NORTON HEALTHCARE

Услови за пријаву за финансијску помоћ

Хвала Вам на интересовању за Програм финансијске помоћи установе Norton Healthcare. Наш програм је осмишљен да пружи финансијску подршку за медицинске потребе лица која испуњавају услове.

Да бисмо утврдили да ли испуњавате услове, морамо да примимо у потпуности попуњену Пријаву за финансијску помоћ, заједно са свом обавезном пратећом документацијом.

Обавезна документација

Молимо Вас да доставите следеће:

- У потпуности попуњена Пријава за финансијску помоћ која је **потписана и датирана**.
- **Банковни изводи за период од три (3) месеца** за **све банковне рачуне** које имају чланови домаћинства. Изводи морају да садрже све странице, чак и ако је нека страница празна.

Наш циљ је да Вашу пријаву обрадимо што је брже могуће. Достављање свих потребних информација приликом подношења пријаве помоћи ће нам да убрзамо разматрање и избегнемо непотребна кашњења.

Ако имате питања у вези са поступком подношења пријаве или захтевима у погледу документације, позовите наш тим Службе за кориснике на број (**502)-479-6300**. Радо ћемо Вам помоћи.

Хвала Вам на сарадњи и на прилици да Вам пружимо услугу.

С поштовањем,

Тим за финансијску помоћ Norton Healthcare

ZAHTJEV 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: $ _____

DJEČJI DOPLATAK / ALIMENTACIJA: $ _____

SOCIJALNO OSIGURANJE: $ _____

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

NAKNADA ZA NEZAPOSLENE: $ _____

BONOVI ZA HRANU: $ _____

MIROVINA: $ _____

OSTALI PRIHODI: $ _____

- **UKUPNI MJESEČNI BRUTO PRIHODI: $ _____**

TROŠKOVI (MJESEČNI):

NAJAMNINA/HIPOTEKA: $ _____

TELEFON: $ _____

HRANA I POTREPŠTINE: $ _____

KOMUNALNE USLUGE: $ _____

OSTALI TROŠKOVI: $ _____

- **UKUPNI MJESEČNI TROŠKOVI: $ _____**

NOVČANA SREDSTVA: **BANKA** **VRIJEDNOST**

TEKUĆI RAČUN: _____ _____

ŠTEDNI RAČUN: _____ _____

TRŽIŠTE NOVCA: _____ _____

UZAJAMNI FONDOVI: _____ _____

DIONICE: 401k _____ 403B _____ _____

OBVEZNICE: _____ OSOBNI MIROVINSKI RAČUN (IRA) _____ _____

OSTALA SREDSTVA: _____ _____

➢ **UKUPNA SREDSTVA:** $ _____

IMOVINA:

KUĆA: **OSTALA IMOVINA:**

_____ _____

IME HIPOTEKARNOG VJEROVNIKA — IME HIPOTEKARNOG VJEROVNIKA

_____ _____

TRENUTAČNA VRIJEDNOST — TRENUTAČNA VRIJEDNOST

_____ _____

TRENUTAČNI KAPITAL — TRENUTAČNI KAPITAL
(TRENUTAČNA VRIJEDNOST UMANJENA ZA VAŠE DUGOVANJE)

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 FINANCIJSKU 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 financijskoj 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 financijske 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 FINANCIJSKU POMOĆ: (502) 629-8883
ADRESA E-POŠTE: FAP@nortonhealthcare.org
WEB-MJESTO ZA VIŠE INFORMACIJA: www.nortonhealthcare.com/FAP