ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH TỪ NORTON HEALTHCARE

SỐ TÀI KHOẢN: _____

TÊN BỆNH NHÂN: _____ NGÀY SINH: ____/____/____ SỐ AN SINH XÃ HỘI: _____

ĐỊA CHỈ: _____ SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ: _____ SỐ ĐIỆN THOẠI DI ĐỘNG: _____

THÀNH PHỐ: _____ TIỂU BANG: _____ MÃ BƯU ĐIỆN: _____ EMAIL: _____

BỆNH NHÂN CÓ PHẢI LÀ CÔNG DÂN HOA KỲ KHÔNG? CÓ KHÔNG

BỆNH NHÂN CÓ PHẢI LÀ CÔNG DÂN HOA KỲ HỢP PHÁP KHÔNG? CÓ KHÔNG

HÃNG SỞ CỦA BỆNH NHÂN (THÔNG TIN VỀ PHỤ HUYNH NẾU LÀ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN): _____ SỐ ĐIỆN THOẠI: _____

HÃNG SỞ CỦA VỢ/CHỒNG (THÔNG TIN VỀ PHỤ HUYNH NẾU LÀ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN): _____ SỐ ĐIỆN THOẠI: _____

NẾU QUÝ VỊ CÓ BẢO HIỂM Y TẾ, VUI LÒNG CUNG CẤP:

TÊN CÔNG TY: _____ SỐ ĐIỆN THOẠI CÔNG TY: _____

SỐ HỢP ĐỒNG: _____ CHỦ HỢP ĐỒNG: _____

NHẬP VIỆN LẦN NÀY DO TAI NẠN Ô TÔ? CÓ KHÔNG NẾU ĐÚNG, NGÀY XẢY RA TAI NẠN: _____

THÔNG TIN LUẬT SƯ: _____

TÀI KHOẢN NÀY LIÊN QUAN ĐẾN VIỆC BỒI THƯỜNG TAI NẠN CHO CÔNG NHÂN KHÔNG? CÓ KHÔNG NGÀY XẢY RA CHẤN THƯƠNG: _____

THÔNG TIN LUẬT SƯ: _____

LIỆT KÊ TÊN, TUỔI VÀ MỐI QUAN HỆ CỦA CÁC THÀNH VIÊN TRONG HỘ GIA ĐÌNH VỚI BỆNH NHÂN:

TÊN	NGÀY SINH	QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN

(NẾU QUÝ VỊ CẦN THÊM KHOẢNG TRỐNG, VUI LÒNG VIẾT VÀO MẶT SAU CỦA TRANG NÀY)

THU NHẬP (HÀNG THÁNG):

TỔNG THU NHẬP CỦA BỆNH NHÂN (THU NHẬP HÀNG THÁNG CỦA NGƯỜI MẸ NẾU BỆNH NHÂN LÀ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN): $ _____

TỔNG THU NHẬP CỦA BỆNH NHÂN (THU NHẬP HÀNG THÁNG CỦA NGƯỜI BỐ NẾU BỆNH NHÂN LÀ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN): $ _____

NẾU QUÝ VỊ KHÔNG CÓ THU NHẬP THÌ AI LÀ NGƯỜI THANH TOÁN CÁC CHI PHÍ? _____

K-TAP (Chương trình hỗ trợ chuyển tiếp của bang Kentucky): $ _____

THẤT NGHIỆP: $ _____

TRỢ CẤP NUÔI CON / TIỀN CẤP DƯỠNG: $ _____

CHƯƠNG TRÌNH TEM PHIẾU THỰC PHẨM: $ _____

AN SINH XÃ HỘI: $ _____

LƯƠNG HƯU: $ _____

TIỀN TRỢ CẤP AN SINH (SSI) / TRỢ CẤP NGƯỜI KHUYẾT TẬT: $ _____

CÁC THU NHẬP KHÁC: $ _____

- **TỔNG THU NHẬP HÀNG THÁNG: $** _____

CHI PHÍ (HÀNG THÁNG):

TIỀN THUÊ NHÀ / THẾ CHẤP: $ _____

THỰC PHẨM VÀ NHU YẾU PHẨM: $ _____

ĐIỆN THOẠI: $ _____

CÁC TIỆN ÍCH: $ _____

$

CÁC CHI PHÍ KHÁC: $ _____

- **TỔNG CHI PHÍ HÀNG THÁNG: $** _____

$

CÁC NGUỒN LỰC ĐẾM ĐƯỢC:	**NGÂN HÀNG**	**TRỊ GIÁ**
CHI DỤNG:		
TIẾT KIỆM:		
THỊ TRƯỜNG TIỀN TỆ:		
QUỸ TƯƠNG HỖ:		
CHỨNG KHOÁN:	401k ____ 403B ____	
TRÁI PHIẾU:	QUỸ HƯU TRÍ CÁ NHÂN (INDIVIDUAL RETIREMENT ACCOUNT, IRA) ____	
CÁC NGUỒN LỰC KHÁC:		

