

# ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG DURCH NORTON HEALTHCARE

PATIENTENKONTONR.: \_\_\_\_\_  
NAME DES PATIENTEN: \_\_\_\_\_ GEB. AM: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ SVNR: \_\_\_\_\_  
STRASSE UND HAUSNR.: \_\_\_\_\_ TELEFON PRIVAT: \_\_\_\_\_ MOBILTELEFON: \_\_\_\_\_  
ORT: \_\_\_\_\_ BUNDESSTAAT: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

IST DER PATIENT US-BÜRGER? JA NEIN HAT DER PATIENT EINEN RECHTMÄSSIGEN WOHNSTZ IN DEN USA? JA NEIN

ARBEITGEBER DES PATIENTEN  
(BEI MINDERJÄHRIGEN DER MUTTER): \_\_\_\_\_ TELEFON: \_\_\_\_\_

ARBEITGEBER DES EHEPARTNERS  
(BEI MINDERJÄHRIGEN DES VATERS): \_\_\_\_\_ TELEFON: \_\_\_\_\_

## BEI BESTEHEN EINER KRANKENVERSICHERUNG BITTE FOLGENDE ANGABEN LEISTEN:

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT: \_\_\_\_\_ TELEFONNUMMER: \_\_\_\_\_

VERSICHERUNGSNUMMER: \_\_\_\_\_ VERSICHERUNGSINHABER: \_\_\_\_\_

IST DER AUFENTHALT AUF EINEN AUTOUNFALL ZURÜCKZUFÜHREN?  
JA NEIN WENN JA, DATUM DES UNFALLS: \_\_\_\_\_

ANGABEN ZUM ANWALT: \_\_\_\_\_

IST DAS ABRECHNUNGSKONTO MIT DER WORKER'S COMPENSATION VERBUNDEN?  
JA NEIN DATUM DER VERLETZUNG: \_\_\_\_\_

ANGABEN ZUM ANWALT: \_\_\_\_\_

## MITGLIEDER DES FAMILIENHAUSHALTS – BITTE NAMEN, GEBURTSTAG UND VERHÄLTNIS ZUM PATIENTEN ANGEBEN:

NAME	GEBURTSDATUM	VERHÄLTNIS ZUM PATIENTEN
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(WENN SIE ZUSÄTZLICHEN PLATZ BENÖTIGEN, NUTZEN SIE BITTE DIE RÜCKSEITE.)

