

يمكن لشبكة أليغيني الصحية (AHN) أن تقلص تكلفة فاتورة AHN أو تقدم إعفاء كاملاً لهذه الفواتير عن الخدمات الطبية اللازمة للمرضى الذين:

- ليس لديهم تأميناً طبياً أو كان لديهم تأميناً طبياً محدوداً
 - هم غير مؤهلين لبرنامج "ميديكير"
 - قد تم رفضهم في برنامج "ميديايد"
 - هم من مواطني الولايات المتحدة
 - أظهروا حاجتهم المالية على طلب التقدم للإعانة المالية من شبكة AHN
- قد تكون هناك خطط للسداد متاحة أيضاً لمساعدة المرضى على سداد فواتير شبكة AHN الخاصة بهم.

يجب أن يقوم المريض أو الكفيل أو الممثل عنه بالتقدم لطلب الإعانة المالية خلال 240 يوماً من تسلم فاتورة AHN. للتقدم بطلب:

- احصل على استمارة "التقدم بطلب الإعانة المالية" الخاصة بشبكة AHN لكل مريض.
- املأ استمارة كل مريض خلال 30 يوماً من تسلم الاستمارة.
- قم بعمل نسخ من "إثباتات الدخل" المطلوبة (انظر القائمة أدناه).
- أرسل طلب التقدم موقّعاً ونسخ إثباتات الدخل على العنوان المبين أسفله:

<p>بالنسبة للفواتير من: مستشفى سان فانسان</p> <p>Saint Vincent Hospital Patient Accounting Customer Service West 25th Street 232 Erie, PA 16544</p>	<p>بالنسبة للفواتير من: مستشفى أليغيني العام مستشفى أليغيني فالي مستشفى كانونسبورغ مستشفى فوريس مستشفى غيفرسون مستشفى ويست بن شبكة أليغيني الصحية</p> <p>AHN Revenue Cycle Operations Customer Service / SBO Allegheny Center, 10th floor 4 Pittsburgh, PA 15212</p>
---	--

مستندات "إثباتات الدخل":

أرفق نسخ من هذه المستندات إلى هذا الطلب (لا يمكن استرداد هذه المستندات):

- نسخ من استمارات الضرائب الفيدرالية (IRS1040، إلخ) للعامين الماضيين
- بالنسبة للحسابات البنكية، نسخ جميع الصفحات من أحدث بيانين بنكيين
- بالنسبة للحسابات الاستثمارية، نسخ جميع الصفحات من أحدث بيانين
- بالنسبة للأجور، نسخ من أرومة شيك الراتب (في الأيام الـ30 الماضية)
- بالنسبة لدخل التوظيف الذاتي (المهن الحرة)، نسخ من جدول "C" أو بيانات الربح/الخسارة بالنسبة للأشهر الثلاثة الماضية
- لأنواع الدخل الأخرى، نسخ من إثباتات الدخل، مثل:

○ استمارة الضمان الاجتماعي 1099

○ بيان دخل الراتب التقاعدي أو دخل المعاش

○ النفقة، اتفاقية دعم الطفل/دعم الأزواج

○ اتفاقية دخل من إيجار/حقوق ملكية

○ خطاب منح جندي/إعاقاة

○ خطاب تعويض البطالة أو تعويض العمال

للمرضى من دون دخل: خطاب دعم موقع من قبل الشخص الذي يقدم الدعم

لإظهار رفض الإعانة الطبية: نسخ من استمارة PA-162 عن جميع الخدمات المرفوضة

إشعارات الإفلاس التي توافق تواريخ الخدمات المعنية إضافة إلى معلومات الدخل

إثبات فقدان المأوى أو السكن في مأوى مخصص لمن هم بلا مأوى

ستقوم شبكة AHN بمراجعة الطلب المقدم للحصول على الإعانة المالية بشكل سريع. سترسل AHN خطاباً في حال الحاجة إلى مزيد من المعلومات. يجب أن تتلقى

AHN المعلومات الإضافية خلال 30 يوماً وإلا سيتم رفض الطلب المقدم.

ستقوم AHN بإخطار المريض أو كفيل أو ممثل المريض بالقرار كتابة خلال 14 يوماً من تسلم الطلب المقدم الكامل. وتتنطبق أي إعانة مالية مقدمة على فاتورة (فواتير) AHN الحالية وقد تنطبق أيضاً على أي فواتير للخدمات اللازمة طبياً للأشهر الست (6) القادمة.

اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: ____ / ____ / ____
(الاسم، الحرف الأول من اسم الأب، اللقب)

رقم الضمان الاجتماعي: _____ - _____ - _____
عنوان المنزل: _____

(الرقم والشارع، رقم الشقة) _____ المدينة _____ الولاية _____ (الرمز البريدي) _____
الهواتف: خلال اليوم: _____ آخر _____
اسم جهة التوظيف _____ الهاتف: _____

الحالة الاجتماعية: متزوج مطلق منفصل أرمل أعزب
اسم الزوج / الكفيل: _____ القرابة للمريض: _____

عنوان الكفيل _____
(الرقم والشارع، رقم الشقة) _____ المدينة _____ الولاية _____ (الرمز البريدي) _____
هواتف الكفيل: خلال اليوم: _____ آخر _____

أفراد الأسرة: أدرج جميع أفراد أسرة المريض المعلن عنهم في استمارة خدمات العائد الداخلي

الاسم	القرابة للمريض	السن
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

البيت: الرجاء وضع علامة، المريض/الكفيل: يمتلك بيتًا يستأجر بيتًا بلا بيت
إذا كان بيتك ملك، الرجاء أدرج:

القيمة المقدرة: _____ دولار، المبلغ الذي لا تزال تدين به في القسط: _____ دولار
إذا كان المريض/الكفيل عليه فوائد في عقارات أخرى، الرجاء أدرج:

العنوان: _____
(الرقم والشارع، رقم الشقة) _____ المدينة _____ الولاية _____ (الرمز البريدي) _____

اسم الملاك الشركاء: _____
القيمة المقدرة: _____ دولار المبلغ الذي لا تزال تدين به في القسط: _____ دولار

السيارات: الرجاء أدرج الماركة والموديل والعام لكل سيارة:
 استئجار تملك _____

الحسابات البنكية: الرجاء أدرج المعلومات التالية وأرفق عدد 2 شهر من البيانات عن كل حساب بنكي، مثل الحساب الجاري وحساب التوفير، وشهادات الإيداع، وسوق المال، إلخ.

نوع الحساب	اسم البنك أو المؤسسة المالية	رقم الحساب	الرصيد الحالي
_____	_____	_____	دولار _____
_____	_____	_____	دولار _____
_____	_____	_____	دولار _____

الاستثمارات: الرجاء أدرج المعلومات التالية وأرفق عدد 2 شهر من البيانات عن كل استثمار، مثل الأسهم، والسندات، وصناديق الاستثمار، وما إلى ذلك

نوع الاستثمار	اسم البنك أو المؤسسة المالية	القيمة الحالية
_____	_____	دولار _____
_____	_____	دولار _____

إجمالي الدخل الشهري للأسرة : أدرج الإجمالي للأسرة (المريض والآخرين) بالنسبة لجميع الدخول، شاملة الأجور، والضمان الاجتماعي، ودخل التقاعد أو أي دخل معاش آخر، النفقة الزوجية، دعم الطفل/الزوج، دخل عن ممتلكات مستأجرة/حقوق ملكية/توظيف ذاتي (المهن الحرة)، مدفوعات الجنود/الإعاقة، تعويضات البطالة، تعويض العامل ودخل الاستثمار (الفوائد، حصص الأرباح). يجب تقديم إثبات الدخل كما هو موضح في صفحة التعليمات

إجمالي أجور أفراد الأسرة: _____ دولار إجمالي تعويض العامل _____ دولار
إجمالي الضمان الاجتماعي: _____ دولار إجمالي النفقة الزوجية/دعم الطفل _____ دولار
إجمالي المعاش، دخل تقاعد آخر: _____ دولار إجمالي أي دخل آخر (يرجى تقديم وصف): _____ دولار
إجمالي الدخل عن ممتلكات مستأجرة / حقوق ملكية _____ دولار _____ دولار
إجمالي الفوائد وحصص الأرباح _____ دولار _____ دولار
إجمالي دخل تعويض البطالة _____ دولار _____ دولار

المصاريف: الرجاء إدراج المصاريف الشهرية للأسرة عن:

قسط أو إيجار: _____ دولار الوصفات الطبية: _____ دولار
ضرائب عقارية: _____ دولار المستلزمات الطبية: _____ دولار
المرافق: _____ دولار فواتير AHN الأخرى: _____ دولار
مدفوعات السيارة: _____ دولار مصاريف أخرى (يرجى تقديم وصف): _____ دولار
تأمين السيارة: _____ دولار _____ دولار
الطعام: _____ دولار _____ دولار

معلومات أخرى

هل تقدمت بطلب الحصول على إعانة طبية ؟ لا نعم (إذا أجبت بنعم، يرجى تقديم نسخ من طلبك وخطاب التقرير)
هل أنت مواطن للولايات المتحدة ؟ لا نعم
هل كان لديك تأميناً صحياً في وقت علاجك؟ لا نعم

التصريح والتحقق

أنا، _____، أقر بأن المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة حقيقية وصحيحة على حد علمي. أتفهم أن هذه الاستمارة وإثباتات دخلي ومصروفاتي لن تتم إعادتها. أصرح لشبكة أليغيني الصحية بالتحقق من المعلومات وأن تطلب تقييم الجدارة الائتمانية، إذا استدعى الأمر لتقرير ما إذا كنت مؤهلاً للإعانة المالية. أتفهم أنه إذا وجد أن أي معلومة خطأ، قد يرفض طلبي للإعانة المالية، وأكون أنا وحدي المسؤول عن سداد الفاتورة كاملة، وقد أكون غير مؤهلاً لأي إعانة مالية في المستقبل. أفهم أن مدى أهليتي للإعانة المالية قد تتم إعادة تقييمه للخدمات المستشفى اللاحقة.

توقيع المريض أو الممثل عنه أو الكفيل _____ التاريخ _____

اكتب اسم المريض أو الممثل عنه / الكفيل بأحرف واضحة _____

درجة القرابة بالمريض: _____