



طلب الحصول على خصم على مبلغ التسوية بسبب الضائقة المادية

نظرة عامة على مبلغ التسوية بسبب الضائقة المادية

يتم السؤال عن المعلومات المطلوبة في هذا الطلب لتحديد الأهلية للحصول على خصم على مبلغ التسوية بسبب الضائقة المادية. مبلغ التسوية بسبب الضائقة المادية هو برنامج خصم متاح للمرضى الذين لديهم تأمين أو أولئك الذين ليس لديهم تأمين الذين هم فوق حد الدخل لمساعدة التغطية والمساعدة المالية (CAFA). تعتمد الأهلية على الأرصدة المستحقة لقاء الخدمات التي تم تلقيها في Atrium Health مقارنة بالموارد المالية لأسرة المريض.

متطلبات التقدم بطلب للحصول على خصم على مبلغ التسوية بسبب الضائقة المادية

يجب أن يلبي المريض المتطلبات التالية لكي يتم النظر في طلبه للحصول على خصم على مبلغ التسوية بسبب الضائقة المادية:

- أن يكون مقيماً في ولاية كارولينا الشمالية، كارولينا الجنوبية، جورجيا أو ألاباما
- يجب أن يتعاون بشكل كامل مع إجراءات مراجعة الطلب الخاص بالتسوية بسبب الضائقة المادية. إذا كانت هناك حاجة إلى معلومات إضافية و/أو 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 مساعدة التغطية في Atrium Health. بمجرد اكتمال مراجعة الأهلية، سيتم إرسال خطاب إلى المريض عبر البريد لإعلامه إذا تمت الموافقة عليه أو رفضه.

نرجو أن تكمل جميع الصفحات الأربعة 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				
اسم مقدم الطلب	الصلة بالمريض	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	الوضع العائلي
العنوان		المدينة	الولاية	والرمز البريدي
رقم هاتف المنزل	رقم الهاتف المحمول	اسم جهة اتصال الطوارئ	رقم هاتف جهة الاتصال	رقم هاتف العمل
اسم صاحب العمل	عنوان صاحب العمل	هاتف 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 البوليصة	رقم البوليصة	رقم المجموعة	تاريخ السريان
هل فقد أحد أفراد الأسرة وظيفته خلال الأيام الستين الماضية؟				
هل تلقى إشعاراً لممارسة حق الانتساب عن طريق COBRA؟				
هل اختار تغطية COBRA؟				
إذا لم يكن قد اختار تغطية COBRA، فيرجى وضع علامة جانب إحدى الخيارات التالية: جداً <input type="checkbox"/> لديه تغطية جديدة <input type="checkbox"/> إن رسوم تغطية COBRA باهظة <input type="checkbox"/>				

يرجى إدراج جميع أفراد الأسرة أدناه

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

ملاحظة: يرجى إدراج أي أفراد إضافيين من العائلة في قسم "الملاحظات" في الصفحة 4 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

الأصول المالية

المصدر	اسم البنك أو المؤسسة المالية	مقدم الطلب	زوج/زوجة مقدم الطلب
الحساب الجاري		دولار أمريكي	دولار أمريكي

حساب التوفير	دولار أمريكي	دولار أمريكي
حساب الاستثمار بسوق المال	دولار أمريكي	دولار أمريكي
شهادة الإيداع	دولار أمريكي	دولار أمريكي
الأسهم/السندات	دولار أمريكي	دولار أمريكي
صناديق الاستثمار المشترك	دولار أمريكي	دولار أمريكي
شركة انتمانية	دولار أمريكي	دولار أمريكي
بطاقة سحب مسبقة الدفع	دولار أمريكي	دولار أمريكي
سند التزام بتسديد القرض	دولار أمريكي	دولار أمريكي
أخرى (_____)	دولار أمريكي	دولار أمريكي

الممتلكات يرجى إدراج جميع العقارات المملوكة أدناه			
العنوان	القيمة الضريبية	الرصيد غير المسدد من القرض	اسم الجهة المانحة للقرض العقاري
	دولار أمريكي	دولار أمريكي	
	دولار أمريكي	دولار أمريكي	
	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.
توقيع مقدم الطلب _____ التاريخ _____

أرسل الطلب بعد تعبئته بالكامل عن طريق البريد إلى:

Atrium Health System Business Office

Attention: Coverage Assistance Services

PO Box 32861

Charlotte, NC 28232

