

एलेग्नी हेल्थ नेटवर्क (AHN) रोगी केर चिकित्सकीय आवश्यक सेवाक लेल AHN बिल के कम या माफ कय सकैत अछि जे:

- कोनों मेडिकल बीमा नहिं अछि या सीमित अछि
- मेडिकेड सं मना क देल गेल अछि
- युनाइटेड स्टेट्स केर नागरिक अछि
- AHN वित्तीय सहायता आवेदन पर वित्तीय आवश्यकता देखा सकय

रोगी के AHN बिलक भुगतान करबा में मदद करैक लेल भुगतान योजना सेहो उपलब्ध भय सकैत अछि।

रोगी या गारंटर या प्रतिनिधि के AHN बिल प्राप्त करय केर 240 दिन केर भीतर वित्तीय सहायताक लेल आवेदन करय पड़त। आवेदन:

- प्रत्येक रोगी केर लेल AHN "वित्तीय सहायता आवेदन" फॉर्म प्राप्त कयल जाए।
- फॉर्म प्राप्त करैक 30 दिन केर भीतर प्रत्येक रोगी केर आवेदन के पूरा कयल जाए।
- आवश्यक "आयक सबूत" केर प्रति बनाओल जाय (नीचा देल गेल सूची देखल जाय)।
- नीचा देल गेल पता पर हस्ताक्षरित आवेदन और आय केर सबूतक प्रति पठाओल जाय।

बिलक लेल फॉर्म:

एलेग्नी जनरल अस्पताल

एलेग्नी वैली अस्पताल

कैन्सबर्ग अस्पताल

फोर्ब्स अस्पताल

जेफरसन अस्पताल

सेंट विन्सेंट अस्पताल

सेंट विन्सेंट अस्पताल

वेस्ट पेन अस्पताल

वेस्टफील्ड मेमोरियल अस्पताल

एलेग्नी हेल्थ नेटवर्क

AHN राजस्व चक्र संचालन

ग्राहक सेवा केंद्र

4 एलेग्नेनी सेंटर, चौथी मंजिल

पिट्सबर्ग, पीए 15212

"आय केर सबूत" दस्तावेज:

आवेदन में एहि दस्तावेज केर प्रति संलग्न कयल जाए (दस्तावेज वापस नहिं होयत):

- पछिला सालक केल लेल संघीय टैक्स फॉर्म (IRS1040, आदि) केर प्रति
- बैंक खाताक लेल, हालक स्टेटमेन्टक सब पृष्ठक प्रति
- निवेश खाताक लेल, हालक स्टेटमेन्ट केर सब पृष्ठक प्रति
- मजदूरीक लेल, पे-स्टब्स प्रति (पछिला 30 दिन केर)
- स्व-रोज़गार आयक लेल, पछिला मासक अनुसूची सी या लाभ / हानिक स्टेटमेन्ट केर प्रति
- अन्य प्रकारक आयक लेल, आयक सबूत, जेना कि:
 - सामाजिक सुरक्षा 1099 फॉर्म
 - पेंशन या अन्य सेवानिवृत्ति आयक विवरण
 - निर्वाह-निधि, बच्चा / पत्नीक पारस्परिक समझौता
 - किराया या रॉयल्टी आय समझौता
 - वयोवृद्ध/विकलांगता पुरस्कार पत्र
 - बेरोजगारी भत्ता या श्रमिक मुआवजा पुरस्कार पत्र
- बिना आय वला मरीजक हेतु: समर्थन प्रदान करय वला व्यक्ति केर द्वारा हस्ताक्षरित समर्थन पत्र
- चिकित्सा सहायता अस्वीकार करबाक लेल: सब सेवाक लेल फॉर्म PA -162 केर प्रति अस्वीकार कय देल गेल अछि (केवल PA निवासीक लेल)
- एहन दिवालियापन नोटिस जे आयक जानकारी केर अलावा सेवा के तिथि के प्रभावित करय, पर विचार कयल जा सकैत अछि
- होमलेस शेल्टर में बेघर या निवासक सबूत

AHN वित्तीय सहायता आवेदनक अविंलंब समीक्षा करत। यदि अधिक जानकारी केर आवश्यकता हो त AHN एकटा पत्र पठाओत। AHN के 30 दिनक भीत अतिरिक्त जानकारी प्राप्त करै पड़तै या आवेदन अस्वीकार कय देल जायत।

AHN पूरा आवेदन प्राप्त करय केर 14 दिन भीतर रोगी या रोगी के गारंटर या प्रतिनिधि के लिखित में निर्णय सूचित करत। प्रदान कयल गेल कोनों तरहक वित्तीय सहायता वर्तमान AHN बिल पर लागू होइत अछि और अगिला छह (6) महीनाक लेल चिकित्सकीय आवश्यक सेवाक बिल पर लागू होयत।



रोगीक नाम: _____ जन्म तारीख: ____/____/____

(पहिल, बीचक, अंतिम)

SSN: _____ - _____ - _____

आवासक पता: _____
(संख्या तथा गली, अपार्टमेंट नंबर) शहर राज्य जिले कोड

फोन: दिन _____ अन्य _____

नियोक्ताक नाम: _____ फोन: _____

वैवाहिक स्थिति: विवाहित तलाकशुदा विलग विधुर/विधवा अकेले

पति या पत्नी / गारंटरक नाम: _____ मरीज सं संबंध: _____

गारंटरक पता: _____
(संख्या तथा गली, अपार्टमेंट नंबर) शहर राज्य जिले कोड

गारंटरक फोन: दिन _____ अन्य _____

घरक सदस्य संख्या: रोगीक घर में सब के सूचीबद्ध कयल जाय जिनका पर IRS फॉर्म 1040 पर दावा कयल गेल अछि।

