

Maaari rin mabawasan o patawarin ng Allegheny Health Network (AHN) ang bill sa AHN para sa mga serbisyong kinakailangan sa paggagamot para sa mga pasyente na:

- Walang o limitado ang medikal na insurance
- Tinanggihan ng Medicaid
- Mga mamamayan ng Estados Unidos
- Nagpapakita ng pinansiyal na pangangailangan ng mga plan sa Financial

Assistance Application Payment ng AHN na maaari rin handang magamit para matulungan ang mga pasyenteng mabayaran ang kanilang mga AHN bill.

Ang pasyente o guarantor o kinatawan ay dapat mag-apply para sa pinansiyal na tulong sa loob ng 240 araw nang matanggap ang AHN bill. Para mag-apply:

- Kumuha ng “Financial Assistance Application” na form ng AHN para sa bawat pasyente.
- Kumpletuhin ang application ng bawat pasyente sa loob ng 30 araw mula nang matanggap ang form.
- Gumawa ng **mga kopya** ng “mga katibayan ng kita” na kinakailangan (basahin ang listahan sa ibaba).
- Ipadala ang nilagdaan na application at ang mga kopya ng mga katibayan ng kita sa address sa ibaba:

Para sa mga bill mula sa:

**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

#### **Mga dokumento na “katibayan ng kita”:**

Ilakip ang mga kopya ng mga dokumentong ito sa application (hindi isasauli ang mga dokumento):

- Mga kopya** ng mga federal tax form (IRS1040, atbp.) para sa nakaraang taon
- Para sa mga bank account, **mga kopya** ng lahat ng mga pahina ng pinakahuling statement
- Para sa mga investment account, **mga kopya** ng lahat ng mga pahina ng pinakahuling statement
- Para sa suweldo, **mga kopya** ng mga paystub (para sa huling 30 araw)
- Para sa kita mula sa sariling hanap-buhay, **mga kopya** ng Schedule C o mga pahayag ng kita/pagkalugi sa nakaraang buwan
- Para sa iba pang mga uri ng kita, **mga kopya** ng katibayan ng kita, tulad ng:
  - Social Security 1099 form
  - Pension o iba pang pahayag ng kita sa pagrereitiro
  - Alimony (bayad ng asawa sa kaniyang pamilya o asawa), kasunduan para sa suporta o sustento sa anak / asawa
  - Kasunduan sa kita sa upa o royalty
  - Liham ng paggagantimpala sa veteran/may kapansanan
  - Liham ng paggagantimpala sa Kompensasyon sanhi ng Kawalan ng Trabaho o Kompensasyon sa Manggagawa
- Para sa mga pasyente na walang kita: **Liham ng pagbibigay suporta** na nilagdaan ng taong nagbibigay ng suporta
- Para maipakita ang pagtatangi sa Medikal na Tulong: **Mga kopya** ng forma PA-162 para sa lahat ng mga serbisyo na tinanggihan (para sa mga residente lang ng PA)
- Mga abiso ng bankruptcy na nakaka-apekto sa mga petsa ng serbisyo na ikinokonsidera para idagdag sa impormasyon tungkol sa kita
- Ang katibayan ng kawalan ng trabaho o tirahan sa isang homeless shelter.

Rerepasuhin agad ng AHN ang Financial Assistance Application. Magpapakita ang AHN ng liham kung kailangan ng mas maraming impormasyon. Dapat makatanggap ang AHN ng karagdagang impormasyon sa loob ng 30 araw o tatanggihan ang application. Ipagbibigay alam ng AHN sa pasyente o sa guarantor o kinatawan ng pasyente tungkol sa desisyon sa pamamagitan ng isang kasulatan sa loob ng 14 araw nang matanggap ang **nakumpletong** application. Anumang pinansiyal na tulong na ipinagkaloob ay ginagamit sa kasalukuyang (mga) bill ng AHN at maaari rin ipataw sa mga bill para sa mga kinakailangan sa paggagamot na serbisyo sa susunod na anim (6) na buwan.

**Pangalan ng pasyente:** \_\_\_\_\_ **Petsa ng Kapanganakan:** \_\_\_\_\_  
 / /  
 (pangalan, middle name, apelyido)

**SSN:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Address sa tirahan:** \_\_\_\_\_  
 (numero at kalye, num. ng apt. \_\_\_\_\_ lungsod \_\_\_\_\_ estado \_\_\_\_\_ zip code)

**Mga telepono:** Sa Araw \_\_\_\_\_ Iba pa \_\_\_\_\_

**Pangalan ng employer:** \_\_\_\_\_ **Telepono:** \_\_\_\_\_

**Marital status:**  Kasal  Diborsyado/a  Hiwalay  Biyudo/a  Single

**Pangalan ng Asawa / Guarantor :** \_\_\_\_\_ **Kaugnayan sa pasyente:** \_\_\_\_\_

**Guarantor address:** \_\_\_\_\_  
 (numero at kalye, num. ng apt. \_\_\_\_\_ lungsod \_\_\_\_\_ estado \_\_\_\_\_ zip code)

**Mga telepono ng Guarantor:** Sa araw \_\_\_\_\_ Iba pa \_\_\_\_\_

**Mga miyembro ng sambahayan:** Ilista ang lahat ng mga nasa sambahayan ng pasyente na na-claim sa IRS form 1040

Pangalan	Kaugnayan sa pasyente	Edad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Tahanan:** Mangyari lang i-check, pasyente/guarantor:  May sariling tahanan  Umaarkila ng tirahan  Walang tirahan **Ang sumusunod na impormasyon tungkol sa asset ay hindi kailangan para sa Westfield Memorial Hospital.**

