



### 곤란 해결 개요

이 신청서에서 요청하는 정보는 곤란 해결 할인의 자격을 결정하기 위해 요구되는 것입니다. 곤란 해결이란 보장 지원 및 재정 지원(CAFA)의 소득 한도를 초과하는 보험 또는 무보험 환자를 위한 할인 프로그램입니다. 그 자격은 해당 Atrium Health 로부터 받은 서비스에 대해 지불해야 하는 잔액과 환자의 가구 재정 자원의 비교에 근거합니다.

### 곤란 해결 할인의 신청에 필요한 요구조건

곤란 해결의 고려 대상이 되려면, 해당 환자는 다음 요구조건에 부합해야 합니다:

- 노스캐롤라이나주, 사우스캐롤라이나주, 조지아주 또한 앨라배마주의 주민
- 해당 환자는 곤란 해결 검토 과정에 전적으로 협조해야 합니다. 신청서 작성을 위해 추가의 정보 및/또는 증빙 문서가 필요한 경우, 해당 환자에게 서신을 보내 필요한 내용과 제출 기한을 알려줄 것입니다. 요청된 정보를 해당 기한까지 받지 못한다면, 해당 환자는 자격이 없게 됩니다.

### 기대할 내용: 자격 검토 과정

자격은 Atrium Health 의 보장 지원 서비스 팀에서 신청서를 받은 날부터 시의적절하게 결정됩니다. 자격 검토가 완료되면, 서신을 해당환자에게 우편으로 보내 승인이나 거부를 알려주게 됩니다.

이 양식의 4 페이지에서 모두 기입해주시요. 이 양식을 완전히 기입하면 검토 과정에서의 지연을 방지하는 데 도움이 됩니다.

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 없다면 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				

**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 _____)	\$	\$

재정 자산			
출처	은행이나 금융기관의 명칭	신청인	신청인의 배우자
체킹 어카운트		\$	\$
세이빙즈 어카운트		\$	\$
머니 마켓		\$	\$
양도성 예금증서		\$	\$
주식/채권		\$	\$
뮤추얼 펀드		\$	\$
신탁		\$	\$
선불된 직불		\$	\$
약속 어음		\$	\$
기타 (_____)		\$	\$

재산 소유한 모든 재산을 다음에 열거하십시오			
주소	세금 가치	용자 잔액	모기지 대출기관 명칭
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	

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

## 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 조직이 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