

ĐĂNG KÝ NHẬN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH TỪ NORTON HEALTHCARE

SỐ TÀI KHOẢN: _____

TÊN BỆNH NHÂN: _____ NGÀY SINH: ____ / ____ / ____ SỐ AN SINH XÃ HỘI: _____

ĐỊA CHỈ: _____ ĐIỆN THOẠI NHÀ: _____ ĐIỆN THOẠI DI ĐỘNG: _____

THÀNH PHỐ: _____ BANG: _____ MÃ BƯU ĐIỆN: _____ EMAIL: _____

BỆNH NHÂN CÓ PHẢI LÀ MỘT CÔNG DÂN HOA KỲ KHÔNG? CÓ KHÔNG BỆNH NHÂN CÓ PHẢI LÀ MỘT CÔNG DÂN HOA KỲ HỢP PHÁP KHÔNG? CÓ KHÔNG

CHỦ SỬ DỤNG LAO ĐỘNG CỦA BỆNH NHÂN (NẾU LÀ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN, THÔNG TIN CỦA MẸ): _____ SỐ ĐIỆN THOẠI: _____

CHỦ SỬ DỤNG LAO ĐỘNG CỦA VỢ/CHỒNG (NẾU LÀ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN, THÔNG TIN CỦA CHA): _____ SỐ ĐIỆN THOẠI: _____

NẾU QUÝ VỊ CÓ BẢO HIỂM Y TẾ, VUI LÒNG CUNG CẤP:

TÊN CÔNG TY: _____ SỐ ĐIỆN THOẠI CÔNG TY: _____

SỐ HỢP ĐỒNG: _____ CHỦ HỢP ĐỒNG: _____

NHẬP VIỆN LẦN NÀY DO TAI NẠN Ô TÔ? CÓ KHÔNG NẾU ĐÚNG, NGÀY XẢY RA TAI NẠN: _____

THÔNG TIN LUẬT SƯ: _____

TÀI KHOẢN NÀY LIÊN QUAN ĐẾN VIỆC BỒI THƯỜNG CHO CÔNG NHÂN KHÔNG? CÓ KHÔNG NGÀY XẢY RA CHẤN THƯƠNG: _____

THÔNG TIN LUẬT SƯ: _____

LIỆT KÊ TÊN, TUỔI VÀ MỐI QUAN HỆ CỦA CÁC THÀNH VIÊN TRONG HỘ GIA ĐÌNH VỚI BỆNH NHÂN:

TÊN	NGÀY SINH	QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(NẾU QUÝ VỊ CẦN THÊM KHOẢNG TRỐNG, VUI LÒNG VIẾT VÀO MẶT SAU CỦA TRANG NÀY)

THU NHẬP (HÀNG THÁNG):

THU NHẬP GỘP CỦA BỆNH NHÂN (NẾU BỆNH NHÂN LÀ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN, THU NHẬP GỘP HÀNG THÁNG CỦA MẸ): \$ _____

THU NHẬP GỘP CỦA VỢ/CHỒNG (NẾU BỆNH NHÂN LÀ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN, THU NHẬP GỘP HÀNG THÁNG CỦA CHA): \$ _____

NẾU QUÝ VỊ KHÔNG CÓ THU NHẬP THÌ AI LÀ NGƯỜI THANH TOÁN CÁC CHI PHÍ? _____

CÁC NGUỒN THU NHẬP KHÁC (HÀNG THÁNG):

K-TAP (Chương trình hỗ trợ chuyển tiếp của bang Kentucky):	\$ _____	THẤT NGHIỆP:	\$ _____
TRỢ CẤP NUÔI CON/TIỀN CẤP DƯỠNG:	\$ _____	CHƯƠNG TRÌNH TEM PHIẾU THỰC PHẨM:	\$ _____
AN SINH XÃ HỘI:	\$ _____	LƯƠNG HƯU:	\$ _____
TIỀN TRỢ CẤP AN SINH (SSI) / TRỢ CẤP NGƯỜI KHUYẾT TẬT:	\$ _____	CÁC THU NHẬP KHÁC:	\$ _____
		TỔNG THU NHẬP GỘP CỦA ĐƠN VỊ GIA ĐÌNH HÀNG THÁNG:	\$ _____

TỔNG CHI PHÍ (HÀNG THÁNG) CỦA HỘ GIA ĐÌNH:

THUÊ/THỂ CHẤP:	\$ _____	THỰC PHẨM VÀ NHU YẾU PHẨM:	\$ _____
ĐIỆN THOẠI:	\$ _____	CÁC TIỆN ÍCH:	\$ _____
		CÁC CHI PHÍ KHÁC:	\$ _____
		TỔNG CHI PHÍ HÀNG THÁNG:	\$ _____

CÁC NGUỒN LỰC ĐẾM ĐƯỢC:
NGÂN HÀNG
TRỊ GIÁ

SÉC: _____

TIẾT KIỆM: _____

THỊ TRƯỜNG TIỀN TỆ: _____

QUỸ TƯƠNG HỖ: _____

CHỨNG KHOÁN:

401k _____

403B _____

 QUỸ
 HƯU TRÍ
 CÁ NHÂN
 (IRA)

TRÁI PHIẾU: _____

CÁC NGUỒN LỰC KHÁC: _____

TỔNG CÁC NGUỒN LỰC:

\$ _____

BẤT ĐỘNG SẢN:
NHÀ:
CÁC BẤT ĐỘNG SẢN KHÁC:
Ô TÔ SỐ 1:
Ô TÔ SỐ 2:

