



# Atrium Health

## طلب مساعدة التغطية والمساعدة المالية (CAFA)

مساعدة التغطية والمساعدة المالية CAFA عبارة عن برنامج مساعدة مالية للمرضى الذين يتلقون خدمات في "أتريوم هيلث Atrium Health". تستند 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 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
-----------------	---------	---------	---------------

معلومات التأمين الصحي <input type="checkbox"/> ضع علامة في هذا المربع إذا لم يكن للمريض أي مصدر للتغطية الصحية				
مقدم التأمين الصحي	اسم صاحب البوليصه	رقم البوليصه	رقم المجموعة	تاريخ السريان
هل فقد أحد أفراد الأسرة وظيفته خلال الأيام الستين الماضية؟		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
هل تلقى إشعارًا 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 إحدى الخيارات التالية: لديه تغطية جديدة <input type="checkbox"/> إن رسوم تغطية COBRA باهظة جداً <input type="checkbox"/>				

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 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