NORTON HEALTHCARE

Exigences relatives à la demande d'aide financière

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez au programme d'aide financière de Norton Healthcare. Notre programme vise à apporter une aide financière aux personnes admissibles pour répondre à leurs besoins médicaux.

Afin de déterminer votre admissibilité, nous devons recevoir une demande d'aide financière dûment remplie, accompagnée de l'ensemble des justificatifs requis.

Documents requis

Veuillez nous faire parvenir les éléments suivants :

- Une demande d'aide financière dûment remplie, **signée et datée**.
- **Trois (3) mois de relevés bancaires** pour **l'ensemble des comptes bancaires** détenus par les membres du foyer. Les relevés doivent comporter toutes les pages, y compris les pages blanches.

Notre objectif est de traiter votre demande dans les meilleurs délais. En nous fournissant toutes les informations requises lors de l'envoi de votre demande, vous nous aiderez à accélérer son examen et à éviter tout retard inutile.

Pour toute question concernant la procédure de demande ou les justificatifs requis, veuillez appeler notre service client au **(502)-479-6300**. Nous serons ravis de vous aider.

Merci de votre coopération et de nous avoir donné l'occasion de vous servir.

Cordialement,

Équipe d'aide financière de Norton Healthcare

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE À NORTON HEALTHCARE

Nº de CO _____

NOM DU _____ DATE DE NAISSA ___/___/___ Nº DE SÉCURITÉ SOCIALE : _____

ADRESSE : _____ TÉLÉPHONE DU DOMICILE : _____ TÉLÉPHONE MOBILE : _____

VIL _____ ÉTAT : _____ CODE POSTAL : _____ E-MAIL : _____

LE PATIENT EST-IL OUI NON

LE PATIENT EST-IL RÉSIDENT LÉGAL AUX ÉTATS-UNIS ? OUI NON

EMPLOYEUR DU PATIENT (POUR LES MINEURS, _____ TÉLÉPHONE : _____

EMPLOYEUR DU CONJOINT (POUR LES MINEURS, _____ TÉLÉPHONE : _____

SI VOUS AVEZ UNE ASSURANCE SANTÉ, VEUILLEZ PRÉCISER :

NOM DE LA COMPAGNIE NU MÉRO DE POLICE. _____ TÉLÉPHONE DE LA COMPAGNIE : _____

TITULAIRE DE LA POLICE : _____

CE SÉJOUR A-T-IL ÉTÉ DÛ À UN ACCIDENT DE VOITURE ? OUI NON SI OUI, DATE DE L'ACCIDENT : _____

COORDONNÉES DE L'AVOCAT : _____

LE COMPTE EST-IL LIÉ À LA RÉMUNÉRATION DU TRAVAILLEUR ? OUI NON DATE DES BLESSURES : _____

COORDONNÉES DE L'AVOCAT : _____

INDIQUEZ LE NOM ET L'ÂGE DES MEMBRES DE L'UNITÉ FAMILIALE AINSI QUE LEUR LIEN AVEC LE PATIENT :

NOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN AVEC LE PATIENT

_____ _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

(SI VOUS AVEZ BESOIN D'ESPACE SUPPLÉMENTAIRE, VEUILLEZ ÉCRIRE AU VERSO DE CETTE PAGE)

REVENU

REVENUS BRUTS DU PATIENT (SI LE PATIENT EST MINEUR, REVENUS MENSUELS DE LA MÈRE) : $ _____

REVENUS BRUTS DU CONJOINT (SI LE PATIENT EST MINEUR, REVENUS MENSUELS DU PÈRE) : $ _____

SI VOUS N'AVEZ AUCUN REVENU, QUI PAIE VOS DÉPENSES ? _____

K-TAP : $ _____ CHÔMAGE : $ _____

PENSION ALIMENTAIRE /PRESTATION $ _____ COUPONS ALIMENTAIRES : $ _____

SÉCURITÉ SOCIALE : $ _____ PENSION : $ _____

SSI (Revenu de sécurité supplémentai $ _____ AUTRES REVENUS : $ _____

- **TOTAL REVENUS MENSUELS BRUTS : $** _____

DÉPENSE

LOYER/HYPOTHÈQUE : $ _____ ALIMENTATION ET FOURNITURES : $ _____

TÉLÉPHONE : $ _____ SERVICES PUBLICS : $ _____

AUTRES DÉPENSES : $ _____

- **TOTAL DÉPENSES MENSUELLES : $** _____

RESSOU	**BANQUE**	**VALEUR**
COMPTE COURANT :	_____	_____
ÉPARGNE :	_____	_____
MARCHÉ FONDS COM	_____	_____
ACTIONS :	401k _____ 403B _____	_____

OBLIGATIONS : _____ COMPTE RETRAITE (IRA) : _____ _____

AUTRES _____ _____

➢ **TOTAL RESSOURCES :** **$** _____

BIENS

LOGEM **AUTRE BIEN FONCIER :**

_____ _____

NOM NOM DU CRÉANCIER HYPOTHÉCAIRE

_____ _____

VALEU VALEUR ACTUELLE

_____ _____

CAPITAL CAPITAL ACTUEL
(VALEUR ACTUELLE MOINS CE QUE VOUS DEVEZ)

ACTUEL

D'AUTRES _____

(SI OUI, VEUILLEZ FOURNIR LE NOM DU CRÉANCIER HYPOTHÉCAIRE, L'ADRESSE, LA VALEUR ACTUELLE ET LE CAPITAL ACTUEL)

LES PRÉSENTES ATTESTENT DE MA DEMANDE D'EXAMEN À NORTON HEALTHCARE POUR OBTENTION D'UNE AIDE FINANCIÈRE

PAR LES PRÉSENTES, J'ACCEPTE de fournir à Norton Healthcare les informations nécessaires afin de déterminer si je suis éligible à une aide pour les factures médicales découlant des services que j'ai reçus dans ses établissements. Je comprends que mes médecins et autres fournisseurs de soins de santé peuvent avoir des politiques d'aide financière qui pourraient m'aider à faire face à leurs factures médicales. Par conséquent, j'autorise Norton Healthcare à fournir une copie de ma demande aux fournisseurs qui la demandent afin de leur permettre de déterminer si je suis en droit de bénéficier de leurs programmes d'aide financière.

Je certifie que, à ma connaissance, les informations que j'ai fournies dans cette demande sont correctes et véridiques. Je comprends que si je donne de fausses informations ou que si je retiens des informations dans ma demande d'aide, ma demande sera refusée et Norton Healthcare continuera à chercher à recouvrer tout solde impayé. Dans ce cas, je pourrais faire l'objet de poursuites pour fraude. J'accepte d'informer

SIGNATURE DE LA PARTIE RESPONSABLE

DATE

- **VEUILLEZ RETOURNER LA DEMANDE REMPLIE AVEC UNE COPIE DE VOS RELEVÉS BANCAIRES DES TROIS DERNIERS MOIS DE TOUS LES COMPTES COURANTS ET COMPTES D'ÉPARGNE.**

RENVOYEZ LES INFORMATIONS À :

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

TÉLÉPHONE DU SERVICE CLIENTS :	(502) 479-6300
TÉLÉCOPIE DE L'AIDE FINANCIÈRE :	(502) 629-8883
ADRESSE E-MAIL :	FAP@nortonhealthcare.org
POUR OBTENIR PLUS D'INFORMATIONS, CONSULTEZ LE SITE :	www.nortonhealthcare.com/FAP