



### सीएएफए अवलोकन

इस एप्लिकेशन में अनुरोध की गई जानकारी को कवरेज सहायता और वित्तीय सहायता (सीएएफए) के लिए पात्रता निर्धारित करने की आवश्यकता है। सीएएफए बीमाकृत सेवाओं के लिए बीमाकृत सेवाओं के लिए एक वित्तीय सहायता कार्यक्रम है। पात्रता संघीय गरीबी दिशानिर्देशों की तुलना में रोगी की घरेलू आय पर आधारित है।

### सीएएफए के लिए आवेदन करने की आवश्यकताएं

सीएएफए के लिए विचार किया जाना चाहिए:

- रोगी को बीमाकृत होना चाहिए
- रोगी उत्तरी कैरोलिना या दक्षिण कैरोलिना का निवासी होना चाहिए
- रोगी को अन्य कार्यक्रमों (जैसे मेडिकेड) के लिए संभावित रूप से योग्य नहीं होना चाहिए या किसी अन्य कार्यक्रम के लिए आवेदन करने में पूरी तरह से सहयोग नहीं किया जाना चाहिए लेकिन योग्य नहीं
- रोगी को सीएएफए समीक्षा प्रक्रिया के साथ पूरी तरह से सहयोग करना चाहिए। यदि आवेदन को पूरा करने के लिए अतिरिक्त जानकारी और / या आय का प्रमाण आवश्यक 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 सीएएफए के लिए योग्य 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 3 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
------------	------------------------

<b>स्वास्थ्य बीमा सूचना</b> <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 3 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 _____)	\$	\$

### 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:

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

### टिप्पणियाँ

---



---



---



---



---



---



---
