

CAFA Краткий обзор

Данное заявление необходимо, чтобы определить права пациента на получение страхового покрытия и финансовой помощи (CAFA). CAFA – это программа по оказанию финансовой помощи пациентам, не имеющим медицинской страховки и получившим больничные услуги. Права пациента на финансовую помощь определяются путем сравнения дохода его семьи с федеральным уровнем бедности.

Требования для подачи заявления на CAFA

Чтобы иметь права на получение помощи CAFA

- пациент не должен иметь медицинской страховки
- пациент должен проживать в штате Северная Каролина или Южная Каролина
- пациент не имеет права на получение финансовой помощи по другим программам (таким как Medicaid), либо полностью содействовал в подаче заявлений на другие программы, но не прошел по требованиям
- пациент должен оказывать полное содействие при проверке на соответствие программе CAFA. В случае необходимости предоставления дополнительной информации и/или подтверждения семейного дохода для приема в программу, пациент получит письменное уведомление с указанием, какая документация необходима и крайний срок подачи. Если требуемая информация не будет предоставлена в указанный срок, пациент не будет квалифицирован на программу CAFA.

Проверка на соответствие программе CAFA

Соответствие пациента требованиям программы CAFA определяется в течение 45 дней от даты получения заявления пациента отделом обслуживания организации Atrium Health. Если потребуется подтверждение дохода, процесс рассмотрения заявления может продолжаться более 45 дней и завершиться по получении затребованной информации. Как только проверка на соответствие программе CAFA будет завершена, пациент получит письменное уведомление с подтверждением приема в программу или отказом.

Пожалуйста, заполните **3** страницы данной формы. Полное и точное заполнение формы предотвратит задержки в процессе проверки.

Данные пациента/Patient Information			
Имя и фамилия/Patient Name	Номер Social Security	Дата рождения/Date of Birth	Номер счета/Account#

Данные заявителя/Applicant Information				
Имя и фамилия заявителя/Applicant Name	Кем приходится пациенту/ Relationship to Patient	Номер Social Security	Дата рождения/ Date of Birth	Семейное положение/ Marital Status
Адрес проживания/Address		Город, штат, почтовый код/City, State and Zip Code		
Домашний телефон/ Home Phone#	Сотовый телефон/ Mobile Phone#	Контактное лицо в экстренных случаях/ Emergency Contact Name	Телефон/ Emergency Contact Phone#	
Место работы/Employer Name		Адрес места работы/Employer Address	Рабочий телефон/Work Phone	

ВНИМАНИЕ: Если почтовый адрес отличается от адреса проживания, пожалуйста, укажите ниже почтовый адрес

Почтовый адрес/Mailing Address	Город, штат, почтовый код/City, State and Zip Code
--------------------------------	--

Информация о медицинском страховании/Health Insurance Information

Поставьте галочку, если у пациента нет страхового покрытия

Страховая компания/ Health Insurance Provider	Имя и фамилия страхователя/ Policy Holder Name	Номер полиса/ Policy#	Номер группы/Group#	Дата вступления в силу/Effective Date
Потерял ли кто-либо из членов семьи работу в течение последних 60 дней? Has a member of the household lost their job within the past 60 days?			<input type="checkbox"/> Да/Yes <input type="checkbox"/> Нет/No	
Получили ли он/она извещение о возможном продолжении страхования от компании COBRA?/Did he/she receive a COBRA election notice?			<input type="checkbox"/> Да/Yes <input type="checkbox"/> Нет/No	
Решили ли он/она продолжать страхование с компанией COBRA? Did he/she elect COBRA coverage?			<input type="checkbox"/> Да/Yes <input type="checkbox"/> Нет/No	
Если он/она решили не продолжать страхование с компанией COBRA, укажите причину If he/she did not elect COBRA coverage, please check one:				
<input type="checkbox"/> COBRA страховые взносы очень дорогие COBRA premiums too expensive <input type="checkbox"/> есть новый план has new coverage				

Пожалуйста, укажите всех членов семьи/Please list all household members below

Имя и фамилия/Name	Номер Social Security	Дата рождения/ Date of Birth	Кем приходится пациенту/ Relationship to Patient
1			
2			
3			
4			
5			
6			

ВНИМАНИЕ: пожалуйста, укажите всех остальных членов семьи в разделе «дополнительная информация» на странице 3

Ежемесячный семейный доход/Monthly Household Income

Вид дохода/Type of Income	Ежемесячный общий доход заявителя/ Monthly Gross Income for Applicant	Ежемесячный общий доход супруга/и заявителя/ Monthly Gross Income for Applicant's Spouse
Заработная плата/Employment Income	\$	\$
Пенсия/Пенсия Social Security/ Retirement/Pension/Social Security Retirement	\$	\$
Пособие по инвалидности/Social Security Disability Income	\$	\$
Пособие по безработице/Unemployment Income	\$	\$
Алименты на ребенка/Child Support/Alimony	\$	\$
Другие доходы (укажите источник)/Other (list source here)	\$	\$
	\$	\$

Заявление о получаемой помощи/Statement of Support

Я подтверждаю, что был(а) без работы последние ____ месяцев, ____ лет. Поскольку я не работаю, я получаю питание, проживание и одежду от _____, который является моим(моей) _____ (кем является заявителю).

Подтверждение и подписи/Acknowledgement and Signatures

Настоящим я подтверждаю, что предоставленная в этом заявлении информация является правдивой, точной и полной в соответствии с тем, что мне известно. Настоящим я даю разрешение данной больнице связываться с любыми лицами, фирмами или организациями для подтверждения любой указанной информации; настоящим я разрешаю всем лицам, фирмам или организациям давать данной больнице любую финансовую информацию, которая может быть затребована.

Подпись заявителя/Applicant Signature

Дата/Date

Отправьте заполненное заявление по адресу/Mail Completed Application to:

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

Дополнительная информация/Notes
