

# SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONÓMICA DE NORTON HEALTHCARE

N.º DE CUENTA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE LA CASA: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

¿ES EL PACIENTE CIUDADANO DE EE. UU.? SÍ NO ¿ES EL PACIENTE RESIDENTE LEGAL EN EE. UU.? SÍ NO

EMPLEADOR DEL PACIENTE (SI ES MENOR DE EDAD, INFORMACIÓN DE LOS PADRES): \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR DEL CÓNYUGE (SI ES MENOR DE EDAD, INFORMACIÓN DE LOS PADRES): \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

## SI TIENE SEGURO MÉDICO, MENCIONE:

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA: \_\_\_\_\_

N.º DE PÓLIZA: \_\_\_\_\_ TITULAR DE LA PÓLIZA: \_\_\_\_\_

¿SE TRATÓ DE UNA HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE DE AUTO? SÍ NO SI RESPONDIÓ "SÍ", FECHA DEL ACCIDENTE: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL ABOGADO: \_\_\_\_\_

¿ESTÁ LA CUENTA RELACIONADA CON LA COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES? SÍ NO FECHA DE LA LESIÓN: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL ABOGADO: \_\_\_\_\_

## MENCIONE EL NOMBRE, LA EDAD Y LA RELACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR CON EL PACIENTE:

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(SI NECESITA MÁS ESPACIO, ESCRIBA EN LA PARTE DE ATRÁS DE ESTA PÁGINA)

## INGRESOS (MENSUALES):

INGRESOS BRUTOS DEL PACIENTE (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, INGRESOS BRUTOS MENSUALES DE LA MADRE): \$ \_\_\_\_\_

INGRESOS BRUTOS DEL CÓNYUGE (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, INGRESOS BRUTOS MENSUALES DEL PADRE): \$ \_\_\_\_\_

SI NO TIENE INGRESOS, ¿QUIÉN PAGA SUS GASTOS? \_\_\_\_\_

K-TAP: \$ \_\_\_\_\_ DESEMPLEO: \$ \_\_\_\_\_

MANUTENCIÓN DE MENORES/PENSIÓN ALIMENTICIA: \$ \_\_\_\_\_ CUPONES DE COMIDA: \$ \_\_\_\_\_

SEGURO SOCIAL: \$ \_\_\_\_\_ PENSIÓN: \$ \_\_\_\_\_

SSI/DISCAPACIDAD: \$ \_\_\_\_\_ OTROS INGRESOS: \$ \_\_\_\_\_

➤ **INGRESOS BRUTOS MENSUALES TOTALES:** \$ \_\_\_\_\_

## GASTOS (MENSUALES):

ALQUILER/HIPOTECA: \$ \_\_\_\_\_ COMIDA Y SUMINISTROS: \$ \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \$ \_\_\_\_\_ SERVICIOS PÚBLICOS: \$ \_\_\_\_\_

OTROS GASTOS: \$ \_\_\_\_\_

➤ **GASTOS MENSUALES TOTALES:** \$ \_\_\_\_\_

**RECURSOS CONTABLES:****BANCO****VALOR**

CUENTA DE CHEQUES:	_____	_____
CUENTA DE AHORROS:	_____	_____
MERCADO DE DINERO:	_____	_____
FONDOS DE INVERSIÓN:	_____	_____
ACCIONES:	401k _____ 403B _____	_____
BONOS:	_____ CUENTA IRA _____	_____
OTROS RECURSOS:	_____	_____

➤ **RECURSOS TOTALES:** \$ \_\_\_\_\_**BIENES:****CASA:****OTROS BIENES:**

_____
NOMBRE DEL ACREEDOR HIPOTECARIO
_____
VALOR ACTUAL
_____
PATRIMONIO ACTUAL

_____
NOMBRE DEL ACREEDOR HIPOTECARIO
_____
VALOR ACTUAL
_____
PATRIMONIO ACTUAL
<small>(VALOR ACTUAL MENOS LO QUE DEBE)</small>

**¿OTRAS CASAS?**

\_\_\_\_\_

(SI RESPONDIÓ "SÍ", MENCIONE EL NOMBRE DEL ACREEDOR HIPOTECARIO, DIRECCIÓN, VALOR ACTUAL Y PATRIMONIO ACTUAL)

**ESTO CERTIFICA QUE PIDO QUE ME CONSIDEREN PARA RECIBIR ASISTENCIA ECONÓMICA EN NORTON HEALTHCARE**

ACEPTO dar a Norton Healthcare la información necesaria para determinar mi elegibilidad para recibir ayuda con las facturas médicas derivadas de los servicios que he recibido en sus centros. Entiendo que mis médicos y otros proveedores de atención médica pueden tener políticas de asistencia económica que me pudieran ayudar con las facturas médicas de estos proveedores. En ese caso, autorizo que Norton Healthcare dé una copia de mi solicitud a los proveedores que lo pidan para ayudarlos a determinar si califico para recibir los beneficios según sus programas de asistencia económica.

Certifico que la información que presento en esta solicitud es correcta y verdadera según mi leal saber y entender. Entiendo que, si doy información falsa o retengo información en la solicitud de asistencia, denegarán mi solicitud y Norton Healthcare continuará procurando el cobro de cualquier saldo pendiente vencido. En ese caso, también estaré sujeto a acciones judiciales por fraude. Estoy de acuerdo en notificar a Norton Healthcare sobre cualquier cambio en la información que se da en este formulario, incluyendo dirección, teléfono e ingresos.

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL RESPONSABLE

\_\_\_\_\_

FECHA

➤ **DEVUELVA LA SOLICITUD DEBIDAMENTE COMPLETADA CON UNA COPIA DE SUS ESTADOS DE CUENTA BANCARIOS DE LOS ÚLTIMOS TRES MESES PARA TODAS LAS CUENTAS DE CHEQUES Y DE AHORROS.****ENVÍE LA INFORMACIÓN A:****NORTON HEALTHCARE****SBO FINANCIAL ASSISTANCE DEPT 14-7****PO BOX 35070****LOUISVILLE, KY 40232-9972**

TELÉFONO DE SERVICIO AL CLIENTE:

(502) 479-6300

FAX DE ASISTENCIA ECONÓMICA:

(502) 629-8883

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

FAP@nortonhealthcare.org

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN, VISITE:

www.nortonhealthcare.com/FAP