

**ZAHTEV ZA FINANCIJSKU POMOĆ PRUŽATELJA ZDRAVSTVENE SKRBI NORTON HEALTHCARE**

BROJ RAČUNA: \_\_\_\_\_

IME PACIJENTA: \_\_\_\_\_ DATUM ROĐENJA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA: \_\_\_\_\_

ADRESA: \_\_\_\_\_ KUĆNI TELEFON: \_\_\_\_\_ MOBILNI TELEFON: \_\_\_\_\_

GRAD: \_\_\_\_\_ 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 ZA MAJKU): \_\_\_\_\_ TELEFON: \_\_\_\_\_

SUPRUŽNIKOV POSLODAVAC (AKO JE MALOLJETNIK, PODACI ZA OCA): \_\_\_\_\_ 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 BRUTO PRIHODI MAJKE): \$ \_\_\_\_\_

SUPRUŽNIKOV BRUTO PRIHODI (AKO JE PACIJENT MALOLJETNIK, MJESEČNI BRUTO PRIHODI OCA): \$ \_\_\_\_\_

AKO NEMATE PRIHODA, TKO PLAĆA VAŠE TROŠKOVE? \_\_\_\_\_

**OSTALI PRIHODI (MJESEČNI):**

PROGRAM K-TAP:	\$ _____	NAKNADA ZA NEZAPOSLENE:	\$ _____
DJEČJI DOPLATAK / ALIMENTACIJA:	\$ _____	BONOVI ZA HRANU:	\$ _____
SOCIJALNO OSIGURANJE:	\$ _____	MIROVINA:	\$ _____
DODATNA SOCIJALNA POMOĆ (SSI) / NAKNADA ZA INVALIDNOST:	\$ _____	OSTALI PRIHODI:	\$ _____
		<b>UKUPNI MJESEČNI BRUTO PRIHODI OBITELJSKE ZAJEDNICE:</b>	<b>\$ _____</b>

**TROŠKOVI KUĆANSTVA (MJESEČNI):**

NAJAMNINA/HIPOTEKA:	\$ _____	HRANA I POTREPŠTINE:	\$ _____
TELEFON:	\$ _____	KOMUNALNE USLUGE:	\$ _____
		OSTALI TROŠKOVI:	\$ _____
		<b>UKUPNI MJESEČNI TROŠKOVI:</b>	<b>\$ _____</b>

NOVČANA SREDSTVA:	BANKA	VRIJEDNOST
TEKUĆI RAČUN:	_____	_____
ŠTEDNI RAČUN:	_____	_____
TRŽIŠTE NOVCA:	_____	_____
UZAJAMNI FONDOVI:	_____	_____
DIONICE:	401k _____ 403B _____	_____
OBVEZNICI:	OSOBNI MIROVINSKI RAČUN (IRA)	_____
OSTALA SREDSTVA:	_____	_____
<b>UKUPNA SREDSTVA:</b>		<b>\$ _____</b>

IMOVINA:			
KUĆA:	OSTALA IMOVINA:	1. AUTOMOBIL:	2. AUTOMOBIL:
IME HIPOTEKARNOG .....	IME HIPOTEKARNOG VJEROVNIKA	GODINA/MARKA/MODEL	GODINA/MARKA/MODEL
TRENUTAČNA VRIJEDNOST	TRENUTAČNA VRIJEDNOST	TRENUTAČNA VRIJEDNOST	TRENUTAČNA VRIJEDNOST
TRENUTAČNI KAPITAL	TRENUTAČNI KAPITAL (TRENUTAČNA VRIJEDNOST UMANJENA ZA VAŠE DUGOVANJE)	TRENUTAČNI KAPITAL (TRENUTAČNA VRIJEDNOST UMANJENA ZA VAŠE DUGOVANJE)	TRENUTAČNI KAPITAL (TRENUTAČNA VRIJEDNOST UMANJENA ZA VAŠE DUGOVANJE)

**DRUGE KUĆE?** \_\_\_\_\_  
(AKO POSTOJE, NAVEDITE IME HIPOTEKARNOG VJEROVNIKA, ADRESU, TRENUTAČNU VRIJEDNOST I TRENUTAČNI KAPITAL)

**DRUGI AUTOMOBILI?** \_\_\_\_\_  
(AKO POSTOJE, NAVEDITE GODINU PROIZVODNJE, MARKU, MODEL, VLASNIKA, TRENUTAČNU VRIJEDNOST I TRENUTAČNI KAPITAL)

**OSTALA IMOVINA  
(TERENSKO VOZILO,  
MOTOCIKL, VOZILO ZA  
PUTOVANJE I STANOVANJE** \_\_\_\_\_  
(AKO POSTOJE, NAVEDITE GODINU PROIZVODNJE, MARKU, TRENUTAČNU VRIJEDNOST I TRENUTAČNI KAPITAL)

**OVIME SE POTVRĐUJE DA ZAHTIJEVAM DA ME NORTON HEALTHCARE UZME U OBZIR KAO KANDIDATA ZA FINACIJSKU POMOĆ**

PRISTAJEM pružiti 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 finacijskoj pomoći koja bi mi mogla pomoć pri plaćanju medicinskih računa koje izdaju. U skladu s tim ovlašćujem Norton Healthcare da dostavi kopiju mog zahtjeva pružateljima koji ga zatraže da im pomogne pri utvrđivanju moje podobnosti za koristi u okviru njihovih programa finacijske 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 Norton Healthcare i dalje tražiti naplatu svih dospjelih razlika u troškovima. U tom slučaju mogu biti kazneno gonjen(a) zbog prijevare. Pristajem obavijestiti Norton Healthcare o svim promjenama u podacima koji su pruženi u ovom obrascu, uključujući adresu, telefonski broj i prihode.

\_\_\_\_\_  
POTPIS ODGOVORNE OSOBE

\_\_\_\_\_  
DATUM

**ADRESA ZA POVRATNE INFORMACIJE:**

**NORTON HEALTHCARE  
SBO FINANCIAL ASSISTANCE DEPT 14-7  
PO BOX 35070  
LOUISVILLE, KY 40232-9972  
TELEFONSKI BROJ KORISNIČKE SLUŽBE:  
BROJ TELEFAKSA ZA FINACIJSKU POMOĆ:  
ADRESA E-POŠTE:  
WEB-MJESTO ZA VIŠE INFORMACIJA:**