- **TỔNG CÁC NGUỒN LỰC: $** _____

BẤT ĐỘNG SẢN:

NHÀ:	**CÁC BẤT ĐỘNG SẢN KHÁC:**
TÊN NGƯỜI CHO VAY THẾ CHẤP	TÊN NGƯỜI CHO VAY THẾ CHẤP
TRỊ GIÁ HIỆN TẠI	TRỊ GIÁ HIỆN TẠI
TRỊ GIÁ THẾ CHẤP HIỆN TẠI	TRỊ GIÁ THẾ CHẤP HIỆN TẠI (TRỊ GIÁ HIỆN TẠI TRỪ ĐI SỐ TIỀN QUÝ VỊ CÒN NỢ)

CÓ CÁC NHÀ KHÁC? _____

(NẾU CÓ, VUI LÒNG CUNG CẤP TÊN NGƯỜI CHO VAY THẾ CHẤP, ĐỊA CHỈ, TRỊ GIÁ HIỆN TẠI VÀ TRỊ GIÁ THẾ CHẤP

ĐƠN NÀY CHỨNG NHẬN RẰNG TÔI GỬI YÊU CẦU ĐƯỢC XÉT DUYỆT HỖ TRỢ TÀI CHÍNH TẠI NORTON HEALTHCARE

BẰNG ĐƠN NÀY TÔI ĐỒNG Ý cung cấp cho Norton Healthcare mọi thông tin cần thiết để xác định khả năng hội đủ điều kiện của tôi để được hưởng hỗ trợ thanh toán y tế phát sinh từ các dịch vụ mà tôi nhận được tại các cơ sở của họ. Tôi hiểu rằng các bác sĩ của tôi và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác có thể có các chính sách hỗ trợ tài chính có thể giúp tôi chi trả các hóa đơn y tế từ những nhà cung cấp đó. Theo đó, tôi ủy quyền cho Norton Healthcare cung cấp một bản sao đơn của tôi cho những nhà cung cấp có yêu cầu để giúp họ xác định tôi có hội đủ điều kiện được hưởng phúc lợi từ các chương trình hỗ trợ tài chính của họ hay không.

Tôi xác nhận rằng những thông tin mà mình cung cấp trong đơn là chính xác và đúng với sự hiểu biết tốt nhất và niềm tin của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi đưa thông tin sai lệch hoặc che giấu thông tin trong đơn xin hỗ trợ thì đơn xin của tôi sẽ bị từ chối và Norton Healthcare sẽ tiếp tục truy thu bất cứ khoản thanh toán đến hạn nào còn tồn đọng. Trong trường hợp đó, tôi có thể bị truy tố về tội gian lận. Tôi đồng ý thông báo cho Norton Healthcare bất kỳ thay đổi nào về thông tin mà mình cung cấp trong mẫu này bao gồm địa chỉ, số điện thoại và thu nhập.

_____ _____

CHỮ KÝ CỦA BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM NGÀY THÁNG

- **VUI LÒNG GỬI LẠI ĐƠN ĐÃ ĐIỀN ĐẦY ĐỦ CÙNG VỚI BẢN SAO CỦA SAO KÊ NGÂN HÀNG 3 THÁNG GIAO DỊCH GẦN NHẤT CHO TẤT CẢ TÀI KHOẢN THANH TOÁN VÀ TÀI KHOẢN TIẾT KIỆM CỦA QUÝ VỊ.**

GỬI THÔNG TIN VỀ:

NORTON HEALTHCARE
SBO FINANCIAL ASSISTANCE DEPT 14-7
PO BOX 719046
CHICAGO, IL 60677-7046

SỐ ĐIỆN THOẠI DỊCH VỤ KHÁCH HÀNG #:	(502) 479-6300
SỐ FAX HỖ TRỢ TÀI CHÍNH#:	(502) 629-8883
ĐỊA CHỈ E-MAIL:	FAP@nortonhealthcare.org
ĐỂ BIẾT THÊM THÔNG TIN VUI LÒNG TRUY CẬP:	www.nortonhealthcare.com/FAP