

# आर्थिक सहायताको लागि Norton Healthcare आवेदन

खाता #: \_\_\_\_\_  
 बिरामीको नाम: \_\_\_\_\_ जन्ममिति: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
 ठेगाना: \_\_\_\_\_ घरको फोन: \_\_\_\_\_ मोबाइल फोन: \_\_\_\_\_  
 शहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ जिप कोड: \_\_\_\_\_ इमेल: \_\_\_\_\_  
 के बिरामी अमेरिकी नागरिक हो? हो होइन के बिरामी कानूनी रूपमा अमेरिकाको बासिन्दा हो? हो होइन  
 बिरामीको रोजगारदाता (नाबालिग भएमा, आमाबाबुको जानकारी): \_\_\_\_\_ फोन: \_\_\_\_\_  
 पति/पत्नीको रोजगारदाता (नाबालिग भएमा, आमाबाबुको जानकारी): \_\_\_\_\_ फोन: \_\_\_\_\_

<b>तपाईंसँग स्वास्थ्य बीमा छ भने, कृपया प्रदान गर्नुहोस्:</b>	
कम्पनीको नाम: _____	कम्पनीको फोन: _____
नीति #: _____	नीति धारक: _____
के यो बसाई कार दुर्घटनाको कारण भएको थियो? हो होइन	हो भने, दुर्घटना भएको मिति: _____
वकिलको जानकारी: _____	
के खाता कामदारको क्षतिपूर्तिसँग सम्बन्धित छ? हो होइन	चोटपटक लागेको मिति: _____
वकिलको जानकारी: _____	

**परिवारका सदस्यहरूका नाम, उमेर र बिरामीसितको सम्बन्ध सूचीबद्ध गर्नुहोस्:**

नाम:	जन्ममिति:	बिरामी
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(तपाईंलाई थप स्थान चाहिन्छ भने, कृपया यस पृष्ठको पछाडि लेख्नुहोस्)

## आय (मासिक):

बिरामीको सकल आय (बिरामी नाबालिग छ भने, आमाको मासिक आय): \$ \_\_\_\_\_  
 पति/पत्नीको सकल आय (बिरामी नाबालिग छ भने, बुबाको मासिक आय): \$ \_\_\_\_\_  
 तपाईंसँग आयको कुनै स्रोत छैन भने तपाईंको खर्च कसले तिर्छ? \_\_\_\_\_

K-TAP: \$ _____	बेरोजगारी: \$ _____
बाल समर्थन / गुजारा भत्ता: \$ _____	खाद्य टिकटहरू: \$ _____
सामाजिक सुरक्षा: \$ _____	पेन्सन: \$ _____
SSI / असक्षमता: \$ _____	अन्य आय: \$ _____
	<b>&gt; जम्मा मासिक सकल आय: \$ _____</b>

## खर्चहरू (मासिक):

भाडा/धितो: \$ _____	खाना र आपूर्तिहरू: \$ _____
टेलिफोन: \$ _____	उपयोगिताहरू: \$ _____
	अन्य खर्चहरू: \$ _____

**> जम्मा मासिक खर्च: \$ \_\_\_\_\_**

## गणनायोग्य स्रोतहरू:

## बैंक

## मान

जाँच गर्दै:

बचत:

मनी मार्केट:

म्युचुअल फण्ड:

स्टक:

401k

403B

बन्ड:

IRA

अन्य स्रोतहरू:

➤ जम्मा स्रोतहरू:

\$

## सम्पत्ति:

## घर:

## अन्य सम्पत्ति:

बन्धकको नाम

बन्धकको नाम

हालको मान

हालको मान

हालको इक्विटी

हालको इक्विटी

(हालको मान माइनस तपाईंले तिर्नु पर्ने कुरा)

अन्य घरहरू?

(हो भने, कृपया बन्धकको नाम, ठेगाना, हालको मूल्य र हालको इक्विटी प्रदान गर्नुहोस्)

## यो प्रमाणित गर्दछ कि मैले NORTON हेल्थकेयरमा आर्थिक सहायताको लागि विचार गर्न अनुरोध गर्दछु

म Norton Healthcareलाई आवश्यक जानकारीको साथ प्रस्तुत गर्न सहमत छु जुन मैले उनीहरूका सुविधाहरूमा प्राप्त गरेको सेवाहरूबाट उत्पन्न चिकित्सा बिलहरूका साथ सहयोगको लागि मेरो योग्यता निर्धारण गर्न आवश्यक छ। मेरा चिकित्सकहरू र अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूले मलाई ती प्रदायकहरूबाट मेडिकल बिलहरूमा मद्दत गर्न सक्ने आर्थिक सहायता नीतिहरू हुन सक्छन् भन्ने कुरा म बुझ्छु। जस्तै, म Norton Healthcare लाई ती प्रदायकहरूलाई मेरो आवेदनको प्रतिलिपि प्रदान गर्न अधिकृत गर्दछु जसले उनीहरूलाई उनीहरूका आर्थिक सहायता कार्यक्रमहरू अन्तर्गत लाभको लागि योग्य छ कि छैन भनेर निर्धारण गर्न मद्दत गर्न अनुरोध गर्दछ।

म प्रमाणित गर्दछु कि यस आवेदनमा मैले प्रदान गरेको जानकारी मेरो ज्ञान र विश्वासको सर्वोत्तम सही र सत्य छ। मैले सहायताको लागि आवेदन गर्दा गलत जानकारी दिए वा जानकारी रोके भने, मेरो आवेदन अस्वीकृत हुनेछ र Norton Healthcare ले कुनै पनि बाँकी रकम सङ्कलन गर्न जारी राख्ने भन्ने कुरामा म बुझ्छु। त्यस अवस्थामा, म पनि जालसाजीको लागि अभियोजनको अधीनमा हुन सक्छु। म Norton Healthcare लाई ठेगाना, टेलिफोन नम्बर र आय सहित यस फारममा प्रदान गरिएको जानकारीमा कुनै पनि परिवर्तन भएमा सूचित गर्न सहमत छु।

जिम्मेवार पक्षको हस्ताक्षर

मिति

➤ कृपया सबै चेकिङ र बचत खाताहरूका लागि तपाईंको गत 3 महिनाको बैंक स्टेटमेन्टको प्रतिलिपिसहित भरिएको आवेदन फर्काउनुहोस्।

जानकारी फर्काउन ठाउँ:

NORTON HEALTHCARE

SBO FINANCIAL ASSISTANCE DEPT 14-7

PO BOX 35070

LOUISVILLE, KY 40232-9972

ग्राहक सेवा फोन #:

(502) 479-6300

आर्थिक सहायता फ्याक्स #:

(502) 629-8883

इमेल ठेगाना:

FAP@nortonhealthcare.org

थप जानकारीका लागि निम्न वेबसाइटमा जानुहोस्:

www.nortonhealthcare.com/FAP