



Вступило в силу: 1/1/2025

Пересмотрено: 7/1/2025

Основные положения программы

Указанная вами в анкете информация необходима для определения права на скидку в связи с трудной жизненной ситуацией. Скидка в связи с трудной жизненной ситуацией может быть предоставлена застрахованным или незастрахованным пациентам, доход которых превышает лимит дохода для получения финансовой помощи. Право на скидку определяется путем сравнения баланса на счетах за услуги, предоставленные Atrium Health, и дохода домохозяйства пациента.

Условия для подачи заявления на скидку в связи с трудной жизненной ситуацией

Для получения скидки в связи с трудной жизненной ситуацией пациент должен соответствовать следующим требованиям:

- Постоянно жить в Северной Каролине, Южной Каролине, Джорджии или Алабаме.
- Пациент обязан в полной мере сотрудничать в процессе определения права на скидку в связи с трудной жизненной ситуацией. Если анкета не может быть принята, т.к. нужна дополнительная информация или подтверждающие документы, то пациенту по почте пришлют письмо, где объясняется, что именно необходимо предоставить дополнительно и к какой дате. Если запрошенная информация не будет получена к указанной дате, пациент не будет считаться правомочным.

Что ожидать? Процесс рассмотрения заявления

После получения анкеты специалисты по страховому покрытию (Coverage Assistance Services) из Atrium Health оперативно определят правомочность пациента. Как только анкета будет рассмотрена, пациенту будет выслано письмо с утверждением в программе или с отказом.

Просим вас заполнить все 3 страницы анкеты. Заполняйте анкету полностью, чтобы избежать задержек при ее рассмотрении.

Информация о пациенте				
Имя и фамилия пациента	Номер Social Security	Дата рождения	Номер счета	

Информация о заявителе				
Имя и фамилия заявителя	Кем приходится пациенту	Номер Social Security	Дата рождения	Семейное положение
Улица, номер дома		Город, штат, почтовый индекс		
Дом. телефон	Моб. телефон	Экстренный контакт	Телефон экстренного контакта	
Место работы		Адрес работодателя	Рабочий телефон	

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы получаете почту не по тому адресу, где живете, укажите ниже ваш почтовый адрес.

Почтовый адрес (номер дома, улица)	Город, штат, почтовый индекс
------------------------------------	------------------------------

Информация о медицинском страховании



Поставьте галочку, если у пациента отсутствует какой-либо источник медицинского страхования.

Поставщик медицинского страхования	Имя держателя полиса	Policy#	Group#	Дата вступления в силу
Член домохозяйства потерял работу в течение последних 60 дней?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Он(а) получали уведомление о выборе COBRA?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Он(а) выбрали покрытие COBRA?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Если покрытие COBRA не было выбрано, пометьте одно:			<input type="checkbox"/> COBRA слишком дорогая	<input type="checkbox"/> есть новое покрытие

Укажите ниже всех членов домохозяйства

Имя и фамилия		Номер Social Security	Дата рождения	Кем приходится пациенту
1				
2				
3				
4				
5				
6				

ПРИМЕЧАНИЕ. Дополнительных членов домохозяйства просим перечислить в разделе Примечания на 3-й странице анкеты.

Месячный доход домохозяйства

Вид дохода	Месячный общий доход заявителя	Месячный общий доход супруга(-и) заявителя
Доход от трудовой деятельности	\$	\$
Пенсия/пенсия Social Security	\$	\$
Social Security пособие по инвалидности	\$	\$
Пособие по безработице	\$	\$
Алименты на ребенка/алименты	\$	\$
Другое (укажите источник _____)	\$	\$

Заявление о поддержке

Настоящим я подтверждаю, что являюсь безработным последние _____ лет/_____ месяцев. В результате своей безработицы, я получаю продукты, жилье и одежду от _____ (кем приходится заявителю - _____)

Подтверждение и подписи

Настоящим я подтверждаю, что указанная здесь информация является правдивой, точной и полной , насколько мне это известно. Настоящим я даю разрешение Госпиталю связываться с любым человеком, фирмой или организацией для подтверждения любой предоставленной информации и разрешаю этим людям, фирмам или организациям передавать Госпиталю любую финансовую информацию, которую может запросить Госпиталь.

Подпись заявителя

Дата

Заполненная анкета посыпается по адресу:

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

Примечания