

## Aperçu des difficultés

Les informations requises dans le présent formulaire sont nécessaires pour déterminer l'éligibilité à une réduction pour cause de difficultés. Le programme de réduction pour cause de difficultés est conçu pour les patients assurés ou non assurés dont les revenus sont supérieurs au plafond de l'aide financière. L'éligibilité est basée sur les soldes dus sur des services dispensés par Atrium Health par comparaison avec les revenus du ménage du patient.

## Conditions d'éligibilité à la réduction pour cause de difficultés

Pour pouvoir bénéficier de la réduction pour cause de difficultés, le patient doit satisfaire aux conditions suivantes :

- Résider dans l'un des États suivants : Caroline du Nord, Caroline du Sud, Géorgie ou Alabama
- Le patient doit coopérer pleinement à la procédure d'examen des difficultés. Si la demande exige la fourniture d'informations et/ou de documents justificatifs supplémentaires, une lettre sera envoyée aux patients concernés pour leur communiquer les éléments nécessaires et la date limite de soumission. Si les éléments demandés ne sont pas reçus dans les délais, le patient ne sera pas éligible.

## À quoi s'attendre ? Le processus d'examen de l'éligibilité

L'éligibilité est déterminée dans un délai raisonnable à partir de la date de réception de la demande par l'équipe des services d'assistance à la couverture d'Atrium Health. Lorsque l'examen de l'éligibilité est terminé, le patient reçoit une lettre lui indiquant si sa demande est approuvée ou refusée.

Veillez à remplir complètement les 3 pages de ce formulaire. Si le formulaire est entièrement rempli, cela évite des retards dans le processus d'examen.

Informations concernant le patient			
Nom du patient	Numéro de sécurité sociale	Date de naissance	Compte n°

Informations concernant le demandeur				
Nom du demandeur	Lien avec le patient	Numéro de sécurité sociale	Date de naissance	État civil
Adresse		Ville, État et code postal		
Téléphone	Mobile	Nom de la personne à contacter en cas d'urgence à contacter en cas d'urgence	Numéro de téléphone de la personne	
Nom de l'employeur		Adresse de l'employeur		Téléphone professionnel

NOTE : Si l'adresse à laquelle vous recevez votre courrier est différente de votre adresse de résidence, veuillez remplir les champs intitulés 'adresse postale' ci-dessous

Adresse postale	Ville, État et code postal
-----------------	----------------------------

Informations sur l'assurance maladie				
		<input type="checkbox"/> Cochez cette case si le patient <u>n'a pas</u> de couverture d'assurance maladie		
Prestataire d'assurance maladie	Nom du titulaire de la police	Police n°	Groupe n°	Date d'entrée en vigueur
Un membre du ménage a-t-il perdu son emploi au cours des 60 derniers jours ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
A-t-il/elle reçu un avis d'option COBRA ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
A-t-il/elle choisi la couverture COBRA ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
S'il/si elle n'a pas choisi la couverture COBRA, veuillez cocher une case : <input type="checkbox"/> Les primes COBRA sont trop chères <input type="checkbox"/> a une nouvelle couverture				

Veuillez indiquer tous les membres du ménage ci-dessous				
	Nom	Numéro de sécurité sociale	Date de naissance	Lien avec le patient
1				
2				
3				
4				
5				
6				

NOTE : Veuillez indiquer tout membre supplémentaire du ménage dans la section 'notes' de la page 3 de ce formulaire

Revenu mensuel du ménage		
Type de revenu	Revenu mensuel brut du demandeur	Revenu mensuel brut du conjoint du demandeur
Revenu d'emploi	\$	\$
Retraite/Pension/Sécurité sociale Retraite	\$	\$
Indemnité d'invalidité de la sécurité sociale	\$	\$
Allocation de chômage	\$	\$
Pension alimentaire	\$	\$
Autre (indiquer la source ici _____)	\$	\$

## Déclaration relative aux aides

Je certifie que je suis sans emploi depuis plusieurs \_\_\_\_\_ années/ \_\_\_\_\_ mois. Comme je suis sans emploi, je reçois de la nourriture, un abri et des vêtements de \_\_\_\_\_ (lien avec le demandeur = \_\_\_\_\_)

## Confirmation et signatures

Je certifie que les informations fournies dans la présente demande sont, à ma connaissance, véridiques, exactes et complètes. J'autorise par la présente l'hôpital à contacter toute personne, entreprise ou organisation pour vérifier les informations fournies et j'autorise par la présente toute personne, entreprise ou organisation à communiquer à l'hôpital toutes informations financières qu'il pourrait demander.

Signature du demandeur

Date

Envoyez le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

Atrium Health Business Office  
Attention: Coverage Assistance Services  
P.O. Box 32861  
Charlotte, NC 28232

## Notes