



### 艱困協調概觀

本申請中要求的信息需要確定艱困協調折扣的資格。艱困協調是針對收入限額超過保險援助和經濟援助（CAFA）的投保患者或未參保患者的折扣計劃。資格取決於 Atrium Health 收到的服務應付餘額與患者家庭財務資源的比較。

### 申請艱困協調折扣的要求

需要考慮的艱困協調折扣：

- 患者必須是有投保的
- 患者必須是北卡羅來納州或南卡羅來納州的居民
- 所有保險/第三方付款後，一個賬戶或賬戶組合的餘額必須大於 2,500 美元
- 患者必須完全配合艱困協調審查程序。如果需要其他信息和/或證明文件來填寫申請表，我們會將一封信寄給患者，讓他們知道需要什麼，提交截止日期。如果截止日期前未收到所要求的信息，則患者將不符合資格。

### 您能期待什麼：資格審查程序

符合的資格是在 Atrium Health 的覆蓋協助服務團隊收到申請之日起 45 天內確定。如果需要收入證明，審查過程可延長超過 45 天，並在收到所要求的信息後完成。資格審查完成後，將向患者郵寄一封信，告知他們是否已獲批准或拒絕。

請填寫此表單的所有 4 頁。全部的填寫此表格有助於防止審核過程的延遲。

患者信息			
患者姓名	社會安全號碼	出生日期	帳戶號碼

申請人信息				
申請人姓名	與患者的關係	社會安全號碼	出生日期	婚姻狀況
地址		城市，州和郵政區號		
家庭電話號碼	手機號碼	緊急聯絡人姓名	緊急聯繫電話號碼	
雇主姓名		雇主地址	工作電話	

**備註：**如果您收到郵件的地址與您居住的地址不同，請填寫下面的“郵寄地址”信息)

郵寄地址	城市，州和郵政區號
------	-----------

**健康保險信息** 如果患者 **沒有** 任何健康保險來源，請在此框中打個勾

健康保險提供者	保單持有人姓名	政策號碼	群組號碼	生效日期
在過去 60 天內，有一名家庭成員失去了工作嗎？			<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
他/她是否收到 COBRA 保險選擇通知？			<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
他/她是否選擇了 COBRA 保險覆蓋？			<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
如果他/她沒有選擇 COBRA 保險，請選擇一個：			<input type="checkbox"/> COBRA 保費太貴了	<input type="checkbox"/> 已經有新的保險

**請列出以下所有家庭成員**

姓名	社會安全號碼	出生日期	與患者的關係
1			
2			
3			
4			
5			
6			

**備註：**請在本表格第 4 頁的“備註”部分列出任何其他家庭成員**家庭月收入**

收入類型	申請人每月總收入	申請人配偶的每月總收入
就業收入	\$	\$
退休/退休金/社會保障退休	\$	\$
社會保障殘疾收入	\$	\$
失業收入	\$	\$
子女撫養費/贍養費	\$	\$
其他(在此處列出來源 _____)	\$	\$

金融資產			
資源	銀行或金融機構的名稱	申請人	申請人的配偶
支票賬戶		\$	\$
儲蓄賬戶		\$	\$
貨幣市場		\$	\$
存款證		\$	\$
股票/債券		\$	\$
401-K/IRA		\$	\$
年金		\$	\$
信託		\$	\$
預付借記卡		\$	\$
期票		\$	\$
其他 (_____)		\$	\$

物業 請列出以下所有物業			
地址	稅值	貸款餘額	借貸款人名稱
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	

支助聲明
我證明我已經失業了從過去 _____年 / _____個月。由於失業，我從 _____收到食物，住所和衣服 (和申請者的關係 = _____)

致謝和簽名

本人特此證明，本申請中都是據我所知提供的信息真實，準確，完整。我在此授權醫院與任何人，公司或組織聯繫以核實所提供的任何信息，並在此授權任何此類人員，公司或組織向醫院發布其可能要求的任何財務信息。

申請人簽名

日期

**已完成郵件申請寄至：**

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

備註

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---