



### Description Générale CAFA

Les informations demandées dans ce formulaire sont nécessaires afin de déterminer l'éligibilité à une assistance couverture et assistance financière (CAFA). CAFA est un programme d'aide financière pour les patients qui ne sont pas assurés et qui ont reçus des soins hospitaliers. L'éligibilité est basée sur le revenu du foyer du patient en comparaison avec les consignes fédérales données concernant la pauvreté.

### Conditions nécessaires pour faire une demande CAFA

Pour que le dossier CAFA soit examiné :

- Le patient ne doit pas être assuré
- Le patient doit résider en Caroline du Nord ou Caroline du Sud
- Le patient ne doit pas être potentiellement éligible à d'autres programmes (tel que Medicaid) ou a, préalablement, pleinement coopéré en présentant une demande pour un autre programme mais n'y est pas éligible
- Le patient doit pleinement coopérer dans la procédure d'examen CAFA. Si des informations supplémentaires et/ou des preuves de revenus sont nécessaires afin de compléter le formulaire de demande, une lettre sera envoyée au patient pour leur faire savoir ce qui est requis ainsi que la date butoir pour faire la demande. Si ces informations requises ne sont pas reçues avant la date butoir, le patient ne sera pas éligible au programme CAFA.

### A quoi s'attendre : Le processus d'examen à l'éligibilité

L'éligibilité sera déterminée dans les 45 jours qui suivent la date où le formulaire de demande est reçu par le service d'Assurance d'Atrium Health. Si des preuves de revenus sont nécessaires, le processus d'examen peut être prolonger de 45 jours et peut être complété dès réception des informations demandées. Une fois que le processus d'examen de l'éligibilité est fait, une lettre sera envoyée au patient pour leur faire part d'une réponse favorable ou défavorable.

Merci de compléter les 3 pages de ce formulaire de demande. Remplir de manière complète ce formulaire aidera à éviter tout retard dans son processus d'examen.

Informations sur le patient			
Nom du patient	Numéro de Sécurité sociale	Date de naissance	Numéro de Compte

Informations sur le demandeur				
Nom du demandeur	Lien de parenté avec le patient	Numéro de Sécurité Sociale	Date de naissance	Etat civil
Adresse		Ville, Etat, Code Postal		
Numéro de téléphone du domicile	Numéro de téléphone	Nom d'un contact d'urgence	Numéro de téléphone du contact d'urgence	
Nom de l'employeur	Adresse de l'employeur		Numéro de téléphone du travail	

**NOTE** : Si l'adresse où vous recevez le courrier est différente de l'adresse où vous vivez, veuillez remplir les informations sur « adresse postale », ci-dessous.

Adresse Postale	Ville, Etat, Code Postal
-----------------	--------------------------

Informations sur l'assurance maladie <input type="checkbox"/> Cocher cette case si le patient n'a aucune couverture d'assurance				
Compagnie d'assurance-maladie	Nom de l'assuré	Numéro de contrat	Numéro de groupe	Date effective
Un membre de la famille a t'il perdu son travail au cours des 60 derniers jours ?			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
A t'il (elle) reçu un avis d'option COBRA ?			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
A t'il (elle) choisi la couverture COBRA ?			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
S'il (elle) n'a pas opté pour la couverture COBRA, veuillez cocher une case : <input type="checkbox"/> primes COBRA trop onéreuses <input type="checkbox"/> nouvelle couverture d'assurance				

Veuillez lister, ci-dessous, tous les membres de la famille				
Nom	Numéro de Sécurité Sociale	Date de naissance	Lien de parenté avec le patient	
1				
2				
3				
4				
5				
6				

**NOTE :** veuillez lister les membres supplémentaires du foyer dans la partie "notes" en page 3 de ce formulaire.

Revenus mensuels du foyer		
Type de revenus	Revenu mensuel brut du demandeur	Revenu mensuel brut du conjoint du demandeur
Salaire	\$	\$
Retraite/Pension/Retraite de la Sécurité Sociale	\$	\$
Sécurité sociale pour infirmité	\$	\$
Chômage	\$	\$
Pension à l'attention d'enfants / Pension alimentaire	\$	\$
Autres (Mentionnez les ici _____)	\$	\$

