

ĐĂNG KÝ NHẬN 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: _____ BANG: _____ MÃ BƯU ĐIỆN: _____ EMAIL: _____
BỆNH NHÂN CÓ PHẢI LÀ MỘT CÔNG DÂN HOA KỲ KHÔNG? CÓ KHÔNG BỆNH NHÂN CÓ PHẢI LÀ MỘT 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): \$ _____

TRỢ CẤP NUÔI CON / TIỀN CẤP DƯỠNG: \$ _____

AN SINH XÃ HỘI: \$ _____

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

THẤT NGHIỆP: \$ _____

CHƯƠNG TRÌNH TEM PHIẾU THỰC PHẨM: \$ _____

LƯƠNG HƯU: \$ _____

CÁC THU NHẬP KHÁC: \$ _____

➤ **TỔNG THU NHẬP HÀNG THÁNG:** \$ _____

➤ **TỔNG THU NHẬP HÀNG THÁNG:** \$ _____

CHI PHÍ (HÀNG THÁNG):

TIỀN THUÊ NHÀ / THẾ CHẤP: \$ _____

ĐIỆN THOẠI: \$ _____

THỰC PHẨM VÀ NHU YẾU PHẨM: \$ _____

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 TƯỞNG HỒ: _____

CHỨNG KHOÁN: 401k _____ 403B _____

TRÁI PHIẾU: _____

QUỸ HỮU TRÍ
CÁ NHÂN (IRA) _____

CÁC NGUỒN LỰC KHÁC: _____

➤ **TỔNG CÁC NGUỒN LỰC:** \$ _____**BẤT ĐỘNG SẢN:****NHÀ:****CÁC BẤT ĐỘNG SẢN KHÁC:**TÊN NGƯỜI CHO VAY
THỂ CHẤP _____

TÊN NGƯỜI CHO VAY THỂ CHẤP _____

TRỊ GIÁ HIỆN TẠI _____

TRỊ GIÁ HIỆN TẠI _____

TRỊ GIÁ THỂ CHẤP
HIỆN TẠI _____TRỊ GIÁ THỂ CHẤP HIỆN TẠI
(TRỊ GIÁ HIỆN TẠI TRỪ ĐI SỐ TIỀN QUỸ VỊ CÒN NỢ) _____**CÓ CÁC NHÀ KHÁC?**

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

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

TÔI BẰNG CÁCH NÀY ĐỒNG Ý cung cấp cho Norton Healthcare mọi thông tin cần thiết để quyết 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 đăng ký 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 đăng ký 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 ĐĂNG KÝ 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 QUỸ VỊ.****GỬI THÔNG TIN VỀ:****NORTON HEALTHCARE****SBO FINANCIAL ASSISTANCE DEPT 14-7****PO BOX 35070****LOUISVILLE, KY 40232-9972**

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