



CAFA 는 Atrium Health 에서 서비스를 받는 환자를 위한 재정 지원 프로그램입니다.

모든 정보를 완전히 기입하여 귀하의 신청서 처리가 지연되는 것을 방지하십시오

환자 정보			
환자 이름	소셜 시큐리티 #	생년월일	계정 #

신청인 정보				
신청인 이름	환자와의 관계	소셜 시큐리티 #	생년월일	혼인 상태
주소		시, 주 및 우편번호		
집 전화 #	모바일 전화 #	비상시 연락처	비상시 연락 전화 #	
고용주 이름		고용주 주소	직장 전화	

참고: 귀하가 우편을 받는 주소가 귀하가 거주하는 주소와 다른 경우, 다음에 '우편 주소' 정보를 기입하십시오.

우편 주소	시, 주 및 우편번호
-------	-------------

건강 보험 정보				
<input type="checkbox"/> 환자에게 건강보험 보장의 출처가 <u>없다면</u> 이 상자에 체크표시하십시오				
건강 보험 제공자	보험증서 보유자 이름	보험증서 #	그룹 #	유효일
가구 구성원이 지난 60 일 동안 자신의 직장을 잃었습니까?			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
해당 구성원이 COBRA 선택 고지를 받았습니까?			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
해당 구성원이 COBRA 보장을 선택했습니까?			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
해당 구성원이 COBRA 보장을 선택하지 않았으면, 다음 중 하나에 체크표시하십시오: <input type="checkbox"/> COBRA 보험료가 너무 비쌌 <input type="checkbox"/> 새로운 보장이 있음				

가구의 구성원을 모두 다음에 열거하십시오

이름	소셜시큐리티 #	생년월일	환자와의 관계
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

참고: 가구의 추가 구성원은 이 양식의 3 페이지에 있는 '참고' 섹션에 열거하십시오.

월 가구 소득		
소득의 유형	신청인 월 총소득	신청인 배우자의 월 총소득
고용 소득	\$	\$
퇴직금/연금/소셜시큐리티 연금	\$	\$
소셜시큐리티 장애 소득	\$	\$
실업 수당 소득	\$	\$
자녀양육비/이혼 수당	\$	\$
기타(출처를 여기에 기입 _____)	\$	\$

지원 진술문

본인은 지난 _____ 년 / _____ 개월 동안 실업 상태였음을 증명합니다. 실업의 결과로, 본인은 _____ (신청인과의 관계 = _____)(으)로부터 의식주에 대한 지원을 받고 있습니다.

인정 및 서명

본인은 이로서 본인이 아는 한 이 신청서의 정보가 사실이고 정확하며 완전함을 증명합니다. 본인은 이로서 병원이 주어진 정보의 확인을 위해 일체의 개인, 회사 또는 조직에 연락하는 권한을 부여하며, 또한 본인은 이로서 해당 개인, 회사 또는 조직에서 병원이 요청할 수 있는 일체의 재정 정보를 공개하는 권한을 부여합니다.

신청인 서명

날짜

신청서를 우편으로 보내는 주소:

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

참고