नाम	मरीज सं संबंध	उम्र
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

आवास: कृपया निशान लगाउ, मरीज/ गारंटर: अपन घर किरायाक घर बिना घर के वेस्टफील्ड मेमोरियल अस्पतालक लेल निम्नलिखित संपत्तिक जानकारी केर आवश्यकता नहि अछि।

अगर घर पर स्वामित्व अछि त कृपया सूचीबद्ध करी:

मूल्यांकित मूल्य: \$ _____ बंधक पर बकाया राशि: \$ _____

अगर रोगी / गारंटीकर्ता के अन्य अचल संपत्ति में रुचि हो, त कृपया सूचीबद्ध करी:

पता: _____
(संख्या और गली) शहर राज्य जिले कोड

सह-मालिक केर नाम: _____

मूल्यांकित मूल्य: \$ _____ बंधक पर बकाया राशि: \$ _____

मोटर वाहन: प्रत्येक मोटर वाहनक निर्माण, मॉडल और वर्ष केर की सूची बनाबी:

_____	<input type="checkbox"/> अपन <input type="checkbox"/> पट्टा
_____	<input type="checkbox"/> अपन <input type="checkbox"/> पट्टा

बैंक खाता: कृपया निम्नलिखित जानकारी के सूचीबद्ध करी और चेक-इन, बचत, जमा प्रमाणपत्र (सीडी), मनी मार्केट इत्यादि जेना प्रत्येक बैंक खाताक लेल 2 मासक स्टेटमेंट संलग्न करी।

खाता प्रकार	बैंक या वित्तीय संस्थाक नाम	खाता संख्या	वर्तमान शेष
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

निवेश: कृपया निम्नलिखित जानकारी के सूचीबद्ध करी और प्रत्येक निवेशक लेल 2 मासक बयान के संलग्न करी, जेना स्टॉक, बॉन्ड, म्यूचुअल फंड इत्यादि।

निवेश प्रकार	बैंक या वित्तीय संस्थाक नाम	वर्तमान मूल्य
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

सकल घरेलू मासिक आय: सकल घरेलू आय में (मरीज तथा सबटा अन्य) में, मजदूरी, सामाजिक सुरक्षा, पेंशन या अन्य सेवानिवृत्ति आय, निर्वाह-निधि, बच्चा / पति या पत्नीक सहारा, किराया / रॉयल्टी / स्व-रोजगार आय, वयोवृद्ध / अक्षमता भुगतान, बेरोजगारी भत्ता, श्रमिक भत्ता और निवेशक आय (ब्याज, लाभांश) के शामिल करी। आय केर सबूत के निर्देश पृष्ठ पर सूचीबद्ध कय के आपूर्ति करी।

कुल घरेलू मजदूरी :	\$ _____	कुल श्रमिक खर्च:	\$ _____
कुल सामाजिक सुरक्षा:	\$ _____	कुल निर्वाह निधि/बच्चा के सहारा:	\$ _____
कुल पेंशनस अन्य सेवानिवृत्ति:	\$ _____	कुल अन्य आय (कृपया विस्तारपूर्वक बताबी):	\$ _____
कुल किराया/रॉयल्टी आय:	\$ _____		\$ _____
कुल लाभांश व ब्याज:	\$ _____		\$ _____
कुल बेरोजगारी आय:	\$ _____		\$ _____

खर्च: कृपया घरेलू मासिक खर्च के सूचीबद्ध करी:

बंधक या किराया:	\$ _____	दवाईक पर्चा:	\$ _____
अचल संपत्ति टैक्स:	\$ _____	चिकित्साक आपूर्ति:	\$ _____
उपयोगिता:	\$ _____	अन्य AHN बिल:	\$ _____
मोटर वाहन भुगतान:	\$ _____	अन्य खर्च (कृपया विस्तारपूर्वक बताबी):	\$ _____
मोटर वाहन बीमा:	\$ _____		\$ _____
भोजन:	\$ _____		\$ _____

अन्य सूचना

अहां मेडिकल सहायताक लेल आवेदन केने छी? नहिं हां (अगर हां, त कृपया अपन आवेदनक प्रति और निर्धारण पत्र प्रदान करी)

अहां युनाईटेड स्टेट्स केर नागरिक छी? नहिं हां

इलाजक समय अहां केर स्वास्थ्य बीमा छल? नहिं हां

प्रमाणीकरण और सत्यापन

हम, _____, ई प्रमाणित

करैत छी जे एहि फॉर्म में प्रदान कयल गेल जानकारी हमरा जनतबे सर्वोत्तम व सही अछि। हमरा जनतब अछि जे ई फॉर्म और हमर आय और व्यय केर सबूत वापस नहिं कयल जायत। हम एहि सूचना के पुष्टि करैक लेल एलेग्नी हेल्थ नेटवर्क के अधिकृत करय छी और यदि आवश्यक होय त क्रेडिट रेटिंग मांगैक लेल, ई तय करैक लेल जे हम वित्तीय सहायता केल लेल योग्य छी या नहिं। हमरा जनतब अछि जे यदि कोनों जानकारी गलत साबित भेल अछि, त हमरा वित्तीय सहायता सं वंचित कयल जा सकैत अछि, हम बिलक पूरा भुगतान करय केर लेल उत्तरदायी होयब तथा भविष्य में वित्तीय सहायताक लेल योग्य नहिं होयब। हमरा जनतब अछि जे वित्तीय सहायताक लेल हमर योग्यता के बाद में अस्पताल सेवाक लेल फेर सं मूल्यांकन कयल जा सकैत अछि।

रोगी या प्रतिनिधि/

गारंटरक हस्ताक्षर _____ तारीख _____

रोगी या प्रतिनिधि / गारंटरक नाम मुद्रित करी _____

रोगीक संग संबंध: _____