



कठिनाई निपटान अवलोकन

इस एप्लिकेशन में अनुरोध की गई जानकारी को कठिनाई निपटान छूट के लिए योग्यता निर्धारित करने की आवश्यकता है। कठिनाई निपटान बीमाकृत रोगियों के लिए एक छूटप्रवाह है, जो कि कवरेज सहायता और वित्तीय सहायता (सीएएफए) के लिए आय सीमा से अधिक है। रोगी के घरेलू वित्तीय संसाधनों की तुलना में एट्रियम हेल्थ (Atrium Health) में प्राप्त सेवाओं के कारण पात्रता संतुलन पर आधारित है।

कठिनाई निपटान छूट के लिए आवेदन करने की आवश्यकताएं

कठिनाई निपटान छूट के लिए विचार किया जाना चाहिए:

- रोगी को बीमित होना चाहिए
- रोगी उत्तरी कैरोलिना या दक्षिण कैरोलिना का निवासी होना चाहिए
- सभी बीमा / तृतीय पक्ष भुगतान के बाद एक खाते या खातों के संयोजन पर शेष \$2,500 से अधिक होना चाहिए
- रोगी को कठिनाई निपटान समीक्षा प्रक्रिया के साथ पूरी तरह से सहयोग करना चाहिए। यदि आवेदन को पूरा करने के लिए अतिरिक्त जानकारी और / या सबूत दस्तावेज की आवश्यकता है, तो रोगी को एक पत्र भेजा जाएगा ताकि उन्हें पता चल सके कि क्या आवश्यक है और जमा करने की समयसीमा। यदि अनुरोध की गई जानकारी समय सीमा से प्राप्त नहीं होती है, तो रोगी पात्र नहीं होगा।

क्या अपेक्षा करें: योग्यता समीक्षा प्रक्रिया

पात्रता एट्रियम हेल्थ (Atrium Health) में कवरेज सहायता सेवा टीम द्वारा आवेदन प्राप्त होने की तारीख से 45 दिनों के भीतर निर्धारित की जाएगी। अगर आय की सबूत की आवश्यकता है, तो समीक्षा प्रक्रिया 45 दिनों तक बढ़ सकती है और अनुरोध की गई जानकारी प्राप्त होने पर पूरा हो सकती है। एक बार योग्यता समीक्षा पूरी हो जाने के बाद, रोगी को उन्हें सूचित करने के लिए मेल किया जाएगा कि उन्हें अनुमोदित या अस्वीकार कर दिया गया है या नहीं।

कृपया इस फॉर्म के सभी 4 पेजों को पूरा करें। इस फॉर्म को पूरी तरह से भरने से समीक्षा प्रक्रिया में देरी को रोकने में मदद मिलेगी।

रोगी की जानकारी			
रोगी का नाम	सामाजिक सुरक्षा#	जन्म की तारीख	अकाउंट#

आवेदक सूचना				
आवेदक का नाम	रोगी के साथ संबंध	सामाजिक सुरक्षा#	जन्म की तारीख	वैवाहिक स्थिति
पता		शहर, राज्य और ज़िप कोड		

होम फोन #	मोबाइल फोन #	आपातकालीन संपर्क नाम	आपातकालीन संपर्क फोन #
नियोक्ता का नाम		नियोक्ता पता	कार्य फोन

नोट: यदि पता जहां आप रहते हैं मेलिंग पते से अलग है, तो कृपया नीचे 'मेलिंग पता' जानकारी भरें

