



Solicitud de Asistencia para la Cobertura y Ayuda Financiera

El programa (siglas en inglés) brinda asistencia financiera a pacientes que reciben servicios en Atrium Health. La elegibilidad se basa en el número de miembros de la familia y los ingresos familiares en comparación con las guías federales de pobreza.

Complete toda la información en este formulario para evitar retrasos en la tramitación de su solicitud.

Información del paciente			
Nombre del paciente	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Número de cuenta

Información del solicitante				
Nombre del solicitante	Relación con el paciente	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Estado civil
Dirección		Ciudad, Estado, Código postal		
Número de teléfono de la residencia	Número del teléfono celular	Nombre del contacto de emergencia	Teléfono del contacto de emergencia	
Nombre del empleador	Dirección del empleador		Teléfono del trabajo	

NOTA: Si la dirección en la que recibe el correo es diferente de la dirección en la que vive, complete la información de la "dirección postal" a continuación

Dirección postal	Ciudad, Estado, Código postal
------------------	-------------------------------

Información del seguro médico <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si el paciente <u>no</u> tiene ninguna fuente de cobertura de salud				
Proveedor de seguro médico	Nombre del titular de la póliza	Número de póliza	Número de grupo	Fecha de efectividad
¿Ha perdido su empleo un miembro del hogar en los últimos 60 días?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Recibió él/ella un aviso de elección de COBRA?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Elegió él/ella la cobertura de COBRA?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si él/ella no eligió la cobertura COBRA, marque una opción: <input type="checkbox"/> Las primas de COBRA son demasiado caras <input type="checkbox"/> tiene una nueva cobertura				

Enumere a continuación todos los miembros del hogar

Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

NOTA: enumere a cualquier miembro adicional del hogar en la sección "notas" de la página 3 de este formulario

Ingresos mensuales del hogar

Tipo de ingresos	Ingreso bruto mensual del solicitante	Ingreso bruto mensual del cónyuge del solicitante
Ingreso laboral	\$	\$
Jubilación/Pensión/Jubilación de la Seguridad Social	\$	\$
Ingreso por discapacidad de la seguridad social	\$	\$
Ingresos por desempleo	\$	\$
Pensión alimenticia/Manutención	\$	\$
Otro (indique aquí la fuente _____)	\$	\$

Declaración de apoyo

Certifico que he estado desempleado durante los últimos _____ años / _____ meses. Como resultado de estar desempleado, recibo alimentos, alojamiento y ropa de _____ (relación con el solicitante = _____)

Aceptación y firmas

Certifico que la información ofrecida en esta solicitud es verdadera, precisa y completa a mi mejor entendimiento. Autorizo al Hospital a comunicarse con cualquier persona, empresa u organización para verificar cualquiera de los datos ofrecidos y autorizo a dicha persona, empresa u organización a facilitar al Hospital cualquier información financiera que pueda solicitar.

Firma del solicitante _____

Fecha _____

Envíe por correo la solicitud completada a:

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

Notas
