụ đang được xem xét cùng với thông tin thu nhập
- ☐ Bảng chứng về tình trạng vô gia cư hoặc nơi cư trú tạm trú cho người vô gia cư

AHN sẽ nhanh chóng xem xét Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính. AHN sẽ gửi thư nếu cần thêm thông tin. AHN cần nhận được thông tin bổ sung trong vòng 30 ngày, nếu không đơn đăng ký sẽ bị từ chối.

AHN sẽ thông báo bằng văn bản cho bệnh nhân hoặc người bảo lãnh hoặc người đại diện của bệnh nhân về quyết định này trong vòng 14 ngày kể từ ngày nhận được đơn đăng ký **hoàn chỉnh**. Bất kỳ khoản hỗ trợ tài chính nào được cung cấp đều áp dụng cho (các) hóa đơn AHN hiện tại và cũng có thể áp dụng cho các hóa đơn dịch vụ y tế cần thiết trong sáu (6) tháng tiếp theo.

Tên bệnh nhân: _____ Ngày sinh: ____/____/____
(tên, tên đệm viết tắt, họ)

SSN: ____-____-____

Địa chỉ nhà: _____
(số nhà và tên đường, số căn hộ) thành phố tiểu bang mã bưu chính)

Điện thoại: Ngày _____ Khác _____

Tên chủ lao động: _____ Điện thoại: _____

Tình trạng hôn nhân: ☐ Đã kết hôn ☐ Ly hôn ☐ Ly thân ☐ Góa ☐ Độc thân

Tên Vợ/Chồng / Người bảo lãnh: _____ Mối quan hệ với bệnh nhân: _____

Địa chỉ người bảo lãnh: _____
(số nhà và tên đường, số căn hộ) thành phố tiểu bang mã bưu chính)

Số điện thoại người bảo lãnh: Ngày _____ Khác _____

Các thành viên trong hộ gia đình: Liệt kê tất cả những người trong hộ gia đình của bệnh nhân được khai trên mẫu IRS 1040

Tên	Mối quan hệ với bệnh nhân	Tuổi
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nhà ở: Vui lòng đánh dấu, bệnh nhân / người bảo lãnh: ☐ Sở hữu nhà ☐ Thuê nhà ☐ Không có nhà

Thông tin tài sản sau đây không bắt buộc đối với Bệnh viện Westfield Memorial.

Nếu sở hữu nhà, vui lòng liệt kê:

Giá trị định giá: \$ _____ Số tiền còn nợ thế chấp: \$ _____

Nếu bệnh nhân / người bảo lãnh có quyền lợi trong bất động sản khác, vui lòng liệt kê:

Địa chỉ: _____
(số nhà và tên đường) thành phố tiểu bang mã bưu chính)

Tên những người đồng sở hữu: _____

Giá trị định giá: \$ _____ Số tiền còn nợ thế chấp: \$ _____

Xe cộ: Vui lòng liệt kê nhãn hiệu, kiểu loại và năm sản xuất của từng loại xe cơ giới:

_____ ☐ Sở hữu ☐ Thuê
_____ ☐ Sở hữu ☐ Thuê

Tài khoản ngân hàng: Vui lòng liệt kê các thông tin sau và đính kèm sao kê 2 tháng cho mỗi tài khoản ngân hàng như tài khoản thanh toán, tiết kiệm, chứng chỉ tiền gửi (CD), Giao dịch tiền tệ, v.v.

Loại tài khoản	Tên Ngân hàng hoặc tổ chức tài chính	Số Tài khoản	Số dư Hiện tại
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

Các khoản đầu tư: Vui lòng liệt kê các thông tin sau và đính kèm sao kê 2 tháng cho mỗi khoản đầu tư, chẳng hạn như cổ phiếu, trái phiếu, quỹ tương hỗ, v.v.

Loại Đầu tư	Tên Ngân hàng hoặc tổ chức tài chính	Giá trị Hiện tại
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

Tổng thu nhập hàng tháng của hộ gia đình: Bao gồm tổng thu nhập của hộ gia đình (bệnh nhân và tất cả những người khác) cho tất cả các khoản thu nhập, bao gồm tiền lương, An sinh Xã hội, lương hưu hoặc thu nhập hưu trí khác, tiền cấp dưỡng, trợ cấp nuôi con/vợ chồng, thu nhập từ tiền thuê/tiền bản quyền/tự kinh doanh, các khoản thanh toán cho cựu chiến binh/người khuyết tật, trợ cấp thất nghiệp, bồi thường cho người lao động và thu nhập từ đầu tư (lãi suất, cổ tức). Cần cung cấp Chứng minh thu nhập như được liệt kê trên trang hướng dẫn.

Tổng tiền lương của hộ gia đình:	\$ _____	Tổng tiền bồi dưỡng: cho người lao động:	\$ _____
Tổng An sinh Xã hội:	\$ _____	Tổng tiền cấp dưỡng/trợ cấp nuôi con:	\$ _____
Tổng tiền từ lương hưu, hưu trí khác:	\$ _____	Tổng thu nhập khác (vui lòng mô tả):	_____
Tổng thu nhập tiền thuê/tiền bản quyền:	\$ _____		\$ _____
Tổng cổ tức và lãi suất: nhận được	\$ _____		\$ _____
Tổng thu nhập trợ cấp thất nghiệp:	\$ _____		\$ _____

Chi phí: Vui lòng liệt kê chi phí hàng tháng của hộ gia đình cho:

Tiền trả lãi thế chấp hoặc tiền thuê nhà:	\$ _____	Tiền theo đơn thuốc:	\$ _____
Thuế: bất động sản	\$ _____	Vật dụng y tế	\$ _____
Hóa đơn dịch vụ Tiện ích:	\$ _____	Các hóa đơn AHN khác	\$ _____
Khoản thanh toán xe	\$ _____	Các chi phí khác (vui lòng mô tả):	_____
Bảo hiểm xe cơ giới	\$ _____		\$ _____
Thực phẩm:	\$ _____		\$ _____

Thông tin khác

Quý vị đã nộp đơn xin Hỗ trợ Y tế chưa? ☐ Không ☐ Có (Nếu có, vui lòng cung cấp bản sao đơn đăng ký và thư xác nhận quyết định)

Quý vị có phải là công dân của Hoa Kỳ không? ☐ Không ☐ Có

Quý vị có bảo hiểm y tế vào thời điểm điều trị không? ☐ Không ☐ Có

Ủy quyền và xác minh

Tôi _____ xin xác nhận rằng thông tin cung cấp trong biểu mẫu này là đúng và chính xác theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng biểu mẫu này cùng các bằng chứng về thu nhập và chi phí của tôi sẽ không được trả lại. Tôi ủy quyền cho Allegheny Health Network xác minh thông tin và yêu cầu xếp hạng tín dụng (nếu cần) để quyết định xem tôi có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay không. Tôi hiểu rằng nếu bất kỳ thông tin nào bị phát hiện là sai sự thật, tôi có thể bị từ chối hỗ trợ tài chính, có thể phải chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ hóa đơn của mình và có thể không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính trong tương lai. Tôi hiểu rằng tính đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính của tôi có thể được xem xét lại cho các dịch vụ bệnh viện tiếp theo.

Bệnh nhân hoặc người đại diện /
chữ ký người bảo lãnh _____ Ngày _____

Ghi rõ họ tên bệnh nhân hoặc người đại diện / người bảo lãnh _____

Mối quan hệ với bệnh nhân: _____