NORTON HEALTHCARE

Requisitos de la Solicitud de Asistencia Económica

Gracias por su interés en el Programa de Asistencia Económica (Financial Assistance Program) de Norton Healthcare. Nuestro programa está diseñado para dar apoyo económico para las necesidades médicas de quienes califican.

Para determinar su elegibilidad, debemos recibir una Solicitud de Asistencia Económica completamente llena, junto con todos los documentos de respaldo requeridos.

Documentos requeridos

Envíe lo siguiente:

- Una Solicitud de Asistencia Económica completamente llena, **firmada y fechada**.
- **Estados de cuenta bancarios de tres (3) meses** de **todas las cuentas bancarias** de los miembros del grupo familiar. Los estados de cuenta deben incluir todas las páginas, aunque alguna página esté en blanco.

Nuestro objetivo es procesar su solicitud lo más rápido posible. Dar toda la información requerida en el momento de presentar la solicitud nos ayudará a agilizar nuestra revisión y a evitar demoras innecesarias.

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de solicitud o los requisitos de documentación, llame a nuestro equipo de Servicio al Cliente al (**502)-479-6300**. Con gusto lo ayudaremos.

Gracias por su cooperación y por darnos la oportunidad de atenderlo.

Atentamente,

Equipo de Asistencia Económica de Norton Healthcare

SOLICITUD PARA OBTENER AYUDA ECONÓMICA DE NORTON HEALTHCARE

N.º DE CUENTA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ DOB: ____/____/____ SSN: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO MÓVIL: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ EMAIL: _____

¿ES EL PACIENTE CIUDADANO DE EE. UU.? SÍ NO ¿ES EL PACIENTE UN RESIDENTE LEGAL DE EE. UU.? SÍ NO

EMPLEADOR DEL PACIENTE (SI ES MENOR, INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE): _____ TELÉFONO: _____

EMPLEADOR DEL CÓNYUGE (SI ES MENOR, INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE): _____ TELÉFONO: _____

SI TIENE SEGURO MÉDICO, ESCRIBA:

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA: _____ TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA: _____

N.º DE PÓLIZA: _____ TITULAR DE LA PÓLIZA: _____

¿FUE ESTA ESTANCIA POR UN ACCIDENTE DE AUTO? SÍ NO SI RESPONDIÓ SÍ, FECHA DEL ACCIDENTE: _____

INFORMACIÓN DEL ABOGADO: _____

¿ESTÁ RELACIONADA LA CUENTA CON LA COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR? SÍ NO FECHA DE LA LESIÓN: _____

INFORMACIÓN DEL ABOGADO: _____

ESCRIBA EL NOMBRE, EDAD Y RELACIÓN DE LOS MIEMBROS EN EL GRUPO FAMILIAR DEL PACIENTE:

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE

(SI NECESITA ESPACIO ADICIONAL, ESCRIBA EN LA PARTE DE ATRÁS DE ESTA PÁGINA)

INGRESOS (MENSUALES):

INGRESO BRUTO DEL PACIENTE (SI EL PACIENTE ES UN MENOR, LOS INGRESOS MENSUALES DE LA MADRE): $ _____

INGRESO BRUTO DEL CÓNYUGE (SI EL PACIENTE ES UN MENOR, LOS INGRESOS MENSUALES DEL PADRE): $ _____

SI NO TIENE INGRESOS, ¿QUIÉN PAGA SUS GASTOS? _____

K-TAP: $ _____ DESEMPLEO: $ _____

MANUTENCIÓN INFANTIL/PENSIÓN ALIMENTICIA: $ _____ CUPONES DE COMIDA: $ _____

SEGURO SOCIAL: $ _____ PENSIÓN: $ _____

SSI/DISCAPACIDAD: $ _____ OTROS INGRESOS: $ _____

➢ **TOTAL DE INGRESOS MENSUALES BRUTOS:** $ _____

GASTOS (MENSUALES):

ALQUILER/HIPOTECA: $ _____ ALIMENTOS Y SUMINISTROS: $ _____

TELÉFONO: $ _____ SERVICIOS PÚBLICOS: $ _____

OTROS GASTOS: $ _____

➢ **TOTAL DE GASTOS MENSUALES:** $ _____

RECURSOS CONTABLES:	**BANCO**	**VALOR**
CHEQUES:	_____	_____
AHORROS:	_____	_____
MERCADO MONETARIO:	_____	_____
FONDOS MUTUOS:	_____	_____
ACCIONES:	401k _____ 403B _____	_____
BONOS:	_____ IRA _____	_____
OTROS RECURSOS:	_____	_____

➢ **TOTAL DE RECURSOS:** $ _____

PROPIEDAD:

VIVIENDA:	**OTRAS PROPIEDADES:**
_____ NOMBRE DEL	_____ NOMBRE DEL ACREEDOR
_____ VALOR ACTUAL	_____ VALOR ACTUAL
_____ CAPITAL ACTUAL	_____ CAPITAL ACTUAL (VALOR ACTUAL MENOS LO QUE DEBE)

¿OTRAS VIVIENDAS? _____

(SI LA RESPUESTA ES SÍ, ESCRIBA EL NOMBRE DEL ACREEDOR HIPOTECARIO, DIRECCIÓN, VALOR ACTUAL Y CAPITAL ACTUAL)

ESTO CERTIFICA QUE SOLICITO QUE ME CONSIDEREN PARA OBTENER AYUDA ECONÓMICA EN NORTON HEALTHCARE

POR LA PRESENTE ACEPTO dar a Norton Healthcare la información necesaria para determinar mi elegibilidad para recibir ayuda con las facturas médicas por los servicios que recibí en sus instalaciones. Entiendo que mis médicos y otros proveedores de atención médica pueden tener políticas de ayuda económica que pueden ayudarme con las facturas médicas de esos proveedores. Como tal, autorizo a Norton Healthcare a entregar una copia de mi solicitud a los proveedores que la soliciten para ayudarlos a determinar si califico para los beneficios de sus programas de ayuda económica.

Certifico que la información que di en esta solicitud es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que si doy información falsa o retengo información cuando solicite ayuda, mi solicitud será rechazada y Norton Healthcare continuará con el cobro de cualquier saldo pendiente de pago. En ese caso, también me pueden procesar por fraude. Acepto informar a Norton Healthcare de cualquier cambio en la información que se dio en este formulario, incluyendo dirección, teléfono e ingresos.

_____ FIRMA DE LA PARTE RESPONSABLE

_____ FECHA

➢ **ENTREGUE LA SOLICITUD COMPLETA CON UNA COPIA DE SUS ESTADOS DE CUENTA BANCARIOS DE LOS ÚLTIMOS 3 MESES DE TODAS LAS CUENTAS DE CHEQUES Y AHORROS.**

ENTREGUE LA INFORMACIÓN A:

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

TELÉFONO DEL SERVICIO AL CLIENTE:	(502) 479-6300
FAX DE AYUDA ECONÓMICA:	(502) 629-8883
EMAIL:	FAP@nortonhealthcare.org
PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN,	www.nortonhealthcare.com/FAP