Kung ang tahanan ay sariling pagmamay-ari, mangyari lang ilista:

Natasang halaga: \$ \_\_\_\_\_ Halaga na kailangang bayaran pa rin sa mortgage: \$ \_\_\_\_\_

Kung ang pasyente/guarantor ay may interes sa iba pang real estate, mangyari lang ilista:

**Address:** \_\_\_\_\_  
 (numero at kalye \_\_\_\_\_ lungsod \_\_\_\_\_ estado \_\_\_\_\_ zip code)

**Mga pangalan ng kasamang may-ari:** \_\_\_\_\_

Naatasang halaga: \$ \_\_\_\_\_ Halaga na kailangang bayaran pa rin sa mortgage: \$ \_\_\_\_\_

**De motor na sasakyan:** Mangyari lang ilista ang uri, modero at taon ng bawat sasakyan:

 Sariling pagmamay-ari  Upa

 Sariling pagmamay-ari  Upa

**Mga bank account:** Mangyari lang ilista ang mga sumusunod na impormasyon at maglakip ng 2 buwan na statement para sa bawat bank account tulad ng checking, savings, mga certificates of deposit (mga CD), money market, atbp.

Uri ng account	Pangalan ng Bangko o Financial Institution	Num. ng Account	Kasalukuyang Balanse
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

**Mga pamumuhunan:** Mangyari lang ilista ang sumusunod na impormasyon at maglakip ng 2 buwan na pahayag para sa bawat pamumuhunan, tulad ng mga stock, bonds, mutual funds, atbp.

Uri ng Investment	Pangalan ng Bangko o financial institution	Kasalukuyang Halaga
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

**Total na buwanang kita ng sambahayan:** Kabilang ang total para sa sambahayan (pasyente at lahat ng iba pa) para sa lahat ng kita, kasama ang mga suweldo, Social Security, pension o iba pang kita sa pagreretiro, alimony (bayad ng asawa sa kaniyang pamilya o asawa), suporta o sustento sa anak / asawa, kita sa upa/royalty/sariling hanap-buhay, mga kabayaran sa veteran/kapansanan, kompensasyon sa kawalan ng trabaho, kompensasyon sa manggagawa at pamumuhunan (interes, dividend) na kita. Ang katibayan ng kita ay dapat ibigay tulad nang nakalista sa pahina ng instruksyon.

Total na mga suweldo sa sambahayan:	\$ _____	Total na kompensasyon sa manggagawa:	\$ _____
Total na Social Security:	\$ _____	Total na alimony/Sustento sa Bata	\$ _____
Total na pension, iba pang pagreretiro:	\$ _____	Total na iba pang kita (mangyari lang ilarawan):	\$ _____
Total na kita sa upa/royalty:	\$ _____		\$ _____
Total na mga dividend at interes:	\$ _____		\$ _____
Total na kita sa kawalan ng trabaho:	\$ _____		\$ _____

**Mga gastusin:** Mangyari lang ilista ang buwanang gastusin ng sambahayan para sa:

Mortgage o upa:	\$ _____	Mga Iniresetang gamot:	\$ _____
Mga buwis sa real estate:	\$ _____	Mga Medikal na Supply:	\$ _____
Mga Utility	\$ _____	Iba pang mga AHN bill:	\$ _____
Bayad sa de motor na sasakyan:	\$ _____	Iba pang mga gastusin (mangyari lang ilarawan):	\$ _____
Insurance sa de motor na sasakyan:	\$ _____		\$ _____
Pagkain:	\$ _____		\$ _____

**Iba pang impormasyon**

Ikaw ba ay nag-apply para sa Medikal na Tulong?  Hindi  Oo (Kung oo, mangyari lang magbigay ng mga kopya ng inyong application at determination letter (liham ng pagpapasya))

Ikaw ba ay isang mamamayan ng Estados Unidos?  Hindi  Oo

Mayroon ba kayong insurance sa kalusugan sa oras ng inyong pagpapagamot?  Wala  Oo

**Awtorisasyon at beripikasyon**

Ako, \_\_\_\_\_, ay nagpapatunay na ang impormasyon na ipinagkaloob sa form na ito ay totoo at wasto sa sukduhan ng aking kaalaman. Aking nauunawaan na ang form na ito at ang mga katibayan ng aking kita at mga gastusin ay hindi isasauli. Aking pinapahintulutan ang Allegheny Health Network na patotohann ang impormasyon at para humiling ng credit rating, kung kinakailangan, para magpasya kung ako ay karapat-dapat para sa pinansiyal na tulong. Aking nauunawaan na kung anumang impormasyon ay natuklasan na hindi totoo, maaari akong tanggihan ng pinansiyal na tulong, maaaring ako lang ang may responsibilidad na bayaran nang kumpleto ang aking bill, at maaaring hindi karapat-dapat para sa panghinaharap na pinansiyal na tulong. Aking nauunawaan na ang aking pagiging karapat para sa pinansiyal na tulong ay maaaring muling tasahin para sa mga susunod na serbisyo sa ospital.

Lagda ng pasyente o kinatawan / guarantor \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Naka-print na pangalan ng pasyente o kinatawan/guarantor \_\_\_\_\_

Kaugnayan sa pasyente: \_\_\_\_\_