



困难解决概述

需要本申请中要求的资讯来确定获得困难解决折扣的资格。困难解决方案是针对已投保患者或超过保险援助和经济援助 (CAFA) 收入限额的未投保患者的折扣计划。资格取决于在 Atrium Health 接受的服务的应付余额与病患家庭财务资源的比较。

申请困难安置折扣的要求

要考虑享受困难解决折扣，患者必须满足以下要求：

- 北卡罗来纳州、南卡罗来纳州、乔治亚州或阿拉巴马州的居民
- 病人必须充分配合困难解决审查流程。如果需要其他资讯和/或证明文件来完成申请，我们将向患者邮寄一封信，让他们知道需要什么以及提交的截止日期。如果在截止日期前未收到所要求的讯息，患者将不符合资格。

期待什么：资格审查流程

Atrium Health 的承保援助服务团队将自收到申请之日起及时确定资格。资格审查完成后，将向患者邮寄一封信函，告知是否已被批准或拒绝

请填写此表格的全部 4 页。完整填写此表格将有助于防止审核过程出现延误。

患者资讯			
患者姓名	社會安全#	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、州和郵政編碼		
家裡電話 #	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 <input type="checkbox"/> 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#	Eff 生效日期
家庭成员是否在过去 60 天内失业？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
他/她是否收到了 COBRA 保险选择继续领取福利通知？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
他/她是否选择了 COBRA 保险？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
果他/她没有选择 COBRA 承保范围，请勾选一项：			<input type="checkbox"/> COBRA 保费太贵 <input type="checkbox"/> 有新的保险	

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

注意：请在此表格第 4 页的“笔记”部分列出任何其他家庭成员

家庭每月收入		
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/社会保障退休	\$	\$
社会保障残疾收入	\$	\$
失业收入	\$	\$
子女抚养费/赡养费	\$	\$
其他（此处列出来源_____）	\$	\$

金融资产			
来源	银行或金融机构名称	申请人	申请人的配偶
支票账户		\$	\$
储蓄账户		\$	\$
货币市场		\$	\$
存款证		\$	\$
股票/债券		\$	\$
互惠基金		\$	\$
信托		\$	\$
预付借记卡		\$	\$
期票		\$	\$
其他 (_____)		\$	\$

财产 请在下面列出拥有的所有财产			
地址	税值	贷款余额	抵押贷款人名称
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	

支持声明
我证明我在过去 _____ 年 / _____ 个月内一直处于失业状态。由于失业，我从 _____ 获得食物、住所和衣服（与申请人的关系 = _____）

