



ANEXO B2 - SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA - SERVICIOS MENORES

Solicitud de asistencia financiera por parte de Norton Healthcare para servicios menores solamente

Nombre del paciente: _____ N.º de SSN _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del cónyuge: _____ N.º de SSN _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ TELÉFONO _____

Número de integrantes de la familia: Cantidad en el hogar: _____ Cantidad de dependientes: _____

Ingresos: Ingreso bruto total del hogar: Mensual \$ _____ o anual _____

Los ingresos incluyen: ingresos del paciente, ingresos del cónyuge, manutención de menores/pensión alimenticia, cheques del Seguro Social mensual, pensión, desempleo, SSI o discapacidad. Incluye CUALQUIER otro ingreso

Recursos: Monto en cuenta corriente \$ _____ Monto en cuenta de ahorros \$ _____

Valores de acciones/bonos/CD (incluso si no pueden cobrarse) _____ 403B _____; 401K _____, Otros _____

Activos: Valor total de activos \$ _____ a excepción de la vivienda en la cual reside actualmente

Los activos incluyen cualquier bien inmueble adicional, terrenos, viviendas de alquiler adicionales, etc.

Esto certifica que solicito mi consideración para asistencia financiera en Norton Healthcare. 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 buscará el cobro de cualquier saldo pendiente vencido. Entiendo que la solicitud se completa solamente para servicios hospitalarios menores. La consideración de elegibilidad para los servicios hospitalarios mayores requerirá que se complete toda la Solicitud de Asistencia Financiera de Norton Healthcare y puede requerir la presentación de información y comprobantes de ingresos adicionales/recursos para determinar mi elegibilidad para asistencia con esos servicios mayores adicionales.

Firma del responsable

Fecha

Firma del testigo

Fecha

ENVIAR LA INFORMACIÓN A:

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

ENVÍE CORREOS ELETRÓNICOS A:

FAP@nortonhealthcare.org

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN VISITE:

www.nortonhealthcare.com

N.º DE TELÉFONO DE SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE:

(502) 479-6300

FAX PARA TEMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA:

(502) 629-8883