

एलिगेनी हेल्थ नेटवर्क (AHN) उन रोगियों की चिकित्सीय रूप से आवश्यक सेवाओं के लिए किसी AHN बिल को कम करने या माफ करने में सक्षम हो सकता है:

- जिनके पास कोई चिकित्सा बीमा नहीं है या सीमित बीमा है
- जिनको मेडिकेड अस्वीकृत कर दिया गया है
- जो संयुक्त राज्य अमेरिका के नागरिक हैं
- AHN वित्तीय सहायता आवेदन पर वित्तीय आवश्यकता दिखाएँ, रोगियों को उनके AHN बिलों का भुगतान

करने में मदद करने के लिए भुगतान प्लान भी उपलब्ध हो सकते हैं।

रोगी या गारंटीदाता या प्रतिनिधि को AHN बिल प्राप्त होने के 240 दिन में वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करना आवश्यक है। आवेदन करने के लिए:

- प्रत्येक रोगी के लिए एक AHN “वित्तीय सहायता आवेदन” फॉर्म प्राप्त करें।
- प्रत्येक रोगी के लिए आवेदन को फॉर्म प्राप्त होने के 30 दिन के अंदर पूरा करें।
- आवश्यक “आय के प्रमाण” की **प्रतियाँ** बनवाएँ (नीचे सूची देखें)।
- हस्ताक्षरित आवेदन और आय के प्रमाण की प्रतियों को नीचे दिए गए पते पर भेजें:

इन से बिलों के लिए:

**एलिगेनी जनरल अस्पताल**

**एलिगेनी वैली अस्पताल**

**कैनन्सबर्ग अस्पताल**

**फोर्ब्स अस्पताल**

**जेफ़रसन अस्पताल**

**सेंट विनसेंट अस्पताल**

**सेंट विनसेंट अस्पताल**

**वेस्ट पेन अस्पताल**

**वेस्टफील्ड मेमोरियल अस्पताल**

**एलिगेनी हेल्थ नेटवर्क**

---

AHN Revenue Cycle Operations

Customer Care Center

4 Allegheny Center, 4th floor

Pittsburgh, PA 15212

---

#### “आय के प्रमाण” दस्तावेज:

इन दस्तावेजों की प्रतियाँ आवेदन के साथ संलग्न करें (दस्तावेज लौटाए नहीं जा सकते):

- पिछले वर्ष के लिए संघीय टैक्स फॉर्म (IRS1040, आदि) की **प्रतियाँ**
- बैंक खातों के लिए, सबसे हाल के विवरण के सभी पृष्ठों की **प्रतियाँ**
- निवेश खातों के लिए, सबसे हाल के विवरण के सभी पृष्ठों की **प्रतियाँ**
- वेतन के लिए, वेतन स्लिपों की **प्रतियाँ** (पिछले 30 दिन के लिए)
- स्व-रोजगार आय के लिए, पिछले महीने के लिए शेड्यूल सी या लाभ/हानि विवरणों की **प्रतियाँ**
- अन्य प्रकार की आय के लिए, आय के प्रमाण की **प्रतियाँ**, जैसे:
  - सामाजिक सुरक्षा 1099 फॉर्म
  - पेंशन या अन्य सेवानिवृत्ति आय विवरण
  - निर्वाह-निधि, बाल / पति-पत्नी सहायता अनुबंध
  - किराया या रॉयल्टी आय अनुबंध
  - बुजुर्ग / अक्षमता अवार्ड पत्र
  - बेरोजगारी मुआवजा या श्रमिक मुआवजा अवार्ड पत्र
- बिना किसी आय वाले रोगियों के लिए: सहायता प्रदान करने वाले व्यक्ति द्वारा हस्ताक्षरित **सहायता का पत्र**
- चिकित्सा सहायता की अस्वीकृति को दिखाना: सभी अस्वीकृत सेवाओं के लिए फॉर्म PA-162 की **प्रतियाँ** (केवल PA नागरिकों के लिए)
- दिवालिया सूचनाएँ जिनमें आय की जानकारी के अलावा विचाराधीन सेवाओं की प्रभावित तारीखें दी गई हों
- बेघर होने या बेघरों के लिए आश्रय में रहने का प्रमाण

AHN वित्तीय सहायता आवेदन की तुरंत समीक्षा करेगा। यदि अधिक जानकारी की जरूरत होगी तो AHN एक पत्र भेजेगा। AHN को अतिरिक्त जानकारी 30 दिन के भीतर मिल जानी चाहिए अन्यथा आवेदन अस्वीकृत कर दिया जाएगा।

AHN रोगी या रोगी के गारंटीदाता या प्रतिनिधि को **पूरे किए गए** आवेदन प्राप्त होने के 14 दिन के भीतर निर्णय की लिखित सूचना देगा। प्रदान की गई कोई भी वित्तीय सहायता वर्तमान AHN बिलों पर लागू होती है तथा अगले छह (6) महीनों के लिए चिकित्सीय रूप से आवश्यक सेवाओं के लिए बिलों पर भी लागू हो सकती है।



रोगी का नाम: \_\_\_\_\_ जन्मतिथि: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(प्रथम, मध्य आद्याक्षर, अंतिम)

SSN: \_\_\_\_\_

घर का पता: \_\_\_\_\_  
(नंबर और स्ट्रीट, अपार्ट. नं. शहर राज्य ज़िप कोड)

फोन: दिन \_\_\_\_\_ अन्य \_\_\_\_\_

नियोक्ता का नाम: \_\_\_\_\_ फोन: \_\_\_\_\_

वैवाहिक स्थिति:  विवाहित  तलाकशुदा  पृथक्कृत  विधवा  एकल

पति-पत्नी/ गारंटीदाता का नाम: \_\_\_\_\_ रोगी से संबंध: \_\_\_\_\_

गारंटीदाता का पता: \_\_\_\_\_  
(नंबर और स्ट्रीट, अपार्ट. नं. शहर राज्य ज़िप कोड)

गारंटीदाता का फोन: दिन \_\_\_\_\_ अन्य \_\_\_\_\_

**परिवार के सदस्य:** रोगी के परिवार में उन सबकी सूची बनाएँ जिनके लिए IRS फॉर्म 1040 पर दावा किया जाता है

नाम	रोगी से संबंध	आयु
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**घर:** कृपया जाँचें, रोगी/ गारंटीदाता  स्वयं का घर  किराए का घर  बेघर  
निम्नलिखित संपत्ति जानकारी वेस्टफील्ड मेमोरियल अस्पताल के लिए जरूरत नहीं है।

यदि घर स्वयं का है, कृपया सूचीबद्ध करें:

आकलित मूल्य: \$ \_\_\_\_\_ राशि अभी भी रहन पर बकाया: \$ \_\_\_\_\_

यदि रोगी / गारंटीदाता का दूसरे की स्थावर संपत्ति में कोई हित है, कृपया सूचीबद्ध करें:

पता: \_\_\_\_\_  
(नंबर और स्ट्रीट शहर राज्य ज़िप कोड)

सह-स्वामियों के नाम: \_\_\_\_\_

आकलित मूल्य: \$ \_\_\_\_\_ राशि अभी भी रहन पर बकाया: \$ \_\_\_\_\_

**मोटर वाहन:** कृपया प्रत्येक मोटर वाहन का निर्माण, मॉडल और वर्ष सूचीबद्ध करें:

\_\_\_\_\_  स्वामित्व  लीज़  
\_\_\_\_\_  स्वामित्व  लीज़

**बैंक खाते:** कृपया निम्नलिखित जानकारी को सूचीबद्ध करें और प्रत्येक बैंक खाते, जैसे चेक, बचत, जमा प्रमाण पत्र (सीडी), मनी मार्केट, आदि के लिए 2 महीनों के विवरण संलग्न करें।

खाता प्रकार	बैंक या वित्तीय संस्थान का नाम	खाता सं.	वर्तमान बैलेंस
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

**निवेश:** कृपया निम्नलिखित जानकारी को सूचीबद्ध करें और प्रत्येक निवेश, जैसे स्टॉक, बॉन्ड, म्यूचुअल फंड आदि के लिए 2 महीनों के विवरण संलग्न करें।

