

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: _____

तपाईंसँग स्वास्थ्य बीमा छ भने, कृपया प्रदान गर्नुहोस्:

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:	\$ _____
		➤ जम्मा मासिक सकल आय:	\$ _____

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 719046

CHICAGO, IL 60677-7046

ग्राहक सेवा फोन #:

(502) 479-6300

आर्थिक सहायता प्याक्स #:

(502) 629-8883

इमेल ठेगाना:

FAP@nortonhealthcare.org

थप जानकारीका लागि निम्न वेबसाइटमा जानुहोस्:

www.nortonhealthcare.com/FAP