



### 艰困协调概观

本申请中要求的信息需要确定艰困协调折扣的资格。艰困协调是针对收入限额超过保险援助和经济援助（CAFA）的投保患者或未参保患者的折扣计划。资格取决于 Atrium Health 收到的服务应付余额与患者家庭财务资源的比较。

### 申请艰困协调折扣的要求

需要考虑的艰困协调折扣：

- 患者必須是有投保的
- 患者必須是北卡羅來納州或南卡羅來納州的居民
- 所有保險/第三方付款後，一個賬戶或賬戶組合的餘額必須大於 2,500 美元
- 患者必須完全配合艱困協調審查程序。如果需要其他信息和/或證明文件來填寫申請表，我們會將一封信寄給患者，讓他們知道需要什麼，提交截止日期。如果截止日期前未收到所要求的信息，則患者將不符合資格。

### 您能期待什么：资格审查程序

符合的资格是在 Atrium Health 的覆盖协助服务团队收到申请之日起 45 天内确定。如果需要收入证明，审查过程可延长超过 45 天，并且在收到所要求的信息后完成。资格审查完成后，将向患者邮寄一封信，告知他们是否已获批准或拒绝。

请填写此表单的所有 4 页。全部的填写此表格有助于防止审核过程的延迟。

患者信息			
患者姓名	社会安全号码	出生日期	帐户号码

申请人信息				
申请人姓名	与患者的关系	社会安全号码	出生日期	婚姻状况
地址		城市，州和邮政区号		
家庭电话号码	手机号码	紧急联络人姓名	紧急联系电话号码	
雇主姓名		雇主地址	工作电话	

**备注:** 如果您收到邮件的地址与您居住的地址不同，请填写下面的“邮寄地址”信息

邮寄地址	城市，州和邮政区号
------	-----------

健康保险信息				
<input type="checkbox"/> 如果患者 <b>没有</b> 任何健康保险来源，请在此框中打个勾				
健康保险提供者	保单持有人姓名	政策号码	群组号码	生效日期
在过去 60 天内，有一名家庭成员失去了工作吗？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
他/她是否收到 COBRA 保险选择通知？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
他/她是否选择了 COBRA 保险覆盖？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
如果他/她没有选择 COBRA 保险，请选择一个：			<input type="checkbox"/> COBRA 保费太贵了 <input type="checkbox"/> 有新的保险	

请列出以下所有家庭成员				
姓名	社会安全号码	出生日期	与患者的关系	
1				
2				
3				
4				
5				
6				

**备注：**请在本表格第 4 页的“备注”部分列出任何其他家庭成员

家庭月收入		
收入类型	申请人每月总收入	申请人配偶的每月总收入
就业收入	\$	\$
退休/退休金/社会保障退休	\$	\$
社会保障残疾收入	\$	\$
失业收入	\$	\$
子女抚养费/赡养费	\$	\$
其他 (在此处列出来源 _____)	\$	\$

金融资产			
资源	银行或金融机构的名称	申请人	申请人的配偶
支票账户		\$	\$
储蓄账户		\$	\$
货币市场		\$	\$
存款证		\$	\$
股票/债券		\$	\$
401-K/IRA		\$	\$
年金		\$	\$
信托		\$	\$
预付借记卡		\$	\$
期票		\$	\$
其他 (_____)		\$	\$

物业 请列出以下所有物业			
地址	税值	贷款余额	借贷款人名称
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	

明

我证明我已经失业了从过去 \_\_\_\_\_ 年 / \_\_\_\_\_ 个月。由于失业，我从 \_\_\_\_\_ 收到食物，住所和衣服 (和申请者的关系 = \_\_\_\_\_)