 TÊN NGƯỜI CHO VAY THẾ
 CHẤP

TÊN NGƯỜI CHO VAY THẾ CHẤP

 NĂM SẢN XUẤT/HÃNG
 SẢN XUẤT/LOẠI XE

 NĂM SẢN XUẤT/HÃNG SẢN
 XUẤT/LOẠI XE

TRỊ GIÁ HIỆN TẠI

TRỊ GIÁ HIỆN TẠI

TRỊ GIÁ HIỆN TẠI

TRỊ GIÁ HIỆN TẠI

 TRỊ GIÁ THẾ CHẤP HIỆN
 TẠI

 TRỊ GIÁ THẾ CHẤP HIỆN TẠI
 (GIÁ TRỊ HIỆN TẠI TRỪ NHỮNG KHOẢN NỢ CỦA QUÝ VỊ)

 TRỊ GIÁ THẾ CHẤP
 HIỆN TẠI
 (GIÁ TRỊ HIỆN TẠI TRỪ NHỮNG
 KHOẢN NỢ CỦA QUÝ VỊ)

 TRỊ GIÁ THẾ CHẤP HIỆN TẠI
 (GIÁ TRỊ HIỆN TẠI TRỪ NHỮNG KHOẢN NỢ CỦA
 QUÝ VỊ)

CÓ CÁC NHÀ KHÁC?

(NẾU CÓ, VUI LÒNG CUNG CẤP TÊN NGƯỜI CHO VAY THẾ CHẤP, ĐỊA CHỈ, TRỊ GIÁ HIỆN TẠI VÀ TRỊ GIÁ THẾ CHẤP HIỆN TẠI)

CÓ CÁC Ô TÔ KHÁC?

(NẾU CÓ, VUI LÒNG CUNG CẤP NĂM SẢN XUẤT, HÃNG SẢN XUẤT, LOẠI XE, CHỦ SỞ HỮU, TRỊ GIÁ HIỆN TẠI VÀ TRỊ GIÁ THẾ CHẤP HIỆN TẠI)

CÓ CÁC BẤT ĐỘNG SẢN KHÁC (XE BỐN BÁNH ATV, XE MÔ TÔ, NHÀ ĐỘNG, V.V...)?

(NẾU CÓ, VUI LÒNG CUNG CẤP NĂM SẢN XUẤT, HÃNG SẢN XUẤT, TRỊ GIÁ HIỆN TẠI VÀ TRỊ GIÁ THẾ CHẤP HIỆN TẠI)

ĐƠN NÀY CHỨNG NHẬN RẰNG TÔI GỬI YÊU CẦU ĐƯỢC XÉT DUYỆT HỖ TRỢ TÀI CHÍNH TẠI NORTON HEALTHCARE

TÔI BẰNG CÁCH NÀY ĐỒNG Ý cung cấp cho Norton Healthcare mọi thông tin cần thiết để quyết định khả năng đủ điều kiện của tôi được hưởng hỗ trợ thanh toán y tế phát sinh từ các dịch vụ mà tôi nhận được tại các cơ sở của họ. Tôi hiểu rằng các bác sĩ của tôi và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác có thể có các chính sách hỗ trợ tài chính có thể giúp tôi chi trả các hóa đơn y tế từ những nhà cung cấp đó. Theo đó, tôi ủy quyền cho Norton Healthcare cung cấp một bản sao đơn đăng ký của tôi cho những nhà cung cấp có yêu cầu để giúp họ xác định tôi có đủ điều kiện được hưởng phúc lợi từ các chương trình hỗ trợ tài chính của họ hay không.

Tôi xác nhận rằng những thông tin mà mình cung cấp trong đơn đăng ký là chính xác và đúng với sự hiểu biết tốt nhất và niềm tin của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi đưa thông tin sai lệch hoặc che giấu thông tin trong đơn xin hỗ trợ thì đơn xin của tôi sẽ bị từ chối và Norton Healthcare sẽ tiếp tục truy thu bất cứ khoản thanh toán đến hạn nào còn tồn đọng. Trong trường hợp đó, tôi có thể bị truy tố về tội gian lận. Tôi đồng ý thông báo cho Norton Healthcare bất kỳ thay đổi nào về thông tin mà mình cung cấp trong mẫu này bao gồm địa chỉ, số điện thoại và thu nhập.

CHỮ KÝ CỦA BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM

NGÀY THÁNG

VUI LÒNG CUNG CẤP _____ BẢNG KÊ KHAI THUẾ THU NHẬP (MẪU 1040) VÀ CUỐNG TIỀN LƯƠNG CỦA 2 THÁNG VÀ BẢNG CHỨNG V HỢI VÀ/HOẶC LƯƠNG HƯU (NẾU CÓ) KÈM THEO ĐƠN XIN HOÀN THIỆN. NẾU QUÝ VỊ KHÔNG CẦN KÊ KHAI THUẾ, VUI LÒNG CUNG CẤP 2 B HÀNG GẦN ĐÂY.

GỬI THÔNG TIN VỀ:**NORTON HEALTHCARE****SBO FINANCIAL ASSISTANCE DEPT 14-7****PO BOX 35070****LOUISVILLE, KY 40232-9972****SỐ ĐIỆN THOẠI DỊCH VỤ KHÁCH HÀNG #: (502) 479-6300****SỐ FAX HỖ TRỢ TÀI CHÍNH#: (502) 629-8883****ĐỊA CHỈ E-MAIL:****FAP@nortonhealthcare.org****ĐỂ BIẾT THÊM THÔNG TIN VUI LÒNG TRUY CẬP:****www.nortonhealthcare.com**