

Allegheny Health Network (AHN) può essere in grado di ridurre o di condonare il pagamento di una fattura AHN per prestazioni mediche necessarie a pazienti che:

- Sono privi di, o hanno, un'assicurazione sanitaria limitata
- È stato loro negato il Medicaid
- Sono cittadini degli Stati Uniti
- Provano esigenze finanziarie sulla domanda di aiuto finanziario di AHN

I piani di pagamento possono essere disponibili anche per aiutare i pazienti a pagare le loro fatture AHN.

Il paziente o il garante o il rappresentante devono chiedere aiuto finanziario entro 240 giorni dalla ricezione della fattura di AHN. Per fare domanda:

- Ottenere un modulo di "Domanda di Aiuto Finanziario" di AHN per ogni paziente.
- Compilare la domanda di ogni paziente entro 30 giorni dalla ricezione del modulo.
- Fare **copie** dei necessari "giustificativi di reddito" (vedere l'elenco seguente).
- Inviare la domanda firmata e le copie dei giustificativi di reddito all'indirizzo sotto riportato:

Per fatture di:

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

"Giustificativi di reddito":

Allegare alla domanda copie di questi documenti (i documenti non possono essere restituiti):

- Copie** dei moduli federali delle imposte (IRS1040, ecc.) per gli ultimi due esercizi
- Per i conti di risparmio, **copie** di tutte le pagine dei due estratti conto più recenti
- Per i conti di investimento, **copie** di tutte le pagine dei due estratti conto più recenti
- Per gli stipendi, **copie** delle buste paga (per gli ultimi 30 giorni)
- Per i redditi da lavoro indipendente, **copie** dell'Allegato C o dei conti economici degli ultimi tre mesi
- Per gli altri tipi di redditi, **copie** dei giustificativi di reddito, quali:
 - Modulo 1099 della Previdenza Sociale
 - Estratto conto della pensione o di altri redditi di quiescenza
 - Contratto relativo agli alimenti, al sostegno dei figli/del coniuge
 - Contratto di rendita da affitto o da royalty
 - Lettera di assegnazione ai veterani/disabili
 - Lettera di assegnazione di Indennità di Disoccupazione o di Sussidio dei Lavoratori
- Per pazienti privi di redditi: **Lettera di supporto** firmata dalla persona che fornisce il supporto
- Per indicare rifiuto dell'assistenza medica: **Copie** del modulo PA-162 per tutte le prestazioni rifiutate (solo per residenti della Pennsylvania)
- Avvisi di fallimento che influiscono sulle date delle prestazioni prese in considerazione oltre alle informazioni sui redditi
- Prove di assenza di casa o di residenza presso un rifugio per senzatetto

AHN esaminerà tempestivamente la domande di aiuto finanziario. Se saranno necessarie ulteriori informazioni, AHN invierà una lettera. AHN deve ricevere le ulteriori informazioni entro 30 giorni, altrimenti la domanda sarà respinta.

AHN informerà per iscritto il paziente o il garante o il rappresentante del paziente sulla decisione entro 14 giorni dalla ricezione della domanda **completa**. L'eventuale aiuto finanziario si applica alla/e fattura/e corrente/i. L'eventuale aiuto finanziario fornito si applica alla/e fattura/e attuale/i di AHN e può applicarsi anche alle fatture per prestazioni mediche necessarie per i successivi sei (6) mesi.

Nome del paziente: _____ **Data di nascita:** ____/____/____
(nome, iniziale del secondo nome, cognome)

N° previdenza sociale : _____ - _____ - _____

Indirizzo di casa : _____
(numero e via, n° di appartamento) città stato C.A.P.)

Telefoni: Diurno _____ Altro _____

Nome del datore di lavoro: _____ Telefono : _____

Stato civile : Coniugato/a Divorziato/a Separato/a Vedovo/a Celibe/Nubile

Nome del coniuge / Garante: _____ Rapporto con il paziente : _____

Indirizzo del garante : _____
(numero e via, n° di appartamento) città stato C.A.P.)

Telefoni del garante: Diurno _____ Altro _____

Componenti del nucleo familiare: *Elencare tutti i componenti del nucleo familiare del paziente dichiarati nel modulo 1040 dell'IRS*

Nome	Rapporto con il paziente	Età
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Casa : *Si prega di controllare, paziente/garante:* Proprietario di casa Affittuario di casa Senza casa Se la casa è di proprietà, si prega di elencare:

Le seguenti informazioni patrimoniali non sono necessarie per il Westfield Memorial Hospital.

