

Khái quát về Giải quyết Khó khăn

Thông tin được yêu cầu trong đơn đăng ký này là bắt buộc để xác định hội đủ điều kiện cho Giảm giá Giải quyết Khó khăn. Giải quyết Khó khăn là chương trình giảm giá dành cho bệnh nhân được bảo hiểm hoặc bệnh nhân không có bảo hiểm vượt quá giới hạn thu nhập cho Hỗ trợ Bảo hiểm và Hỗ trợ Tài chính (CAFA). Khả năng hội đủ điều kiện dựa trên số dư do các dịch vụ nhận được tại Atrium Health so với các nguồn tài chính hộ gia đình của bệnh nhân.

Các Yêu cầu để Nộp đơn cho giảm giá giải quyết khó khăn

Để được xem xét cho giảm giá giải quyết khó khăn:

- bệnh nhân phải được có bảo hiểm
- bệnh nhân phải là cư dân của Bắc Carolina hoặc Nam Carolina
- số dư trên một tài khoản hoặc kết hợp các tài khoản sau khi tất cả các khoản thanh toán bảo hiểm / bên thứ ba phải lớn hơn \$ 2,500
- bệnh nhân phải hợp tác đầy đủ với quy trình xem xét Giải quyết Khó khăn. Nếu cần thêm thông tin và / hoặc các tài liệu chứng minh để hoàn thành đơn, một lá thư sẽ được gửi đến bệnh nhân để cho họ biết những gì cần thiết và thời hạn nộp. Nếu thông tin được yêu cầu không được nhận đúng thời hạn, bệnh nhân sẽ không đủ điều kiện.

Những gì để Mong đợi: Quá trình Duyệt xét Điều kiện hội đủ

Điều kiện hội đủ sẽ được xác định trong vòng 45 ngày kể từ ngày nhận được đơn của Nhóm Dịch vụ Hỗ trợ Bảo hiểm tại Atrium Health. Nếu cần bằng chứng thu nhập, quá trình xem xét có thể kéo dài 45 ngày và được hoàn thành sau khi nhận được thông tin yêu cầu. Sau khi hoàn thành đánh giá đủ điều kiện, một bức thư sẽ được gửi cho bệnh nhân để cho họ biết nếu họ đã được chấp thuận hoặc từ chối.

Vui lòng hoàn thành tất cả 4 trang của mẫu này. Điền đầy đủ vào mẫu này sẽ giúp ngăn ngừa sự chậm trễ trong quá trình xem xét.

Thông tin Bệnh nhân			
Tên Bệnh nhân	Số An sinh Xã hội	Ngày Sinh	Số Trương mục

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

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

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

Thông tin Bảo hiểm Sức khỏe <input type="checkbox"/> Kiểm tra hộp này nếu bệnh nhân không có bất kỳ nguồn của bảo hiểm sức khỏe				
Nhà cung cấp Bảo hiểm Sức khỏe	Tên Chủ Hợp đồng	Số Hợp đồng	Số Nhóm	Ngày có Hiệu lực
Có một thành viên trong gia đình bị mất việc trong vòng 60 ngày qua?			<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Anh ấy / cô ấy đã nhận được một thông báo chọn COBRA?			<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Anh ấy / cô ấy đã chọn bảo hiểm COBRA?			<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Nếu anh ấy / cô ấy không chọn bảo hiểm COBRA, vui lòng kiểm tra một:		<input type="checkbox"/> Phí bảo hiểm COBRA quá đắt	<input type="checkbox"/> có bảo hiểm mới	

Vui lòng liệt kê tất cả các thành viên trong gia đình dưới đây				
Tên	Số An sinh Xã hội	Ngày Sinh	Quan hệ với Bệnh nhân	
1				
2				
3				
4				
5				
6				

LƯU Ý: vui lòng liệt kê bất kỳ thành viên bổ sung nào của hộ gia đình trong phần 'ghi chú trên trang 4 của mẫu này form

Thu nhập Hộ gia đình Hàng tháng		
Loại Thu nhập	Tổng Thu nhập Hàng tháng của Người nộp đơn	Tổng Thu nhập Hàng tháng của Phôi ngẫu của Người nộp đơn
Thu nhập Việc làm	\$	\$
Hưu trí / Hưu bổng / An sinh xã hội Hưu trí	\$	\$
Thu nhập Khuyết tật An sinh Xã hội	\$	\$
Thu nhập Thất nghiệp	\$	\$
Tiền cấp dưỡng Con/Tiền phụ cấp cho người phối ngẫu	\$	\$
Khác (liệt kê nguồn ở đây _____)	\$	\$

Các Tài sản Tài chính			
Nguồn	Tên của ngân hàng hoặc tổ chức tài chính	Người nộp đơn	Phối ngẫu của Người nộp đơn
Trương mục Ký thác		\$	\$
Trương mục Tiết kiệm		\$	\$
Thị trường Tiền tệ		\$	\$
Chứng chỉ Ký thác		\$	\$
Chứng khoán/Chứng phiếu		\$	\$
401-K/IRA		\$	\$
Tiền trợ cấp hàng năm		\$	\$
Tài sản ủy thác		\$	\$
Ghi nợ Trả Trước		\$	\$
Hứa Phiếu		\$	\$
Khác (_____)		\$	\$

Bất động sản xin vui lòng liệt kê tất cả các bất động sản thuộc sở hữu dưới đây			
Địa chỉ	Trị giá Thuế	Số dư Vay tiền	Tên của Công ty cho vay Thế chấp
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	

Tuyên bố Hỗ trợ
Tôi xác nhận rằng tôi đã thất nghiệp qua _____ năm / _____ tháng. Kết quả của việc thất nghiệp, tôi nhận được thức ăn, chỗ ở và quần áo từ _____ (mối quan hệ với người nộp đơn= _____)

Công nhận và chữ ký

Nay tôi xác nhận rằng thông tin được cung cấp trong đơn này là đúng, chính xác và đầy đủ theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi nay ủy quyền cho Bệnh viện liên hệ với bất kỳ người nào, công ty hoặc tổ chức để xác minh bất kỳ thông tin nào được cung cấp và tôi nay ủy quyền cho bất kỳ người nào, công ty hoặc tổ chức đó tiết lộ cho Bệnh viện bất kỳ thông tin tài chính nào họ có thể yêu cầu.

Chữ ký của Người nộp đơn

Ngày

Gửi Đơn đã Hoàn tất về:

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

Lưu ý