



Atrium Health

कवरेज सहायता एवं वित्तीय सहायता (Coverage Assistance & Financial Assistance, CAFA) आवेदन

CAFA, Atrium Health में सेवाएं प्राप्त करने वाले मरीजों के लिए वित्तीय सहायता कार्यक्रम है। इसकी पात्रता संघीय निर्धनता दिशानिर्देशों के मुकाबले परिवार के आकार और पारिवारिक आय पर आधारित है।

आपके आवेदन पर कार्रवाई किए जाने में किसी भी देरी से बचने के लिए, कृपया सारी जानकारी पूरी तरह से भरें।

मरीज़ की जानकारी			
मरीज़ का नाम	सामाजिक सुरक्षा संख्या	जन्म की तारीख	खाता नम्बर

आवेदक की जानकारी				
आवेदक का नाम	मरीज़ से संबंध	सामाजिक सुरक्षा संख्या	जन्म की तारीख	वैवाहिक स्थिति
पता		शहर, राज्य और ज़िप कोड		
घर का फोन नम्बर	मोबाइल फोन नम्बर	आपातकालीन संपर्क नाम आपातकालीन संपर्क फोन नम्बर		
नियोक्ता का नाम	नियोक्ता का पता		कार्यस्थल का फोन	

नोट: यदि 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				
यदि मरीज़ के पास कोई स्वास्थ्य कवरेज कोई भी स्रोत नहीं है, तो इस बॉक्स पर सही का निशान लगाएँ				
स्वास्थ्य बीमा प्रदाता	पॉलिसी धारक का नाम	पॉलिसी नम्बर	समूह नम्बर	लागू 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 किसी एक पर सही का निशान लगाएँ: COBRA प्रीमियम बहुत महंगे हैं <input type="checkbox"/> के पास नई कवरेज है <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

कृपया नीचे परिवार के सभी सदस्यों की सूची दें				
नाम	सामाजिक सुरक्षा संख्या	जन्म की तारीख	मरीज़ से संबंध	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

नोट: कृपया इस फॉर्म के पेज 3 पर 'नोट्स' भाग में परिवार के किसी भी अतिरिक्त सदस्य को सूचीबद्ध करें

मासिक पारिवारिक आय		
आय का प्रकार	आवेदक की सकल मासिक आय	आवेदक के पति/पत्नी की सकल मासिक आय
रोज़गार से आय	\$	\$

सेवानिवृत्ति/पेंशन/सामाजिक सुरक्षा सेवानिवृत्ति	\$	\$
सामाजिक सुरक्षा विकलांगता आय	\$	\$
बेरोज़गारी आय	\$	\$
बाल सहायता/निर्वाह भत्ता	\$	\$
अन्य (यहाँ स्रोत लिखें _____)	\$	\$

सहायता संबंधी वक्तव्य (Statement of Support)

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 = _____)

स्वीकृति और हस्ताक्षर

मैं इसके द्वारा प्रमाणित करता/ती हूँ कि इस आवेदन में दी गई जानकारी मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सही, सटीक और पूर्ण है। मैं इसके द्वारा दी गई प्रत्येक जानकारी सत्यापित करने के लिए अस्पताल को किसी भी व्यक्ति, फर्म या संगठन से संपर्क करने के लिए अधिकृत करता/ती हूँ और मैं इसके द्वारा ऐसे किसी भी व्यक्ति, फर्म या संगठन को अस्पताल को ऐसी कोई भी वित्तीय जानकारी जारी करने के लिए अधिकृत करता/ती हूँ जिसका यह अनुरोध कर सकता है।

आवेदक
तारीख

के

हस्ताक्षर

भरा हुआ आवेदन इस पर डाक से भेजें:

Atrium Health System Business Office

Attention: Coverage Assistance Services

PO Box 32861

Charlotte, NC 28232

नोट्स
