

경제적 고난 의료비 정산 할인 신청서

경제적 고난 할인의 개요

본 신청서에서 요구되는 정보는 경제적 고난 의료비 정산 할인에 대한 자격 여부를 결정하는 데에 필요한 정보입니다. 경제적 고난 할인은 보험 커버리지 지원 및 재정 지원 (CAFA)을 받을 수 있는 소득한계를 초과하는 소득이있는 보험가입 환자 또는 비보험 환자들을 위한 할인 프로그램입니다. 자격 여부는 Atrium Health 에서 받으신 서비스에 대한 지불 잔금을 환자의 가구 재정자원에 비교하여 정해집니다.

경제적 고난 의료비 정산 할인 신청 요건

경제적 고난 의료비 정산 할인 혜택을 받기 위해서는:

- 환자는 보험에 가입되어있어야만 함
- 환자는 North Carolina 또는 South Carolina 의 주민이어야 함
- 모든 보험/제 3 자에 의한 의료비 지불 후, 한 계좌 또는 여러 계좌들의 도합 총 잔액이 \$2,500 이상되어야 함
- 환자는 본 경제적 고난 의료비 정산 할인에 대한 검토 과정에 완전히 협조해야 함. 신청 과정을 완전히 끝내기 위하여 추가적 정보 및/또는 증명 서류가 필요할 경우, 필요한 사항과 그 제출 마감일을 통보하는 편지가 환자에게 우송될 것입니다. 요청된 정보가 마감일까지 제출되지 않을 경우, 환자에게는 할인 혜택 자격이 주어지지 않습니다.

기대 사항: 자격 검토 과정

자격여부는 Atrium Health 의 보험 커버리지 지원 서비스 팀이 신청서를 받는 날로부터 45 일 이내에 결정됩니다. 소득증명이 필요할 경우에는, 검토과정이 45 일 이상 연장될 수 있으며, 검토과정은 요청된 정보를 받음으로써 완료될 수 있습니다. 일단 자격 검토가 완료되면, 신청서가 승인됐는지 거부됐는지를 통보하는 편지가 환자에게 우송됩니다.

본 양식의 4 페이지 모두를 완전히 기재해 주십시오. 본 양식을 완전히 기재하십시오으로써 검토 과정이 지연되는 것을 방지할 수 있습니다.

환자 정보

환자 이름	사회보장번호 (SS#)	생년월일	계좌번호
-------	--------------	------	------

신청인 정보

신청인 이름	환자와의 관계	사회보장번호 (SS#)	생년월일	결혼상태
주소		시, 주 및 우편번호 (Zip Code)		
자택전화번호	핸드폰 번호	긴급상황시 연락인 이름	긴급상황시 연락 전화번호	
고용주 이름	고용주 주소		직장 전화번호	

주: 우편을 받으시는 주소가 거주하시는 집주소와 다르면, 아래 '우편 주소' 정보란에 기재해 주십시오.

우편 주소	시, 주 및 우편번호 (Zip Code)
-------	------------------------

건강보험 정보 <input type="checkbox"/> 환자가 건강보험이 없으면 이 박스에 체크 표시하십시오				
건강보험제공자	보험계약자 이름	보험번호	그룹번호	보험 발효일
가족 중 지난 60 일 이내에 직장을 잃은 분이 있습니까?			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
그분이 COBRA 선택 통지를 받으셨습니까?			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
그분이 COBRA 커버리지를 선택하셨습니까?			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
그분이 COBRA 커버리지를 선택하지 않았다면, 다음의 하나를 체크하십시오. <input type="checkbox"/> COBRA 보험료가 너무 비싸다 <input type="checkbox"/> 새 보험 커버리지를 가지고있다				

집에 같이 살고있는 분들을 모두 아래에 기재하십시오				
이름		사회보장번호 (SS#)	생년월일	환자와의 관계
1				
2				
3				
4				
5				
6				

주: 같이 거주하는 분이 추가적으로 더 있으시면 본 양식 4 페이지에 있는 '비고' 부분에 기재해 주십시오.

가구당 월별 소득		
소득의 종류	신청인의 월 총소득	신청인 배우자의 월 총소득
근로소득	\$	\$
퇴직금/연금/사회보장퇴직금	\$	\$
사회보장 장애 소득	\$	\$
실업수당	\$	\$
양육비/위자료	\$	\$
기타 (출처를 기재하십시오 _____)	\$	\$

금융 자산			
출처	은행 또는 금융기관 이름	신청인	신청인 배우자
당좌예금(Checking Account)		\$	\$
저축예금(Savings Account)		\$	\$
단기금융시장(Money Market)		\$	\$
예금증서(Certificate of Deposit)		\$	\$
주식/채권		\$	\$
401-K/IRA		\$	\$
연금보험 (Annuity)		\$	\$
신탁재산 (Trust)		\$	\$
선불 직불 (Pre-Paid Debit)		\$	\$
약속어음		\$	\$
기타 (_____)		\$	\$

부동산 소유하고있는 모든 부동산을 아래에 기재하십시오			
주소	재산세 평가액	용자잔액	대출기관 이름
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	

부양 지원 진술서
<p>본인은 지난 _____년/ _____ 달 동안 실직해 있었음을 확인합니다. 실직으로 인해, 본인은 _____</p> <p>(신청인과의 관계 = _____)으로 부터 의식주를 제공 받고 있습니다.</p>

승인 및 서명

본인은 본 신청서에 제공된 정보는 본인이 알고있는 한도에서 진실이며 정확하고 완전한 정보임을 확인하는 바입니다. 본인은 제공된 이 모든 정보를 확인하기 위해 병원이 개인, 회사 또는 기관에 연락할 것을 허락하며, 또한 그러한 모든 개인, 회사 또는 기관은 요청된 모든 재정 정보를 병원에 제공할 것을 허락합니다.

신청인의 서명

날짜

완전히 작성된 신청서를 우송할 곳:

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

비고