

PRILOG B2 – ZAHTEJEV ZA FINANCIJSKU POMOĆ – MANJE USLUGE

Zahtjev za financijsku pomoć pružatelja zdravstvene skrbi Norton Healthcare samo za manje usluge

Ime pacijenta: _____ Broj socijalnog osiguranja _____ Datum rođenja _____
Ime supružnika: _____ Broj socijalnog osiguranja _____ Datum rođenja _____
Adresa _____ TELEFON _____
Veličina obiteljske zajednice: Broj članova kućanstva: _____ Broj uzdržavanih osoba: _____
Prihodi: Ukupni bruto prihodi za kućanstvo: mjesečni _____ ili godišnji _____
Prihodi uključuju: prihode pacijenta, prihode supružnika, dječji doplati / alimentaciju, mjesečne naknade od socijalnog osiguranja, mirovinu, naknade za nezaposlene, dodatnu socijalnu pomoć (SSI) ili naknade za invalidnost. Uključuje SVE druge prihode
Sredstva: Iznos na tekućem računu \$ _____ Iznos na štednom računu \$ _____
Vrijednost dionica / obveznica / potvrda o depozitu (bez obzira na to mogu li se unovčiti) _____ 403B _____; 401K _____, ostalo _____
Imovina: Ukupna vrijednost imovine \$ _____ uz izuzetak kuće u kojoj trenutačno živite
Imovina uključuje sve dodatne nekretnine, zemljišta, dodatne stanove za iznajmljivanje itd.

Ovime se potvrđuje da zahtijevam da me Norton Healthcare uzme u obzir kao kandidata za financijsku pomoć. Razumijem da moji liječnici i drugi pružatelji zdravstvene skrbi mogu imati pravila o financijskoj pomoći koja bi mi mogla pomoći 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 financijske 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 tražiti naplatu svih dospjelih razlika u troškovima. Razumijem da se ovaj zahtjev ispunjava samo za manje bolničke usluge. Ako želim da se razmotri moja podobnost za veće bolničke usluge, trebam ispuniti puni Zahtjev za financijsku pomoć pružatelja zdravstvene skrbi Norton Healthcare te ću možda morati pružiti dodatne informacije i dokaze o prihodima/sredstvima kako bi se utvrdila moja podobnost za dodatne veće usluge.

Potpis odgovorne osobe_____
Datum_____
Potpis svjedoka_____
Datum

ADRESA ZA POVRATNE INFORMACIJE:

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

ADRESA E-POŠTE:

FAP@nortonhealthcare.org

WEB-MJESTO ZA VIŠE INFORMACIJA:
TELEFONSKI BROJ KORISNIČKE SLUŽBE:
TELEFAKS ZA FINANCIJSKU POMOĆ:www.nortonhealthcare.com
(502) 479-6300
(502) 629-8883