

طلب التقدم للحصول على الإعانة المالية الخاصة بنظام NORTON HEALTHCARE

رقم الحساب: _____

اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____ رقم الضمان الاجتماعي: _____

العنوان: _____ هاتف المنزل: _____ الهاتف المحمول: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____ البريد الإلكتروني: _____

هل المريض مواطن أمريكي؟ نعم لا هل المريض مقيم شرعي بالولايات المتحدة؟ نعم لا

جهة عمل المريض (إذا كان قاصرًا، معلومات ولي الأمر): _____ الهاتف: _____

جهة عمل الزوج/الزوجة (إذا كان قاصرًا، معلومات ولي الأمر): _____ الهاتف: _____

إذا كان لديك تأمين صحي، يُرجى تقديم المعلومات التالية:

اسم الشركة: _____ هاتف الشركة: _____

رقم البوليصه: _____ حامل البوليصه: _____

هل كانت هذه الإقامة بالمستشفى بسبب حادث سيارة؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر تاريخ الحادث: _____

معلومات المحامي: _____

هل يتعلق الحساب بتعويضات العمال؟ نعم لا تاريخ الإصابة: _____

معلومات المحامي: _____

اذكر أسماء أفراد أسرة المريض وأعمارهم وصلتهم به:

الاسم	تاريخ الميلاد	صلته بالمريض
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(إذا كنت بحاجة إلى مساحة إضافية، يُرجى الكتابة على ظهر هذه الصفحة)

الدخل (شهريًا):

الدخل الإجمالي للمريض (إذا كان المريض قاصرًا، الدخل الشهري للوالدة): _____ دولار

الدخل الإجمالي للزوج/الزوجة (إذا كان المريض قاصرًا، الدخل الشهري للوالد): _____ دولار

إذا لم يكن لديك أي مصدر للدخل، فمن الذي يسدد نفقاتك؟ _____

برنامج كنتاكي للإعانة الانتقالية
(Kentucky Transitional Assistance Program, K-TAP)

مخصصات البطالة: _____ دولار

إعالة/نفقة الطفل: _____ دولار

قسائم الطعام: _____ دولار

الضمان الاجتماعي: _____ دولار

المعاش: _____ دولار

دخل الضمان التكميلي

((Supplemental Security Income, SSI))

مصادر دخل أخرى: _____ دولار

دخل ذوي الإعاقة: _____ دولار

إجمالي الدخل
الشهري: _____ دولار

النفقات (شهريًا):

الإيجار/الرهن العقاري: _____ دولار

الهاتف: _____ دولار

النفقات الأخرى: _____ دولار

إجمالي النفقات
الشهرية: _____ دولار

الموارد القابلة للعد:

القيمة	المصرف	الموارد القابلة للعد:
		حساب جارٍ:
		حساب ادخار:
		السوق النقدي:
		صناديق الاستثمار المشتركة:
	خطة 403 B	خطة 401k
	حساب التقاعد الشخصي (Individua) Retirement (Account, IRA	الأسهم:
		السندات:
		الموارد الأخرى:

إجمالي الموارد: دولار

العقارات:

العقارات الأخرى:	المنزل:
اسم المرتهن	اسم المرتهن
القيمة الحالية	القيمة الحالية
قيمة الملكية الحالية (القيمة الحالية مطروح منها ما تدين به)	قيمة الملكية الحالية

هل لديك منازل أخرى؟

(إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى ذكر اسم المرتهن والعنوان والقيمة الحالية وقيمة الملكية الحالية)

تشهد هذه الوثيقة على أنني أطلب النظر في أمر حصولي على الإعانة المالية من نظام NORTON HEALTHCARE

أوافق أنا بموجب هذه الوثيقة بأن أقدم لنظام Norton Healthcare المعلومات الضرورية لتحديد أهليتي للحصول على الإعانة في سداد الفواتير الطبية الصادرة بناءً على الخدمات التي تلقيتها في المنشآت الخاصة به. وأنا أعي أن أطبائي وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية قد يكون لديهم سياسات إعانة مالية يمكنها أن تساعدني في سداد الفواتير الطبية الصادرة من مقدمي الرعاية هؤلاء. على هذا النحو، أصرح لنظام Norton Healthcare بتقديم نسخة من طلبي لمقدمي الرعاية هؤلاء الذين يطلبونه للاستعانة به في تحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على مخصصات بموجب برامج الإعانة المالية الخاصة بهم.

أقرأ أنا أن المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب هي معلومات دقيقة وصحيحة على حد علمي وتقديري. وأي أنه إذا قدمت معلومات كاذبة أو حجب أي معلومات عند التقدم بطلب للحصول على الإعانة، فسأُرفض طلبي وسيواصل نظام Norton Healthcare تحصيل أي أرصدة مستحقة متأخرة. وفي هذه الحالة، قد أكون أيضاً عرضة للملاحقة الجنائية بتهمة الاحتيال. وأوافق على إخطار نظام Norton Healthcare بأي تغييرات تطرأ على المعلومات الواردة في هذا النموذج، بما في ذلك العنوان ورقم الهاتف والدخل.

التاريخ

توقيع الطرف المسؤول

يُرجى إعادة الطلب المكتمل مع نسخة من كشوفات الحساب المصرفية لجميع الحسابات الجارية وحسابات الادخار في آخر 3 أشهر.

أعد المعلومات إلى:

NORTON HEALTHCARE
SBO FINANCIAL ASSISTANCE DEPT 14-7
PO BOX 35070
LOUISVILLE, KY 40232-9972

(502) 479-6300

رقم هاتف خدمة العملاء:

(502) 629-8883

رقم الفاكس الخاص بالإعانة المالية:

FAP@nortonhealthcare.org

عنوان البريد الإلكتروني:

www.nortonhealthcare.com/FAP

لمزيد من المعلومات، زر الموقع الإلكتروني: