



# SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA POR PARTE DE NORTON HEALTHCARE

N.º DE CUENTA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

¿EL PACIENTE ES CIUDADANO ESTADOUNIDENSE? SÍ NO

EMPLEADOR DEL PACIENTE (SI ES MENOR DE EDAD, INFORMACIÓN DE LA MADRE): \_\_\_\_\_

EMPLEADOR DEL CÓNYUGE (SI ES MENOR DE EDAD, INFORMACIÓN DEL PADRE): \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TELÉFONO RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

TELÉFONO CELULAR: \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

¿EL PACIENTE ES UN RESIDENTE LEGAL DE LOS ESTADOS UNIDOS? SÍ NO

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**SI TIENE SEGURO MÉDICO, INFORME:**

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA: \_\_\_\_\_

N.º DE PÓLIZA: \_\_\_\_\_ TITULAR DE LA PÓLIZA: \_\_\_\_\_

¿FUE UNA HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO? SÍ NO SI ES ASÍ, FECHA DEL ACCIDENTE: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL ABOGADO: \_\_\_\_\_

¿LA CUENTA ESTÁ RELACIONADA CON INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE LABORAL? SÍ NO FECHA DE LA LESIÓN: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL ABOGADO: \_\_\_\_\_

**DETALLE EL NOMBRE, LA EDAD Y VÍNCULO DE LOS MIEMBROS EN EL HOGAR DEL PACIENTE:**

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	VÍNCULO CON EL PACIENTE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

**INGRESOS (MENSUALES):**

INGRESO BRUTO DEL PACIENTE (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, INGRESO BRUTO MENSUAL DE LA MADRE): \$ \_\_\_\_\_

INGRESO BRUTO DEL CÓNYUGE (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, INGRESO BRUTO MENSUAL DEL PADRE): \$ \_\_\_\_\_

SI NO TIENE INGRESOS, ¿QUIÉN PAGA SUS GASTOS? \_\_\_\_\_

**OTROS INGRESOS (MENSUALES):**

K-TAP: \$ \_\_\_\_\_ DESEMPLEO: \$ \_\_\_\_\_

MANUTENCIÓN DE MENORES/PENSIÓN ALIMENTICIA: \$ \_\_\_\_\_ CUPONES DE ALIMENTOS: \$ \_\_\_\_\_

SEGURO SOCIAL: \$ \_\_\_\_\_ PENSIÓN: \$ \_\_\_\_\_

SSI/DISCAPACIDAD: \$ \_\_\_\_\_ OTRO INGRESO: \$ \_\_\_\_\_

**INGRESO BRUTO MENSUAL TOTAL DE LA UNIDAD FAMILIAR:** \$ \_\_\_\_\_

**GASTOS DEL HOGAR (MENSUALES):**

RENTA/HIPOTECA: \$ \_\_\_\_\_ ALIMENTOS Y SUMINISTROS: \$ \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \$ \_\_\_\_\_ SERVICIOS PÚBLICOS: \$ \_\_\_\_\_

OTROS GASTOS: \$ \_\_\_\_\_

**GASTOS MENSUALES TOTALES:** \$ \_\_\_\_\_

**RECURSOS CONTABLES:**
**BANCO**
**VALOR**

 CUENTA  
 CORRIENTE:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

 CUENTA DE  
 AHORROS:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

 MERCADO  
 MONETARIO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

 FONDOS DE  
 INVERSIÓN:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ACCIONES:

401k \_\_\_\_\_ 403B \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

BONOS:

\_\_\_\_\_ IRA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OTRAS FUENTES:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**RECURSOS TOTALES:**
**\$** \_\_\_\_\_

