

困難解決概述

需要本申請中要求的資訊來確定獲得困難解決折扣的資格。困難解決方案是針對已投保患者或超過保險援助和經濟援助 (CAFA) 收入限額的未投保患者的折扣計劃。資格取決於在 Atrium Health 接受的服務的應付餘額與病患家庭財務資源的比較。

申請困難安置折扣的要求

要考慮享受困難解決折扣，患者必須滿足以下要求：

- 北卡羅來納州、南卡羅來納州、喬治亞州或阿拉巴馬州的居民
- 病人必須充分配合困難解決審查流程。如果需要其他資訊和/或證明文件來完成申請，我們將向患者郵寄一封信，讓他們知道需要什麼以及提交的截止日期。如果在截止日期前未收到所要求的訊息，患者將不符合資格。

期待什麼：資格審查流程

Atrium Health 的承保援助服務團隊將自收到申請之日起及時確定資格。資格審查完成後，將向患者郵寄一封信函，告知是否已被批准或拒絕。

請填寫此表格的全部 4 頁。。完整填寫此表格將有助於防止審核過程出現延誤。

患者資訊			
患者姓名	社會安全#	出生日期	帳戶#

申請人資訊				
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		
家里电话 #	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 保險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				

注意：請在本表格第 4 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	申請人每月總收入	申請人配偶的每月總收入
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 _____)	\$	\$

金融資產			
來源	銀行或金融機構名稱	申請人	申請人的配偶
支票帳戶		\$	\$
儲蓄帳戶		\$	\$
貨幣市場		\$	\$
存款證		\$	\$
股票/債券		\$	\$
互惠基金		\$	\$
信託		\$	\$
預付簽帳卡		\$	\$
期票		\$	\$
其他 (_____)		\$	\$

財產 請在下面列出所有擁有的財產			
地址	稅值	貸款餘額	抵押貸款人名稱
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	

支援聲明
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=_____)

