



Là một chương trình hỗ trợ tài chính cho những bệnh nhân nhận được dịch vụ tại Atrium Health. Tính đủ điều kiện dựa trên quy mô gia đình và thu nhập hộ gia đình so với các hướng dẫn về nghèo đói của liên bang.

Vui lòng điền đầy đủ tất cả thông tin để tránh bất kỳ sự chậm trễ nào trong việc xử lý đơn đăng ký của bạn.

Thông tin Bệnh nhân			
Tên Bệnh nhân	An sinh Xã hội#	Ngày Sinh	Kế toán#

Thông tin Người nộp đơn				
Tên Người nộp đơn	Mối quan hệ với Bệnh nhân	An sinh Xã hội#	Ngày Sinh	Tình trạng Hôn nhân
Địa chỉ		Thành phố, Tiểu bang và Mã Bưu điện		
Điện thoại Nhà#	Điện thoại Di động#	Tên Liên lạc Khẩn cấp	Điện thoại Liên lạc Khẩn cấp#	
Tên Nhà tuyển dụng	Địa chỉ Nhà tuyển dụng		Điện thoại Chỗ làm	

LƯU Ý: Nếu địa chỉ nơi bạn nhận thư khác với địa chỉ nơi bạn sống, vui lòng điền vào thông tin 'địa chỉ gửi thư' bên dưới

Địa chỉ Gửi thư	Thành phố, Tiểu bang và Mã Bưu điện
-----------------	-------------------------------------

Thông tin Bảo hiểm Sức khỏe <input type="checkbox"/> Đánh dấu vào ô này nếu bệnh nhân <u>không có bất kỳ</u> nguồn bảo hiểm y tế nào				
Nhà cung cấp Bảo hiểm Y tế	Tên Chủ Hợp đồng	Hợp đồng#	Nhóm#	Ngày có Hiệu lực
Một thành viên trong hộ gia đình có bị mất việc làm trong vòng 60 ngày qua không?			<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Anh/cô có nhận được thông báo bầu cử COBRA không?			<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Anh/cô có chọn bảo hiểm COBRA không?			<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Nếu anh/cô không chọn bảo hiểm COBRA, vui lòng đánh dấu một trong số: <input type="checkbox"/> phí bảo hiểm COBRA quá đắt <input type="checkbox"/> có bảo hiểm mới				

Vui lòng liệt kê tất cả thành viên trong gia đình dưới đây

Tên	An sinh Xã hội##	Ngày Sinh	Mối quan hệ với Bệnh nhân
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

LƯU Ý: vui lòng liệt kê bất kỳ thành viên bổ sung nào trong gia đình trong phần ‘ghi chú’ trên trang 3 của mẫu đơn này

Thu nhập Gia đình Hàng tháng

Loại Thu nhập	Tổng Thu nhập Hàng tháng cho Người nộp đơn	Tổng Thu nhập Hàng tháng cho Vợ/chồng của Người nộp đơn
Thu nhập Việc làm	\$	\$
Hưu trí/Lương hưu/Hưu trí An sinh Xã hội	\$	\$
Thu nhập Khuyết tật An sinh Xã hội	\$	\$
Thu nhập Thất nghiệp	\$	\$
Tiền cấp dưỡng con/ Tiền cấp dưỡng cho người phối ngẫu	\$	\$
Khác (liệt kê nguồn tại đây _____)	\$	\$

Tuyên bố Hỗ trợ

Tôi xác nhận rằng tôi đã thất nghiệp trong _____ năm qua / _____ tháng. Do thất nghiệp, tôi nhận được thức ăn, chỗ ở và quần áo từ _____ (mối quan hệ với người nộp đơn= _____)

Thừa nhận và chữ ký

Tôi xác nhận rằng thông tin được cung cấp trong đơn này là sự thật, chính xác và đầy đủ theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Theo đây, tôi cho phép Bệnh viện liên lạc với bất kỳ cá nhân, công ty hoặc tổ chức nào để xác minh bất kỳ thông tin nào được cung cấp và theo đây tôi cho phép bất kỳ cá nhân, công ty hoặc tổ chức nào đó tiết lộ cho Bệnh viện bất kỳ thông tin tài chính nào mà họ có thể yêu cầu.

Chữ ký Người nộp đơn

Ngày

Gửi đơn đã hoàn tất qua bưu điện tới:

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

Ghi chú