



PHỤ LỤC B2 - ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH - CÁC DỊCH VỤ NHỎ

Chi Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính của Norton Healthcare cho Các Dịch Vụ Nhỏ

Tên Bệnh Nhân: _____ SỐ AN SINH XÃ HỘI _____ NGÀY SINH _____
Tên Vợ/Chồng: _____ SỐ AN SINH XÃ HỘI _____ NGÀY SINH _____
Địa Chỉ _____ SỐ ĐIỆN THOẠI _____
Quy Mô Gia Đình: Số Người Trong Hộ Gia Đình: _____ Số Người Phụ Thuộc: _____
Thu Nhập: Tổng Thu Nhập của Hộ Gia Đình: Hàng tháng \$ _____ hoặc Hàng năm _____
Thu nhập bao gồm: Thu nhập của bệnh nhân, thu nhập của Vợ/Chồng, Trợ Cấp Nuôi Con/Tiền Cấp Dưỡng, Séc An Sinh Xã Hội Hàng Tháng, Lương hưu, Trợ Cấp Thất Nghiệp, Tiền Trợ Cấp An Sinh, hoặc Trợ Cấp cho Người Khuyết Tật. Bao gồm BẤT CỨ khoản thu nhập nào khác
Các nguồn lực: Số Tiền Trong Séc \$ _____ Số Tiền Tiết Kiệm \$ _____
Trị Giá Chứng Khoán/Trái Phiếu/Trị Giá Chứng Chỉ Tiền Gửi (ngay cả khi không thể gửi tiền vào) _____ 403B _____; 401K _____, Khác _____
Các Tài sản: Tổng Giá Trị Tài sản \$ _____ không bao gồm nhà quý vị đang cư trú
Các tài sản bao gồm bất cứ bất động sản bổ sung, đất đai, nhà thuê bổ sung, v.v...

Đơn này xác nhận rằng tôi gửi đơn yêu cầu được xét duyệt hỗ trợ tài chính tại Norton Healthcare. 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 hội 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 trợ cấp thì đơn đăng ký của tôi sẽ bị từ chối và Norton Healthcare sẽ truy thu bất cứ khoản thanh toán đến hạn nào còn tồn đọng. Tôi hiểu rằng đơn đang được hoàn thiện chỉ được sử dụng để xin hưởng các dịch vụ bệnh viện nhỏ. Việc xét duyệt điều kiện cho các dịch vụ bệnh viện lớn yêu cầu phải hoàn thiện đầy đủ Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính từ Norton Healthcare và có thể đòi hỏi những thông tin bổ sung và bằng chứng về thu nhập/nguồn lực phải được trình lên để xác định tôi có hội đủ điều kiện được hưởng hỗ trợ đối với các dịch vụ chính bổ sung đó.

Chữ Ký Bên Chịu Trách Nhiệm

Ngày Tháng

Chữ Ký Nhân Chứng

Ngày Tháng

GỬI THÔNG TIN VỀ:

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

GỬI EMAIL ĐẾN:

FAP@nortonhealthcare.org

ĐỂ BIẾT THÊM THÔNG TIN, VUI LÒNG TRUY CẬP:
SỐ ĐIỆN THOẠI DỊCH VỤ KHÁCH HÀNG:
SỐ FAX HỖ TRỢ TÀI CHÍNH:

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