



Atrium Health

لطب مساعدة التغطية والمساعدة المالية

مساعدة التغطية او لمساعدة المالية بعبارة عن برنامج مساعدة مالية للمرضى الذين يتلقون خدمات في "أتريمو هيلث Atrium Health". ستتمند 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			
رقم الحساب	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	اسم المريض

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

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

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

تصريح الدعم

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

الإقرار والتوقعات

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