

A Allegheny Health Network (AHN) pode ser capaz de reduzir ou perdoar uma conta de AHN por serviços medicamente necessários para pacientes que:

- Não possuem seguro médico ou é limitado
- Foram negado Medicaid
- São cidadãos dos Estados Unidos
- Mostrar necessidade financeira no Requerimento de Assistência

Financeira da AHN. Os planos de pagamento também podem estar disponíveis para ajudar os pacientes a pagar suas contas da AHN.

O paciente ou fiador ou representante deve fazer requerimento para assistência financeira no prazo de 240 dias a contar da data de recepção da conta da AHN. Para solicitar:

- Obtenha um formulário de "Requerimento de Assistência Financeira" da AHN para cada paciente.
- Preencha o requerimento de cada paciente no prazo de 30 dias após o recebimento do formulário.
- Faça **cópias** das "comprovantes de renda" necessárias (veja a lista abaixo).
- Envie o requerimento assinado e cópias de comprovantes de renda para o endereço abaixo:

Para contas 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

Documentos "Comprovantes de Renda":

Anexe cópias desses documentos ao requerimento (documentos não podem ser retornados):

- Cópias** de formulários de impostos federais (IRS1040, etc.) do ano passado
- Para contas bancárias, **cópias** de todas as páginas do extrato bancário mais recente
- Para contas de investimento, **cópias** de todas as páginas do extrato mais recente
- Para salários, **cópias** de holerite (nos últimos 30 dias)
- Para renda de trabalho autônomo, **cópias** do Anexo C ou declarações de lucros e perdas do último mês
- Para outros tipos de renda, **cópias** de comprovantes de renda, tais como:
 - Formulário de Social Security 1099
 - Pensão ou outra declaração de renda de aposentadoria
 - Pensão alimentícia, acordo de apoio à criança/cônjuge
 - Contrato de renda de aluguel ou de royalty
 - Carta de concessão a veteranos/deficientes físicos
 - Carta de concessão de indenização por desemprego ou indenização por acidente ou doença de trabalho
- Para pacientes sem renda: **Carta de apoio** assinada por pessoa que presta apoio
- Para mostrar a negação da Assistência Médica: **Cópias** do formulário PA-162 para todos os serviços recusados (somente para residentes de PA)
- Avisos de falência afetam as datas dos serviços sendo considerados além da informação de renda
- Prova de falta de moradia ou residência em um abrigo para sem-teto

A AHN revisará o requerimento de assistência financeira prontamente. A AHN enviará uma carta se mais informações forem necessárias. A AHN deve receber informações adicionais no prazo de 30 dias ou o requerimento será negado.

A AHN notificará o paciente ou o fiador do paciente ou representante da decisão por escrito dentro de 14 dias após o recebimento do requerimento **preenchido**. Qualquer assistência financeira prestada aplica-se à(s) contas(s) atual(ais) do AHN e também pode se aplicar às contas de serviços medicamente necessários para os próximos 6 (seis) meses.

Nome do paciente: _____ Data de nascimento: ____/____/____
(nome próprio, inicial do meio, sobrenome)

SSN: _____ - _____ - _____

Endereço residencial: _____
(número e rua, no. do apto. cidade estado código postal)

Telefones: Dia _____ Outro _____

Nome do Empregador: _____ Fone: _____

Estado civil: Casado Divorciado Separado Viúvo Solteiro

Nome do cônjuge / fiador: _____ Relação com o paciente: _____

Endereço do fiador: _____
(número e rua, no. do apto. cidade estado código postal)

Telefones do fiador: Dia _____ Outro _____

Membros da família: *Liste todos as pessoas no domicílio do paciente que são reivindicados no formulário IRS 1040*

Nome	Relação ao paciente	Idade
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Casa: *Por favor tique, paciente/fiador:* Possui casa Aluga casa Sem casa **As seguintes informações de ativos não são necessárias para o Westfield Memorial Hospital.**

Se a casa é de propriedade, por favor, liste:

Valor avaliado: \$ _____ Quantidade ainda devida em hipoteca: \$ _____

Se o paciente/fiador tiver interesse em outros imóveis, por favor, liste:

Endereço: _____
(Rua e número postal cidade estado código)

Nomes dos co-proprietários:

Valor avaliado: \$ _____ Quantidade ainda devida em hipoteca: \$ _____

Veículos motorizados: *Por favor, liste marca, modelo e ano de cada veículo motorizado:*

_____ Propriedade Arrendamento
 _____ Propriedade Arrendamento

Contas bancárias: *Por favor, liste as seguintes informações e anexe 2 meses de extratos para cada conta bancária, tais como conta corrente, poupança, certificados de depósito (CDs), mercado monetário, etc.*

Tipo de conta	Nome do banco ou instituição financeira	Nº da Conta	Saldo atual
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

Investimentos: *Por favor, liste as seguintes informações e anexe 2 meses de declarações para cada investimento, como ações, títulos, fundos mútuos, etc.*

Tipo de investimento	Nome do banco ou instituição financeira	Valor atual
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

Renda mensal domiciliar total: Incluir o total do domicílio (paciente e todos os outros) para todas as rendas, incluindo salários, Social Security, pensão ou outra renda de aposentadoria, pensão alimentícia, suporte a criança / cônjuge, aluguel / royalty / auto-emprego, pagamentos a veteranos / deficientes, compensação para desemprego, seguro de acidente de trabalho e renda de investimentos (juros, dividendos). A comprovação de renda deve ser fornecida conforme listado na página de instruções.

Salário total domiciliar:	\$ _____	Total de seguro de acidente de trabalho:	\$ _____
Total Social Security:	\$ _____	Total de pensão alimentícia/apoio a crianças:	\$ _____
Pensão total, outra aposentadoria:	\$ _____	Total de outras receitas (por favor descreva):	
Renda total de aluguel/renda de royalty:	\$ _____		\$ _____
Total de dividendos e juros:	\$ _____		\$ _____
Total de renda do seguro de desemprego:	\$ _____		\$ _____

Despesas: Por favor, liste as despesas mensais do domicílio para:

Hipoteca ou aluguel:	\$ _____	Prescrições:	\$ _____
Impostos imobiliários:	\$ _____	Suprimentos médicos:	\$ _____
Serviços de utilidade pública:	\$ _____	Outras contas da AHN:	\$ _____
Pagamento para o veículo motorizado:	\$ _____	Outras despesas (por favor descreva):	
Seguro de veículo motorizado:	\$ _____		\$ _____
Alimentação:	\$ _____		\$ _____

Outras informações

Você já se inscreveu para assistência médica? Não Sim (Se é sim, por favor, forneça cópias de sua inscrição e a carta de determinação)

Você é um cidadão dos Estados Unidos? Não Sim

Você teve seguro de saúde no momento do seu tratamento? Não Sim

Autorização e verificação

Eu, _____, atesto que as informações fornecidas neste formulário são verdadeiras e corretas, tanto quanto é do meu conhecimento. Eu entendo que este formulário e os comprovantes de minha renda e as despesas não serão devolvidos. Eu autorizo a Allegheny Health Network a verificar as informações e solicitar uma classificação de crédito, se necessário, para decidir se sou elegível para assistência financeira. Entendo que se qualquer informação for considerada falsa, poderão negar assistência financeira, serei o único responsável por pagar minha fatura integralmente e talvez não seja elegível para assistência financeira futura. Entendo que minha elegibilidade para assistência financeira pode ser reavaliada para serviços hospitalares subsequentes.

Paciente ou representante / fiador assinatura _____ Data _____

Escreva em letras de forma o nome do paciente ou representante / fiador_ _____

Relação com o paciente: _____