

Краткий обзор программы «Особо затруднительные обстоятельства» (Hardship Settlement)

Информация в данном заявлении требуется, чтобы определить, является ли пациент кандидатом для получения скидки в связи с особо затруднительными обстоятельствами. Программа «Особо затруднительные обстоятельства» (Hardship Settlement) предоставляет скидку застрахованным или незастрахованным пациентам, доходы которых превышают требования на получение страхового покрытия и финансовой помощи (Coverage Assistance and Financial Assistance (CAFA)). Право на получение скидки основано на балансе счетов за услуги, представленные медицинской организацией Atrium Health, в сравнении с семейными финансовыми ресурсами пациента.

Требования на получение скидки в особо затруднительных обстоятельствах

Чтобы иметь права на получение скидки в особо затруднительных обстоятельствах

- пациент должен иметь медицинскую страховку
- пациент должен проживать в штате Северная Каролина или Южная Каролина
- счет/счета после всех платежей, поступивших от страховых компаний и третьих сторон, должен превышать \$2,500
- пациент должен оказывать полное содействие при проверке на соответствие программе «Особо затруднительные обстоятельства» (Hardship Settlement). В случае необходимости предоставления дополнительной информации и/или подтверждающей документации для приема в программу, пациент получит письменное уведомление с указанием, какая документация необходима, а также крайний срок подачи документов. Если требуемая информация не будет предоставлена в указанный срок, пациент не будет квалифицирован.

Проверка на соответствие программе

Соответствие пациента требованиям программы определяется в течение 45 дней от даты получения заявления пациента отделом обслуживания организации Atrium Health. Если потребуются подтверждение дохода, процесс рассмотрения заявления может продолжаться более 45 дней и завершиться по получении затребованной информации. Как только проверка на соответствие программе будет завершена, пациент получит письменное уведомление с подтверждением приема в программу или отказом.

Пожалуйста, заполните **4** страницы данной формы. Полное и точное заполнение формы предотвратит задержки в процессе проверки.

Данные пациента/Patient Information			
Имя и фамилия/Patient Name	Номер Social Security	Дата рождения/Date of Birth	Номер счета/Account#

Данные заявителя/Applicant Information				
Имя и фамилия заявителя/Applicant Name	Кем приходится пациенту/ Relationship to Patient	Номер Social Security	Дата рождения/ Date of Birth	Семейное положение/ Marital Status
Адрес проживания/Address		Город, штат, почтовый код/City, State and Zip Code		
Домашний телефон/ Home Phone#	Сотовый телефон/ Mobile Phone#	Контактное лицо в экстренных случаях/ Emergency Contact Name	Телефон/Emergency Contact Phone#	
Место работы/Employer Name		Адрес места работы/Employer Address	Рабочий телефон/Work Phone	

ВНИМАНИЕ: Если почтовый адрес отличается от адреса проживания, пожалуйста, укажите ниже почтовый адрес

Почтовый адрес/Mailing Address	Город, штат, почтовый код/City, State and Zip Code
--------------------------------	--

Информация о медицинском страховании
Health Insurance Information

Поставьте галочку, если у пациента нет страхового покрытия

Страховая компания/Health Insurance Provider	Имя и фамилия страхователя/Policy Holder Name	Номер полиса/Policy#	Номер группы/Group#	Дата вступления в силу/Effective Date
Потерял ли кто-либо из членов семьи работу в течение последних 60 дней? Has a member of the household lost their job within the past 60 days?			<input type="checkbox"/> Да/Yes <input type="checkbox"/> Нет/No	
Получили ли он/она извещение о возможном продолжении страхования от компании COBRA?/ Did he/she receive a COBRA election notice?			<input type="checkbox"/> Да/Yes <input type="checkbox"/> Нет/No	
Решили ли он/она продолжить страхование с компанией COBRA? Did he/she elect COBRA coverage?			<input type="checkbox"/> Да/Yes <input type="checkbox"/> Нет/No	
Если он/она решили не продолжать страхование с компанией COBRA, укажите причину If he/she did not elect COBRA coverage, please check one:				
			<input type="checkbox"/> COBRA страховые взносы очень дорогие COBRA premiums too expensive	
			<input type="checkbox"/> есть новый план has new coverage	

Пожалуйста, укажите всех членов семьи/Please list all household members below

Имя и фамилия/Name	Номер Social Security	Дата рождения/ Date of Birth	Кем приходится пациенту/ Relationship to Patient
1			
2			
3			
4			
5			
6			

ВНИМАНИЕ: пожалуйста, укажите всех остальных членов семьи в разделе «дополнительная информация» на странице 4

Ежемесячный семейный доход/Monthly Household Income

Вид дохода/Type of Income	Ежемесячный общий доход заявителя/ Monthly Gross Income for Applicant	Ежемесячный общий доход супруга/и заявителя/Monthly Gross Income for Applicant's Spouse
Заработная плата/Employment Income	\$	\$
Пенсия/Пенсия Social Security/ Retirement/Pension/Social Security Retirement	\$	\$
Пособие по инвалидности/Social Security Disability Income	\$	\$
Пособие по безработице/Unemployment Income	\$	\$
Алименты на ребенка/Child Support/Alimony	\$	\$
Другие доходы (укажите источник)/Other (list source here)	\$	\$

Финансовые активы/Financial Assets			
Вид/Source	Наименование банка или финансового учреждения/ Name of Bank or Financial Institution	Заявитель/Applicant	Супруг(а) заявителя/ Applicant's Spouse
Текущий банковский счет Checking Account		\$	\$
Сберегательный счет Savings Account		\$	\$
Денежный рынок Money Market		\$	\$
Депозитный вклад Certificate of Deposit		\$	\$
Акции/Облигации Stocks/Bonds		\$	\$
401-K/IRA 401-K/IRA		\$	\$
Аннуитетные платежи Annuity		\$	\$
Трастовые фонды Trust		\$	\$
Предоплаченный дебит Pre-Paid Debit		\$	\$
Векселя Promissory Note		\$	\$
Другое (_____)		\$	\$

Недвижимость/Property			
Пожалуйста, укажите все виды недвижимости в вашем владении			
Адрес/Address	Налоговая стоимость/Tax Value	Остаток ссуды/Loan Balance	Ипотечный заимодаватель/ Name of Mortgage Lender
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	

Заявление о получаемой помощи/Statement of Support
Я подтверждаю, что был(а) без работы последние ____ месяцев, ____ лет. Поскольку я не работаю, я получаю питание, проживание и одежду от _____, который является моим(моей) _____ (кем является заявителю).

Подтверждение и подписи/Acknowledgement and Signatures
Настоящим я подтверждаю, что предоставленная в этом заявлении информация является правдивой, точной и полной в соответствии с тем, что мне известно. Настоящим я даю разрешение данной больнице связываться с любыми лицами, фирмами или организациями для подтверждения любой указанной информации; настоящим я разрешаю всем лицам, фирмам или организациям давать данной больнице любую финансовую информацию, которая может быть затребована
Подпись заявителя/Applicant Signature
Дата/Date

Отправьте заполненное заявление по адресу/Mail Completed Application to:

Atrium Health System Business Office
Attention: Coverage Assistance Services
PO Box 32861
Charlotte, NC 28232

Дополнительная информация/Notes