

NORTON HEALTHCARE PRIJAVA ZA FINANSIJSKU POMOĆ

BR. RAČUNA: _____
IME I PREZIME PACIJENTA: _____ DATUM ROĐENJA: ____/____/____ BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA: _____
ADRESA: _____ KUĆNI TELEFON: _____ MOBILNI TELEFON: _____
GRAD: _____ DRŽAVA: _____ POŠTANSKI BROJ: _____ E-POŠTA: _____
DA LI JE PACIJENT DRŽAVLJANIN SAD? DA NE DA LI JE PACIJENT ZAKONITI REZIDENT SAD? DA NE
POSLODAVAC PACIJENTA (AKO JE MALOLETNO LICE, INFORMACIJE RODITELJA): _____ TELEFON: _____
POSLODAVAC SUPRUŽNIKA (AKO JE MALOLETNO LICE, INFORMACIJE RODITELJA): _____ TELEFON: _____

AKO IMATE ZDRAVSTVENO OSIGURANJE NAVEDITE:

NAZIV KOMPANIJE: _____ TELEFON KOMPANIJE: _____
BR. POLISE: _____ VLASNIK POLISE: _____
DA LI JE OVAJ BORAVAK BIO USLED SAOBRAĆAJNE NESREĆE? DA NE AKO JE ODGOVOR DA, DATUM NESREĆE: _____
INFORMACIJE O ADVOKATU: _____
DA LI JE RAČUN POVEZAN SA OSIGURANJEM OD POSLEDICA NEZGODE NA RADU? DA NE DATUM POVREDE: _____
INFORMACIJE O ADVOKATU: _____

NAVEDITE IME I PREZIME, STAROST I ODNOS ČLANOVA DOMAĆINSTVA SA PACIJENTOM:

IME I PREZIME	DATUM ROĐENJA	ODNOS SA PACIJENTOM
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(AKO VAM JE POTREBAN DODATNI PROSTOR, PIŠITE NA POLEĐINI OVE STRANICE)

PRIHOD (MESEČNI):

BRUTO PRIHOD PACIJENTA (AKO JE PACIJENT MALOLETNO LICE, MESEČNI PRIHOD MAJKE): USD _____
BRUTO PRIHOD SUPRUŽNIKA (AKO JE PACIJENT MALOLETNO LICE, MESEČNI PRIHOD OCA): USD _____
AKO NEMATE PRIHODE, KO PLAĆA VAŠE TROŠKOVE? _____

Program privremene pomoći savezne države Kentaki (Kentucky Transitional Assistance Program; K-TAP):

DEČIJI DODATAK/ALIMENTACIJA:	USD _____	DODATAK ZA NEZAPOSLENE:	USD _____
SOCIJALNO OSIGURANJE:	USD _____	BONOVI ZA HRANU:	USD _____
DODATNA SOCIJALNA POMOĆ / INVALIDNINA:	USD _____	PENZIJA:	USD _____
		DRUGI PRIHODI:	USD _____

➤ **UKUPAN MESEČNI BRUTO PRIHOD:** USD _____

TROŠKOVI (MESEČNI):

KIRIJA/HIPOTEKA:	USD _____	HRANA I POTREPŠTINE:	USD _____
TELEFON:	USD _____	KOMUNALIJE:	USD _____

DRUGI TROŠKOVI: USD _____

➤ **UKUPNI MESEČNI TROŠKOVI:** USD _____

BROJIVI RESURSI:	BANKA	VREDNOST
TEKUĆI RAČUN:	_____	_____
ŠTEDNI RAČUN:	_____	_____
TRŽIŠTE NOVCA:	_____	_____
ZAJEDNIČKI FONDOVI:	_____	_____
AKCIJE:	401k _____ 403B _____	_____
	INDIVIDUALNI PENZIONI RAČUN (INDIVIDUAL RETIREMENT ACCOUNTS; IRA)	_____
OBVEZNICE:	_____	_____
DRUGI RESURSI:	_____	_____
		➤ UKUPNI RESURSI: USD _____

IMOVINA:	
KUĆA/STAN:	DRUGA IMOVINA:
_____	_____
NAZIV HIPOTEKARN OG POVERIOCA	NAZIV HIPOTEKARNOG POVERIOCA
_____	_____
TRENTNA VREDNOST	TRENTNA VREDNOST
_____	_____
TRENTNI OTPLAĆENI DEO	TRENTNI OTPLAĆENI DEO <small>(TRENTNA VREDNOST MINUS ONO ŠTO DUGUJETE)</small>

DRUGE KUĆE/STANOVI?

_____ (AKO JE ODGOVOR DA, NAVEDITE NAZIV HIPOTEKARNOG POVERIOCA, ADRESU, TRENTNU VREDNOST I TRENTNI OTPLAĆENI DEO)

OVIM POTVRĐUJEM SVOJ ZAHTEV DA BUDEM RAZMOTREN/A ZA FINANSIJSKU POMOĆ KOMPANIJE NORTON HEALTHCARE

OVIM IZRAŽAVAM SVOJU SAGLASNOST da dostavim kompaniji Norton Healthcare neophodne informacije za utvrđivanje moje podobnosti za pomoć za medicinske troškove koji proističu iz usluga koje sam primio/la u njenim ustanovama. Razumem da moji lekari i drugi pružaoci zdravstvenih usluga mogu da imaju politike finansijske pomoći koje bi mogle da mi pomognu sa medicinskim troškovima od tih pružalaca usluga. U tom smislu, ovlašćujem kompaniju Norton Healthcare da dostavi primerak moje prijave onim pružiocima usluga koji je budu zahtevali, a u cilju utvrđivanja moje podobnosti za beneficije u okviru njihovih programa finansijske pomoći.

Potvrđujem da su informacije koje sam naveo/la u ovoj prijavi tačne i istinite prema mom najboljem saznanju i uverenju. Razumem da ako navedem lažne informacije ili ne iznesem informacije prilikom prijave za pomoć, moja prijava može biti odbijena, a kompanija Norton Healthcare će nastaviti da potražuje naplatu svih neplaćenih troškova participacije. U tom slučaju takođe mogu biti predmet krivičnog gonjenja za prevaru. Saglasan/na sam da obavestim kompaniju Norton Healthcare o svim izmenama navedenih informacija u ovom obrascu uključujući adresu, broj telefona i prihod.

_____	_____
POTPIS ODGOVORNE STRANE	DATUM

➤ **POŠALJITE POPUNJENU PRIJAVU SA PRIMERKOM MESEČNOG IZVODA IZ BANKE ZA POSLEDNJA 3 MESECA ZA SVE TEKUĆE I ŠTEDNE RAČUNE.**

INFORMACIJE POŠALJITE NA:

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

BR. TELEFONA KORISNIČKE SLUŽBE:	(502) 479-6300
BR. FAKSA ZA FINANSIJSKU POMOĆ:	(502) 629-8883
ADRESA E-POŠTE:	FAP@nortonhealthcare.org
ZA VIŠE INFORMACIJA POSETITE:	www.nortonhealthcare.com/FAP