## EINKOMMEN (MONATLICH):

BRUTTOEINKOMMEN DES PATIENTEN (BEI MINDERJÄHRIGEN DAS MONATLICHE  
EINKOMMEN DER MUTTER): \$ \_\_\_\_\_

BRUTTOEINKOMMEN DES EHEPARTNERS (BEI MINDERJÄHRIGEN DAS MONATLICHE  
EINKOMMEN DES VATERS): \$ \_\_\_\_\_

WENN SIE KEIN EINKOMMEN BEZIEHEN: WER BEZAHLT IHREN LEBENSUNTERHALT? \_\_\_\_\_

K-TAP: \$ \_\_\_\_\_ ARBEITSLOSENGELD: \$ \_\_\_\_\_

KINDESUNTERHALT/UNTERHALT: \$ \_\_\_\_\_ LEBENSMITTELMARKEN: \$ \_\_\_\_\_

SOZIALVERSICHERUNG: \$ \_\_\_\_\_ RENTE: \$ \_\_\_\_\_

SSI/BEHINDERUNG: \$ \_\_\_\_\_ SONSTIGES EINKOMMEN: \$ \_\_\_\_\_

➤ **SUMME MONATLICHES  
BRUTTOEINKOMMEN:** \$ \_\_\_\_\_

## AUSGABEN (MONATLICH):

MIETE/HYPOTHEK: \$ \_\_\_\_\_ LEBENS- UND  
VERSORGUNGSMITTEL: \$ \_\_\_\_\_

TELEFONKOSTEN: \$ \_\_\_\_\_ STROM/GAS/WASSER: \$ \_\_\_\_\_

SONSTIGE AUSGABEN: \$ \_\_\_\_\_

➤ **SUMME MONATLICHE  
AUSGABEN:** \$ \_\_\_\_\_

**ZÄHLBARE RESSOURCEN:****BANK****WERT**

GIROKONTO: \_\_\_\_\_

SPARKONTO: \_\_\_\_\_

KAPITALMARKT: \_\_\_\_\_

INVESTMENTFONDS: \_\_\_\_\_

AKTIEN: \_\_\_\_\_

401k \_\_\_\_\_ 403B \_\_\_\_\_

ANLEIHEN: \_\_\_\_\_

IRA \_\_\_\_\_

SONSTIGE RESSOURCEN: \_\_\_\_\_

➤ **SUMME****RESSOURCEN: \$** \_\_\_\_\_**EIGENTUM:****EIGENHEIM:****SONSTIGES EIGENTUM:**

NAME HYPOTHEKGEBER \_\_\_\_\_

NAME HYPOTHEKGEBER \_\_\_\_\_

AKTUELLER WERT \_\_\_\_\_

AKTUELLER WERT \_\_\_\_\_

AKTUELLES EIGENKAPITAL \_\_\_\_\_

AKTUELLES EIGENKAPITAL \_\_\_\_\_

(AKTUELLER WERT ABZÜGLICH SCHULDEN)**SONSTIGE IMMOBILIEN?**

\_\_\_\_\_  
(WENN JA, BITTE NAMEN UND ADRESSE DES HYPOTHEKGEBERS, AKTUELLEN WERT UND AKTUELLES EIGENKAPITAL ANGEBEN)

**MIT MEINER UNTERSCHRIFT BESTÄTIGE ICH, DASS ICH FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG DURCH NORTON HEALTHCARE BEANTRAGE**

HIERMIT ERKLÄRE ICH MICH BEREIT, Norton Healthcare die Informationen zur Verfügung zu stellen, die erforderlich sind, um festzustellen, ob ich Anspruch auf Unterstützung bei der Zahlung der Rechnungen habe, mit denen die Leistungen abgerechnet werden, die ich in Einrichtungen von Norton Healthcare erhalten habe. Mir ist bewusst, dass die mich behandelnden Ärzte und sonstigen Leistungserbringer gegebenenfalls über Richtlinien zur finanziellen Unterstützung verfügen, die mir bei der Begleichung ihrer an mich ausgestellten Rechnungen helfen könnten. Daher ermächtige ich Norton Healthcare, den Leistungserbringern, die dies wünschen, eine Kopie meines Antrags zur Verfügung zu stellen, um sie bei der Feststellung zu unterstützen, ob ich Anspruch auf Leistungen im Rahmen ihrer finanziellen Unterstützungsprogramme habe.

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag nach meinem besten Wissen wahr und korrekt sind. Mir ist bewusst, dass mein Antrag auf finanzielle Unterstützung abgelehnt wird, wenn ich darin falsche Angaben mache oder Angaben verschweige, und dass Norton Healthcare sich in diesem Fall weiterhin darum bemüht, ausstehende Forderungen einzutreiben. In diesem Fall kann es auch sein, dass ich wegen Betrugs strafrechtlich verfolgt werde. Ich bin damit einverstanden, Norton Healthcare über alle Änderungen der in diesem Formular bereitgestellten Informationen, einschließlich Adresse, Telefonnummer und Einkommen, zu informieren.

\_\_\_\_\_  
UNTERSCHRIFT DES VERANTWORTLICHEN\_\_\_\_\_  
DATUM

- 
- DEN AUSGEFÜLLTEN ANTRAG BITTE ZUSAMMEN MIT EINER KOPIE IHRER KONTOAUSZÜGE DER LETZTEN DREI MONATE FÜR ALLE GIRO- UND SPARKONTEN EINREICHEN.**

**EINREICHUNG DER ANTRAGSUNTERLAGEN UNTER:****NORTON HEALTHCARE****SBO FINANCIAL ASSISTANCE DEPT 14-7****PO BOX 35070****LOUISVILLE, KY 40232-9972**

TELEFONNUMMER KUNDENSERVICE: (502) 479-6300

FAX-NR. FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG: (502) 629-8883

E-MAIL-ADRESSE: FAP@nortonhealthcare.org

WEITERE INFORMATIONEN IM WEB UNTER: www.nortonhealthcare.com/FAP

