

## Solicitud de Asistencia de Cobertura y Ayuda Financiera (CAFA)

### Resumen de CAFA

La información solicitada en esta solicitud es necesaria para determinar la elegibilidad para la Asistencia de Cobertura y la Ayuda Financiera (CAFA, por sus siglas en inglés). CAFA es un programa de asistencia financiera para pacientes sin seguro que han recibido servicios hospitalarios. La elegibilidad se basa en el ingreso familiar del paciente en comparación con las pautas federales de pobreza.

### Requisitos para Solicitar por CAFA

Para ser considerado para CAFA:

- el paciente debe estar sin seguro
- el paciente debe ser residente de Carolina del Norte o Carolina del Sur
- el paciente no debe ser potencialmente elegible para otros programas (como *Medicaid*) o ha cooperado completamente para solicitar otro programa pero no calificó
- el paciente debe cooperar completamente con el proceso de revisión de CAFA. Si se necesita información adicional y/o prueba de ingresos para completar la solicitud, se enviará una carta al paciente para informarle lo que se necesita y la fecha límite para enviarla. Si la información solicitada no se recibe dentro de la fecha límite, el paciente no será elegible para CAFA.

### Qué esperar: El proceso de revisión de elegibilidad

La elegibilidad se determinará dentro de los 45 días a partir de la fecha en que el equipo de Servicios de Asistencia de Cobertura de Atrium Health reciba la solicitud. Si se necesita un comprobante de ingresos, el proceso de revisión puede extenderse más allá de los 45 días y completarse al recibir la información solicitada. Una vez que se complete la revisión de elegibilidad, se enviará una carta por correo al paciente para informarle si se ha aprobado o rechazado.

Por favor complete las 3 páginas de este formulario. Completar este formulario completamente ayudará a evitar retrasos en el proceso de revisión.

Información del Paciente			
Nombre del Paciente	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Número de Cuenta

Información del Solicitante				
Nombre del Solicitante	Relación con el Paciente	Núm. de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Estado Civil
Dirección		Ciudad, Estado y Código Postal		
Número Teléfono Hogar	Número Teléfono Móvil	Nombre Contacto de Emergencia	Teléfono de Contacto de Emergencia	
Nombre del Empleador		Dirección del Empleador	Teléfono Trabajo	

**NOTA:** Si la dirección donde recibe el correo es diferente de la dirección donde vive, complete la información de la "dirección postal" a continuación

Dirección Postal	Ciudad, Estado y Código Postal
------------------	--------------------------------

Información del Seguro de Salud <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si el paciente <u>no tiene</u> ninguna fuente de cobertura de salud				
Proveedor de Seguro de Salud	Nombre del Titular Principal de la Póliza	Número de Póliza	Número de Grupo	Fecha Efectividad
¿Ha perdido su empleo un miembro del hogar en los últimos 60 días?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Recibió él/ella un aviso de elección de COBRA?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Elegió la cobertura de COBRA?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si él/ella no eligió la cobertura COBRA, marque una:			<input type="checkbox"/> Las primas de COBRA son demasiado caras	<input type="checkbox"/> tiene nueva cobertura

Por favor, enumere a todos los miembros del hogar a continuación				
Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Relación con el Paciente	
1				
2				
3				
4				
5				
6				

**NOTA:** enumere a cualquier miembro adicional del hogar en la sección de "notas" en la página 3 de este formulario

Ingresos Mensuales del Hogar		
Tipo de Ingreso	Ingreso bruto mensual para el solicitante	Ingreso bruto mensual para el cónyuge del solicitante
Ingreso laboral	\$	\$
Jubilación / Pensión / Jubilación de la Seguridad Social	\$	\$
Ingreso por discapacidad de la seguridad social	\$	\$
Ingresos por desempleo	\$	\$
Pensión alimenticia / Manutención	\$	\$
Otro (indique la fuente aquí _____)	\$	\$

## Declaración de Apoyo

Certifico que he estado desempleado durante los últimos \_\_\_\_\_ años / \_\_\_\_\_ meses. Como resultado de estar desempleado, recibo comida, refugio y ropa de \_\_\_\_\_ (relación con el solicitante = \_\_\_\_\_)

## Reconocimiento y Firmas

Por la presente certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, precisa y completa a mi leal saber y entender. Por la presente autorizo al Hospital a contactar a cualquier persona, firma u organización para verificar la información proporcionada y por la presente autorizo a dicha persona, firma u organización a divulgar al Hospital cualquier información financiera que pueda solicitar.

Firma del Solicitante

Fecha

**Envíe la solicitud completada a:**  
Atrium Health System Business Office  
Attention: Coverage Assistance Services  
PO Box 32861  
Charlotte, NC 28232

## Notas