

CAFA 개요

본 신청서에서 요구되는 정보는 보험 커버리지 지원 및 재정 지원 (CAFA)에 대한 자격 여부를 결정하는 데에 필요한 정보입니다. CAFA 는 병원 서비스를 받은 비보험 환자들을 위한 재정 지원 프로그램입니다. 자격여부는 환자의 가구 소득을 연방최저소득기준에 비교하여 결정됩니다.

CAFA 신청 요건

CAFA 혜택을 받기 위해서는:

- 환자는 보험에 가입되었지 않아야만 함
- 환자는 North Carolina 또는 South Carolina 의 주민이어야 함
- 환자는 다른 프로그램 (메디케이드와 같은)에 가입 자격이 없거나 또는 다른 프로그램을 신청하기 위해 전적으로 협조하였으나 자격이 주어지지 않았어야만 함.
- 환자는 CAFA 검토 과정에 완전히 협조해야 함. 신청 과정을 완료하기 위하여 추가적 정보 및/또는 증명 서류가 필요할 경우, 필요한 사항과 그 제출 마감일을 통보하는 편지가 환자에게 우송될 것입니다. 요청된 정보가 마감일까지 제출되지 않을 경우에는 환자에게는 CAFA 혜택 자격이 주어지지 않습니다.

기대 사항: 자격 검토 과정

자격여부는 Atrium Health의 보험 커버리지 지원 서비스 팀이 신청서를 받는 날로부터 45 일 이내에 결정됩니다. 소득 증명이 필요할 경우에는, 검토과정이 45 일 이상으로 연장될 수 있으며, 검토과정은 요청된 정보를 받음으로써 완료될 수 있습니다. 일단 자격 검토가 완료되면, 신청서가 승인됐는지 거부됐는지를 통보하는 편지가 환자에게 우송됩니다.

본 양식의 3 페이지 모두를 완전히 기재해 주십시오. 본 양식을 완전히 기재하심으로써 검토 과정이 지연되는 것을 방지할 수 있습니다.

환자 정보			
환자 이름	사회보장번호 (SS#)	생년월일	계좌번호

신청인 정보				
신청인 이름	환자와의 관계	사회보장번호 (SS#)	생년월일	결혼상태
주소		시, 주 및 우편번호 (Zip Code)		
자택전화번호	핸드폰 번호	긴급상황시 연락인 이름 긴급상황시 연락 전화번호		

고용주 이름	고용주 주소	직장 전화번호
--------	--------	---------

주: 우편을 받으시는 주소가 거주하시는 집주소와 다르면, 아래 '우편 주소' 정보란에 기재해 주십시오.

우편 주소	시, 주 및 우편번호 (Zip Code)
-------	------------------------

건강보험 정보 <input type="checkbox"/> 환자가 건강보험이 <u>없으면</u> 이 박스에 체크				
표시하십시오				
건강보험 제공자	보험계약자 이름	보험번호	그룹번호	보험 발효일
가족 중 지난 60일 이내에 직장을 잃은 분이 있습니까?			<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
그분이 COBRA 선택 통지를 받으셨습니까?			<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
그분이 COBRA 커버리지를 선택하셨습니까?			<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
그분이 COBRA 커버리지를 선택하지 않았다면, 다음의 하나를 체크하십시오. <input type="checkbox"/> COBRA 보험료가 너무 비싸다 <input type="checkbox"/> 새 보험 커버리지를 가지고있다				

집에 같이 살고있는 분들을 모두 아래에 기재하십시오				
	이름	사회보장번호 (SS#)	생년월일	환자와의 관계
1				
2				
3				
4				
5				
6				

주: 같이 거주하는 분이 추가적으로 더 있으시면 본 양식 3 페이지에 있는 '비고' 부분에 기재해 주십시오.

가구당 월별 소득		
소득의 종류	신청인의 월 총소득	신청인 배우자의 월 총소득
근로소득	\$	\$

퇴직금/연금/사회보장퇴직금	\$	\$
사회보장 장애 소득	\$	\$
실업수당	\$	\$
양육비/위자료	\$	\$
기타 (출처를 기재하시오 _____)	\$	\$

부양 지원 진술서

본인은 지난 _____년/ _____ 달 동안 실직해 있었음을 확인합니다. 실직으로 인해, 본인은 _____ (신청인과의 관계 = _____)으로 부터 의식주를 제공 받고 있습니다.

승인 및 서명

본인은 본 신청서에 제공된 정보는 본인이 알고있는 한도에서 진실이며 정확하고 완전한 정보임을 확인하는 바입니다. 본인은 제공된 이 모든 정보를 확인하기 위해 병원이 개인, 회사 또는 기관에 연락할 것을 허락하며, 또한 그러한 모든 개인, 회사 또는 기관은 요청된 모든 재정 정보를 병원에 제공할 것을 허락합니다.

신청인의 _____ 날짜 서명

완전히 작성된 신청서를 우송할 곳:

Atrium Health System Business Office
 Attention: Coverage Assistance Services
 PO Box 32861
 Charlotte, NC 28232

비고
