

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
(VALOR ACTUAL MENOS LO QUE DEBE)

¿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