



Demande de réduction de règlement en cas de difficulté

Vue d'ensemble du règlement en cas de difficulté

Les informations demandées dans cette application sont requises pour déterminer l'éligibilité de réduction du règlement en cas de difficulté. Le règlement en cas de difficulté est un programme de réduction pour les patients assurés ou pour les patients sans assurance dont le revenu est supérieur à la limite pour CAFA (assistance d'assurance et aide financière). L'éligibilité est basée sur les soldes dus pour les services reçus chez Atrium Health, comparé aux ressources financières de ménage des patients.

Exigences pour faire demande de la réduction du règlement en cas de difficulté

Pour être considérés pour la réduction de règlement en cas de difficulté, les patients doivent satisfaire aux exigences suivantes :

- Être résidents de Caroline du Nord, Caroline du Sud, Géorgie ou Alabama
- Coopérer pleinement avec le processus d'examen de règlement en cas de difficulté. Si des informations et/ou des documents probants supplémentaires sont nécessaires pour remplir l'application, une lettre sera envoyée aux patients par la poste pour les informer de ce qui est nécessaire et des délais de soumission. Si les informations demandées ne sont pas reçues dans les délais prévus, les patients ne seront pas éligibles.

Ce à quoi on peut s'attendre : le processus d'examen d'éligibilité

L'éligibilité sera déterminée en temps opportun à partir de la date à laquelle l'application est reçue par l'équipe des services d'assistance d'assurance d'Atrium Health. Une fois que l'examen d'éligibilité est effectué, une lettre sera envoyée par la poste aux patients pour les informer de l'approbation ou du refus de leur application.

Veuillez compléter toutes les **4** pages de ce formulaire. Un formulaire complètement rempli aidera à éviter tout retard dans le processus d'examen.

Informations du patient/de la patiente			
Nom du patient	N° de sécurité sociale	Date de naissance	N° de compte

Informations du demandeur				
Nom du demandeur	Lien de parenté avec le patient	N° de sécurité sociale	Date de naissance	État matrimonial
Adresse		Ville, État et code postal		
N° de tél. du domicile	N° de tél. mobile	Nom du contact d'urgence	N° de tél. du contact d'urgence	
Nom de l'employeur		Adresse de l'employeur		Tél. du travail

REMARQUE : Si l'adresse où vous recevez votre courrier est différente de l'adresse où vous vivez, veuillez préciser ci-dessous les informations relatives à « l'adresse postale »

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

Informations d'assurance santéCocher cette case si le patient n'a aucun fournisseur d'assurance santé

Fournisseur d'assurance santé	Nom du détenteur de la police	N° de police	N° de groupe	Date d'entrée en vigueur
Un membre du ménage a-t-il perdu son travail au cours des 60 derniers jours ?			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Ce membre a-t-il reçu un avis d'élection COBRA ?			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Ce membre a-t-il choisi l'assurance COBRA ?			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si ce membre n'a pas choisi l'assurance COBRA, veuillez cocher une case : <input type="checkbox"/> Les cotisations COBRA coûtent trop cher <input type="checkbox"/> Il a une nouvelle assurance				

Veillez énumérer ci-dessous tous les membres du ménage

Nom	N° de sécurité sociale	Date de naissance	Lien de parenté avec le patient
1			
2			
3			
4			
5			
6			

REMARQUE : Veillez énumérer les membres additionnels du ménage dans la section « Remarques » en page 4 de ce formulaire**Revenu mensuel du ménage**

Type de revenu	Revenu mensuel brut du demandeur	Revenu mensuel brut de l'époux/épouse du demandeur
Revenu d'emploi	\$	\$
Retraite/Pension/Retraite de sécurité sociale	\$	\$
Revenu de sécurité sociale pour les personnes handicapées	\$	\$
Indemnité de chômage	\$	\$
Allocations pour enfants à charge/pension alimentaire	\$	\$
Autre (veuillez énumérer les sources ici _____)	\$	\$

Actifs financiers			
Source	Nom de la banque ou de l'établissement financier	Demandeur	Époux/épouse du demandeur
Compte chèque		\$	\$
Compte d'épargne		\$	\$
Compte de dépôt du marché monétaire		\$	\$
Certificat de dépôt		\$	\$
Actions/obligations		\$	\$
Fonds communs		\$	\$
Fidéicommis		\$	\$
Débit prépayé		\$	\$
Billet à ordre		\$	\$
Autre (_____)		\$	\$

Biens Veuillez énumérer ci-dessous tous les biens détenus			
Adresse	Valeur fiscale	Solde du prêt	Nom de l'organisme prêteur
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	

Déclaration de soutien
Je certifie que je suis sans emploi depuis _____ ans / _____ mois. Puisque je suis sans emploi, je reçois ma nourriture, mon hébergement et mes vêtements auprès de _____ (lien de parenté avec le demandeur = _____)