निवेश का प्रकार	बैंक या वित्तीय संस्थान का नाम	वर्तमान मूल्य
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

**कुल घरेलू मासिक आय:** सभी वेतन, सामाजिक सुरक्षा, पेंशन या अन्य सेवानिवृत्ति आय, निर्वाह-निधि, बाल/पति-पत्नी सहायता, किराया/रॉयल्टी/स्व-रोजगार आय, बुजुर्ग/अक्षमता भुगतान, बेरोजगारी मुआवजा, श्रमिक मुआवजा और निवेश (ब्याज, डिविडेंड) आय सहित घर (रोगी और सभी अन्य) के लिए समस्त आय का कुल योग शामिल करें। आय का प्रमाण देना जरूरी है जैसा निर्देश पृष्ठ पर सूचीबद्ध है।

कुल घरेलू वेतन:	\$ _____	कुल श्रमिक मुआवजा:	\$ _____
कुल सामाजिक सुरक्षा:	\$ _____	कुल निर्वाह-निधि/बाल सहायता:	\$ _____
कुल पेंशन, अन्य सेवानिवृत्ति:	\$ _____	कुल अन्य आय (कृपया वर्णन करें):	_____
कुल किराया/रॉयल्टी आय:	\$ _____		\$ _____
कुल डिविडेंड और ब्याज:	\$ _____		\$ _____
कुल बेरोजगारी आय:	\$ _____		\$ _____

**व्यय:** कृपया इनके लिए घरेलू मासिक व्यय सूचीबद्ध करें:

रहन या किराया:	\$ _____	डॉक्टर के नुस्खे:	\$ _____
स्थावर संपत्ति कर:	\$ _____	चिकित्सा आपूर्ति:	\$ _____
सुविधाएँ:	\$ _____	अन्य AHN बिल:	\$ _____
मोटर वाहन भुगतान:	\$ _____	अन्य व्यय (कृपया वर्णन करें):	_____
मोटर वाहन बीमा:	\$ _____		\$ _____
भोजन:	\$ _____		\$ _____

### अन्य जानकारी

क्या आपने चिकित्सा सहायता के लिए आवेदन किया है?  नहीं  हाँ (यदि हाँ, कृपया अपने आवेदन और निर्दारम पत्र की प्रतियाँ प्रदान करें)

क्या आप संयुक्त राज्य अमेरिका के/की नागरिक हैं?  नहीं  हाँ

क्या उपचार के समय आपके पास स्वास्थ्य बीमा था?  नहीं  हाँ

### प्राधिकरण और सत्यापन

मैं, \_\_\_\_\_, प्रमाणित

करता/करती हूँ कि इस प्रार्थना पत्र में सूचीबद्ध जानकारी मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सही है और पूर्ण है। मैं समझता/समझती हूँ कि यह फॉर्म, मेरी आय और व्यय के प्रमाण लौटाए नहीं जाएँगे। मैं एल्लिगेनी हेल्थ नेटवर्क को जानकारी को सत्यापित करने और क्रेडिट रेटिंग मांगने, यदि जरूरत हो, वित्तीय सहायता के लिए मेरी पात्रता का निर्णय करने के लिए प्राधिकृत करता/करती हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि यदि कोई भी जानकारी गलत पाई जाती है, तो मुझे वित्तीय सहायता अस्वीकार की जा सकती है, मैं अपने बिलों के पूर्ण भुगतान के लिए पूर्णतः जिम्मेदार हो सकता/सकती हूँ, और मैं भावी वित्तीय सहायता के लिए पात्र नहीं हो सकता/सकती हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि वित्तीय सहायता के लिए मेरी पात्रता का अनुवर्ती अस्पताल सेवाओं के लिए पुनर्मूल्यांकन किया जा सकता है।

रोगी या प्रतिनिधि/

गारंटीदाता के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ दिनांक \_\_\_\_\_

रोगी या प्रतिनिधि / गारंटीदाता का नाम प्रिंट करें \_\_\_\_\_

रोगी से संबंध: \_\_\_\_\_