

Allegheny Health Network (AHN) располагает возможностями по снижению суммы или аннулированию выставленного AHN счета за оказанное необходимое по медицинским показателям обслуживание для пациентов, которые:

- Не имеют медицинской страховки или имеют ограниченное покрытие
- Не отвечают требованиям Medicare
- Было отказано в страховке Medicaid
- Являются гражданами США
- Продемонстрировали наличие финансовых трудностей в заявлении о финансовой помощи AHN

Также могут быть предоставлены планы оплаты платежей в рассрочку в помощь пациентам при оплате их счетов AHN.

Пациент, поручитель или представитель могут подать заявление о предоставлении финансовой помощи в течение 240 дней с момента получения счета AHN. Для подачи заявления:

- Получите по одному бланку «Заявления об оказании финансовой помощи» AHN на каждого пациента.
- Заполните заявление на каждого пациента в течение 30 дней с момента получения бланка.
- Выполните **копии** необходимых документов, «подтверждающих доходы» (см. приведенный ниже список).
- Отправьте подписанное заявление и копии подтверждений дохода по указанному ниже адресу:

<p>Для счетов, выставленных: Больницей Allegheny General Больницей Allegheny Valley Больницей Canonsburg Больницей Forbes Больницей Jefferson Больницей West Penn Allegheny Health Network</p>	<p>Для счетов, выставленных: Больницей Saint Vincent</p>
<p>AHN Revenue Cycle Operations Customer Service / SBO 4 Allegheny Center, 10th floor Pittsburgh, PA 15212</p>	<p>Saint Vincent Hospital Patient Accounting Customer Service 232 West 25th Street Erie, PA 16544</p>

Документы, «подтверждающие доходы»:

Приложите к заявлению копии следующих документов (документы не возвращаются):

- Копии** федеральных налоговых деклараций (IRS1040, и т. п.) за прошедший год
- В случае выписок по банковским счетам, **копии** всех страниц самой последней выписки
- В случае выписок инвестиционных счетов, **копии** всех страниц самой последней выписки
- В случае заработной платы, **копии** квитанций о начислении заработной платы (за последние 30 дней)
- В случае дохода от предпринимательской деятельности, **копии** отчетов по Приложению С или отчет о прибылях и убытках за последний месяц
- Для остальных видов доходов, **копии** подтверждения дохода, такие как:
 - Форма службы социального обеспечения 1099
 - Выписка о пенсионном и другом доходе по старости
 - Алименты, договор о поддержке ребенком / супругом
 - Договор об аренде или выплате роялти
 - Письмо о присвоении статуса ветерана / инвалидности
 - Письмо об утверждении пособия по безработице или компенсации рабочим
- Для пациентов без источника дохода: **Письмо о материальной помощи**, подписанное лицом, оказывающим материальную помощь
- Для подтверждения отказа в предоставлении медицинской страховки: **Копии** формы PA-162 по всему отказанному в предоставлении обслуживанию
- Уведомления о банкротстве, оказывающие влияние на плановые даты обслуживания, в качестве дополнения к информации о доходе
- Доказательство статуса бездомного или проживающего в приюте для бездомных

AHN незамедлительно рассмотрит Заявление об оказании финансовой помощи. При необходимости предоставления дополнительной информации AHN направит письмо. Дополнительная информация должна поступить в AHN в течение 30 дней, иначе заявление будет отклонено.

AHN уведомит пациента, поручителя или представителя пациента о принятом решении в течение 14 дней с момента получения **заполненного** заявления. Вся предоставляемая финансовая помощь используется для оплаты счета(ов) AHN и может также использоваться для оплаты счетов за необходимое по медицинским показателям обслуживание в последующие 6 (шесть) месяцев.



Заявление о предоставлении финансовой помощи

Имя и фамилия пациента: _____ Дата рождения: ____/____/____
(имя, инициал, фамилия)

Номер социального страхования (SSN): _____

Домашний адрес: _____
(номер дома и улица) город штат почтовый индекс)

Телефоны: В течение дня _____ Другой _____

Наименование работодателя: _____ Тел.: _____

Семейное положение: Женат/замужем Разведен(а) Проживает отдельно Вдовец/вдова Холостой(ая)

Имя и фамилия супруга/поручителя: _____ Кем приходится пациенту: _____

Адрес поручителя: _____
(номер дома и улица) город штат почтовый индекс)

Телефоны поручителя: В течение дня _____ Другой _____

Проживающие вместе члены семьи: Перечислите всех проживающих вместе с пациентом членов семьи, подававших заявление по форме 1040 IRS

