

## Formulaire de demande de l'assistance financière « Règlement discount pour situations difficiles »

### Description Générale de l'assistance financière « Règlement discount pour situations difficiles »

Les informations demandées dans ce formulaire sont nécessaires afin de déterminer l'éligibilité à l'assistance financière « Règlement discount pour situations difficiles ». Ce dernier est un programme à prix réduit pour les patients assurés ou les patients non assurés qui dépassent la limite de revenus exigée par l'Assistance Couverture et l'Assistance Financière (CAFA). L'éligibilité est basée sur les soldes dus pour les services reçus à Atrium Health, en comparaison aux ressources financières du foyer du patient.

### Conditions nécessaires pour faire une demande d'assistance financière « Règlement discount pour situations difficiles »

Pour que le dossier d'assistance financière « Règlement discount pour situations difficiles » soit examiné :

- Le patient doit être assuré
- Le patient doit résider en Caroline du Nord ou en Caroline du Sud
- Le solde sur l'un des comptes ou sur l'ensemble des comptes après les paiements par toutes les assurances ou ceux d'une tierce partie doit être supérieur à \$2,500
- Le patient doit pleinement coopérer dans la procédure d'examen de l'assistance financière « Règlement discount pour situation financières ». 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.

### 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 **4** 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"/> Cochez 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 4 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 _____)	\$	\$

Bien financiers			
Source	Nom de la banque ou de l'établissement financier	Demandeur	Conjoint du demandeur
Compte chèque		\$	\$
Compte épargne		\$	\$
Marché monétaire		\$	\$
Certificats de dépôts		\$	\$
Actions/Titres		\$	\$
401-K/IRA		\$	\$
Rente		\$	\$
Trust		\$	\$
Débit prépayé		\$	\$
Billet à ordre		\$	\$
Autres (_____)		\$	\$

Propriété			
Veuillez lister, ci-dessous, toutes les propriétés que vous possédez			
Adresse	Valeur Fiscale	Solde du prêt	Nom du prêteur hypothécaire
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	

Déclaration de soutien
Je certifie être sans emploi depuis les _____ dernières années / _____ derniers mois. Du fait d'être sans emploi, je reçois des aliments, un logement ainsi que des habits de _____ (lien de parenté avec le demandeur _____)

