



نظرة عامة حول (CAFA)

المعلومات المطلوبة في هذا الطلب هي لتحديد الأهلية بطلب مساعدة تأمينية ومساعدة مالية (CAFA). CAFA هو برنامج مساعدة مالية للمرضى غير المؤمن عليهم الذين تلقوا خدمات بالمستشفيات. تعتمد الأهلية على دخل أسرة المريض بالمقارنة مع الإرشادات التوجيهية لمستوى الفقر الفيدرالي.

متطلبات التقدم بطلب للحصول على CAFA

حتى يتم النظر في طلبك بالنسبة ل CAFA :

- يجب أن يكون المريض غير مؤمن عليه.
- يجب أن يكون المريض مقيماً في ولاية كارولينا الشمالية أو كارولينا الجنوبية.
- يجب أن لا يكون المريض مؤهلاً لبرنامج أخرى (مثل المساعدة الطبية للفقراء) أو تعاون بشكل كامل لتقديم طلب لبرنامج آخر لكنه ليس مؤهلاً.
- يجب على المريض التعاون بشكل كامل مع عملية المراجعة ل CAFA. إذا كانت هناك حاجة إلى معلومات إضافية و / أو إثبات للدخل لإكمال الطلب ، فسيتم إرسال رسالة بالبريد إلى المريض لإخباره بما هو مطلوب والموعد النهائي لتقديمه. إذا لم يتم تلقي المعلومات المطلوبة في الموعد النهائي ، فلن يكون المريض مؤهلاً للحصول على CAFA.

ما هو متوقع: عملية مراجعة الأهلية

سيتم تحديد الأهلية خلال 45 يوماً من تاريخ استلام الطلب من قبل فريق خدمات المساعدة على التأمين في Atrium Health. إذا كانت هناك حاجة لإثبات الدخل ، فقد تمتد عملية المراجعة إلى 45 يوماً وتنتهي عند استلام المعلومات المطلوبة. بمجرد اكتمال مراجعة الأهلية ، سيتم إرسال بريد إلكتروني للمريض لإعلامه إذا تمت الموافقة عليه أو رفضه.

يرجى ملء جميع الصفحات الثلاث من هذا النموذج. سيساعد ملء هذا النموذج بالكامل على منع التأخير في عملية المراجعة.

معلومات المريض

إسم المريض	الضمان الإجتماعي	تاريخ الميلاد	الحساب

معلومات مقدم الطلب

إسم مقدم الطلب	العلاقة مع المريض	الضمان الإجتماعي	تاريخ الميلاد	الحالة الإجتماعية
العنوان	المدينة، الولاية والرمز البريدي			
هاتف المنزل	الهاتف النقال	اسم اتصال الطوارئ	هاتف اتصال الطوارئ	
إسم صاحب العمل	عنوان صاحب العمل		هاتف العمل	

ملاحظة: إذا كان العنوان الذي تتلقى فيه البريد مختلفاً عن العنوان الذي تعيش فيه، يرجى ملء معلومات "العنوان البريدي" أدناه

العنوان البريدي	المدينة، الولاية والرمز البريدي

معلومات التأمين الصحي حدد <input type="checkbox"/> هذا المربع إذا لم يكن لدى المريض أي مصدر للتأمين الصحي			
مزود التأمين الصحي	إسم صاحب البوليصة	بوليصة التأمين	الفئة
هل فقد أحد أفراد الأسرة وظيفته خلال الـ 60 يوما الماضية؟	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	تاريخ النفاذ	
هل تلقيت / تلقت إخطارا بشأن اختيار COBRA؟	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم		
هل قام / قامت باختيار تأمين COBRA ؟	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم		
إذا لم يختَر / تختَر تأمين COBRA ، يرجى التحقق من واحدة : <input type="checkbox"/> أقساط COBRA مكلفة للغاية <input type="checkbox"/> لديه تأمين جديد			

يرجى ذكر جميع أفراد الأسرة أدناه			
الإسم	الضمان الإجتماعي	تاريخ الميلاد	العلاقة مع المريض
1			
2			
3			
4			
5			
6			

ملاحظة: يرجى ذكر أي أفراد إضافيين من أفراد الأسرة في قسم "الملاحظات" في الصفحة 3 من هذا النموذج

الدخل الشهري للأسرة		
نوع الدخل	الدخل الإجمالي الشهري لمقدم الطلب	الدخل الإجمالي الشهري لزوج مقدم الطلب
الدخل الوظيفي	\$	\$
التقاعد / المعاش / التقاعد الاجتماعي	\$	\$
دخل العجز للضمان الاجتماعي	\$	\$
دخل البطالة	\$	\$
دعم الطفل / النفقة	\$	\$
أخرى (أذكر المصدر هنا _____)	\$	\$

بيان الدعم

أقر بأنني عاطل عن العمل منذ _____ الشهر / _____ العام. نتيجة لكوني عاطلاً عن العمل ، أتلقى الغذاء والمأوى والملابس
من _____ (العلاقة مع مقدم الطلب = _____)

إقرار وتوقيع

أقر بموجبه بأن المعلومات المقدمة في هذا التطبيق صحيحة ودقيقة وكاملة على حد علمي. فأنا بذلك أرخص للمستشفى بالاتصال بأي
شخص أو شركة أو منظمة للتحقق من صحة أي من المعلومات المقدمة واسمح بذلك لأي شخص أو شركة أو منظمة بتقديم أي معلومات
مالية قد يطلبها إلى المستشفى.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب

بريد الطلب المكتمل إلى :

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

ملاحظات