



### Resumen del Acuerdo de Liquidación por Dificultades Económicas

La información que se pide en esta solicitud es necesaria para determinar la elegibilidad para el descuento por dificultades económicas. El Acuerdo de Liquidación por Dificultades Económicas es un programa de descuentos a pacientes con seguro o sin seguro que superan el límite de ingresos del programa de Asistencia para la Cobertura y Ayuda Financiera (CAFA, por sus siglas en inglés). La elegibilidad se basa en los saldos adeudados por los servicios recibidos en Atrium Health comparados con los recursos económicos del hogar del paciente.

### Requisitos para solicitar el descuento por dificultades económicas

Para solicitar el descuento por dificultades económicas, el paciente debe cumplir con los siguientes requisitos:

- residente en Carolina del Norte, Carolina del Sur, Georgia o Alabama
- cooperar plenamente con el proceso de revisión del Acuerdo de Liquidación por Dificultades Económicas. Si se necesita información adicional y/o documentos de prueba para completar la solicitud, se enviará una carta al paciente para informarle de lo que se necesita y del plazo para presentarla. Si no se recibe la información solicitada en el plazo establecido, el paciente no podrá recibir la ayuda.

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

La elegibilidad se determinará puntualmente a partir de la fecha en que el equipo de Servicios de Asistencia para la Cobertura de Atrium Health reciba la solicitud. Una vez finalizada la revisión de la elegibilidad, se enviará una carta al paciente para comunicarle si su solicitud ha sido aprobada o denegada.

Por favor, complete las 4 páginas de este formulario. Completar este formulario en su totalidad evitará 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	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				

**NOTA:** enumere a cualquier miembro adicional del hogar en la sección "notas" de la página 4 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 _____)	\$	\$

Recursos financieros			
Fuente	Nombre del banco o institución financiera	Solicitante	Cónyuge del solicitante
Cuenta de cheques		\$	\$
Cuenta de ahorro		\$	\$
Mercado de valores		\$	\$
Certificado de depósito		\$	\$
Acciones/Bonos		\$	\$
Fondos de inversión		\$	\$
Fideicomiso		\$	\$
Débito prepago		\$	\$
Pagaré		\$	\$
Otro (_____)		\$	\$

Propiedad <small>enumere a continuación <b>todas las</b> propiedades que posee</small>			
Dirección	Valor fiscal	Saldo del préstamo	Nombre del prestamista hipotecario
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	

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**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---