



CAFA 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_____)	\$	\$

