

Allegheny Health Network (AHN) peut être en mesure de réduire ou d'annuler une facture AHN de soins médicaux essentiels envers des patients qui :

- N'ont pas d'assurance médicale ou possèdent une couverture limitée
- Se sont vus refuser Medicaid
- Sont des citoyens des États-Unis
- Ont documenté leurs besoins financiers dans le dossier de demande d'aide financière AHN

Des plans de paiement existent pour aider les patients à payer leurs factures AHN.

Le patient ou son garant/représentant doit faire une demande d'aide financière dans les 240 jours qui suivent la réception de la facture AHN. Pour ce faire, il faut :

- Obtenir un formulaire de demande d'aide financière AHN pour chaque patient concerné.
- Remplir la demande pour chaque patient dans les 30 jours à compter de la réception du formulaire.
- Fournir une **copie** des justificatifs de revenu requis (voir la liste ci-dessous).
- Envoyer la demande dûment complétée et signée, avec la copie des justificatifs de revenu, à l'adresse ci-après :

Pour les factures de :

**Allegheny General Hospital**  
**Allegheny Valley Hospital**  
**Canonsburg Hospital**  
**Forbes Hospital**  
**Jefferson Hospital**  
**Saint Vincent Hospital**

**Saint Vincent Hospital**  
**West Penn Hospital**  
**Westfield Memorial Hospital**  
**Allegheny Health Network**

---

AHN Revenue Cycle Operations  
Customer Care Center  
4 Allegheny Center, 4th floor  
Pittsburgh, PA 15212

---

#### **Justificatifs de revenu :**

Joindre la copie de ces justificatifs à la demande d'aide financière (les documents ne seront pas retournés) :

- Copie** des feuilles d'impôts fédéraux (IRS1040, etc.) de l'année passée
- Pour les comptes bancaires, **copie** de toutes les pages du relevé de compte le plus récent
- Pour les comptes de placement, **copie** de toutes les pages du relevé le plus récent
- Pour les salariés, **copie** du bulletin de paie (des 30 derniers jours)
- Pour les travailleurs indépendants, **copie** du formulaire 'Schedule C' ou de la déclaration de perte / profit du mois passé
- Pour les autres types de revenu, **copie** des justificatifs de revenu, tels que :
  - Formulaire 1099 de sécurité sociale
  - Feuille d'état de pension ou de retraite
  - Entente de prise en charge de pension alimentaire
  - Accord de revenu locatif ou de redevance
  - Justificatif de prise en charge d'invalidité / ancien combattant
  - Justificatif d'indemnisation de chômage ou d'accident du travail
- Pour les patients sans revenu : **Lettre de prise en charge** signée par la personne fournissant son soutien
- Pour démontrer le refus d'assistance médicale : **Copie** du formulaire PA-162 pour tous les soins refusés (Pour les résidents de Pennsylvanie seulement.)
- Avis de faillite ayant une incidence sur la date des soins, avec informations sur le revenu
- Justification de non-domicile fixe ou de résidence en refuge pour sans-abri

AHN examinera au plus vite la demande d'aide financière. AHN notifiera le patient par lettre si de plus amples informations sont demandées. AHN doit recevoir les informations complémentaires dans les 30 jours, sous peine de rejet de la demande.

AHN informera le patient ou son garant/représentant de sa décision par écrit dans les 14 jours qui suivent la réception du dossier de demande **dûment complété**. Toute aide financière accordée s'applique aux factures AHN courantes et peut également s'appliquer aux factures des soins médicaux essentiels pour les six (6) prochains mois.

**Nom du patient :** \_\_\_\_\_ **Date de naissance :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(prénom, initiale deuxième prénom, nom de famille)

**SSN :** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Adresse du domicile : \_\_\_\_\_  
(numéro et rue, n° appt. ville État code postal)

Téléphone : Journée \_\_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**État civil :**  Marié(e)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)  Célibataire

**Nom du conjoint/garant :** \_\_\_\_\_ **Lien avec le patient :** \_\_\_\_\_

Adresse du garant : \_\_\_\_\_  
(numéro et rue, n° appt. ville État code postal)

Téléphone du garant : Journée \_\_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_

