



Atrium Health

طلب خصم تسوية للضيق المالي

نظرة عامة حول التسوية للضيق المالي

المعلومات المطلوبة في هذا الطلب هي لتحديد الأهلية بطلب خصم تسوية. تسوية الضيق هو برنامج خصم للمرضى المؤمن عليهم أو المرضى غير المؤمن عليهم الذين تجاوزوا الحد المسموح به في الدخل للمساعدة في التأمين والمساعدة المالية (CAFA). تعتمد الأهلية على الأرصد المستحقة للخدمات التي يتم تلقيها في Atrium Health مقارنة بالموارد المالية المنزلية للمريض.

متطلبات التقدم بطلب خصم تسوية للضيق المالي

حتى يتم النظر في طلبك بالنسبة لخصم تسوية للضيق المالي

- يجب أن يكون المريض غير مؤمن عليه.
- يجب أن يكون المريض مقيماً في ولاية كارولينا الشمالية أو كارولينا الجنوبية.
- الرصيد في حساب واحد أو مجموعة من الحسابات بعد أن تكون جميع مدفوعات التأمين / الطرف الثالث أكبر من 2500 دولار.
- يجب على المريض التعاون بشكل كامل مع عملية مراجعة تسوية الضيق. إذا كانت هناك حاجة إلى مزيد من المعلومات و / أو مستندات الإثبات لإكمال الطلب ، فسيتم إرسال خطاب بالبريد إلى المريض لإخباره بما هو مطلوب والموعود النهائي لتقديمه. إذا لم يتم تلقي المعلومات المطلوبة في الموعد النهائي ، فلن يكون المريض مؤهلاً.

ما هو متوقع: عملية مراجعة الأهلية

سيتم تحديد الأهلية خلال 45 يوماً من تاريخ استلام الطلب من قبل فريق خدمات المساعدة على التأمين في Atrium Health. إذا كانت هناك حاجة لإثبات الدخل ، فقد تمتد عملية المراجعة إلى 45 يوماً وتنتهي عند استلام المعلومات المطلوبة. بمجرد اكتمال مراجعة الأهلية ، سيتم إرسال بريد إلكتروني للمريض لإعلامه إذا تمت الموافقة عليه أو رفضه.

يرجى ملء جميع الصفحات 4 من هذا النموذج. سيساعد ملء هذا النموذج بالكامل على منع التأخير في عملية المراجعة.

معلومات المريض			
إسم المريض	الضمان الإجتماعي	تاريخ الميلاد	الحساب

معلومات مقدم الطلب				
إسم مقدم الطلب	العلاقة مع المريض	الضمان الإجتماعي	تاريخ الميلاد	الحالة الإجتماعية
العنوان	المدينة، الولاية والرمز البريدي			
هاتف المنزل	الهاتف النقال	اسم اتصال الطوارئ	هاتف اتصال الطوارئ	
إسم صاحب العمل	عنوان صاحب العمل	هاتف العمل		

ملاحظة: إذا كان العنوان الذي تتلقى فيه البريد مختلفاً عن العنوان الذي تعيش فيه، يرجى ملء معلومات "العنوان البريدي" أدناه

العنوان البريدي	المدينة، الولاية والرمز البريدي
-----------------	---------------------------------

معلومات التأمين الصحي حدد <input type="checkbox"/> هذا المربع إذا لم يكن لدى المريض أي مصدر للتأمين الصحي			
مزود التأمين الصحي	إسم صاحب البوليصة	بوليصة التأمين	الفئة
هل فقد أحد أفراد الأسرة وظيفته خلال الـ 60 يوما الماضية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تاريخ النفاذ	
هل تلقيت / تلقت إخطارا بشأن اختيار COBRA؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
هل قام / قامت باختيار تأمين COBRA ؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
إذا لم يختار / تختار تأمين COBRA ، يرجى التحقق من واحدة : <input type="checkbox"/> أقساط COBRA مكلفة للغاية <input type="checkbox"/> لديه تأمين جديد			

يرجى ذكر جميع أفراد الأسرة أدناه			
الإسم	الضمان الإجتماعي	تاريخ الميلاد	العلاقة مع المريض
1			
2			
3			
4			
5			
6			

ملاحظة: يرجى ذكر أي أفراد إضافيين من أفراد الأسرة في قسم "الملاحظات" في الصفحة 4 من هذا النموذج

الدخل الشهري للأسرة		
نوع الدخل	الدخل الإجمالي الشهري لمقدم الطلب	الدخل الإجمالي الشهري لزوج مقدم الطلب
الدخل الوظيفي	\$	\$
التقاعد / المعاش / التقاعد الاجتماعي	\$	\$
دخل العجز للضمان الاجتماعي	\$	\$
دخل البطالة	\$	\$
دعم الطفل / النفقة	\$	\$

الأصول المالية			
المصدر	إسم البنك أو المؤسسة المالية	مقدم الطلب	زوج مقدم الطلب
الحساب الجاري		\$	\$
حساب التوفير		\$	\$
سوق النقد		\$	\$
شهادة إيداع		\$	\$
الأسهم/السندات		\$	\$
401-K/IRA		\$	\$
الأقساط		\$	\$
الإنتمان		\$	\$
الخصم المدفوع مسبقاً		\$	\$
سند إذني		\$	\$
آخر (_____)		\$	\$

العقارات يرجى ذكر جميع العقارات المملوكة أدناه			
العنوان	قيمة الضريبة	رصيد القرض	اسم مقرض الرهن العقاري
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	

بيان الدعم
أقر بأنني عاطل عن العمل منذ _____ الشهر / _____ العام. نتيجة لكوني عاطلاً عن العمل ، أتلقى الغذاء والمأوى والملابس من _____ (العلاقة مع مقدم الطلب = _____)

