

المستند المرفق ب2 - طلب تقدم للحصول على الإعانة المالية - الخدمات الثانوية

طلب تقدم للحصول على الإعانة المالية من مستشفى Norton Healthcare للخدمات الثانوية فقط

اسم المريض: \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_  
 اسم الزوج/الزوجة: \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_  
 العنوان \_\_\_\_\_ الهاتف \_\_\_\_\_  
 حجم الأسرة: عدد أفراد الأسرة: \_\_\_\_\_ عدد المعالين: \_\_\_\_\_  
 الدخل: إجمالي دخل الأسرة: شهرياً \_\_\_\_\_ دولار أو سنوياً \_\_\_\_\_ دولار  
 تتضمن مصادر الدخل: دخل المريض أو دخل الزوج/الزوجة أو إعالة الطفل/النفقة أو شيكات الضمان الاجتماعي الشهرية أو المعاش أو بدل البطالة أو دخل الضمان التكميلي أو تعويض ذوي الإعاقة. يتضمن أي دخل آخر  
 الموارد: المبلغ الموجود بالحساب الجاري \_\_\_\_\_ دولار المبلغ الموجود في حساب الادخار \_\_\_\_\_ دولار  
 قيمة الأسهم/السندات/شهادات الإيداع (حتى إن لم تكن قابلة للصرف) \_\_\_\_\_ خطة 403B ؛ خطة 401K \_\_\_\_\_ ، أخرى \_\_\_\_\_  
 الأصول: إجمالي قيمة الأصول \_\_\_\_\_ دولار باستثناء قيمة المنزل الذي تقم فيه حالياً  
 تتضمن الأصول أي ممتلكات إضافية، أو أراض، أو منازل مؤجرة إضافية، إلخ.

يقر هذا بأنني أطلب النظر في أمر حصولي على الإعانة المالية بمستشفى Norton Healthcare. وأنا أعني أن أطبائي وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية قد يكون لديهم سياسات إعانة مالية يمكن أن تساعدني في أمر الفواتير الطبية الصادرة من مقدمي الخدمات هؤلاء. على هذا النحو، أصرح أنا لمستشفى Norton Healthcare بتقديم نسخة من طلب التقدم الخاص بي لمقدمي الخدمات هؤلاء الذين يطلبونه لمساعدتهم في تحديد إذا ما كنت مؤهلاً للحصول على مخصصات في إطار برامج الإعانة المالية الخاصة بهم. أقر أنا أن المعلومات التي قدمتها في طلب التقدم هذا معلومات دقيقة وصحيحة على حد علمي وتقديري. وأعني أنا أنه إذا قدمت معلومات كاذبة أو حجبت أي معلومات عند التقدم بطلب للحصول على الإعانة، فسيتم رفض طلب التقدم الخاص بي وسيقوم مستشفى Norton Healthcare بتحصيل أي مبالغ مستحقة متأخرة. أعني أنا أن طلب التقدم الذي يتم استكماله مخصص فقط للخدمات الثانوية التي يقدمها المستشفى. سيتطلب النظر في أمر الأهلية لتلقي الخدمات الرئيسية للمستشفى استكمال طلب التقدم للحصول على الإعانة المالية الكامل الخاص بمستشفى Norton Healthcare وقد يتطلب إرسال معلومات إضافية وإثباتاً للدخل/الموارد لتحديد أهليتي للحصول على الإعانة لتلك الخدمات الرئيسية الإضافية.

التاريخ	توقيع الشاهد	التاريخ	توقيع الطرف المسؤول
			أرسل المعلومات إلى:
			أرسل بالبريد الإلكتروني إلى:
			لمزيد من المعلومات قم بزيارة:
			رقم فريق خدمة العملاء:
			رقم الفاكس الخاص بالإعانة المالية:

NORTON HEALTHCARE  
 SBO FINANCIAL ASSISTANCE DEPT 14-7  
 P.O. BOX 35070  
 LOUISVILLE, KENTUCKY 40232-9972

FAP@nortonhealthcare.org

www.nortonhealthcare.com  
 (502) 479-6300  
 (502) 629-8883