



Coverage Assistance & Financial Assistance (CAFA) Application

Khái quát CAFA

Thông tin được yêu cầu trong đơn này là bắt buộc để xác định đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Bảo hiểm và Hỗ trợ Tài chính (CAFA). CAFA là một chương trình hỗ trợ tài chính cho các bệnh nhân không có bảo hiểm đã nhận dịch vụ của bệnh viện. Khả năng hội đủ điều kiện dựa trên thu nhập hộ gia đình của bệnh nhân so với hướng dẫn về nghèo đói của liên bang

Yêu cầu để Nộp đơn cho CAFA

Để được xem xét cho CAFA:

- bệnh nhân phải không được có bảo hiểm
- bệnh nhân phải là cư dân của Bắc Carolina hoặc Nam Carolina
- Bệnh nhân không phải là khả năng hội đủ điều kiện cho các chương trình khác (như Medicaid) hoặc đã hợp tác đầy đủ trong việc nộp đơn cho một chương trình khác nhưng không đủ điều kiện
- bệnh nhân phải hợp tác đầy đủ với quy trình xem xét CAFA. Nếu cần thêm thông tin và / hoặc bằng chứng thu nhập là cần thiết để hoàn thành đơn, thư sẽ được gửi đến bệnh nhân để cho họ biết những gì cần thiết và thời hạn nộp. Nếu thông tin được yêu cầu không được nhận đúng thời hạn, bệnh nhân sẽ không đủ điều kiện cho CAFA

Những gì để Mong đợi: Quá trình Duyệt xét Điều kiện hội đủ

Điều kiện hội đủ sẽ được xác định trong vòng 45 ngày kể từ ngày nhận được đơn của Nhóm Dịch vụ Hỗ trợ Bảo hiểm tại Atrium Health. Nếu cần bằng chứng thu nhập, quá trình xem xét có thể kéo dài 45 ngày và được hoàn thành sau khi nhận được thông tin yêu cầu. Sau khi hoàn thành đánh giá đủ điều kiện, một bức thư sẽ được gửi cho bệnh nhân để cho họ biết nếu họ đã được chấp thuận hoặc từ chối.

Vui lòng hoàn thành tất cả 3 trang của mẫu này. Điền đầy đủ vào mẫu này sẽ giúp ngăn ngừa sự chậm trễ trong quá trình xem xét.

Thông tin Bệnh nhân			
Tên Bệnh nhân	Số An sinh Xã hội	Ngày Sinh	Số Trương mục

Thông tin Người nộp đơn				
Tên Người nộp đơn	Quan hệ với Bệnh nhân	Số An sinh Xã hội	Ngày Sinh	Tình trạng Hôn nhân
Địa chỉ		Thành phố, Tiểu bang và Mã Bưu điện		
Số Điện thoại Nhà	Số Điện thoại Di động	Tên Liên lạc Khẩn cấp	Số Điện thoại Liên lạc Khẩn cấp	
Tên Nhà tuyển dụng	Địa chỉ Nhà tuyển dụng		Điện thoại Việc làm	

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

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

Thông tin Bảo hiểm Sức khỏe <input type="checkbox"/> Kiểm tra hộp này nếu bệnh nhân không có bất kỳ nguồn của bảo hiểm sức khỏe				
Nhà cung cấp Bảo hiểm Sức khỏe	Tên Chủ Hợp đồng	Số Hợp đồng	Số Nhóm	Ngày có Hiệu lực
Có một thành viên trong gia đình bị mất việc trong vòng 60 ngày qua?			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Anh ấy / cô ấy đã nhận được một thông báo chọn COBRA?			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Anh ấy / cô ấy đã chọn bảo hiểm COBRA?			<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	Số An sinh Xã hội	Ngày Sinh	Quan hệ với Bệnh nhân	
1				
2				
3				
4				
5				
6				

LƯU Ý: vui lòng liệt kê bất kỳ thành viên bổ sung nào của hộ gia đình trong phần 'ghi chú trên trang 3 của mẫu này form

Thu nhập Hộ gia đình Hàng tháng		
Loại Thu nhập	Tổng Thu nhập Hàng tháng của Người nộp đơn	Tổng Thu nhập Hàng tháng của Phôi ngẫu của Người nộp đơn
Thu nhập Việc làm	\$	\$
Hưu trí / Hưu bổng / An sinh xã hội Hưu trí	\$	\$
Thu nhập Khuyết tật An sinh Xã hội	\$	\$
Thu nhập Thất nghiệp	\$	\$
Tiền cấp dưỡng Con/Tiền phụ cấp cho người phối ngẫu	\$	\$
Khác (liệt kê nguồn ở đây _____)	\$	\$

Tuyên bố Hỗ trợ

Tôi xác nhận rằng tôi đã thất nghiệp qua _____ năm / _____ tháng. Kết quả của việc thất nghiệp, tôi nhận được thức ăn, chỗ ở và quần áo từ _____ (mối quan hệ với người nộp đơn= _____)

Công nhận và chữ ký

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

Chữ ký của Người nộp đơn

Ngày

Gửi Đơn đã Hoàn tất về :
Atrium Health System Business Office
Attention: Coverage Assistance Services
PO Box 32861
Charlotte, NC 28232

Lưu ý