

मुश्किल समय का विवरण

इस आवेदन में मांगी गई जानकारी मुश्किल समय में छूट के लिए योग्यता निर्धारित करने के लिए आवश्यक है। मुश्किल समय में छूट प्रोग्राम उन बीमाकृत या गैर-बीमाकृत मरीजों के लिए है जो वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए निर्धारित आमदनी की सीमा से ऊपर हैं। इसकी योग्यता मरीज के पारिवारिक आमदनी की तुलना में Atrium Health में प्राप्त सेवाओं के प्रति बकाया शेष राशियों पर आधारित है।

मुश्किल समय में छूट प्रोग्राम के लिए आवेदन करने संबंधी आवश्यकताएँ

मुश्किल समय में छूट प्रोग्राम के संबंध में विचार किए जाने के लिए, मरीज को निम्नलिखित आवश्यकताएँ पूरी करनी होंगी:

- वह नॉर्थ केरोलिना, साउथ केरोलिना, जॉर्जिया या ऐलाबामा का निवासी हो
- मरीज को मुश्किल समय में छूट प्रोग्राम की समीक्षा प्रक्रिया में पूरा सहयोग करना होगा। अगर आवेदन भरने के लिए अतिरिक्त जानकारी और/या प्रमाण दस्तावेजों की जरूरत हो, तो मरीज को यह बताने के लिए पत्र भेजा जाएगा कि क्या ज़रूरी है और इसे सबमिट करने की समय-सीमा क्या है। अगर अनुरोध की गई जानकारी समय-सीमा के भीतर नहीं दी जाती है, तो मरीज योग्य नहीं होगा।

किस बात की उम्मीद करें: योग्यता के लिए समीक्षा प्रक्रिया

Atrium Health में कवरेज सहायता सेवा टीम द्वारा आवेदन प्राप्त होने की तारीख से योग्यता का निर्धारण समयबद्ध तरीके से किया जाएगा। योग्यता समीक्षा पूरी होने के बाद, मरीज को यह बताने के लिए पत्र भेजा जाएगा कि उसे स्वीकृति मिली है या नामंजूर किया गया है।

कृपया इस फॉर्म के तीनों पृष्ठों को पूरा करें। इस फॉर्म को पूरी तरह से भरना समीक्षा प्रक्रिया में होने वाली किसी भी देरी को रोकने में मदद करेगा।

| मरीज की जानकारी | | | | |
|-----------------|------------------------|---------------|------------|--|
| मरीज का नाम | सामाजिक सुरक्षा संख्या | जन्म की तारीख | खाता नम्बर | |

| आवेदक की जानकारी | | | | |
|------------------|-----------------|------------------------|----------------------------|----------------|
| आवेदक का नाम | मरीज से संबंध | सामाजिक सुरक्षा नंबर | जन्म की तारीख | वैवाहिक स्थिति |
| पता | | शहर, राज्य और ज़िप कोड | | |
| घर का फोन नम्बर | सेल फोन नम्बर | आपातकालीन संपर्क नाम | आपातकालीन संपर्क फोन नम्बर | |
| नियोक्ता का नाम | नियोक्ता का पता | | कार्यस्थल का फोन | |

ध्यान दें: अगर आपके द्वारा डाक प्राप्त करने का पता आपके निवास के पते से अलग है, तो कृपया नीचे 'डाक पता' जानकारी भरें

| | |
|---------|------------------------|
| डाक पता | शहर, राज्य और ज़िप कोड |
|---------|------------------------|

| स्वास्थ्य बीमा जानकारी अगर मरीज़ के पास कोई स्वास्थ्य कवरेज कोई भी स्रोत नहीं है, तो इस बॉक्स पर निशान लगाएँ | | | | |
|--|--------------------|--------------|--|-----------------------|
| स्वास्थ्य बीमा प्रदाता | पॉलिसी धारक का नाम | पॉलिसी नम्बर | ग्रुप नम्बर | प्रभावी होने की तारीख |
| क्या पिछले 60 दिनों के भीतर परिवार के किसी सदस्य की नौकरी छूटी है? | | | <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं | |
| क्या उसे COBRA विकल्प नोटिस मिला था? | | | <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं | |
| क्या उसने COBRA कवरेज का विकल्प चुना था? | | | <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं | |
| यदि उसने COBRA कवरेज नहीं चुनी थी, तो कृपया एक पर सही का निशान लगाएँ: | | | <input type="checkbox"/> COBRA प्रीमियम बहुत महंगे है <input type="checkbox"/> नई कवरेज है | |

| परिवार के सभी सदस्यों को नीचे सूचीबद्ध करें | | | | |
|---|----------------------|---------------|----------------|--|
| नाम | सामाजिक सुरक्षा नंबर | जन्म की तारीख | मरीज़ से संबंध | |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |

ध्यान दें: कृपया परिवार के सभी अतिरिक्त सदस्यों को इस फॉर्म के पृष्ठ 3 पर "नोट्स" अनुभाग में सूचीबद्ध करें

| परिवार की मासिक आमदनी | | |
|---|------------------------------|---|
| आमदनी की किस्म | आवेदक के लिए मासिक सकल आमदनी | आवेदक के जीवन-साथी के लिए मासिक सकल आमदनी |
| बेरोज़गारी आमदनी | \$ | \$ |
| रिटायरमेंट/पेंशन/सामाजिक सुरक्षा रिटायरमेंट | \$ | \$ |
| सामाजिक सुरक्षा विकलांगता आमदनी | \$ | \$ |
| बेरोज़गारी आमदनी | \$ | \$ |
| बच्चे के लिए आर्थिक सहायता/निर्वाह निधि | \$ | \$ |
| अन्य (स्रोत यहाँ सूचीबद्ध करें _____) | \$ | \$ |

सहमति का कथन

मैं प्रमाणित करता/ती हूँ कि मैं पिछले _____ वर्षों/_____ महीनों से बेरोज़गार हूँ। बेरोज़गार होने के कारण, मुझे _____ से भोजन, आश्रय और कपड़े मिलते हैं (आवेदक से संबंध = _____)

अभिस्वीकृति और हस्ताक्षर

मैं एतद्वारा प्रमाणित करता/ती हूँ कि इस आवेदन पर प्रदान की गई जानकारी सही, सटीक और मेरे ज्ञान के अनुसार पूरी है। मैं अस्पताल को किसी भी व्यक्ति, फर्म या संगठन से संपर्क करके दी गई किसी भी जानकारी को सत्यापित करने के लिए अधिकृत करता/ती हूँ और मैं किसी भी ऐसे व्यक्ति, फर्म या संगठन को अस्पताल को कोई भी वित्तीय जानकारी जारी करने के लिए अधिकृत करता/ती हूँ, जिसका वह अनुरोध कर सकता/ती है।

सदस्य के हस्ताक्षर

तारीख

पूरा किया हुआ आवेदन डाक से यहाँ भेजें:

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

नोट्स