



Atrium Health

لطب مساعدة التغطية والمساعدة المالية

ساري المفعول 1/1/2025

تم تنقيحها في 1/7/2025

سماعة التغطية او لمساعدة المالية بعادة عن برنامج مساعدة مالية للمرضى الذين يتلقون خدمات في "أتريمو هيلث Atrium Health". ستتند الأهلية إلى حجم الأسرة ودخلها مقارنة بالمبادئ التوجيهية الفيدرالية الخاصة بمستوى الفقر.

يرجى ملء جميع المعلومات تماما لمنع أي تأخير في معالجة طلبك.

معلومات المريض			
اسم المريض	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	رقم الحساب

معلومات مقدم الطلب				
اسم مقدم الطلب	الصلة بالمريض	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	الوضع العائلي
العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	
رقم هاتف المنزل	رقم الهاتف المحمول	اسم جهة اتصال الطوارئ	رقم هاتف جهة الاتصال لحالة الطوارئ	
اسم صاحب العمل	عنوان صاحب العمل	هاتف العمل		

ملاحظة: إذا كان العنوان الذي تتلقى عليه البريد مختلفًا عن العنوان الذي تعيش فيه، فيرجى ملء معلومات العنوان البريدي أدناه

العنوان البريدي	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
-----------------	---------	---------	---------------

معلومات التأمين الصحي ☐ ضع علامة في هذا المربع إذا لم يكن للمريض أي مصدر للتغطية الصحية				
مقدم التأمين الصحي	اسم صاحب البوليصة	رقم البوليصة	رقم المجموعة	تاريخ السريان
هل فقد أحد أفراد الأسرة وظيفته خلال الأيام الستين الماضية؟		☐ نعم ☐ لا		
هل تلقى إشعارًا لممارسة حق الانتساب عن طريق COBRA؟		☐ نعم ☐ لا		
هل اختار تغطية COBRA؟		☐ نعم ☐ لا		
إذا لم يكن قد اختار تغطية COBRA، فيرجى وضع علامة جانب إحدى الخيارات التالية: ☐ إن رسوم تغطية COBRA باهظة جداً ☐ لديه تغطية جديدة				

يرجى إدراج جميع أفراد الأسرة أدناه				
الاسم		رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	الصلة بالمريض
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

ملاحظة: يرجى إدراج أي أفراد إضافيين من العائلة في قسم "الملاحظات" في الصفحة 3 من هذا النموذج

دخل الأسرة الشهري		
نوع الدخل	إجمالي الدخل الشهري لمقدم الطلب	إجمالي الدخل الشهري لزوج مقدم الطلب
الدخل من الوظيفة	دولار أمريكي	دولار أمريكي
التقاعد / المعاش / تقاعد الضمان الاجتماعي	دولار أمريكي	دولار أمريكي
دخل الضمان الاجتماعي الخاص بالعجز	دولار أمريكي	دولار أمريكي
دخل البطالة	دولار أمريكي	دولار أمريكي
دعم الأطفال / النفقة	دولار أمريكي	دولار أمريكي
أخرى (اذكر المصدر هنا)	دولار أمريكي	دولار أمريكي

تصريح الدعم

أتعهد بأنني عاطل عن العمل خلال _____ السنوات / _____ أشهر السابقة. نتيجة للبطالة، أتلقى الطعام والمأوى والملابس من _____ (العلاقة مع مقدم الطلب = _____)

الإقرار والتوقيعات

أتعهد بموجب هذا بأن المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة ودقيقة وكاملة على حد علمي. أفوض المستشفى بموجب هذا بالاتصال بأي شخص أو شركة أو منظمة للتحقق من أي من المعلومات المقدمة، وأصرح بموجب هذا لأي شخص أو شركة أو منظمة بالإفصاح عن أي معلومات مالية إلى المستشفى إذا ما طلبت المستشفى تلك المعلومات.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب

أرسل الطلب بعد تعبئته بالكامل عن طريق البريد إلى:

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

ملاحظات