

对于满足以下条件的患者，Allegheny Health Network (AHN) 可能会减少或免除医疗必要服务的 AHN 账单：

- 没有医疗保险，或保额有限
- 已经被Medicaid拒绝
- 是美国公民
- 在AHN财务援助申请表上展示出财务需求

还能提供付款计划，帮助患者支付AHN账单。

患者、担保人或代表必须在收到AHN账单的240天内申请财务援助。要申请援助，请：

- 为每名患者获取一份AHN“财务援助申请表”。
- 在收到表格的30天内完成每名患者的表格。
- 根据需要复印“收入证明”（请见下面的列表）。
- 把签好字的申请表和收入证明复印件发送到以下地址：

账单来源：

Allegheny General Hospital

Allegheny Valley Hospital

Canonsburg Hospital

Forbes Hospital

Jefferson Hospital

Saint Vincent Hospital

AHN Revenue Cycle Operations

Customer Care Center

4 Allegheny Center, 4th floor

Pittsburgh, PA 15212

Saint Vincent Hospital

West Penn Hospital

Westfield Memorial Hospital

Allegheny Health Network

“收入证明”文件

把这些文件的复印件附到申请表上（文件不会归还）：

- 去年的联邦税表格（IRS1040等）复印件
- 对于银行账户，请提供最近完整对账单的复印件
- 对于投资账户，请提供最近完整对账单的复印件
- 对于工资，请提供（过去30天）工资单复印件
- 对于个体经营收入，请附上上个月的附录 C或利润/损失报表的复印件
- 对于其他类型的收入，请提供收入证明复印件，例如：
 - 社会保障 1099 表格
 - 养老金或其他退休收入证明
 - 赡养费、子女/配偶赡养协议
 - 租赁或版税收入证明
 - 退伍军人/残疾补偿信
 - 失业补偿或残疾或工伤赔偿信
- 对于没有收入的患者：由提供支持的人签署的支持信
- 为了展示医疗救助被拒：针对所有被拒服务的PA-162表格复印件（仅限宾夕法尼亚州的居民。）
- 除收入信息外被视为能影响就业日期的破产通知
- 无家可归或收容所居住证明

AHN将立即审核财务援助申请表。如需更多信息，AHN将发会送一封信。补充信息必须在30天内递交到AHN，否则申请将被拒绝。

AHN将在收到 完成的申请表的14天内，将决定书面通知患者或者患者担保人或代表。提供的任何财务援助都适用于当前的AHN账单，并且可能适用于未来六（6）个月内针对医疗必要服务的账单。

患者姓名: _____ **出生日期:** ____/____/____
(名、中间名、姓)

社保号码 (SSN): _____ - _____ - _____

家庭住址: _____
(街道和号码、公寓编号) 城市 州 邮编)

电话号码: 日间 _____ 其他 _____

雇主名称: _____ **电话号码:** _____

婚姻状况: 已婚 离异 分居 丧偶 单身

配偶/担保人姓名: _____ **与患者的关系:** _____

担保人地址: _____
(街道和号码、公寓编号) 城市 州 邮编)

担保人电话号码: 日间 _____ 其他 _____

家庭人数: 列出IRS表格1040中填写的患者的所有家属

姓名	与患者的关系	年龄
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

房屋: 请选择, 患者/担保人: 自有房屋 租赁房屋 没有房屋

Westfield纪念医院对以下资产信息不做要求。

如果是自有房屋, 那么请列出:

评估的价值: \$ _____ 仍欠房贷金额: \$ _____

如果患者/担保人在其他不动产中有权益, 那么请列出:

地址: _____
(街道和号码) 城市 州 邮编)

共有人姓名: _____

评估的价值: \$ _____ 仍欠房贷金额: \$ _____

汽车: 请列出每辆车的制造商、型号和年份:

_____ 自有 租赁
 _____ 自有 租赁

银行账户: 请列出以下信息, 并附上每个银行账户 (例如支票、储蓄、存单 (CD)、货币市场等) 2个月的对账单。

账户类型	银行或金融机构名称	账号	当前余额
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

投资: 请列出以下信息, 并附上每种投资 (例如股票、债券、互惠基金等) 2个月的对账单。

投资类型	银行或金融机构名称	当前价值
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

家庭月度总收入： 包括家庭（患者和所有其他人）的所有收入总额，包括工资、社保、养老金或其他退休收入、赡养费、儿童/配偶抚养费、租金/版税/个体经营收入、退伍军人/残疾补偿、失业补偿金、工伤赔偿和投资（利息、股息）收入。必须提供说明页上列出的收入声明。

家庭总工资：	\$ _____	总工伤赔偿：	\$ _____
总社保金额：	\$ _____	总赡养费/儿童抚养费：	\$ _____
总养老金、其他退休金：	\$ _____	其他收入总额（请说明）：	_____
租金/权利金收益总额：	\$ _____		\$ _____
股息和利息总额：	\$ _____		\$ _____
失业收入总额：	\$ _____		\$ _____

支出： 请列出家庭每月在以下方面的支出：

房贷或房租：	\$ _____	处方药：	\$ _____
房地产税：	\$ _____	医疗用品：	\$ _____
水电费：	\$ _____	其他ANH账单：	\$ _____
汽车支出：	\$ _____	其他支出（请说明）：	_____
汽车保险：	\$ _____		\$ _____
食品：	\$ _____		\$ _____

其它信息

您是否已经申请医疗救助？ 否 是 （如果选择“是”，那么请提供您的申请表和决定函复印件）

您是否是美国公民？ 否 是

您在接受治疗时是否有医疗保险？ 否 是

授权和验证

本人__，特此作证，本表格中提供的信息就本人所知是真实和准确的。本人知道，这份表格和本人的收入和支出证明将是不退还的。本人授权 Allegheny Health Network 核实信息，并根据需要寻求一个信用评级，用于决定本人是否有资格获得财务援助。本人知道，若发现任何资料有误，那么本人可能会被拒绝提供财务援助，可能要本人全额支付自己的账单，并且可能没有资格获得未来的财务援助。本人知道，为了随后的医院服务，本人的财务援助资格可能会被重新评估。

患者或代表/

担保人签字 _____ 日期 _____

患者或代表/担保人楷体姓名 _____

与患者的关系： _____