

ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG DURCH NORTON HEALTHCARE

PATIENTENKONTONR.: _____
NAME DES PATIENTEN: _____ GEB. AM: ____ / ____ / ____ SVNR: _____
STRASSE UND HAUSNR.: _____ TELEFON PRIVAT: _____ MOBILTELEFON: _____
ORT: _____ BUNDESSTAAT: _____ PLZ: _____ E-MAIL: _____

IST DER PATIENT US-BÜRGER? JA NEIN HAT DER PATIENT EINEN RECHTMÄSSIGEN WOHNSITZ IN DEN USA? JA NEIN

ARBEITGEBER DES PATIENTEN
(BEI MINDERJÄHRIGEN DER MUTTER): _____ TELEFON: _____

ARBEITGEBER DES EHEPARTNERS
(BEI MINDERJÄHRIGEN DES VATERS): _____ TELEFON: _____

BEI BESTEHEN EINER KRANKENVERSICHERUNG BITTE FOLGENDE ANGABEN LEISTEN:

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT: _____ TELEFONNUMMER: _____

VERSICHERUNGSNUMMER: _____ VERSICHERUNGSINHABER: _____

IST DER AUFENTHALT AUF EINEN AUTOUNFALL ZURÜCKZUFÜHREN?

JA NEIN

WENN JA, DATUM DES UNFALLS: _____

ANGABEN ZUM ANWALT: _____

IST DAS ABRECHNUNGSKONTO MIT DER WORKER'S COMPENSATION VERBUNDEN?

JA NEIN

DATUM DER VERLETZUNG: _____

ANGABEN ZUM ANWALT: _____

MITGLIEDER DES FAMILIENHAUSHALTS – BITTE NAMEN, GEBURTSTAG UND VERHÄLTNIS ZUM PATIENTEN ANGEBEN:

NAME	GEBURTSDATUM	VERHÄLTNIS ZUM PATIENTEN
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(WENN SIE ZUSÄTZLICHEN PLATZ BENÖTIGEN, NUTZEN SIE BITTE DIE RÜCKSEITE.)

EINKOMMEN (MONATLICH):

BRUTTOEINKOMMEN DES PATIENTEN (BEI MINDERJÄHRIGEN DAS MONATLICHE
EINKOMMEN DER MUTTER): \$ _____

BRUTTOEINKOMMEN DES EHEPARTNERS (BEI MINDERJÄHRIGEN DAS MONATLICHE
EINKOMMEN DES VATERS): \$ _____

WENN SIE KEIN EINKOMMEN BEZIEHEN: WER BEZAHLT IHREN LEBENSUNTERHALT? _____

K-TAP: \$ _____ ARBEITSLOSENGELD: \$ _____

KINDESUNTERHALT/UNTERHALT: \$ _____ LEBENSMITTELMARKEN: \$ _____

SOZIALVERSICHERUNG: \$ _____ RENTE: \$ _____

SSI/BEHINDERUNG: \$ _____ SONSTIGES EINKOMMEN: \$ _____

➤ **SUMME MONATLICHES
BRUTTOEINKOMMEN:** \$ _____

AUSGABEN (MONATLICH):

MIETE/HYPOTHEK: \$ _____ LEBENS- UND
VERSORGUNGSMITTEL: \$ _____

TELEFONKOSTEN: \$ _____ STROM/GAS/WASSER: \$ _____

SONSTIGE AUSGABEN: \$ _____

➤ **SUMME MONATLICHE
AUSGABEN:** \$ _____

ZÄHLBARE RESSOURCEN:**BANK****WERT**

GIROKONTO: _____

SPARKONTO: _____

KAPITALMARKT: _____

INVESTMENTFONDS: _____

AKTIEN: _____

401k _____ 403B _____

ANLEIHEN: _____

IRA _____

SONSTIGE RESSOURCEN: _____

➤ **SUMME****RESSOURCEN: \$** _____**EIGENTUM:****EIGENHEIM:****SONSTIGES EIGENTUM:**

NAME HYPOTHEKGEBER _____

NAME HYPOTHEKGEBER _____

AKTUELLER WERT _____

AKTUELLER WERT _____

AKTUELLES EIGENKAPITAL _____

AKTUELLES EIGENKAPITAL _____

(AKTUELLER WERT ABZÜGLICH SCHULDEN)**SONSTIGE IMMOBILIEN?**

(WENN JA, BITTE NAMEN UND ADRESSE DES HYPOTHEKGEBERS, AKTUELLEN WERT UND AKTUELLES EIGENKAPITAL ANGEBEN)

MIT MEINER UNTERSCHRIFT BESTÄTIGE ICH, DASS ICH FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG DURCH NORTON HEALTHCARE BEANTRAGE

HIERMIT ERKLÄRE ICH MICH BEREIT, Norton Healthcare die Informationen zur Verfügung zu stellen, die erforderlich sind, um festzustellen, ob ich Anspruch auf Unterstützung bei der Zahlung der Rechnungen habe, mit denen die Leistungen abgerechnet werden, die ich in Einrichtungen von Norton Healthcare erhalten habe. Mir ist bewusst, dass die mich behandelnden Ärzte und sonstigen Leistungserbringer gegebenenfalls über Richtlinien zur finanziellen Unterstützung verfügen, die mir bei der Begleichung ihrer an mich ausgestellten Rechnungen helfen könnten. Daher ermächtige ich Norton Healthcare, den Leistungserbringern, die dies wünschen, eine Kopie meines Antrags zur Verfügung zu stellen, um sie bei der Feststellung zu unterstützen, ob ich Anspruch auf Leistungen im Rahmen ihrer finanziellen Unterstützungsprogramme habe.

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag nach meinem besten Wissen wahr und korrekt sind. Mir ist bewusst, dass mein Antrag auf finanzielle Unterstützung abgelehnt wird, wenn ich darin falsche Angaben mache oder Angaben verschweige, und dass Norton Healthcare sich in diesem Fall weiterhin darum bemüht, ausstehende Forderungen einzutreiben. In diesem Fall kann es auch sein, dass ich wegen Betrugs strafrechtlich verfolgt werde. Ich bin damit einverstanden, Norton Healthcare über alle Änderungen der in diesem Formular bereitgestellten Informationen, einschließlich Adresse, Telefonnummer und Einkommen, zu informieren.

UNTERSCHRIFT DES VERANTWORTLICHEN_____
DATUM

-
- DEN AUSGEFÜLLTEN ANTRAG BITTE ZUSAMMEN MIT EINER KOPIE IHRER KONTOAUSZÜGE DER LETZTEN DREI MONATE FÜR ALLE GIRO- UND SPARKONTEN EINREICHEN.**

EINREICHUNG DER ANTRAGSUNTERLAGEN UNTER:**NORTON HEALTHCARE****SBO FINANCIAL ASSISTANCE DEPT 14-7****PO BOX 719046****CHICAGO, IL 60677-7046**

TELEFONNUMMER KUNDENSERVICE: (502) 479-6300

FAX-NR. FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG: (502) 629-8883

E-MAIL-ADRESSE: FAP@nortonhealthcare.org

WEITERE INFORMATIONEN IM WEB UNTER: www.nortonhealthcare.com/FAP

