

是一項針對在 Atrium Health 接受服務的患者的經濟援助計劃。資格取決於與聯邦貧困線相比的家庭規模和家庭收入。

請完整填寫所有信息，以免延誤您的申請處理。

患者信息			
患者姓名	社會安全 #	出生日期	帳戶 #

申請人信息				
申請人姓名	與患者的關係	社會安全 #	出生日期	婚姻狀況
地址		城市、州和郵政編碼		
家裡電話 #	手機 #	緊急聯絡人名字	緊急聯絡人電話#	
雇主名稱	雇主地址		工作電話 #	

注意：如果您收到郵件的地址與您居住的地址不同，請填寫下面的“郵寄地址”信息

郵寄地址	城市、州和郵政編碼
------	-----------

健康保險信息				
<input type="checkbox"/> 如果患者沒有任何健康保險來源，請選中此框				
健康保險公司	保單持有人姓名	政策 #	團體#	生效日期
家庭成員是否在過去 60 天內失業？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
他/她是否收到了 COBRA 選擇繼續領取福利通知？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
他/她是否選擇了 COBRA 保險？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
果他/她沒有選擇 COBRA 承保範圍，請勾選一項： <input type="checkbox"/> COBRA 保費太貴 <input type="checkbox"/> 有新的保險				

請在下面列出所有家庭成員				
姓名		社會安全 #	出生日期	與患者的關係
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

注意：請在本表格第 3 頁的“註釋”部分列出任何其他家庭成員

每月家庭收入		
收入類型	申請人每月总收入	申請人配偶的每月总收入
就業收入	\$	\$
退休/養老金/社會安全保障退休	\$	\$
社會安全保障/殘疾收入	\$	\$
失業救濟金收入	\$	\$
子女撫養費/贍養費	\$	\$
其他(在這裡列出來源_____)	\$	\$

聲明支持

我證明我最後一次失業是 _____年/ _____月。由於失業，我從以下機構獲得食物、住所和衣服
_____ (和申請者的關係= _____)

確認和簽名

本人特此證明，據本人所知，本申請中提供的信息真實、準確和完整。我在此授權醫院聯繫任何個人、公司或組織以核實所提供的任何信息，並且我在此授權任何此類個人、公司或組織向醫院發布其可能要求的任何財務信息。

申請人簽名

日期

將完成的申請郵寄至：

Atrium Health System Business Office
Attention: Coverage Assistance Services
PO Box 32861
Charlotte, NC 28232

註釋