



Tổng quan về Giải quyết Khó khăn

Thông tin được yêu cầu trong đơn đăng ký này là bắt buộc để xác định tính đủ điều kiện nhận Giảm giá Giải quyết Khó khăn. Giải quyết Khó khăn là một chương trình giảm giá 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). Tính đủ điều kiện dựa trên số dư đến hạn cho các dịch vụ nhận được tại Atrium Health so với nguồn tài chính hộ gia đình của bệnh nhân.

Yêu cầu để Nộp đơn Giảm giá Giải quyết Khó khăn

Để được xem xét Giảm giá Giải quyết Khó khăn, bệnh nhân phải đáp ứng các yêu cầu sau::

- cư dân của Bắc Carolina, Nam Carolina, Georgia hoặc Alabama
- bệnh nhân phải hợp tác đầy đủ với quá trình xem xét Giải quyết Khó khăn. Nếu cần thêm thông tin và / hoặc tài liệu chứng minh để hoàn thành đơn đăng ký, một lá thư sẽ được gửi qua đường bưu điện cho bệnh nhân để cho họ biết những gì cần thiết và thời hạn nộp. Nếu thông tin yêu cầu không được nhận trước thời hạn, bệnh nhân sẽ không đủ điều kiện.

Điều gì sẽ xảy ra: Quy trình xem xét tính đủ điều kiện

Tính đủ điều kiện sẽ được xác định kịp thời kể từ ngày Nhóm Dịch vụ Hỗ trợ Bảo hiểm tại Atrium Health nhận được đơn đăng ký. Sau khi quá trình xem xét tính đủ điều kiện hoàn tất, một lá thư sẽ được gửi qua đường bưu điện cho bệnh nhân để cho họ biết nếu họ đã được chấp thuận hoặc bị từ chối.

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

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 Zip		
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 Nơi làm việc	

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

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

Thông tin Bảo hiểm Y tế <input type="checkbox"/> Chọn hộp này nếu bệnh nhân không có bất kỳ nguồn bảo hiểm y tế nào				
Nhà cung cấp Bảo hiểm Y tế	Tên Chủ Hợp đồng	Hợp đồng#	Nhóm#	Ngày có Hiệu lực
Có thành viên nào trong gia đình bị mất việc làm trong vòng 60 ngày qua không?			<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Anh ấy / cô ấy có nhận được thông báo bầu cử COBRA không?			<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Anh ấy / cô ấy có chọn bảo hiểm COBRA không?			<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	An sinh Xã hội#	Ngày sinh	Mối quan hệ với Bệnh nhân	
1				
2				
3				
4				
5				
6				

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

Thu nhập Hộ 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 từ Việc làm	\$	\$
Hưu trí / Lương hưu / Hưu trí An sinh Xã hội	\$	\$
Thu nhập từ 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 ở đây _____)	\$	\$

Tài sản Tài chính			
Nguồn	Tên ngân hàng hoặc Tổ chức Tài chính	Người nộp đơn	Vợ / chồng của Người nộp đơn
Trương mục Vãng lai		\$	\$
Trương mục Tiết kiệm		\$	\$
Thị trường Tiền tệ		\$	\$
Chứng chỉ Tiền gửi		\$	\$
Cổ phiếu / Trái phiếu		\$	\$
Quỹ Hỗ trợ		\$	\$
Ủy thác		\$	\$
Ghi nợ Trả Trước		\$	\$
Giấy hẹn Trả tiền		\$	\$
Khác (_____)		\$	\$

Tài sản vui lòng liệt kê tất cả các tài sản sở hữu dưới đây			
Địa chỉ	Giá trị Thuế	Số dư Khoản vay	Tên Người cho vay Thế chấp
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	

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 = _____)

Xác nhận và Chữ ký

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

Chữ ký của Người nộp đơn

Ngày

Gửi đơn đăng ký đã hoàn thành qua đường bưu điện đến:

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

Ghi chú