

Allegheny Health Network (AHN) може зменшити чи відмінити рахунок AHN, отриманий за надані необхідні медичні послуги, для тих пацієнтів

- Які не мають ніякого або мають обмежене медичне страхування
- Яким було відмовлено у програмі Medicaid
- Які є громадянами Сполучених Штатів
- Які демонструють фінансову потребу у заявці на отримання фінансової допомоги від AHN

Їснують також плани допомоги пацієнтам в частковій сплаті рахунків, отриманих від AHN.

Пацієнт або його представник чи особа, яка гарантує оплату, мають звернутися за отриманням фінансової допомоги протягом 240 днів від дати отримання рахунку від AHN. Щоб подати заяву:

- Отримайте форму Заяви на отримання фінансової допомоги AHN (Financial Assistance Application) для кожного пацієнта.
- Заповніть Заяву на кожного пацієнта протягом 30 днів від дати отримання форми.
- Зробіть **копії** необхідного «підтвердження доходів» (див. Перелік, наведений нижче).
- Надішліть підписану заяву разом з копіями підтвердження доходів за адресою, наведеною нижче:

Для рахунків, отриманих від
лікарень

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

Документи, необхідні для «підтвердження доходів»:

Надайте копії цих документів до Заяви (документи не повертаються):

- Копії** федеральної податкової декларації (IRS1040 тощо) за останній рік
- Щодо банківських рахунків, **копії** всіх сторінок останньої виписки
- Щодо інвестиційних рахунків, **копії** всіх сторінок останньої виписки
- Щодо зарплати, **копії** квитанції зарплатних чеків (за останні 30 днів)
- Щодо доходу від самовлаштування, **копії** Додатку С з інформацією щодо прибутку / втрат за останній місяць
- Щодо інших видів доходу, **копії** підтвердження доходу, наприклад:
 - Форма 1099 виплат соціального забезпечення
 - Виписка стосовно пенсійного або іншого подібного доходу
 - Аліменти, угода щодо надання підтримки на дітей / на колишню дружину / чоловіка
 - Договір оренди або на отримання доходу від роялті
 - Лист про надання статусу ветерана/інваліда
 - Листо про компенсацію назайнятості або компенсацію працівникам
- Для пацієнтів без доходу: **Лист щодо надання підтримки** за підписом особи, яка надає підтримку
- Якщо треба продемонструвати відмову від надання медичної допомоги: **Копії** форми PA-162 на всі послуги, в яких було відмовлено (лише для резидентів штату Пенсильванія)
- Повідомлення про банкрутство, дата яких впливає на дати послуг, які розглядаються на додаток до інформації про дохід
- Доказ бездомності або мешкання в притулку для бездомних

AHN оперативно розгляне Заяву про фінансову допомогу. AHN надішле вам листа, якщо знадобиться додаткова інформація. Ця додаткова інформація має бути отриманою в AHN протягом 30 днів або в розгляданні Заяви буде відмовлено.

AHN повідомить пацієнту або його представнику чи особі, яка гарантує оплату, про своє рішення в письмовому вигляді протягом 14 днів від дати отримання повної Заяви. Будь-яка надана фінансова допомога може бути застосована по відношенню до поточних рахунків (або рахунку) AHN і може також застосовуватися щодо рахунків за надання необхідних медичних послуг протягом наступних 6 (шести) місяців.

Прізвище та ім'я пацієнта: _____ Дата народження: ____/____/____
(ім'я, по-батькові, прізвище)

Номер SSN: _____ - _____ - _____

Дом. адреса: _____
(номер, вулиця, кв. місто штат індекс)

Тел.: Вдень _____ Інший _____

Назва працедавця: _____ Тел.: _____

Сімейний стан: Одружений(а) Розлучений(а) Мешкають окремо Вдовий(а) Неодружений(а)

Прізвище та ім'я чоловіка/дружини/особи, яка надає гарантії: _____

Відношення до пацієнта: _____

Адреса особи, яка надає гарантії: _____
(номер, вулиця, кв. місто штат індекс)

Телефони особи, яка надає гарантії:

Вдень _____ Інший _____

Особи, які мешкають разом з вами: *Вкажіть всіх людей, які мешкають разом з пацієнтом, та які наведені у податковій формі IRS 1040*

