



Efectivo el: 1 de enero de 2025

Revisado el: 1 de julio de 2025

### Descripción de la dificultad financiera

Se requiere la información que se pide en esta solicitud para determinar la elegibilidad para un Descuento por Dificultades Financieras. El programa de Descuento por Dificultades Financieras es para pacientes con o sin seguro que superan el límite de ingresos para la asistencia financiera. La elegibilidad se basa en los saldos adeudados por servicios recibidos en Atrium Health, en comparación con los ingresos del grupo familiar del paciente.

### Requisitos para solicitar el Descuento por Dificultades Financieras

Para ser considerado para el Descuento por Dificultades Financieras, el paciente debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser residente de Carolina del Norte, Carolina del Sur, Georgia o Alabama
- Debe colaborar plenamente con el proceso de revisión de la dificultad financiera. Si se necesita más información o documentos de prueba para completar la solicitud, se le enviará una carta por correo al paciente para informarle qué se necesita y el plazo para presentarlo. Si la información solicitada no se recibe a más tardar en la fecha límite, el paciente no será elegible.

### Qué esperar: proceso de revisión de la elegibilidad

La elegibilidad se determinará de manera oportuna a partir de la fecha en que el Equipo de Servicios de Asistencia para la Cobertura reciba la solicitud en Atrium Health. Una vez que se complete la revisión de elegibilidad, se le enviará una carta al paciente para hacerle saber si ha recibido la aprobación o si se ha rechazado su solicitud.

Complete las 3 páginas de este formulario. Llenar este formulario en su totalidad ayudará a evitar retrasos en el proceso de revisión.

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
Dirección		Ciudad, estado y código postal		
Número de teléfono residencial	Número de teléfono celular	Nombre de contacto para emergencias		Número de teléfono de contacto para emergencias
Nombre del empleador		Dirección del empleador		Teléfono laboral

NOTA: Si la dirección en que recibe el correo no es la misma que la dirección en la que vive, complete la información en "dirección postal" a continuación

Dirección postal	Ciudad, estado y código postal
------------------	--------------------------------

## Información del seguro de salud

Marque esta casilla si el paciente no tiene ninguna fuente de cobertura de seguro de salud

Proveedor del seguro de salud	Nombre del titular de la póliza	Número de póliza	Número de grupo	Fecha de vigencia
¿Algún miembro de la familia ha perdido su empleo en los últimos 60 días?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Recibió un aviso de elección de COBRA?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Elegió la cobertura de COBRA?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si no eligió la cobertura de COBRA, marque una opción:	<input type="checkbox"/> Las primas de COBRA son demasiado costosas	<input type="checkbox"/> tiene una nueva cobertura		

## Enumere a continuación a todos los miembros de su grupo familiar

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

NOTA: Incluya a otros miembros del grupo familiar en la sección "notas" en la página 3 de este formulario

Ingresos mensuales del grupo familiar		
Tipo de ingresos	Ingreso bruto mensual del solicitante	Ingreso bruto mensual del cónyuge del solicitante
Ingresos del empleo	\$	\$
Jubilación/pensión/jubilación del Seguro Social	\$	\$
Ingresos por discapacidad del Seguro Social	\$	\$
Ingresos por desempleo	\$	\$
Manutención infantil/pensión alimenticia	\$	\$
Otro (indique aquí el origen _____)	\$	\$

## Declaración de asistencia

Certifico que he estado desempleado durante los últimos \_\_\_\_\_ años / \_\_\_\_\_ meses. Como consecuencia, recibo alimentos, vivienda y ropa de \_\_\_\_\_ (relación con el solicitante = \_\_\_\_\_)

## Reconocimiento y firmas

Por la presente, certifico que, hasta donde yo sé, la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, exacta y completa. Por la presente, autorizo al Hospital a ponerse en contacto con cualquier persona, empresa u organización para verificar la información proporcionada y, a su vez, autorizo a cualquier persona, empresa u organización a divulgar al Hospital cualquier información financiera que pueda solicitar.

Firma del solicitante

Fecha

Envíe la solicitud completada por correo a:  
Atrium Health Business Office  
Attention: Coverage Assistance Services  
PO Box 32861  
Charlotte, NC 28232

## Notas