Valore stimato : \$ _____ Importo ancora dovuto sotto ipoteca : \$ _____

Se il paziente / garante possiede una quota in altri immobili, si prega di elencare:

Indirizzo : _____
(numero e via, n° di appartamento) città stato C.A.P.)

Nomi dei comproprietari: _____

Valore stimato : \$ _____ Importo ancora dovuto sotto ipoteca : \$ _____

Veicoli a motore : *Si prega di elencare il fabbricante, il modello e l'anno di fabbricazione di ogni veicolo:*

_____ Di proprietà In leasing

_____ Di proprietà In leasing

Conti bancari: *Si prega di elencare le seguenti informazioni e di allegare gli estratti conto di 2 mesi per ogni conto bancario, di deposito, di risparmio, certificati di deposito (CD), mercato monetario, eccetera:*

Tipo di conto	Nome della banca o dell'istituto finanziario	N° di conto	Saldo attuale
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

Investimenti : *Si prega di elencare le seguenti informazioni e di allegare gli estratti conto di 2 mesi per ogni investimento, come azioni, obbligazioni, fondi comuni di investimento, eccetera*

Tipo di investimento	Nome della banca o dell'istituto finanziario	Valore attuale
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

Reddito mensile totale del nucleo familiare: *Includere il totale per il nucleo familiare (paziente e tutti gli altri) per tutti i redditi, compresi stipendi, redditi previdenziali, pensionistici o di altro tipo di quiescenza, alimenti, supporto per i figli / per il coniuge, redditi da affitti / royalty / redditi derivanti da attività autonoma, pagamenti per veterani / disabilità, indennità di disoccupazione, compensi da lavoro e redditi da investimenti (interessi, dividendi). I giustificativi di reddito devono essere forniti come elencati nella pagina delle istruzioni.*

Totale degli stipendi del nucleo familiare:	\$ _____	Totale compensi da lavoro:	\$ _____
Totale dell'assistenza sociale:	\$ _____	Totale alimenti/sostegno per i figli:	\$ _____
Totale pensioni, altri redditi di quiescenza:	\$ _____	Totale altri redditi (Si prega di descrivere):	\$ _____
Totale redditi da affitti/royalty:	\$ _____		\$ _____
Totale dividendi e interessi:	\$ _____		\$ _____
Totale unemployment income:	\$ _____		\$ _____

Spese: si prega di elencare le spese mensili della famiglia:

Ipoteca o affitto:	\$ _____	Ricette:	\$ _____
Imposte immobiliari:	\$ _____	Forniture mediche:	\$ _____
Servizi di pubblica utilità:	\$ _____	Altre fatture di AHN:	\$ _____
Pagamento per veicoli a motore:	\$ _____	Altre spese (Si prega di descrivere):	\$ _____
Assicurazioni sui veicoli a motore:	\$ _____		\$ _____
Cibo:	\$ _____		\$ _____

Altre informazioni

È stata fatta richiesta di aiuto medico? No Sì (In caso di risposta affermativa, fornire copia della domanda e della lettera di decisione)

È cittadino/a statunitense? Non Sì

Era in possesso di un'assicurazione medica al momento delle cure? Non Sì

Autorizzazione e verifica

Io sottoscritto/a, _____, attesto che le informazioni fornite nel presente modulo sono vere e corrette al meglio delle mie conoscenze. Comprendo che il presente modulo e i giustificativi dei miei redditi e delle mie spese non mi verranno restituiti. Autorizzo l'Allegheny Health Network a controllare le informazioni e a chiedere, se necessario, un classamento creditizio per decidere se ho il diritto di ricevere l'aiuto finanziario. Comprendo che, se si scoprisse che qualche informazione è falsa, mi possono negare l'aiuto finanziario, posso essere l'unico responsabile del pagamento integrale della mia fattura, e posso non avere il diritto di ricevere aiuto finanziario futuro. Comprendo che la mia idoneità all'aiuto finanziario può essere riesaminata per successive prestazioni ospedaliere.

Firma del paziente o del rappresentante / garante _____ Data _____

Nome del paziente o del rappresentante / garante in stampatello _____

Rapporto con il paziente : _____