

Solicitud de Descuento del Acuerdo por Dificultades Económicas

Resumen del Acuerdo por Dificultades Económicas

La información solicitada en esta solicitud es necesaria para determinar la elegibilidad para el Descuento del Acuerdo por Dificultades Económicas. El Acuerdo por dificultades económicas es un programa de descuentos para pacientes asegurados o pacientes no asegurados que superan el límite de ingresos para la Asistencia de cobertura y la Ayuda financiera (CAFA, por sus siglas en inglés). La elegibilidad se basa en los saldos adeudados por los servicios recibidos en Atrium Health en comparación con los recursos financieros del hogar del paciente.

Requisitos para Solicitar el Descuento del Acuerdo por Dificultades Económicas

Para ser considerado para el Descuento del Acuerdo por Dificultades Económicas:

- el paciente debe estar asegurado
- el paciente debe ser residente de Carolina del Norte o Carolina del Sur
- el saldo de una cuenta o combinación de cuentas después de todos los pagos de seguros/terceros debe ser superior a \$ 2,500
- el paciente debe cooperar completamente con el proceso de revisión del Acuerdo por Dificultades Económicas. Si se necesita información adicional y/o documentos de prueba para completar la solicitud, se enviará una carta al paciente para informarle qué 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.

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 4 páginas de este formulario. Llenar 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	Número 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 del 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 un miembro de la familia su trabajo 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	# Seguridad 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 4 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 _____)	\$	\$

Activos Financieros			
Fuente	Nombre del banco o institución financiera	Solicitante	Cónyuge del Solicitante
Cuenta de cheques		\$	\$
Cuenta de ahorros		\$	\$
Mercado de dinero		\$	\$
Certificado de depósito		\$	\$
Acciones / Bonos		\$	\$
401-K / IRA		\$	\$
A anualidad		\$	\$
Fideicomiso		\$	\$
Débito prepago		\$	\$
Promesa que pagaré		\$	\$
Otro (_____)		\$	\$

Propiedad <small>Por favor enumere todas los inmuebles en propiedad a continuación</small>			
Dirección	Valor de Impuesto	Saldo del Préstamo	Nombre del Prestamista Hipotecario
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	

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 = _____)

