



Carolinan HealthCare System Blue Ridge

Coverage Assistance & Financial Assistance Application

Thank you for choosing Carolinas HealthCare System Blue Ridge for your health care needs. As a health care organization we are committed to assisting patients meet their health care financial needs. The following application's purpose is to aide a financial counselor in determining eligibility for coverage assistance or financial assistance, based on a patients need for medically necessary hospital treatment. To avoid any delays in processing your application please ensure it is completed in its entirety with all corresponding and supporting documentation.

To better serve you we ask that you make copies of all original documents as we do not keep paper files for more than 7 days from the date of an approval/denial. Please note all documents included with your application will be scanned into our system and properly disposed of after the stated time frame.

The following is a list of generally acceptable supporting documents (**Please attach all that may apply**):

- Income Statements (Pay Stubs, Pension, Social Security, etc...)
- Most current Tax Return and/or all W2's
- Banking Statements (Checking and Savings)
- 401K/CD'S/Certificates/Stocks/Bonds Statements
- Burial/Life Insurance Policy
- Mortgage Statement (Primary Residence/Land/Other Property)*
- Vehicles/Boats/and other recreational vehicles*

*Please include tax statements and loan balances

IMPORTANT INFORMATION:

Eligibility Evaluation Process

In order to determine the appropriate level of assistance, the facility will:

- Review completed Coverage Assistance and Financial Assistance application
- Review supporting documents and evaluate for coverage through different public and private programs
- Review all information from each member of the household as defined by federal tax guidelines
- Applications will be processed in a reasonable time period

Eligibility Period

- Will differ based on which private and/or public programs are applicable
- Individuals presumed eligible under the Financial Assistance guidelines will remain eligible for six months following the initial approval date
- The facility reserves the right to limit eligibility to a shorter period and/or may require periodic reviews to confirm continuing eligibility

Eligibility Notification

Applicants will receive a notification via mail of the eligibility determination after a financial counselor has reviewed and processed the application. Any questions regarding eligibility and coverage can be addressed by a Financial Counselor in person at Morganton (Grace) or Valdese campus. Financial Counselors can also be reached at the numbers listed below.

Contact a Financial Counselor

(828)580-5090 or (828)580-7576

Mail Completed Application to:

CHS Blue Ridge
Attention: Financial Counselor
2201 South Sterling Street
Morganton, NC 28655



Carolinas HealthCare System – Blue Ridge

Coverage Assistance & Financial Assistance Application

Solicitud para Asistencia de Cobertura y Asistencia Financiera

Account# Nº de Cuenta	
Date(s) of Service Fecha(s) de Servicio	

The purpose of this form is to provide a Financial Counselor with the information required to determine the patient's eligibility for financial assistance with their CHS Blue Ridge hospital bill(s). To ensure a complete and thorough evaluation, please complete this form in its entirety.

El propósito de este formulario es proporcionar a un Asesoría Financiera la información necesaria para determinar si el paciente califica para la ayuda financiera con su(s) factura(s) del hospital CHS Blue Ridge. Para asegurar una evaluación completa y exhaustiva, por favor, llene este formulario en su totalidad.

Patient Demographics Datos Demográficos del Paciente				
Patient's Full Name Nombre Completo del Paciente		Date of Birth Fecha de Nacimiento	Social Security# Nº de Seguro Social	Marital Status Estado Civil
Physical Address Dirección de Correos		City, State and Zip Code Ciudad, Estado y Código Postal	Months/Yrs at This Address Meses/Años en esta dirección	County Condado
If the address where you live is different from your mailing address, please complete the 'mailing address' information below Si la dirección donde usted vive es diferente de su dirección de correo, por favor complete la información de la 'dirección de correo' abajo				
Mailing Address Dirección de Correos		City, State and Zip Code Ciudad, Estado y Código Postal	Months/Yrs at This Address Meses/Años en esta dirección	County Condado
Home Phone# Nº de Teléfono del Hogar	Mobile Phone# Nº de Teléfono Móvil	Emergency Contact Name Nombre de Contacto en el Caso de una Emergencia		Phone# Nº de Teléfono
City and State of Birth Ciudad y Estado de Nacimiento		Citizenship Status estatus de ciudadanía	Lived in U.S. Since Vive en E.U. desde	Copies of Your Documents? ¿Copias de sus Documentos? <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No (No)