**BIENES INMUEBLES:**
**VIVIENDA:**
**OTROS BIENES:**
**AUTOMÓVIL N.º 1:**
**AUTOMÓVIL N.º 2:**

 NOMBRE DEL ACREEDOR  
 DE LA HIPOTECA

NOMBRE DEL ACREEDOR DE LA HIPOTECA

AÑO/MARCA/MODELO

AÑO/MARCA/MODELO

VALOR ACTUAL

VALOR ACTUAL

VALOR ACTUAL

VALOR ACTUAL

PATRIMONIO ACTUAL

 PATRIMONIO ACTUAL  
 (VALOR ACTUAL MENOS LO QUE DEBE)

 PATRIMONIO ACTUAL  
 (VALOR ACTUAL MENOS LO QUE DEBE)

 PATRIMONIO ACTUAL  
 (VALOR ACTUAL MENOS LO QUE DEBE)

**¿OTROS INMUEBLES?**

 \_\_\_\_\_  
 (EN CASO AFIRMATIVO, INFORME NOMBRE DEL ACREEDOR DE LA HIPOTECA, DIRECCIÓN, VALOR ACTUAL Y PATRIMONIO ACTUAL)

**¿OTROS AUTOMÓVILES?**

 \_\_\_\_\_  
 (EN CASO AFIRMATIVO, INFORME AÑO, MARCA Y MODELO, PROPIETARIO, VALOR ACTUAL Y PATRIMONIO ACTUAL)

**¿OTROS BIENES (ATV,  
 MOTOCICLETA, CASAS  
 RODANTES, ETC.)?**

 \_\_\_\_\_  
 (EN CASO AFIRMATIVO, INFORME AÑO, MARCA Y MODELO, PROPIETARIO, VALOR ACTUAL Y PATRIMONIO ACTUAL)



**ESTO CERTIFICA QUE SOLICITO MI CONSIDERACIÓN PARA ASISTENCIA FINANCIERA EN NORTON HEALTHCARE**

ACEPTO proporcionar a Norton Healthcare la información necesaria para determinar mi elegibilidad para recibir ayuda con los gastos médicos derivados de los servicios que he recibido en sus instalaciones. Entiendo que mis médicos y otros proveedores de atención médica pueden tener políticas de asistencia financiera que me pudieran ayudar con los gastos médicos de estos proveedores. Como tal, autorizo a Norton Healthcare a proporcionar una copia de mi solicitud a los proveedores que lo soliciten para ayudarles a determinar si califico para los beneficios bajo los programas de asistencia financiera.

Certifico que la información proporcionada por mí en esta solicitud es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que si doy información falsa o retengo información en la solicitud de asistencia, mi solicitud se denegará y Norton Healthcare continuará buscando el cobro de cualquier saldo pendiente vencido. En ese caso, también estaré sujeto a enjuiciamiento por fraude. Estoy de acuerdo en notificar a Norton Healthcare cualquier cambio en la información proporcionada en este formulario incluida dirección, número de teléfono e ingresos.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
FECHA

**PROPORCIONE \_\_\_\_\_ EL FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES (FORMULARIO 1040) Y RECIBOS DE SUELDO DE 2 MESES y COMPROBANTE DE SSI, SEGURO SOCIAL Y/O PENSIONES (EN CASO DE QUE CORRESPONDA) CON LA SOLICITUD COMPLETA. SI NO ESTÁ OBLIGADO A DECLARAR IMPUESTOS, PROPORCIONE 2 ESTADOS DE CUENTA RECIENTES.**

**ENVIAR LA INFORMACIÓN A:**

**NORTON HEALTHCARE**

**SBO FINANCIAL ASSISTANCE DEPT 14-7**

**PO BOX 35070**

**LOUISVILLE, KY 40232-9972**

**N.º DE TELÉFONO DE SERVICIO DE ATENCIÓN AL**

**(502) 479-6300**

**N.º DE FAX PARA TEMAS DE ASISTENCIA**

**(502) 629-8883**

**DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:**

**FAP@nortonhealthcare.org**

**PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN VISITE:**

**www.nortonhealthcare.com**