NORTON HEALTHCARE

Anträge auf finanzielle Unterstützung

Vielen Dank für Ihr Interesse am Finanzhilfeprogramm von Norton Healthcare. Unser Programm ist darauf ausgelegt, die medizinischen Bedürfnisse derjenigen finanziell zu unterstützen.

Um Ihre Anspruchsberechtigung zu bestimmen, müssen wir einen vollständig ausgefüllten Antrag auf finanzielle Unterstützung sowie alle erforderlichen Unterlagen erhalten.

Erforderliche Unterlagen

Bitte reichen Sie Folgendes ein:

- Ein vollständig ausgefüllter Antrag auf finanzielle Unterstützung, der **unterschrieben und datiert** ist.
- **Drei (3) Monate Kontoauszüge** für **alle Bankkonten,** die von Haushaltsmitgliedern gehalten werden. Aussagen müssen alle Seiten enthalten, selbst wenn eine Seite leer ist.

Unser Ziel ist es, Ihren Antrag so schnell wie möglich zu bearbeiten. Die Bereitstellung aller erforderlichen Informationen zum Zeitpunkt der Einreichung hilft uns, unsere Überprüfung zu beschleunigen und unnötige Verzögerungen zu vermeiden.

Wenn Sie Fragen zum Antragsprozess oder zu den Anforderungen der Dokumentation haben, rufen Sie bitte unser Kundenservice-Team unter **(502)-479-6300** an. Wir helfen Ihnen gerne weiter.

Vielen Dank für Ihre Kooperation und dafür, dass Sie uns die Möglichkeit geben, Ihnen zu dienen.

Mit freundlichen Grüßen,

Norton Healthcare Finanzhilfeteam

ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG DURCH NORTON HEALTHCARE

PATIENTENKONTONR.: _____

NAME DES PATIENTEN: _____ GEB. AM: ____/____/____ SVNR: _____

STRASSE UND HAUSNR.: _____ TELEFON PRIVAT: _____ MOBILTELEFON: _____

ORT: _____ BUNDESSTAAT: ____ PLZ: _____ E-MAIL: _____

IST DER PATIENT US-BÜRGER? JA NEIN HAT DER PATIENT EINEN RECHTMÄSSIGEN WOHNSITZ IN DEN USA? JA NEIN

ARBEITGEBER DES PATIENTEN
(BEI MINDERJÄHRIGEN DER MUTTER): _____ TELEFON: _____

ARBEITGEBER DES EHEPARTNERS
(BEI MINDERJÄHRIGEN DES VATERS): _____ TELEFON: _____

BEI BESTEHEN EINER KRANKENVERSICHERUNG BITTE FOLGENDE ANGABEN LEISTEN:

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT: _____ TELEFONNUMMER: _____

VERSICHERUNGSNUMMER: _____ VERSICHERUNGSINHABER: _____

IST DER AUFENTHALT AUF EINEN AUTOUNFALL ZURÜCKZUFÜHREN?

JA NEIN WENN JA, DATUM DES UNFALLS: _____

ANGABEN ZUM ANWALT: _____

IST DAS ABRECHNUNGSKONTO MIT DER WORKER'S COMPENSATION VERBUNDEN?

JA NEIN DATUM DER VERLETZUNG: _____

ANGABEN ZUM ANWALT: _____

MITGLIEDER DES FAMILIENHAUSHALTS – BITTE NAMEN, GEBURTSTAG UND VERHÄLTNIS ZUM PATIENTEN ANGEBEN:

NAME	GEBURTSDATUM	VERHÄLTNIS ZUM PATIENTEN

(WENN SIE ZUSÄTZLICHEN PLATZ BENÖTIGEN, NUTZEN SIE BITTE DIE RÜCKSEITE.)

EINKOMMEN (MONATLICH):

BRUTTOEINKOMMEN DES PATIENTEN (BEI MINDERJÄHRIGEN DAS MONATLICHE EINKOMMEN DER MUTTER): $ _____

BRUTTOEINKOMMEN DES EHEPARTNERS (BEI MINDERJÄHRIGEN DAS MONATLICHE EINKOMMEN DES VATERS): $ _____

WENN SIE KEIN EINKOMMEN BEZIEHEN: WER BEZAHLT IHREN LEBENSUNTERHALT? _____

K-TAP: $ _____

KINDESUNTERHALT/UNTERHALT: $ _____

SOZIALVERSICHERUNG: $ _____

SSI/BEHINDERUNG: $ _____

ARBEITSLOSENGELD: $ _____

LEBENSMITTELMARKEN: $ _____

RENTE: $ _____

SONSTIGES EINKOMMEN: $ _____

- **SUMME MONATLICHES BRUTTOEINKOMMEN: $** _____

AUSGABEN (MONATLICH):

