

Allegheny Health Network (AHN) może obniżyć lub umorzyć rachunek AHN za konieczne usługi medyczne dla pacjentów, którzy:

- Nie mają lub mają ograniczone ubezpieczenie medyczne
- Nie otrzymali Medicaid
- Są obywatelami Stanów Zjednoczonych
- Wykazanie potrzeby finansowej na planach płatności Wniosku o

pomoc finansową AHN może także pomóc pacjentom w opłaceniu rachunków AHN.

Pacjent lub poręczyciel czy przedstawiciel musi złożyć wniosek o pomoc finansową w ciągu 240 dni od otrzymania rachunku AHN. W celu złożenia wniosku:

- Dla każdego pacjenta należy pobrać formularz Wniosku o pomoc finansową od AHN.
- Wypełnić wniosek dla każdego pacjenta w ciągu 30 dni od otrzymania formularza.
- Sporządzić **kopie** „dowodów świadczących o dochodzie” (patrz lista poniżej).
- Wysłać podpisany wniosek i kopie dowodów świadczących o dochodzie na poniższy adres:

Dla rachunków z następujących placówek:

Szpital Allegheny General Hospital
Szpital Allegheny Valley Hospital

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

Szpital Canonsburg Hospital
Szpital Forbes Hospital
Szpital Jefferson Hospital
Szpital Saint Vincent Hospital

AHN Revenue Cycle Operations
Customer Care Center (Centrum Obsługi Klienta)
4 Allegheny Center, 4th floor
Pittsburgh, PA 15212

Dokumenty "świadczące o dochodzie":

Do wniosku dołączyć kopie następujących dokumentów (dokumenty nie będą zwracane):

- Kopie** federalnych deklaracji podatkowych (IRS1040 itp.) za ostatni rok
- Dla kont bankowych, **kopie** wszystkich stron ostatniego wyciągu z konta
- Dla kont inwestycyjnych, **kopie** wszystkich stron ostatniego wyciągu z konta
- Dla pensji, **kopie** odcinków płacowych (za ostatnie 30 dni)
- Dla dochodu z pracy na rachunek własny, **kopie** Załącznika C lub rachunku zysków/strat za ostatni miesiąc
- Dla innych rodzajów dochodu, **kopie** dowodów świadczących o takim dochodzie:
 - Formularz ubezpieczenia społecznego Social Security 1099
 - Zaświadczenie o dochodzie emerytalnym lub innym dochodzie tego rodzaju
 - Alimenty, umowa o alimentach na dziecko/małżonka
 - Umowa przychodu z tytułu wynajmu lub praw autorskich
 - Pismo o przyznaniu świadczenia dla weteranów / z tytułu niepełnosprawności
 - Pismo o przyznaniu zasiłku dla bezrobotnych lub odszkodowania pracowniczego
- Dla pacjentów bez dochodu: **Pismo poświadczające otrzymanie pomocy** podpisane przez osobę udzielającą pomocy
- Poświadczenie odmowy udzielenia Pomocy Medycznej: **Kopie** formularza PA-162 dla wszystkich usług, które odmówiono (tylko dla rezydentów PA)
- Zawiadomienia o upadłości, które mają wpływ na datę uwzględnionych usług dodatkowo do informacji o dochodzie
- Dowód poświadczający bezdomność lub przebywanie w schronisku dla bezdomnych

AHN przejrzy Wniosek o pomoc finansową bezzwłocznie. AHN prześle pismo, jeśli wymagane będą dodatkowe informacje. AHN musi otrzymać dodatkowe informacje w ciągu 30 dni, inaczej wniosek będzie odrzucony.

AHN zawiadomi pacjenta lub jego poręczyciela czy przedstawiciela o decyzji na piśmie w ciągu 14 dni od otrzymania **kompletnego** wniosku. Udzielana pomoc finansowa dotyczy bieżących rachunków AHN i może także obejmować rachunki za niezbędne usługi medyczne przez kolejne sześć (6) miesięcy.

Imię i nazwisko pacjenta: _____ **Data urodzenia:** _____

____/____/____

(pierwsze imię, inicjały drugiego imienia, nazwisko)
SSN: _____ - _____ - _____

Adres zamieszkania: _____

(ulica i numer, nr mieszkania)
miasto
stan
kod pocztowy)
Numery telefonów: W ciągu dnia _____ Inny _____

Nazwa pracodawcy: _____ **Telefon:** _____

Stan cywilny: Żonaty/zamężna Rozwiedziony/a W separacji Wdowiec/wdowa Kawaler/panna

Imię i nazwisko małżonka/poręczyciela: _____ **Stosunek prawny do pacjenta:** _____

Adres poręczyciela: _____

(ulica i numer, nr mieszkania)
miasto
stan
kod pocztowy)
Numery telefonów poręczyciela: W ciągu dnia _____ Inny _____

Osoby w gospodarstwie domowym: Wymienić wszystkie osoby w gospodarstwie domowym pacjenta, które są wskazane na formularzu IRS 1040

Imię i nazwisko	Stosunek prawny do pacjenta	Wiek
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Dom: Proszę sprawdzić, pacjent/poręczyciel: Jest właścicielem domu Wynajmuje dom Brak domu

Następujące informacje o aktywach nie wymagane dla szpitala Westfield Memorial Hospital.

