



Descripción general de CAFA

La información recopilada en esta solicitud es necesaria para determinar la elegibilidad para la Asistencia de Cobertura y Asistencia Financiera (CAFA). CAFA es un programa de asistencia financiera para pacientes no asegurados que han recibido servicios con AnMed Health Cannon Hospital y/o AnMed Health Cannon Physician Services. La elegibilidad se basa en los ingresos familiares de un paciente en comparación con las pautas federales de pobreza.

Requisitos para solicitar el CAFA

- El paciente debe estar sin seguro.
- El paciente debe residir en Carolina del Sur o Georgia.
- El paciente debe cooperar plenamente con la determinación de otras opciones de cobertura, incluyendo pero no limitado a Medicaid, Cobra, Compensación de Workman, Responsabilidad, etc. Si se solicita información adicional y/o comprobante de ingresos, estados de cuenta bancarios, etc., se enviará una carta al paciente para hacerle saber lo que se necesita y la fecha límite para enviar. Si la información no se recibe antes de la fecha límite, el paciente no será elegible para CAFA.
- El paciente debe completar la solicitud CAFA en su totalidad.

Documentos necesarios para acompañar la Solicitud CAFA

Por favor, envíe sólo copias, ya que estos no serán devueltos.

- Prueba de los ingresos familiares del mes pasado: Cheques, carta de desempleo, Carta de premio de la SSA.
- Los estados de cuenta bancarios de los últimos dos meses (cheques y/o ahorros) para todas las cuentas bancarias en las que se enumeran los estados de cuenta del paciente y del cónyuge.
- Si está legalmente separado de su cónyuge, por favor proporcione una prueba de la separación legal.

Información de Paciente			
Nombre del paciente	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Cuenta #
Dirección postal		Ciudad	Estado/Zip
Dirección si es diferente a la anterior		Ciudad	Estado/Zip
Condado en el que reside	Lugar de nacimiento	Residente legal/ciudadano : Sí o No	Vivió en EE.UU. desde
Nombre de la doncella de la madre	Teléfono		Correo electrónico

LISTA DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Nombre	Fecha de nacimiento	SSN	Relación con el paciente	Sexo/Raza
		- -		
		- -		
		- -		
		- -		

		-	-		
		-	-		

If se necesita espacio adicional por favor utilice la sección de notas de esta aplicación.

Empleo actual	Tasa de pago	Hr/Wk	Título del trabajo	Fecha de empleo
Empleo del cónyuge	Tasa de pago	Hr/Wk	Título del trabajo	Fecha de empleo

Si no hay ingresos familiares, por favor pida a la persona que lo apoya para completar esta sección.

Esto es para certificar que estoy/ estaba proporcionando el siguiente tipo de apoyo y asistencia al solicitante mencionado anteriormente: víveres Refugio Efectivo Cantidad por mes: \$ _____
 No soy responsable, ni puedo pagar ningún gasto hospitalario o médico para él / ella.

Firma _____ Número de teléfono _____ Fecha _____
 Dirección si es diferente de la anterior: _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

¿Ha perdido un miembro del hogar su trabajo en los últimos 60 días?	Marque uno <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Recibió un Aviso de elección de COBRA?	Marque uno <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Recibió un Aviso de elección de COBRA?	Marque uno <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Elegió la cobertura de COBRA?	Marque uno <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene usted o planea solicitar una discapacidad con la Administración del Seguro Social?	Marque uno <input type="checkbox"/> SI Fecha _____ <input type="checkbox"/> NO
¿Estás embarazada? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	¿Estaba en hogares de crianza en SC a la edad de 18 años o más? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Ingreso mensual del hogar

Tipo de ingresos	Ingreso Bruto Mensual para Solicitante	Ingreso Bruto Mensual para el Cónyuge
Ingresos por empleo	\$	\$
Jubilación/Pensión	\$	\$
Jubilación del Seguro Social	\$	\$
Ingreso por Incapacidad del Seguro Social	\$	\$
Ingresos por desempleo	\$	\$
Manutención infantil	\$	\$
Pensión alimenticia	\$	\$
Otro (fuente de lista aquí _____)	\$	\$

Reconocimiento y firmas

Por la presente certifico que la información proporcionada en esta solicitud CAFA es verdadera, precisa y completa para ser lo mejor de mi conocimiento. Por la presente autorizo a AnMed Health Cannon a ponerse en contacto con cualquier persona, empresa u organización para verificar cualquiera de la información proporcionada y por la presente autorizo a cualquier persona, empresa u organización a divulgar a AnMed Health Cannon cualquier información financiera que pueda solicitar. Si el hospital cree que puedo ser elegible para la cobertura, acepto cooperar con los esfuerzos de la instalación para obtener beneficios.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Notas

Cómo presentar la solicitud: Entrega a mano a: AnMed Health Cannon
Attention: Financial Counselor
123 W.G. Acker Dr
Pickens, SC 29671

Mail to: AnMed Health Cannon
Attention: Financial Counselor
123 W.G. Acker Dr.
Pickens, SC 29671