MIETE/HYPOTHEK: $ _____

TELEFONKOSTEN: $ _____

LEBENS- UND VERSORGUNGSMITTEL: $ _____

STROM/GAS/WASSER: $ _____

SONSTIGE AUSGABEN: $ _____

- **SUMME MONATLICHE AUSGABEN: $** _____

ZÄHLBARE RESSOURCEN:	**BANK**	**WERT**
GIROKONTO:	_____	_____
SPARKONTO:	_____	_____
KAPITALMARKT:	_____	_____
INVESTMENTFONDS:	_____	_____
AKTIEN:	401k _____ 403B _____	_____
ANLEIHEN:	_____ IRA _____	_____
SONSTIGE RESSOURCEN:	_____	_____

➢ **SUMME RESSOURCEN:** $ _____

EIGENTUM:

EIGENHEIM:	**SONSTIGES EIGENTUM:**
_____ NAME HYPOTHEKGEBER	_____ NAME HYPOTHEKGEBER
_____ AKTUELLER WERT	_____ AKTUELLER WERT
_____ AKTUELLES EIGENKAPITAL	_____ AKTUELLES EIGENKAPITAL (AKTUELLER WERT ABZÜGLICH SCHULDEN)

SONSTIGE IMMOBILIEN? _____

(WENN JA, BITTE NAMEN UND ADRESSE DES HYPOTHEKGEBERS, AKTUELLEN WERT UND AKTUELLES EIGENKAPITAL ANGEBEN)

MIT MEINER UNTERSCHRIFT BESTÄTIGE ICH, DASS ICH FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG DURCH NORTON HEALTHCARE BEANTRAGE

HIERMIT ERKLÄRE ICH MICH BEREIT, Norton Healthcare die Informationen zur Verfügung zu stellen, die erforderlich sind, um festzustellen, ob ich Anspruch auf Unterstützung bei der Zahlung der Rechnungen habe, mit denen die Leistungen abgerechnet werden, die ich in Einrichtungen von Norton Healthcare erhalten habe. Mir ist bewusst, dass die mich behandelnden Ärzte und sonstigen Leistungserbringer gegebenenfalls über Richtlinien zur finanziellen Unterstützung verfügen, die mir bei der Begleichung ihrer an mich ausgestellten Rechnungen helfen könnten. Daher ermächtige ich Norton Healthcare, den Leistungserbringern, die dies wünschen, eine Kopie meines Antrags zur Verfügung zu stellen, um sie bei der Feststellung zu unterstützen, ob ich Anspruch auf Leistungen im Rahmen ihrer finanziellen Unterstützungsprogramme habe.

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag nach meinem besten Wissen wahr und korrekt sind. Mir ist bewusst, dass mein Antrag auf finanzielle Unterstützung abgelehnt wird, wenn ich darin falsche Angaben mache oder Angaben verschweige, und dass Norton Healthcare sich in diesem Fall weiterhin darum bemüht, ausstehende Forderungen einzutreiben. In diesem Fall kann es auch sein, dass ich wegen Betrugs strafrechtlich verfolgt werde. Ich bin damit einverstanden, Norton Healthcare über alle Änderungen der in diesem Formular bereitgestellten Informationen, einschließlich Adresse, Telefonnummer und Einkommen, zu informieren.

_____ UNTERSCHRIFT DES VERANTWORTLICHEN

_____ DATUM

➢ **DEN AUSGEFÜLLTEN ANTRAG BITTE ZUSAMMEN MIT EINER KOPIE IHRER KONTOAUSZÜGE DER LETZTEN DREI MONATE FÜR ALLE GIRO- UND SPARKONTEN EINREICHEN.**

EINREICHUNG DER ANTRAGSUNTERLAGEN UNTER:

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

TELEFONNUMMER KUNDENSERVICE:	(502) 479-6300
FAX-NR. FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG:	(502) 629-8883
E-MAIL-ADRESSE:	FAP@nortonhealthcare.org
WEITERE INFORMATIONEN IM WEB UNTER:	www.nortonhealthcare.com/FAP