

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
- 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:

Для счетов, выставленных:

**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

---

#### 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 (только жители Пенсильвании)
- 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.

**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:

**Следующая информация об активах не распространяется на больницу Westfield Memorial Hospital.**
**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 месячный 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:

Ипотечку 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: \_\_\_\_\_