



طلب الحصول على خصم بسبب الصائفة المادية

Atrium Health

ساري المفعول 1/1/2025

تم تلقينها في 1/7/2025

نظرة عامة على حالة الصائفة المادية

يتم السؤال عن المعلومات المطلوبة في هذا الطلب لتحديد الأهلية للحصول على خصم بسبب الصائفة المادية. برنامج خصم الصائفة المادية هو للمرضى الذين لديهم أو ليس لديهم تأمين صحي الذين هم فوق حد الدخل للحصول على المساعدة المالية. تعتمد الأهلية على الأرصدة المستحقة لقاء الخدمات التي تم تلقينها في Atrium Health مقارنة بدخل أسرة المريض.

متطلبات التقدم بطلب للحصول على خصم بسبب الصائفة المادية

يجب أن يلي المريض المتطلبات التالية لكي يتم النظر في طلبه للحصول على خصم بسبب الصائفة المادية:

- مقيم في ولاية كارولينا الشمالية أو كارولينا الجنوبية أو جورجيا أو ألاباما
- يجب أن يتعاون بشكل كامل مع إجراءات مراجعة الطلب الخاص بالصائفة المادية. إذا كانت هناك حاجة إلى معلومات إضافية وأو إلى وثائق إثباتية لإكمال الطلب، فسيتم إرسال رسالة إلى المريض لإبلاغه بما هو مطلوب وبالموعد النهائي للتقديم. إذا لم يتم تلقي المعلومات المطلوبة بحلول الموعد النهائي، فلن يكون المريض مؤهلاً.

عليك أن تتوقع ما يلي: عملية مراجعة الأهلية

سيتم تحديد الأهلية دون أي تأخير بعد تاريخ استلام الطلب من قبل فريق خدمات المساعدة المالية لدى Atrium Health. بمجرد اكتمال مراجعة الأهلية ، سيتم إرسال رسالة إلى المريض عبر البريد لإعلامه إذا تمت الموافقة عليه أو تم رفضه.

نرجو أن تكمل جميع الصفحات الثلاثة من هذا النموذج. سيساعد ملء هذا النموذج بشكل كامل على منع حدوث تأخير في عملية المراجعة.

معلومات المريض			
اسم المريض	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	رقم الحساب

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

ملاحظة: إذا كان العنوان الذي تلقى منه البريد مختلفاً عن العنوان الذي تعيش فيه، فيرجى ملء معلومات "العنوان البريدي" أدناه

المدينة، الولاية، الرمز البريدي	العنوان البريدي

معلومات التأمين الصحي

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

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

يرجى إدراج جميع أفراد الأسرة أدناه

الصلة بالمريض	تارikh الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	الاسم
			1
			2
			3
			4
			5
			6

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

دخل الأسرة الشهري

إجمالي الدخل الشهري لزوج مقدم الطلب	إجمالي الدخل الشهري لمقدم الطلب	نوع الدخل
دولار أمريكي	دولار أمريكي	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 تعويض البطالة
دولار أمريكي	دولار أمريكي	دعم الأطفال/النفقة
دولار أمريكي	دولار أمريكي	آخر (اذكر المصدر هنا _____)

تصريح الدعم

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

الإقرار والتوكيلات

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 لاي 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 Business Office
Attention: Coverage Assistance Services
PO Box 32861
Charlotte, NC 28232

ملاحظات