**Membres du ménage :** *Indiquer tous les membres composant le foyer, qui sont déclarés sur le formulaire IRS 1040*

Nom	Lien avec le patient	Âge
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Domicile :** *Cocher une case, patient/garant :*  Propriétaire  Locataire  Sans domicile fixe

*Les renseignements sur les actifs suivants ne sont pas demandés par l'hôpital Westfield Memorial.*

S'il s'agit d'un propriétaire, indiquer :

Valeur estimée du bien : \$ \_\_\_\_\_ Montant du prêt immobilier encore à rembourser : \$ \_\_\_\_\_

Si le patient/garant possède des intérêts dans d'autres biens immobiliers, les indiquer :

Adresse : \_\_\_\_\_  
(numéro et rue, n° appt. ville État code postal)

Noms des copropriétaires : \_\_\_\_\_

Valeur estimée : \$ \_\_\_\_\_ Montant du prêt immobilier encore à rembourser : \$ \_\_\_\_\_

**Véhicules :** *Marque, modèle et année de chaque véhicule :*

\_\_\_\_\_  Achat  Location  
 \_\_\_\_\_  Achat  Location

**Comptes bancaires :** *Fournir les informations suivantes et joindre 2 mois de relevés pour chaque compte, comme les comptes chèques, épargne, certificats de dépôt, marché monétaire, etc.*

Type de compte	Nom de la banque ou institution financière	Numéro de compte	Solde actuel
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

**Investissements :** *Fournir les informations suivantes et joindre 2 mois de relevés pour chaque investissement, comme les actions, obligations, fonds communs de placement, etc.*

Type d'investissement	Nom de la banque ou institution financière	Valeur actuelle
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

**Total des revenus mensuels du ménage :** Indiquer le total des revenus (patient et tous les autres membres du ménage), y compris les salaires, les aides sociales, les pensions ou revenus de retraite, les pensions alimentaires pour enfants/ ou pour conjoint, les revenus locatifs/de redevance/travail indépendant, les prestations d'invalidité/d'ancien combattant, les indemnités de chômage, d'accident du travail, et les revenus d'investissement (intérêts, dividendes). Un justificatif de revenu doit être fourni, comme indiqué sur la page des instructions.

Total des salaires du ménage :	\$ _____	Total des indemnités de travail :	\$ _____
Total des aides sociales :	\$ _____	Total des pensions alimentaires :	\$ _____
Total des pensions et retraites :	\$ _____	Total des autres revenus (à préciser) :	_____
Total des revenus locatifs/de redevance :	_____ \$	_____	\$ _____
Total des dividendes et intérêts :	\$ _____	_____	\$ _____
Total des indemnités de chômage :	\$ _____	_____	\$ _____

**Dépenses :** Indiquer les dépenses mensuelles du ménage pour :

Loyer ou hypothèque :	\$ _____	Prescriptions :	\$ _____
Taxes foncières :	\$ _____	Fournitures médicales :	\$ _____
Charges (électricité, etc.) :	\$ _____	Autres factures AHN :	\$ _____
Mensualité de paiement de véhicule :	\$ _____	Autres dépenses (à préciser) :	_____
Assurance automobile :	\$ _____	_____	\$ _____
Nourriture :	\$ _____	_____	\$ _____

### Autres informations

Avez-vous demandé une aide médicale ?  Non  Oui (Si oui, fournir la copie de la demande et de la lettre de décision reçue)

Êtes-vous citoyen(ne) des États-Unis ?  Non  Oui

Avez-vous souscrit une assurance maladie lors de votre traitement ?  Non  Oui

### Autorisation et vérification

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, atteste que les informations fournies dans ce formulaire sont exactes au meilleur de mes connaissances. Je comprends que ce formulaire et mes justificatifs de revenus et dépenses ne me seront pas retournés. J'autorise Allegheny Health Network à vérifier ces informations et à rechercher au besoin mon niveau de solvabilité pour décider si je suis éligible à une aide financière. Je comprends que si une de ces informations est jugée fausse, je peux me voir refuser l'aide financière et être ainsi tenu(e) de payer intégralement mes factures, sans être éligible pour une aide financière future. Je comprends que mon admissibilité à l'aide financière peut être réévaluée pour des soins hospitaliers ultérieurs.

Signature du patient ou de son représentant/  
garant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Nom en capitales du patient ou du représentant/garant \_\_\_\_\_

Lien avec le patient : \_\_\_\_\_