NORTON HEALTHCARE

वित्तीय सहायता आवेदनका आवश्यकताहरू

नर्टन हेल्थकेयरको वित्तीय सहायता कार्यक्रममा चासो देखाउनुभएकोमा धन्यवाद। हाम्रो कार्यक्रम योग्य व्यक्तिहरूका चिकित्सा आवश्यकताहरूमा आर्थिक सहयोग गर्न बनाइएको हो।

तपाईंको योग्यता निर्धारण गर्न, हामीले सबै आवश्यक सहायक कागजातसहित पूर्ण रूपमा भरिएको वित्तीय सहायता आवेदन प्राप्त गर्नुपर्छ।

आवश्यक कागजातहरू

कृपया निम्न कुराहरू पेश गर्नुहोस्:

- पूर्ण रूपमा भरिएको, हस्ताक्षर गरिएको र मिति उल्लेख गरिएको वित्तीय सहायता आवेदन।
- घरपरिवारका सदस्यहरूका नाममा रहेका सबै बैंक खाताहरूका लागि तीन **(3)** महिनाको बैंक स्टेटमेन्ट। स्टेटमेन्टमा सबै पृष्ठहरू समावेश हुनुपर्छ, कुनै पृष्ठ खाली भए पनि।

हाम्रो लक्ष्य तपाईंको आवेदन सकेसम्म छिटो प्रक्रिया गर्नु हो। आवेदन पेश गर्दा नै सबै आवश्यक जानकारी उपलब्ध गराउनुभयो भने हामीलाई समीक्षा छिटो गर्न र अनावश्यक ढिलाइ हुनबाट जोगिन मद्दत पुग्छ।

आवेदन प्रक्रिया वा कागजातसम्बन्धी आवश्यकताहरूबारे तपाईंका कुनै प्रश्नहरू छन् भने, कृपया हाम्रो ग्राहक सेवा टोलीलाई **(502)-479-6300** मा फोन गर्नुहोस्। हामी तपाईंलाई सहयोग गर्न पाउँदा खुसी छौं।

तपाईंको सहयोगका लागि र हामीलाई तपाईंको सेवा गर्ने अवसर दिनुभएकोमा धन्यवाद।

भवदीय,

नर्टन हेल्थकेयर वित्तीय सहायता टोली

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: $ _____

बाल समर्थन / गुजारा भत्ता: $ _____

सामाजिक सुरक्षा: $ _____

SSI / असक्षमता: $ _____

बेरोजगारी: $ _____

खाद्य टिकटहरू: $ _____

पेन्सन: $ _____

अन्य आय: $ _____

➢ **जम्मा मासिक सकल आय:** $ _____

खर्चहरू (मासिक):

भाडा/धितो: $ _____

टेलिफोन: $ _____

खाना र आपूर्तिहरू: $ _____

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:**
_____ बंधकको नाम	_____ बंधकको नाम
_____ हालको मान	_____ हालको मान
_____ हालको इक्विटी	_____ हालको इक्विटी (हालको मान माइनस तपाईंले तिर्नु पर्ने कुरा)

अन्य घरहरू? _____

(हो भने, कृपया बंधकको 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 छु 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 रोकें भने, मेरो आवेदन अस्वीकृत हुनेछ र Norton Healthcare ले कुनै पनि बाँकी रकम सङ्कलन गर्न जारी राख्नेछ 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 फ्याक्स #:	(502) 629-8883
इमेल ठेगाना:	FAP@nortonhealthcare.org
थप जानकारीका लागि निम्न वेबसाइटमा जानुहोस्:	www.nortonhealthcare.com/FAP