

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 : \_\_\_\_\_