

ZAHTEJ ZA FINANCIJSKU POMOĆ PRUŽATELJA ZDRAVSTVENE SKRBI NORTON HEALTHCARE

BROJ RAČUNA: _____

IME PACIJENTA: _____ DATUM ROĐENJA: ____/____/____ BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA: _____

ADRESA: _____ KUĆNI TELEFON: _____ MOBILNI TELEFON: _____

GRAD: _____ SAVEZNA DRŽAVA: _____ POŠTANSKI BROJ: _____ ADRESA E-POŠTE: _____

JE LI PACIJENT DRŽAVLJANIN SAD-A? DA NE IMA LI PACIJENT ZAKONSKO PREBIVALIŠTE U SAD-U? DA NE

PACIJENTOV POSLODAVAC (AKO JE MALOLJETNIK, PODACI O RODITELJU): _____ TELEFON: _____

SUPRUŽNIKOV POSLODAVAC (AKO JE MALOLJETNIK, PODACI O RODITELJU): _____ TELEFON: _____

AKO IMATE ZDRAVSTVENO OSIGURANJE, NAVEDITE SLJEDEĆE:

NAZIV TVRTKE: _____ TELEFON TVRTKE: _____

BROJ POLICE: _____ OSIGURANIK: _____

JESTE LI BORAVILI U BOLNICI ZBOG AUTOMOBILSKE NESREĆE? DA NE AKO DA, DATUM NESREĆE: _____

PODACI O ODVJETNIKU: _____

JE LI RAČUN POVEZAN S OSIGURANJEM OD NESREĆE NA RADU? DA NE DATUM OZLJEDE: _____

PODACI O ODVJETNIKU: _____

NAVEDITE IME, DOB I SRODSTVO ČLANOVA KUĆANSTVA S PACIJENTOM:

IME	DATUM ROĐENJA	SRODSTVO S PACIJENTOM
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(AKO TREBATE JOŠ PROSTORA, PIŠITE NA POLEĐINI OVE STRANICE)

PRIHODI (MJESEČNI):

PACIJENTOVI BRUTO PRIHODI (AKO JE PACIJENT MALOLJETNIK, MJESEČNI PRIHODI MAJKE): \$ _____

SUPRUŽNIKOVI BRUTO PRIHODI (AKO JE PACIJENT MALOLJETNIK, MJESEČNI PRIHODI OCA): \$ _____

AKO NEMATE PRIHODA, TKO PLAĆA VAŠE TROŠKOVE? _____

PROGRAM K-TAP: \$ _____ NAKNADA ZA NEZAPOSLENE: \$ _____

DJEČJI DOPLATAK / ALIMENTACIJA: \$ _____ BONOVI ZA HRANU: \$ _____

SOCIJALNO OSIGURANJE: \$ _____ MIROVINA: \$ _____

DODATNA SOCIJALNA POMOĆ (SSI) / NAKNADA ZA INVALIDNOST: \$ _____ OSTALI PRIHODI: \$ _____

➤ **UKUPNI MJESEČNI BRUTO PRIHODI:** \$ _____

TROŠKOVI (MJESEČNI):

NAJAMNINA/HIPOTEKA: \$ _____ HRANA I POTREPŠTINE: \$ _____

TELEFON: \$ _____ KOMUNALNE USLUGE: \$ _____

OSTALI TROŠKOVI: \$ _____

➤ **UKUPNI MJESEČNI TROŠKOVI:** \$ _____

NOVČANA SREDSTVA:	BANKA	VRIJEDNOST
TEKUĆI RAČUN:	_____	_____
ŠTEDNI RAČUN:	_____	_____
TRŽIŠTE NOVCA:	_____	_____
UZAJAMNI FONDOVI:	_____	_____
DIONICE:	401k _____ 403B _____	_____
	OSOBN MIROVINSKI RAČUN (IRA)	_____
OBVEZNICE:	_____	_____
OSTALA SREDSTVA:	_____	_____
		➤ UKUPNA SREDSTVA: \$ _____

IMOVINA:	KUĆA:	OSTALA IMOVINA:
_____	_____	_____
IME HIPOTEKARNOG VJEROVNIKA	IME HIPOTEKARNOG VJEROVNIKA	
_____	_____	_____
TRENUTAČNA VRIJEDNOST	TRENUTAČNA VRIJEDNOST	
_____	_____	_____
TRENUTAČNI KAPITAL	TRENUTAČNI KAPITAL <small>(TRENUTAČNA VRIJEDNOST UMANJENA ZA VAŠE DUGOVANJE)</small>	

DRUGE KUĆE? _____
 (AKO POSTOJE, NAVEDITE IME HIPOTEKARNOG VJEROVNIKA, ADRESU,
 TRENUTAČNU VRIJEDNOST I TRENUTAČNI KAPITAL)

OVIME SE POTVRĐUJE DA TRAŽIM DA ME PRUŽATELJ ZDRAVSTVENE SKRBI NORTON HEALTHCARE UZME U OBZIR KAO KANDIDATA ZA FINACIJSKU POMOĆ

PRISTAJEM dati pružatelju zdravstvene skrbi Norton Healthcare podatke potrebne za utvrđivanje moje podobnosti za pomoć pri plaćanju medicinskih računa koji proizlaze iz usluga koje su mi pružene u njegovim objektima. Razumijem da moji liječnici i drugi pružatelji zdravstvene skrbi mogu imati pravila o finacijskoj pomoći koja bi mi mogla pomoći pri plaćanju medicinskih računa koje izdaju. U skladu s tim ovlašćujem pružatelja Norton Healthcare da dostavi kopiju mog zahtjeva pružateljima koji ga zatraže da im pomogne pri utvrđivanju moje podobnosti za koristi u okviru njihovih programa finacijske pomoći.

Potvrđujem da su podaci koje sam pružio/pružila u ovom zahtjevu točni i istiniti po mojem najboljem znanju i uvjerenju. Razumijem da će u slučaju da pružim lažne podatke ili uskratim podatke pri prijavi za pomoć moj zahtjev biti odbijen i da će pružatelj Norton Healthcare i dalje tražiti naplatu svih dospjelih razlika u troškovima. U tom slučaju mogu biti kazneno gonjen(a) zbog prijevare. Pristajem obavijestiti pružatelja Norton Healthcare o svim promjenama u podacima koji su pruženi u ovom obrascu, uključujući adresu, telefonski broj i prihode.

_____	_____
POTPIS ODGOVORNE OSOBE	DATUM

➤ **MOLIMO DA NAM ISPUNJENI ZAHTJEV POŠALJETE NATRAG ZAJEDNO S BANKOVNIM IZVATCIMA ZA POSLJEDNJA 3 MJESECA ZA SVE SVOJE TEKUĆE I ŠTEDNE RAČUNE.**

ADRESA ZA SLANJE INFORMACIJA:

NORTON HEALTHCARE
SBO FINANCIAL ASSISTANCE DEPT 14-7
PO BOX 719046
CHICAGO, IL 60677-7046
 TELEFONSKI BROJ KORISNIČKE SLUŽBE: (502) 479-6300
 BROJ TELEFAKSA ZA FINACIJSKU POMOĆ: (502) 629-8883
 ADRESA E-POŠTE: FAP@nortonhealthcare.org
 WEB-MJESTO ZA VIŠE INFORMACIJA: www.nortonhealthcare.com/FAP

