NORTON HEALTHCARE

**財務援助申請要求**

感謝您對 Norton Healthcare 財務援助計畫 (Financial Assistance Program) 的關注。我們的計畫旨在為符合資格者的醫療需求提供經濟支援。

為了判斷您的資格，我們必須收到完整填寫的財務援助申請表及所有必要的證明文件。

**所需文件**

請提交以下資料：

- 一份完整填寫並**已簽名及註明日期**的財務援助申請表。
- **三 (3) 個月的銀行對帳單**，涵蓋家庭成員持有的**所有銀行帳戶**。對帳單必須包含所有頁面，即使某頁是空白的。

我們的目標是盡快處理您的申請。在提交時提供所有必要資訊，有助於我們加快審核進度，避免不必要的延誤。

若您對申請流程或文件要求有任何疑問，請致電我們的客戶服務 (Customer Service) 團隊：**(502)-479-6300**。我們很樂意協助您。

感謝您的配合，並讓我們有機會為您服務。

謹致問候，

Norton Healthcare 財務援助團隊

# NORTON HEALTHCARE 財務援助申請

帳戶號碼：_____

患者姓名：_____ 出生日期：__/__/____ 社會安全號：_____

地址：_____ 住家電話：_____ 行動電話：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____ 電子郵件：_____

患者是否為美國公民？ 是 否 患者是否為合法的美國居民？ 是 否

患者的雇主（如果未成年，則提供父母資訊）：_____ 電話號碼：_____

配偶的雇主（如果未成年，則提供父母的資訊）：_____ 電話號碼：_____

**如果您有健康保險，請提供：**

公司名稱：_____ 公司電話：_____

保單號碼：_____ 保單持有人：_____

本次住院是否是因為發生車禍？ 是 否 如果是，請註明事故日期：_____

律師資訊：_____

帳戶是否與勞工賠償有關？ 是 否 受傷日期：_____

律師資訊：_____

**列出家庭成員的姓名、年齡、與患者的關係：**

| 姓名： | 出生日期 | 與患者的關係 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

（如果需要額外空間填寫，請寫在本頁背面）

**收入（每月）：**

患者的總收入（如果患者是未成年人，則為母親的月收入）：$_____

配偶的總收入（如果患者是未成年人，則為父親的月收入）：$_____

如果您沒有收入，由誰支付您的費用？_____

K-TAP：$_____ 失業救濟金 $_____

子女扶養費/贍養費：$_____ 食品券：$_____

社會安全：$_____ 退休金：$_____

生活保障補助金 (SSI)/殘障：$_____ 其他收入：$_____

➢ **每月總收入：** $_____

**支出（每月）：**

租金 / 抵押貸款：$_____ 食物和用品：$_____

電話號碼：$_____ 公用事業費用：$_____

其他支出：$_____

➢ **每月總支出：** $_____

**可計算的資源：** **銀行** **價值**

支票：

儲蓄：

貨幣市場：

共同基金：

股票： 401k 403B

債券： IRA

其他資源：

➢ **總計資源：** $

**財產：**

**住所：**

抵押人姓名

目前價值

目前資產淨值

**其他財產：**

抵押人姓名

目前價值

目前資產淨值
（目前價值減去您積欠的價值）

**是否有其他住所？**

（如果有，請提供抵押人姓名、地址、目前價值和目前資產淨值）

**此可證明本人請求 NORTON HEALTHCARE 考慮提供財務援助**

本人茲同意向 Norton Healthcare 提供必要的資訊，以確定本人是否有資格獲得因本人在其機構接受服務而產生醫療費用的援助。.本人瞭解自己的醫生以及其他醫療保健提供者可能有經濟援助政策，可以協助本人支付這些提供者的醫療費用。因此，本人授權 Norton Healthcare 向要求提供本人申請副本的提供者提供本人的申請副本，協助他們藉此判定本人是否有資格獲得其財務援助計劃下的福利。

本人保證，根據本人所知和所信，本人在本申請表中提供的資訊皆係正確且真實。本人瞭解，倘若自己在申請援助時提供不實資訊或隱瞞資訊，本人的申請將遭到拒絕，Norton Healthcare 將繼續追討任何應付的未清餘額。在此情況下，自己也可能因詐欺行為而遭到起訴。倘若在本申請表中提供的資訊（包括地址、電話號碼和收入）有任何變動，本人同意將會通知 Norton Healthcare。

責任方簽名

日期

➢ **請將填妥的申請表連同所有支票帳戶和儲蓄帳戶最近 3 個月的銀行對帳單副本一併寄回。**

**將資訊傳回：**

**NORTON HEALTHCARE**
**SBO FINANCIAL ASSISTANCE DEPT 14-7**
**PO BOX 719046**
**CHICAGO, IL 60677-7046**

客戶服務電話號碼：(502) 479-6300
財務援助傳真號碼：(502) 629-8883
電子郵件地址：FAP@nortonhealthcare.org
如需瞭解更多資訊，請造訪：www.nortonhealthcare.com/FAP