

是一项针对在 Atrium Health 接受服务的患者的经济援助计划。资格取决于与联邦贫困线相比的家庭规模和家庭收入。

请完整填写所有信息，以免延误您的申请处理。

请填写此表格的所有 3 页。完整填写此表格将有助于防止审核过程出现延误。

患者信息			
患者姓名	社会安全 #	出生日期	帐户 #

申请人信息				
申请人姓名	与患者的关系	社会安全 #	出生日期	婚姻状况
地址		城市、州和邮政编码		
家里电话 #	手机 #	紧急联络人名字	紧急联络人电话#	
雇主名称	雇主地址		工作电话	

注意：如果您收到邮件的地址与您居住的地址不同，请填写下面的“邮寄地址”信息

邮寄地址	城市、州和邮政编码
------	-----------

健康保险信息 ☐ 如果患者没有任何健康保险来源，请选中此框				
健康保险公司	保单持有人姓名	政策 #	团体#	生效日期
家庭成员是否在过去 60 天内失业？			☐ 是 ☐ 否	
他/她是否收到了 COBRA 选择继续领取保险福利通知？			☐ 是 ☐ 否	
他/她是否选择了 COBRA 保险？			☐ 是 ☐ 否	
如果他/她没有选择 COBRA 承保范围，请勾选一项： ☐ COBRA 保费太贵 ☐ 有新的保险				

请在下面列出所有家庭成员				
姓名		社会安全 #	出生日期	与患者的关系
1				
2				
3				
4				
5				
6				

注意：请在本表格第 3 页的“注释”部分列出任何其他家庭成员

每月家庭收入		
收入类型	申请人每月总收入	申请人配偶的每月总收入
就业收入	\$	\$
退休/养老金/社会安全保障退休	\$	\$
社会安全保障残疾收入	\$	\$
失业救济金收入	\$	\$
子女抚养费/赡养费	\$	\$
其他(在这里列出来源_____)	\$	\$

声明支持

我证明我最后一次失业是_____年/ _____月。由于失业，我从以下机构获得食物、住所和衣服
_____ (和申请者的关系=_____)

确认和签名

本人特此证明，据本人所知，本申请中提供的信息真实、准确和完整。我在此授权医院联系任何个人、公司或组织以核实所提供的任何信息，并且我在此授权任何此类个人、公司或组织向医院发布其可能要求的任何财务信息。

申请人签名

日期

将完成的申请邮寄至：

North Carolina, South Carolina and Georgia Residents

Atrium Health System Business Office

Attention: Coverage Assistance Services

PO Box 32861

Charlotte, NC 28232

注释