Jeśli własność, proszę wymienić:

Oszacowana wartość: \$ _____ Kwota do spłacenia na kredycie hipotecznym: \$ _____

Gdy pacjent / poręczyciel ma udział w innej nieruchomości, proszę wymienić:

Adres: _____
(ulica i numer pocztowy) *miasto* *stan* *kod*
Imiona i nazwiska współwłaścicieli: _____

Oszacowana wartość: \$ _____ Kwota do spłacenia na kredycie hipotecznym: \$ _____

Pojazdy silnikowe: Proszę wymienić markę, model i rok każdego pojazdu silnikowego:

 _____ Własność Leasing
 _____ Własność Leasing

Konta bankowe: Proszę podać następujące informacje i dołączyć wyciągi z 2 miesięcy dla każdego konta bankowego, np. bieżącego, oszczędnościowego, certyfikatu depozytowego, rynku pieniężnego itp.

Rodzaj konta	Nazwa banku lub instytucji finansowej	Nr konta	Aktualne saldo
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

Inwestycje: Proszę podać następujące informacje i dołączyć wyciągi z 2 ostatnich miesięcy dla każdej inwestycji, np. akcje, obligacje, fundusze wspólnego inwestowania itp.

Rodzaj inwestycji	Nazwa banu lub instytucji finansowej	Aktualna wartość
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

Suma miesięcznych dochodów w gospodarstwie domowym: Uwzględnić sumę miesięcznych dochodów w gospodarstwie domowym (pacjent i inne osoby) dla wszystkich dochodów, w tym pensje, ubezpieczenie społeczne, dochód emerytalny lub inny dochód tego rodzaju, alimenty, umowa o alimentach na dziecko/małżonka, dochód z tytułu wynajmu/ praw autorskich/ z pracy na rachunek własny, świadczenia dla weteranów / niepełnosprawnych, zasiłek dla bezrobotnych, odszkodowanie pracownicze i inwestycje (odsetki, dywidenda). Dowód poświadczający dochód musi być dołączony według wskazówek na stronie instrukcji.

Suma dochodów w gospodarstwie domowym:	\$ _____	Suma odszkodowania pracowniczego:	\$ _____
Suma ubezpieczenia społecznego:	\$ _____	Suma alimentów/umowy o alimentach na dziecko:	\$ _____
Suma emerytury, innego świadczenia tego typu:	\$ _____	Suma pozostałych dochodów (proszę opisać):	
Suma dochodów z tytułu wynajmu/praw autorskich:	\$ _____		\$ _____
Suma dywidendy i odsetek:	\$ _____		\$ _____
Suma zasiłku socjalnego:	\$ _____		\$ _____

Wydatki: Proszę wymienić miesięczne wydatki w gospodarstwie domowym dla:

Hipoteka lub wynajem:	\$ _____	Recepty:	\$ _____
Podatki od nieruchomości:	\$ _____	Środki medyczne:	\$ _____
Media:	\$ _____	Inne rachunki AHN:	\$ _____
Płatność za pojazd silnikowy:	\$ _____	Inne wydatki (proszę opisać):	
Ubezpieczenie pojazdu silnikowego:	\$ _____		\$ _____
Jedzenie:	\$ _____		\$ _____

Inne informacje

Czy ubiegałeś(aś) się o pomoc medyczną? Nie Tak (Jeśli tak, proszę dołączyć kopie wniosku i pisma ustalającego)

Czy jesteś obywatelem Stanów Zjednoczonych? Nie Tak

Czy byłeś(aś) ubezpieczony(a) w momencie leczenia? Nie Tak

Upoważnienie i weryfikacja

I, _____, zaświadczam, że informacje zawarte w tym wniosku są prawdziwe i prawidłowe zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Rozumiem, że wniosek i dowody poświadczające moje dochody i wydatki nie będą zwrócone. Upoważniam Allegheny Health Network do weryfikacji informacji oraz zwrócenia się o rating kredytowy, jeśli potrzebny, w celu podjęcia decyzji czy kwalifikuję się do otrzymania pomocy finansowej. Rozumiem, że w przypadku gdy jakiegokolwiek informacje będą uznane za nieprawdziwe, mogę nie otrzymać pomocy finansowej, mogę ponosić wyłączną odpowiedzialność za opłacenie całkowitej kwoty rachunku oraz mogę nie kwalifikować się do otrzymania pomocy finansowej w przyszłości. Rozumiem, że moje uprawnienie do otrzymania pomocy finansowej może być ponownie ocenione dla kolejnych usług szpitalnych.

Podpis pacjenta /
przedstawiciela / poręczyciela _____
Data _____

imię i nazwisko pacjenta lub przedstawiciela / poręczyciela drukowanymi literami _____

Stosunek prawny do pacjenta: _____