



Заявка на предоставление помощи в погашении долга ввиду материальных затруднений

Обзор программы помощи в погашении долга ввиду материальных затруднений

Информация, предусмотренная настоящей формой, необходима для определения наличия у вас права на получение помощи в погашении долга ввиду материальных затруднений. Программа помощи в погашении долга является программой скидок как для застрахованных, так и для незастрахованных пациентов, уровень дохода которых превышает предел, установленный для предоставления помощи по Программе оплаты страхового покрытия и финансовой помощи (CAFA). Право на получение помощи определяется исходя из сопоставления суммы задолженности за услуги, полученные в медицинской организации Atrium Health, и финансовых ресурсов семьи пациента.

Требования к подаче заявки на помощь в погашении долга ввиду материальных затруднений

Для рассмотрения на предмет получения помощи в погашении долга ввиду материальных затруднений пациент должен отвечать следующим требованиям:

- проживать в штате Северная Каролина, Южная Каролина, Джорджия или Алабама,
- полностью сотрудничать в ходе рассмотрения на предмет предоставления помощи в погашении долга ввиду материальных затруднений. Если для обеспечения полноты заявки потребуются дополнительная информация и (или) подтверждающие документы, пациенту будет отправлено по почте письмо с уведомлением о том, что и в какие сроки требуется представить. Если запрошенная информация не будет представлена в указанный срок, пациент будет признан не имеющим права на получения помощи.

Что следует ожидать заявителю: порядок рассмотрения на предмет наличия права на получение помощи

Вопрос о наличии права на получение помощи будет решаться своевременно с момента поучения заявки Группой помощи по вопросам страхового покрытия организации Atrium Health. По окончании рассмотрения на предмет наличия права на получение помощи пациенту будет отправлено по почте письмо с уведомлением об утверждении или отклонении заявки.

Заполните все **4** страницы этой формы. Полное заполнение этой формы поможет предотвратить задержку 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 контакта для экстренного контакта	№ телефона для экстренного	

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				

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 _____)	\$	\$

Финансовые активы			
Источник	Наименование банка или финансового учреждения	Заявитель	Супруг(а) заявителя
Текущий счет		\$	\$
Сберегательный счет		\$	\$
Депозитный счёт денежного рынка		\$	\$
Счёт депозитного сертификата		\$	\$
Акции или облигации		\$	\$
Паевые инвестиционные фонды		\$	\$
Доверительные фонды		\$	\$
Предоплаченные дебетовые счета		\$	\$
Долговая расписка		\$	\$
Прочее (_____)		\$	\$

Собственность укажите ниже всю принадлежащую вам собственность			
Адрес	Налоговая стоимость	Задолженность по ипотеке	Наименование кредитора по ипотеке
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	

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
