



CAFA概况

本申請中要求的信息需要確定是否有資格獲得承保援助和經濟援助 (CAFA)。CAFA 是一項針對已接受醫院服務的未參保患者的經濟援助計劃。與聯邦貧困指南相比，其資格取決於患者的家庭收入。

申请 CAFA 的要求：

被考虑用于 CAFA:

- 患者必须是没有保险的
- 患者必须是北卡罗来纳州或南卡罗来纳州的居民
- 患者不得具有其他计划（如医疗补助计划）的潜在资格，或完全合作申请其他计划但未符合资格
- 患者必须完全配合 CAFA 审查流程。如果需要额外的信息和/或收入证明来完成申请，我们会将寄一封信给患者，让他们知道需要什么，和提交截止日期。如果截止日期前未收到所要求的信息，则患者将无资格获得 CAFA。

您能期待什么：资格审查程序

符合的资格将在 Atrium Health 的覆盖协助服务团队收到申请之日起 45 天内确定。如果需要收入证明，审查过程可延长超过 45 天，并在收到所要求的信息后完成。资格审查完成后，将向患者邮寄一封信，告知他们是否已获批准或拒绝。

请填写此表单的所有 3 页。完全的填写此表格有助于防止审核过程延迟。

患者信息			
患者姓名	社会安全号码	出生日期	帐户号码

申请人信息				
申请人姓名	与患者的关系	社会安全号码	出生日期	婚姻状况
地址		城市，州和邮政区号		
家庭电话号码	手机号码	紧急联络人姓名	紧急联系电话号码	
雇主姓名	雇主地址		工作电话	

备注: 如果您收到邮件的地址与您居住的地址不同，请填写下面的“邮寄地址”信息

邮寄地址	城市，州和邮政区号
------	-----------

健康保险信息 <input type="checkbox"/> 如果患者没有任何健康保险来源，请在此框中打个勾				
健康保险提供者	保单持有人姓名	政策号码	群组号码	生效日期
在过去 60 天内，有一名家庭成员失去了工作吗？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
他/她是否收到 COBRA 保险选择通知？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
他/她是否选择了 COBRA 保险覆盖？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
如果他/她没有选择 COBRA 保险，请选择一个： <input type="checkbox"/> COBRA 保费太贵了 <input type="checkbox"/> 有新的保险				

请列出以下所有家庭成员				
姓名	社会安全号码	出生日期	与患者的关系	
1				
2				
3				
4				
5				
6				

备注：请在本表格第 3 页的“备注”部分列出任何其他家庭成员

家庭月收入		
收入类型	申请人每月总收入	申请人配偶的每月总收入
就业收入	\$	\$
退休/退休金/社会保障退休	\$	\$
社会保障残疾收入	\$	\$
失业收入	\$	\$
子女抚养费/赡养费	\$	\$
其他（在此处列出来 _____）	\$	\$

支助声明	
我证明我已经失业了_____年/_____个月。由于失业，我从_____收到食物，住所和衣服（和申请者的关系=_____）	

致谢和签名	
本人特此证明，本申请中都是据我所知提供的信息真实，准确，完整。我在此授权医院与任何人，公司或组织联系以核实所提供的任何信息，并在此授权任何此类人员，公司或组织向医院发布其可能要求的任何财务信息。	
申请人签名日期	日期

已完成邮件申请寄至：
Atrium Health System Business Office
Attention: Coverage Assistance Services
PO Box 32861
Charlotte, NC 28232

备注
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>