



Allegheny Health Network (AHN) では、以下に該当する患者様にとって必要な医療サービスに関する AHN からの請求について、減額または免除できる場合があります：

- ・ 医療保険が無い、または制限がある
- ・ Medicaid が却下されている
- ・ アメリカ合衆国国民である
- ・ AHN 資金援助申請書で資金援助の必要性を示す

また、AHN からの請求について、支払方式を選択できる場合もあります。

患者、保証人、または代表者の方が、AHN からの請求書受領後 240 日以内に、資金援助の申し込みを行わなければなりません。

申し込み方法：

- ・ 各患者様について、AHN が発行する「資金援助申請書」用紙を入手する。
- ・ 用紙を受け取ってから 30 日以内に、各患者に関する申請書に必要な事項を記入する。
- ・ 必要な「所得証明書類」（以下の一覧参照）の写しを作成する。
- ・ 申請書に署名し、所得証明書類の写しと一緒に、以下の住所へ郵送する：

以下からの請求書について：

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

「所得証明書類」：

以下の書類の写しを申請書に貼付してください（貼付した写しは返却されません）：

- 前年度の連邦所得税申告書（IRS1040 など）の写し
- 銀行口座については、直近の取引明細書の全ページの写し
- 投資口座については、直近の取引明細書の全ページの写し
- 貸金については、給与明細書（過去 30 日間分）の写し
- 自営業の場合の収入については、前月の Schedule C または損益計算書の写し
- その他の収入については、所得証明書類の写し（以下の例参照）：
 - 社会保障に関する Form 1099
 - 年金又はその他の退職金明細書
 - 扶養手当、養育費・配偶者扶養費の合意書
 - 賃貸または印税収入契約書
 - 退役軍人/障害者付与通知書
 - 失業手当または労働災害補償付与通知書
- 収入のない患者の場合：支援を提供している者が署名済みの**支援通知書**
- 医療資金援助が却下されたことを示す際は：却下されたサービス全てに関する Form PA-162 の**写し**（ペンシルベニア州住民のみ）
- 所得情報に加え、検討対象のサービス利用日に影響を与える破産告知書
- 家のないことの証明、またはホームレス施設での滞在証明

AHN では、資金援助申請書をすぐに確認します。追加情報が必要な場合は、AHN より通知書をお送りします。30 日以内に AHN で追加情報が確認できない場合、申請書は却下となります。

AHN は、**記入済み**の申請書受領から 14 日以内に、書面で、判定の結果を、患者、患者の保証人、または代表者の方へ通知します。提供される一切の資金援助は、現行の AHN からの請求に適用され、以後 6 か月間の医療上必要なサービスに関する請求についても適用される場合があります。



患者の名前: _____ 生年月日: ____/____/____
(名、ミドルネームイニシャル、氏)

SSN: _____-_____-_____

自宅住所: _____
(番地および通り名、アパートメント 部屋番号) 市 州 郵便番号)

電話番号: 日中 _____ その他 _____

勤務先名: _____ 電話番号: _____

婚姻関係の有無: 既婚 離婚 別居 死別 未婚

配偶者/保証人の名前: _____ 患者との関係: _____

保証人の住所: _____
(番地および通り名、アパートメント 部屋番号) 市 州 郵便番号)

保証人の電話番号: 日中 _____ その他 _____

世帯員: IRS Form 1040 で申告している、患者の世帯員全員を記入してください

名前	患者との関係	年齢
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

自宅: チェックを記入してください。患者/保証人: 自宅を所有 賃貸住宅 自宅なし
Westfield Memorial Hospital の場合、以下の資産に関する情報は不要です。

自宅を所有している場合は、以下について記入してください。

評価額: \$ _____ 住宅ローン残高: \$ _____

患者/保証人が、その他の不動産について利害関係がある場合は、以下について記入してください。

住所: _____
(番地および通り名) 市 州 郵便番号)

共同所有者の氏名: _____

評価額: \$ _____ 住宅ローン残高: \$ _____

自動車両: 各自動車両について、メーカー、モデル、年式を、記入してください。

_____ 所有 リース

_____ 所有 リース

銀行口座: 以下の情報について記入し、当座預金口座、普通預金口座、預金証明書 (CD)、マネーマーケットなどの、各銀行口座の過去2か月間の明細書を貼付してください。

口座種類	銀行または金融機関名	口座番号	現在の残高
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

投資: 以下の情報について記入し、株式、債券、投資信託など、各投資の過去2か月間の明細書を貼付してください。

投資種類	銀行または金融機関名	現行価値
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

総世帯月間所得: 賃金、社会保障、年金またはその他の退職金、扶養手当、養育費/配偶者扶養費、家賃/印税/自営収入、退役軍人/障害者支給金、失業手当、労働災害補償、投資(利子、配当金)収入を含む、世帯(患者とその他全員)の総収入を含めてください。説明書ページに指示されている所得証明も、提出する必要があります。

世帯賃金合計:	\$ _____	労働災害補償合計:	\$ _____
社会保障合計:	\$ _____	扶養手当/養育費合計:	\$ _____
年金、その他退職金合計:	\$ _____	その他の収入合計(説明してください):	\$ _____
家賃/印税収入合計:	\$ _____		\$ _____
配当金および利子合計:	\$ _____		\$ _____
失業手当合計:	\$ _____		\$ _____

経費: 以下の各項目について、世帯の月間経費を記入してください:

住宅ローンまたは家賃:	\$ _____	処方箋:	\$ _____
固定資産税:	\$ _____	医療用品:	\$ _____
光熱費その他:	\$ _____	その他のAHNからの請求:	\$ _____
自動車両の支払い:	\$ _____	その他経費(説明してください):	\$ _____
自動車両保険:	\$ _____		\$ _____
食事:	\$ _____		\$ _____

その他の情報

医療資金援助に申し込みましたか? いいえ はい(「はい」の場合、申請書と判定通知の写しを提出してください)

アメリカ合衆国国民ですか? いいえ はい

治療を受けた当時、健康保険に加入していましたか? いいえ はい

承諾・証明

私、 _____ は、本用紙に記入した情報が、私の知る限りにおいて、真実で正しいことを証言します。本用紙および所得・経費証明書類は返却されないことを、承諾します。Allegheny Health Networkが、情報の真偽を確認し、必要な場合は、信用格付けについて問い合わせを行い、資金援助の資格有無判定を行うことを許可します。記入した情報が虚偽であることが判明した場合、資金援助を却下され、単独で請求金額の全額を支払う義務を負い、また、今後の資金援助受給資格を失う可能性があることを認めます。以後の病院サービスにおける資金援助受給資格は、都度、再評価が行われることを認めます。

患者または代理人/

保証人の署名 _____ 日付 _____

患者または代理人/保証人の名前(活字体) _____

患者との関係: _____