Health Insurance Information Información de Seguro Médico				
Provider - Primary Coverage Proveedor – Cobertura Primaria	Policy Holder Name Nombre del Poseedor de la Póliza	Policy# Nº Póliza	Group# Nº de Grupo	Effective Date Fecha de Vigencia
Provider - Secondary Coverage Proveedor – Cobertura Secundaria	Policy Holder Name Nombre del Poseedor de la Póliza	Policy# Nº Póliza	Group# Nº de Grupo	Effective Date Fecha de

Please list all household members below Listar miembros de Familia que viven con usted						
Name Nombre	Date of Birth Fecha de Nacimiento	Place of Birth Lugar de Nacimiento	SSN# Número de Seguro Social	Relation to Patient Relación/Parentesco al Paciente	Sex Género	Race Raza
1						
2						
3						

Please list all household members below (continued from page 1)
Listar miembros de Familia que viven con usted (continuación de pagina 1)

Name Nombre	Date of Birth Fecha de Nacimiento	Place of Birth Lugar de Nacimiento	SSN# Número de Seguro Social	Relation to Patient Relación/Parentesco al Paciente	Sex Género	Race Raza
4						
5						
6						
7						

If there are more than 7 members of the household, please list in the 'notes' section on page 6 of this form
 Si hay más de 7 miembros de la familia en su hogar, por favor enumere en la sección "notas" de la página 6 de este formulario

Education, Employment and Military Background <i>Educación, Empleo y Servicio Militar</i>		Patient (mother if patient is a minor) <i>Paciente (madre si el paciente es menor)</i>	Spouse (father if patient is a minor) <i>Cónyuge (padre si el paciente es menor)</i>
Education <i>Educación</i>	Highest Grade Completed in School <i>Grado más alto que haya cursado en la escuela</i>		
	Technical Skills <i>Destrezas técnicas</i>		
Current Employment <i>Empleo Actual</i>	Currently Unemployed (check box if yes) <i>Actualmente desempleado (elija la caja si es si)</i>	<input type="checkbox"/> Fill-out 'past employment' section <i>Llene la sección 'empleo pasado'</i>	<input type="checkbox"/> Fill-out 'past employment' section <i>Llene la sección 'empleo pasado'</i>
	Company Name and Address <i>Nombre y Dirección de la Compañía</i>		
	Job Title / Type of Work Performed <i>Título del empleo / Tipo de trabajo realizado</i>		
	Work Phone# <i>Número de Teléfono del Trabajo</i>		
	Boss/Supervisor's Name <i>Nombre del Jefe/Supervisor</i>		
	Dates of Employment <i>Fechas de empleo</i>		
	Income and Pay Structure <i>(Ingreso y Forma de Pago)</i>	____ hrs/wk (hrs/semana) \$ ____/hr(por hora) ____ days/wk(días/semana) \$ ____/day (por día) Commission (Comisión) \$ ____/mo(al mes) Annual (Anuales) \$ _____	____ hrs/wk (hrs/semana) \$ ____/hr(por hora) ____ days/wk(días/semana) \$ ____/day (por día) Commission (Comisión) \$ ____/mo(al mes) Annual (Anuales) \$ _____
Past Employment <i>Empleo Pasado</i>	Company Name and Address <i>Nombre y Dirección de la Compañía</i>		
	Job Title / Type of Work Performed <i>Título del empleo / Tipo de trabajo realizado</i>		
	Dates of Employment <i>Fechas de empleo</i>		
	Income and Pay Structure <i>(Ingreso y Forma de Pago)</i>	____ hrs/wk (hrs/semana) \$ ____/hr(por hora) ____ days/wk(días/semana) \$ ____/day (por día) Commission (Comisión) \$ ____/mo(al mes) Annual (Anuales) \$ _____	____ hrs/wk (hrs/semana) \$ ____/hr(por hora) ____ days/wk(días/semana) \$ ____/day (por día) Commission (Comisión) \$ ____/mo(al mes) Annual (Anuales) \$ _____

