



Atrium Health

لطلب مساعدة التغطية والمساعدة المالية

مساعدة التغطية او المساعدة المالية بعبارة عن برنامج مساعدة مالية للمرضى الذين يتلقون خدمات في "آتریوم هیلت". Atrium Health ستتند الأهلية إلى حجم الأسرة ودخلها مقارنة بالمبادئ التوجيهية الفيدرالية الخاصة بمستوى الفقر.

يرجى ملء جميع المعلومات تماماً 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 حالة 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

الرمز البريدي	الولاية	المدينة	العنوان البريدي

معلومات التأمين الصحي

وضع علامة في هذا المربع إذا لم يكن للمريض أي مصدر للتغطية الصحية

مقدم التأمين الصحي	اسم صاحب保单	رقم البوليصة	رقم المجموعة	تاريخ السريان
هل فقد أحد أفراد الأسرة وظيفته خلال الأيام الستين الماضية؟ <input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم				
هل تلقى إشعاراً لمارسة حق الانساب عن طريق COBRA? <input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم				
هل اختار تغطية COBRA? <input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم				
إذا لم يكن قد اختار تغطية COBRA، فيرجى وضع علامة جانب أحد الخيارات التالية: إن رسوم تغطية COBRA باهظة جداً <input type="checkbox"/>				

يرجى إدراج جميع أفراد الأسرة أدناه

الصلة بالمريض	تارikh الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	الاسم
			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	اجمالي الدخل الشهري لمقدم الطلب	اجمالي الدخل الشهري لنزوج 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 (انظر 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 والتوقعات

أتعهد بمحاسبة هذا بيان 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 طلب 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