Имя и фамилия	Кем приходится пациенту	Возраст
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Дом: Отметьте подходящее, пациент / поручитель: Владеет домом Арендует дом Дома нет

Если владеет домом, пожалуйста, укажите:

Оценочная стоимость: \$ _____ Остаток выплат по ипотеке: \$ _____

Если пациент / гарант имеют долю собственности в другом недвижимом имуществе, пожалуйста, перечислите:

Адрес: _____
(номер дома и улица) город штат почтовый индекс)

Имена и фамилии совладельцев: _____

Оценочная стоимость: \$ _____ Остаток выплат по ипотеке: \$ _____

Механические транспортные средства: Пожалуйста, перечислите изготовителя, модель и год изготовления каждого механического транспортного средства:

_____	<input type="checkbox"/> Владелец <input type="checkbox"/> Лизинг
_____	<input type="checkbox"/> Владелец <input type="checkbox"/> Лизинг

Банковские счета: Пожалуйста, перечислите следующую информацию и приложите выписки за 2 месяца по каждому из банковских счетов, таких как чековый, сберегательный, депозитные сертификаты (CD), депозитный счет денежного рынка и т.п.

Тип счета	Название банка или финансовой организации	Счет №	Текущий остаток по счету
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

Инвестиции: Пожалуйста, приведите следующую информацию и приложите выписки за 2 месяца по каждой инвестиции, такой как акции, облигации, взаимные фонды и т.п.

Тип инвестиции	Название банка или финансового учреждения	Текущая стоимость
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

Суммарный месячных доход домашнего хозяйства: Включите сумму по всем членам домашнего хозяйства (пациент и все остальные лица) всех доходов, включая заработную плату, выплаты социального обеспечения, пенсии и другие виды доходов по старости, алименты, пособия на ребенка / супруга, арендную плату / роялти / доход от предпринимательской деятельности, выплаты ветеранам / инвалидам, пособия по безработице, компенсации рабочим и инвестиционные доходы (проценты, дивиденды). Подтверждение доходов должно быть предоставлено в соответствии с информацией на странице с указаниями.

Сумма заработной платы в домохозяйстве: _____ \$ Сумма выплат работникам: _____ \$

Сумма выплат по социальному страхованию: _____ \$ Сумма алиментов/поддержки детей: _____ \$

Сумма пенсий, других пенсионных выплат: _____ \$ Сумма остальных доходов (пожалуйста, опишите): _____

Сумма доходов от аренды/роялти: \$ _____ \$ _____

Сумма дивидендов и процентов: \$ _____ \$ _____

Сумма пособий по безработице: \$ _____ \$ _____

Затраты: Пожалуйста, перечислите ежемесячные расходы домохозяйства на:

Ипотеку или аренду: \$ _____ Лекарственные препараты, отпускаемые по рецепту: _____ \$

Налоги на недвижимость: \$ _____ Медицинские принадлежности: \$ _____

Коммунальные платежи: \$ _____ Прочие счета АНН: \$ _____

Платежи за механические транспортные средства: _____ \$ Остальные расходы (пожалуйста, опишите): _____

Страхование механического транспортного средства: _____ \$ _____

Продукты питания: \$ _____ \$ _____

Прочая информация

Подавали ли вы заявление на Медицинскую помощь? Нет Да (В случае ответа «да» предоставьте копии вашего заявления и письма с решением)

Являетесь ли вы гражданином США? Нет Да

Имели ли вы медицинскую страховку на момент вашего лечения? Нет Да

Разрешение и подтверждение

Я, _____, свидетельствую, что предоставленная в этом бланке информация является правдивой и точной по всем имеющимся у меня сведениям. Я понимаю, что этот бланк и доказательства моих доходов и затрат не будут возвращены мне. Я разрешаю Allegheny Health Network проверить эту информацию и, при необходимости, запросить мою кредитную историю, чтобы принять решение о моем праве на получение финансовой помощи. Я понимаю, что если любая информация будет признана ложной, мне может быть отказано в предоставлении финансовой помощи, я буду нести единоличную ответственность за полную оплату моего счета, и мне может быть отказано в предоставлении финансовой помощи в будущем. Я понимаю, что мое право на получение финансовой помощи может быть пересмотрено в отношении последующих услуг, оказываемых больницей.

Пациент или представитель/
подпись поручителя _____ Дата _____

Вписать печатными буквами имя и фамилию пациента или представителя / поручителя _____

Кем приходится пациенту: _____