मेलिंग पता	शहर, राज्य और ज़िप कोड
------------	------------------------

स्वास्थ्य बीमा सूचना <input type="checkbox"/> यदि इस रोगी के पास स्वास्थ्य कवरेज का कोई स्रोत नहीं है तो इस बॉक्स को चेक करें				
स्वास्थ्य बीमा प्रदाता	पॉलिसी धारक का नाम	पॉलिसी#	समूह #	प्रभावी तिथि
क्या पिछले 60 दिनों में घर के एक सदस्य ने अपना काम खो दिया है?			<input type="checkbox"/> हा	<input type="checkbox"/> नहीं
क्या उसे कोबरा चुनाव नोटिस मिला?			<input type="checkbox"/> हा	<input type="checkbox"/> नहीं
क्या उसने कोबरा कवरेज चुना था?			<input type="checkbox"/> हा	<input type="checkbox"/> नहीं
अगर उसने कोबरा कवरेज नहीं चुना है, तो कृपया एक का चयन करें: <input type="checkbox"/> कोबरा प्रीमियम बहुत महंगा है <input type="checkbox"/> नया कवरेज है				

कृपया नीचे सभी घरेलू सदस्यों को सूचीबद्ध करें

नाम	सामाजिक सुरक्षा#	जन्म की तारीख	रोगी के साथ संबंध
1			
2			
3			
4			
5			
6			

नोट: कृपया इस फॉर्म के पेज 4 पर 'नोट्स' सेक्शन में घर के किसी भी अतिरिक्त सदस्य को सूचीबद्ध करें

मासिक घरेलू आय		
आय का प्रकार	आवेदक के लिए मासिक सकल आय	आवेदक के पति / पत्नी के लिए मासिक सकल आय
नौकरी की तंख्वा	\$	\$
सेवानिवृत्ति / पेंशन / सामाजिक सुरक्षा सेवानिवृत्ति	\$	\$

सामाजिक सुरक्षा विकलांगता आय	\$	\$
बेरोजगारी आय	\$	\$
बाल सहायता / गुमनामी	\$	\$
अन्य (यहां सूचीबद्ध स्रोत _____)	\$	\$

वित्तीय संपत्ति			
स्रोत	बैंक या वित्तीय संस्थान का नाम	आवेदक	आवेदक के पति / पत्नी
चेकिंग खाता		\$	\$
बचत खाता		\$	\$
मुद्रा बाजार		\$	\$
जमा प्रमाणपत्र		\$	\$
स्टॉक्स / बांड		\$	\$
401-K / आईआरए		\$	\$
वार्षिकी		\$	\$
ट्रस्ट		\$	\$
प्रीपेड डेबिट		\$	\$
वचन पत्र		\$	\$
अन्य (_____)		\$	\$

संपत्ति कृपया नीचे स्वामित्व वाली सभी संपत्तियों को सूचीबद्ध करें			
पता	कर मूल्य	बचा हुआ ऋण	बंधक ऋणदाता का नाम
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	

समर्थन का बयान

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैं पिछले _____ वर्षों / _____ महीने के लिए बेरोजगार हूँ। बेरोजगार होने के परिणामस्वरूप, मुझे _____ से भोजन, आश्रय और कपड़े मिलते हैं (आवेदक से संबंध _____)

पावती और हस्ताक्षर

मैं इस प्रकार प्रमाणित करता हूँ कि इस एप्लिकेशन में प्रदान की गई जानकारी मेरे ज्ञान के सर्वोत्तम, सही और पूर्ण है। मैं इस प्रकार अस्पताल को किसी भी व्यक्ति, फर्म या संगठन से संपर्क करने के लिए प्राधिकृत करने के लिए प्राधिकृत करता हूँ और इस प्रकार किसी भी व्यक्ति, फर्म या संगठन को हॉस्पिटल को जारी करने के लिए किसी वित्तीय जानकारी को अधिकृत करने के लिए प्राधिकृत करता हूँ।

आवेदक हस्ताक्षर

दिनांक

पूरा आवेदन मेल करने के लिए:

एट्रियम हेल्थ (Atrium Health) सिस्टम बिजनेस ऑफिस

ध्यान: कवरेज सहायता सेवाएं

पीओ बॉक्स 32861

शार्लोट, एनसी 28232

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

टिप्पणियाँ