COBRA <i>Cobertura bajo COBRA</i>	Has a member of the household lost their job within the past 60 days? <i>¿Algún miembro de la familia ha perdido su empleo en los pasados 60 días?</i>			<input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No (No)	
	Did he/she receive a COBRA election notice? <i>¿Ha recibido él/ella una notificación de elección COBRA?</i>			<input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No (No)	
	Did he/she elect COBRA coverage? <i>¿Seleccionó él/ella cobertura bajo COBRA?</i>			<input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No (No)	
	If he/she did not elect COBRA coverage, please check one: <i>Si él/ella no seleccionó cobertura bajo COBRA, favor de seleccionar una:</i>			<input type="checkbox"/> premiums too expensive <i>primas muy costosas</i>	<input type="checkbox"/> new coverage <i>nueva cobertura</i>
Military Service <i>Servicio Militar</i>	Branch <i>Rama</i>	Dates Enlisted <i>Fechas Enlistado/Reclutado</i>	Rank <i>Rango</i>	Serial# <i>Número de Serie</i>	

Insurance Information <i>Información de Seguro</i>					
Life Insurance <i>Seguro de Vida</i>	Company <i>Compañía</i>	Policy Holder <i>Tenedor de Póliza</i>	Face Value <i>Valor Nominal</i>	Policy Type <i>Tipo de Póliza</i>	Cash Value <i>Valor Efectivo</i>
Burial Insurance/Contract <i>Seguro/Contrato Fúnebres</i>	Company <i>Compañía</i>	Policy Holder <i>Poseedor de la Póliza</i>	Face Value <i>Valor Nominal</i>	Cash Value <i>Valor Efectivo</i>	Revocable? <i>¿Revocable?</i>

Income (3 month history) <i>Ingreso (historial de 3 meses)</i>	Patient (mother if patient is a minor) <i>Paciente (madre si el paciente es menor)</i>			Spouse (father if patient is a minor) <i>Cónyuge (padre si el paciente es menor)</i>		
	Last month <i>Ultimo mes</i>	2 months ago <i>2 meses atrás</i>	3 months ago <i>3 meses atrás</i>	Last month <i>Ultimo mes</i>	2 months ago <i>2 meses atrás</i>	3 months ago <i>3 meses atrás</i>
Wages <i>Salarios</i>						
Pension/Retirement <i>Pensión/Jubilación</i>						
Social Security Retirement <i>Jubilación del Seguro Social</i>						
Social Security Disability <i>Discapacidad del Seguro Social</i>						
Supplemental Security Income <i>Ingreso de Seguridad Suplementario</i>						
VA Benefits <i>Beneficios de Veteranos</i>						
Unemployment <i>Desempleo</i>						
Child Support <i>Pensión de Menores</i>						
Food Stamps <i>Estampillas de Alimentos</i>						
Other (Workfirst, etc.) <i>Otro (Workfirst, etc.)</i>						
Statement of Verification <i>Verificación de Declaración</i>	Do you have pay stubs/verification to confirm pay? <i>¿Tiene recibos/verificación de ingreso para confirmar paga?</i> <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No (No)			Do you have pay stubs/verification to confirm pay? <i>¿Tiene recibos/verificación de ingreso para confirmar paga?</i> <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No (No)		

Expenses <i>Gastos</i>	Payments for (name) <i>Pagos para (nombre)</i>	Payment Amount <i>Cantidad del Pago</i>	Paid to (name and address) <i>Pagado a (nombre y dirección)</i>
Child Support/Care <i>Cuido/Pensión de Menores</i>			
Alimony <i>Pensión Alimenticia</i>			

Statement of Support <i>Declaración de Apoyo</i>	<p>I certify that I have been unemployed for the last _____ <input type="checkbox"/> months <input type="checkbox"/> years. As a result of being unemployed, I receive food, shelter and clothes from _____, relationship, _____.</p> <p><i>Yo certifico que he estado desempleado durante los últimos _____ <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> años. Como resultado de estar desempleado, recibo alimentos, refugio y ropa de _____, relación, _____.</i></p>
--	---

Property <i>Propiedad</i>	Address <i>Dirección</i>	Ownership <i>Propietario</i>	Tax Value <i>Valor de Impuesto</i>	Loan Balance <i>Valor Prestatario</i>	Mortgage Co <i>Co. Hipotecaria</i>
Primary Residence <i>Residencia Primaria</i>		<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent <i>propia alquiler</i>			
Other Property <i>Otra Propiedad</i>		<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent <i>propia alquiler</i>			
Other Property <i>Otra Propiedad</i>		<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent <i>propia alquiler</i>			
Other Property <i>Otra Propiedad</i>		<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent <i>propia alquiler</i>			

