



## Заявка на предоставление помощи в оплате страхового покрытия и финансовой помощи

Программа – это программа оказания финансовой помощи пациентам, получающим услуги в организации Atrium Health. Право на получение помощи определяется исходя из сопоставления количества членов семьи и ее дохода со значениями, установленными федеральными критериями по определению уровня бедности.

Полностью заполните все графы, чтобы избежать задержки рассмотрения вашей заявки.

Информация о пациенте			
Имя и фамилия пациента	№ социального страхования	Дата рождения	Регистрационный номер

Информация о заявителе				
Имя и фамилия заявителя	Отношение к пациенту	№ социального страхования	Дата рождения	Семейное положение
Номер дома и улица		Город, штат и почтовый индекс		
Домашний № телефона	Мобильный № телефона	Имя и фамилия лица для экстренного контакта	№ телефона для экстренного контакта	
Наименование работодателя	Адрес работодателя		Рабочий № телефона	

**ПРИМЕЧАНИЕ:** укажите ниже почтовый адрес (т.е., адрес, по которому вы получаете почту), если он отличается от адреса проживания

Номер дома и улица	Город, штат и почтовый индекс
--------------------	-------------------------------

Информация о медицинской страховке				
<input type="checkbox"/> Отметьте эту клетку, если у пациента <u>нет</u> никакой медицинской страховки				
Страховая компания	Имя и фамилия страхователя	№ страхового полиса	№ группы	Дата истечения срока действия
Терял ли кто-либо из членов семьи работу в течение последних 60 дней?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Получал(а) ли он(а) уведомление о возможности получения страховки по системе COBRA?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Принял(а) ли он(а) решение о получении страховки по системе COBRA?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Если он(а) принял(а) решение отказаться от страховки по системе COBRA, отметьте одну из следующих клеток:				
<input type="checkbox"/> стоимость страховки по системе COBRA слишком велика <input type="checkbox"/> имеется новая страховка				

Укажите ниже всех членов семьи				
Имя и фамилия		№ социального страхования	Дата рождения	Отношение к пациенту
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

**ПРИМЕЧАНИЕ:** если приведенной выше таблицы не хватает, укажите всех остальных членов семьи в разделе «Примечания» на странице 3 этой формы

Ежемесячный доход семьи		
Вид дохода	Ежемесячный валовой доход заявителя	Ежемесячный валовой доход супруга(и) заявителя
Доход от трудовой деятельности	\$	\$
Пенсия или пособие социального страхования (Social Security)	\$	\$
Социальное пособие по нетрудоспособности (Social Security Disability Income)	\$	\$
Пособие по безработице	\$	\$
Пособие на ребенка или алименты	\$	\$
Прочее (укажите источник дохода _____)	\$	\$

### Заявление о получении помощи

Я заявляю, что являюсь безработным в течение последних \_\_\_\_\_ лет / \_\_\_\_\_ месяцев. Поскольку я являюсь безработным, я получаю еду, жилье и одежду от \_\_\_\_\_ (я нахожусь в следующих отношениях с заявителем: \_\_\_\_\_)

### Заявление и подписи

Настоящим я заявляю, что информация, предоставленная в настоящем заявлении, является правдивой, точной и полной, насколько это мне известно. Настоящим я даю Больнице разрешение обращаться к любому лицу, фирме или организации для проверки любой предоставленной информации, а также настоящим я даю всем таковым лицам, фирмам или организациям разрешение на передачу Больнице всех запрошенных ею финансовых документов.

Подпись заявителя

Дата

**Отправьте заполненное заявление по почте по следующему адресу:**

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

### Примечание