Прізвище та ім'я	Відношення до пацієнту	Вік
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Будинок: *Будь ласка, вкажіть чи пацієнт/особа, яка надає гарантії:* Володіє будинком Орендує будинком Не має будинку **Наступна інформація про активи не є обов'язковою для подання в Westfield Memorial Hospital.**

Якщо будинок свій, будь ласка наведіть:

Оцінена вартість: \$ _____ Залишок до сплати за іпотекою: \$ _____

Якщо пацієнт/особа, яка надає гарантії, володіє долею в нерухомості, будь ласка, вкажіть:

Адреса: _____
(номер та вулиця місто штат індекс)

Прізвища та ім'я сумісних власників: _____

Оцінена вартість: \$ _____ Залишок до сплати за іпотекою: \$ _____

Автівки: *Будь ласка, наведіть марку, модель та рік кожної з автівок:*

_____ Власний Оренд.
 _____ Власний Оренд.

Банківські рахунки: *Будь ласка, наведіть наступну інформацію та додайте виписки за 2 міс. для кожного банківського рахунку, наприклад, для чекового, ощадного, сертифікатів депозиту, грошового ринку тощо*

Вид рахунку	Назва банку або фінансового закладу	Номер рахунку	Поточний баланс
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

Інвестиції: *Будь ласка, наведіть наступну інформацію та додайте виписки за 2 міс. для кожної інвестиції, наприклад, акції, облігації, пайові інвестиційні фонди тощо.*

Вид інвестиції	Назва банку або фінансового закладу	Поточна вартість
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

Загальний місячний дохід всіх, хто мешкає з вами: Вкажіть загальну інформацію для всього помешкання (пацієнти та ті, хто мешкає з ними) стосовно всіх видів доходу, включаючи заробітню плату, соціальне забезпечення, пенсії, інший схожий дохід, аліменти, підтримка дитини/ колишнього чоловіка/дружини, доходи від оренди / роялті / самозайнятості, виплати ветеранам / інвалідам, компенсація з безробіття, робоча компенсація та інвестиції (відсотки, дивіденди). Підтвердження доходу має надаватися у відповідності зі сторінкою вказівок.

Загальна зар. плата:	\$ _____	Загальна робоча комп.:	\$ _____
Загальне соц. забезпечення:	\$ _____	Загальні аліменти/гроші на дитину:	\$ _____
Загальна пенсія, інше:	\$ _____	Загальний інший дохід (опишіть):	_____
Загальна оренда/роялті:	\$ _____		\$ _____
Загальні дивіденди та відсотки:	\$ _____		\$ _____
Загальний дохід з безробіття:	\$ _____		\$ _____

Витрати: Вкажіть загальні місячні витрати:

Іпотека або оренда:	\$ _____	Рецепти:	\$ _____
Податки на нерухомість:	\$ _____	Медичні засоби:	\$ _____
Комунальні витрати:	\$ _____	Інші рахунки АНН:	\$ _____
Плата за автівку:	\$ _____	Інші витрати (опишіть):	_____
Страхування автівки:	\$ _____		\$ _____
Їжа:	\$ _____		\$ _____

Інша інформація

Чи подали ви заяву на надання медичної допомоги? Ні Так (Якщо так, будь ласка надайте копії вашої заяви та лист з рішенням)

Чи ви є громадянином Сполучених Штатів? Ні Так

Чи мали ви медичну страховку під час вашого лікування? Ні Так

Авторизація та верифікація

Я, _____, інформація, надана у цій формі, є достовірною та вірною, наскільки це мені відомо. Я розумію, що ця форма та докази моїх доходів і витрат не будуть мені повернуті. Я надаю дозвіл Allegheny Health Network перевірити інформацію та попросити про надання кредитного рейтингу, якщо це необхідно, щоб вирішити, чи можу я отримати фінансову допомогу. Я розумію, що, якщо будь-яка інформація виявиться помилковою, мені може бути відмовлено в фінансовій допомозі, я можу бути визначеним виключно відповідальним за повну сплату моєї заборгованості та можу не мати права на майбутню фінансову допомогу. Я розумію, що моє право на фінансову допомогу може бути переглянуто відносно подальшої медичної допомоги.

Підпис пацієнта або представника/ особи, яка гарантує оплату _____ Дата _____

Прізвище та ім'я пацієнта або представника/ особи, яка гарантує оплату _____

Відношення до пацієнту: _____