Assets <i>Activos</i>		Make/Model <i>Marca/Modelo</i>	Ownership <i>Propiedad</i>	Tax Value <i>Valor de Impuesto</i>	Loan Balance <i>Saldo Crediticio</i>	Bank/Lender <i>Banco/Prestatario</i>
Automobiles <i>Automóviles</i>	1		<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent <i>propia alquiler</i>			
	2		<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent <i>propia alquiler</i>			
	3		<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent <i>propia alquiler</i>			
Motorcycles <i>Motocicletas</i>	1		<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent <i>propia alquiler</i>			
	2		<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent <i>propia alquiler</i>			
Boats <i>Botes</i>	1		<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent <i>propia alquiler</i>			
	2		<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent <i>propia alquiler</i>			
Trailers/RVs <i>Tractores/RVs</i>	1		<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent <i>propia alquiler</i>			
	2		<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent <i>propia alquiler</i>			

If there are additional assets within the categories listed above, please include these in the notes section on page 6 of this form.
Si hay otros activos dentro de las categorías mencionadas anteriormente, por favor inclúylos en la sección de notas en la página 6 de este formulario.

Banking/Investments <i>Banca/Inversiones</i>		Institution <i>Institución</i>	Balance <i>Saldo</i>	Account# <i>Número de Cuenta</i>	Account Holder(s) <i>Poseedor(es) de Cuenta</i>
Checking <i>Cheques</i>	1				<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Joint <i>Paciente Cónyuge Conjunta</i>
	2				<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Joint <i>Paciente Cónyuge Conjunta</i>
Savings <i>Ahorros</i>	1				<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Joint <i>Paciente Cónyuge Conjunta</i>
	2				<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Joint <i>Paciente Cónyuge Conjunta</i>
CDs <i>CDs</i>					
401K / IRA <i>401K / IRA</i>					
Stocks/Bonds <i>Acciones/Bonos</i>					
Other (trust fund, etc.) <i>Otros (fondos fiduciarios, etc.)</i>					

Medical Bills <i>Facturas Médicas</i>	Does the patient have old medical bills within two years? <i>¿El paciente tiene cuentas médicas atrasadas dentro de un margen de dos años?</i>	<input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No <i>(No)</i>	Total Amount <i>Cantidad Total</i>
---	---	--	---------------------------------------

Acknowledgement and Signatures <i>Consentimiento y Firma</i>			
<p>I hereby certify that the information provided in this Patient Financial Statement is true, accurate and complete to the best of my knowledge. I hereby authorize the Hospital to contact any person, firm or organization to verify any of the information given and I hereby authorize any such person, firm or organization to release to the Hospital any financial information it may request.</p> <p><i>Por la presente certifico que la información proporcionada en esta Declaración Financiera del Paciente es verdadera, exacta y completa según mi leal saber y entender. Por este medio autorizo al Hospital a comunicarse con cualquier persona, empresa u organización para verificar cualesquiera de la información proporcionada y por la presente autorizo a cualquier persona, empresa u organización a comunicar al Hospital cualquier información financiera que pueda solicitar.</i></p>			
Signature: <i>Firma</i>	Relationship to Patient: <i>Relación con el Paciente</i>		Date <i>Fecha</i>
Witness Signature: <i>Firma del Testigo</i>	Relationship to Patient: <i>Relación con el Paciente</i>		Date <i>Fecha</i>

For Financial Counseling Personnel <i>Para uso del departamento de Asistencia Financiera únicamente</i>	
Form Completed By (name)	Date
Form Completed via: <input type="checkbox"/> Bedside Interview <input type="checkbox"/> Phone Interview <input type="checkbox"/> Mail-in	
Based on the information provided, the patient may be eligible for the following program(s): <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Victim's Assistance <input type="checkbox"/> Medicaid - program(s) <input type="checkbox"/> IHF <input type="checkbox"/> Financial Assistance	Financial Counselor (name):

Contact a Financial Counselor
(828)580-5090 or (828)580-7576

Mail Completed Application to:
CHS Blue Ridge
Attention: Financial Counseling
2201 South Sterling Street
Morganton, NC 28655