

SOLICITUD PARA OBTENER AYUDA ECONÓMICA DE NORTON HEALTHCARE

N.º DE CUENTA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ DOB: ____ / ____ / ____ SSN: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO MÓVIL: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ EMAIL: _____

¿ES EL PACIENTE CIUDADANO DE EE. UU.? SÍ NO ¿ES EL PACIENTE UN RESIDENTE LEGAL DE EE. UU.? SÍ NO

EMPLEADOR DEL PACIENTE (SI ES MENOR, INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE): _____ TELÉFONO: _____

EMPLEADOR DEL CÓNYUGE (SI ES MENOR, INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE): _____ TELÉFONO: _____

SI TIENE SEGURO MÉDICO, ESCRIBA:

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA: _____	TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA: _____
N.º DE PÓLIZA: _____	TITULAR DE LA PÓLIZA: _____
¿FUE ESTA ESTANCIA POR UN ACCIDENTE DE AUTO? SÍ NO	SI RESPONDIÓ SÍ, FECHA DEL ACCIDENTE: _____
INFORMACIÓN DEL ABOGADO: _____	
¿ESTÁ RELACIONADA LA CUENTA CON LA COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR? SÍ NO	FECHA DE LA LESIÓN: _____
INFORMACIÓN DEL ABOGADO: _____	

ESCRIBA EL NOMBRE, EDAD Y RELACIÓN DE LOS MIEMBROS EN EL GRUPO FAMILIAR DEL PACIENTE:

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(SI NECESITA ESPACIO ADICIONAL, ESCRIBA EN LA PARTE DE ATRÁS DE ESTA PÁGINA)

INGRESOS (MENSUALES):

INGRESO BRUTO DEL PACIENTE (SI EL PACIENTE ES UN MENOR, LOS INGRESOS MENSUALES DE LA MADRE): \$ _____

INGRESO BRUTO DEL CÓNYUGE (SI EL PACIENTE ES UN MENOR, LOS INGRESOS MENSUALES DEL PADRE): \$ _____

SI NO TIENE INGRESOS, ¿QUIÉN PAGA SUS GASTOS? _____

K-TAP: \$ _____	DESEMPELO: \$ _____
MANUTENCIÓN INFANTIL / PENSIÓN ALIMENTICIA: \$ _____	CUPONES DE COMIDA: \$ _____
SEGURO SOCIAL: \$ _____	PENSIÓN: \$ _____
SSI/DISCAPACIDAD: \$ _____	OTROS INGRESOS: \$ _____

		➤ TOTAL DE INGRESOS MENSUALES BRUTOS:	\$ _____
GASTOS (MENSUALES):			
ALQUILER/HIPOTECA:	\$ _____	ALIMENTOS Y SUMINISTROS:	\$ _____
TELÉFONO:	\$ _____	SERVICIOS PÚBLICOS:	\$ _____
		OTROS GASTOS:	\$ _____
		➤ TOTAL DE GASTOS MENSUALES:	\$ _____

RECURSOS CONTABLES:	BANCO	VALOR
CHEQUES:	_____	_____
AHORROS:	_____	_____
MERCADO MONETARIO:	_____	_____
FONDOS MUTUOS:	_____	_____
ACCIONES:	401k _____ 403B _____	_____
BONOS:	_____ IRA _____	_____
OTROS RECURSOS:	_____	_____
		➤ TOTAL DE RECURSOS:
		\$ _____

PROPIEDAD:	
VIVIENDA:	OTRAS PROPIEDADES:
_____	_____
NOMBRE DEL	NOMBRE DEL ACREEDOR
_____	_____
VALOR ACTUAL	VALOR ACTUAL
_____	_____
CAPITAL ACTUAL	CAPITAL ACTUAL <small>(VALOR ACTUAL MENOS LO QUE DEBE)</small>

¿OTRAS VIVIENDAS?
 (SI LA RESPUESTA ES SÍ, ESCRIBA EL NOMBRE DEL ACREEDOR HIPOTECARIO, DIRECCIÓN, VALOR ACTUAL Y CAPITAL ACTUAL)

ESTO CERTIFICA QUE SOLICITO QUE ME CONSIDEREN PARA OBTENER AYUDA ECONÓMICA EN NORTON HEALTHCARE

POR LA PRESENTE ACEPTO dar a Norton Healthcare la información necesaria para determinar mi elegibilidad para recibir ayuda con las facturas médicas por los servicios que recibí en sus instalaciones. Entiendo que mis médicos y otros proveedores de atención médica pueden tener políticas de ayuda económica que pueden ayudarme con las facturas médicas de esos proveedores. Como tal, autorizo a Norton Healthcare a entregar una copia de mi solicitud a los proveedores que la soliciten para ayudarlos a determinar si califico para los beneficios de sus programas de ayuda económica.

Certifico que la información que di en esta solicitud es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que si doy información falsa o retengo información cuando solicite ayuda, mi solicitud será rechazada y Norton Healthcare continuará con el cobro de cualquier saldo pendiente de pago. En ese caso, también me pueden procesar por fraude. Acepto informar a Norton Healthcare de cualquier cambio en la información que se dio en este formulario, incluyendo dirección, teléfono e ingresos.

_____	_____
FIRMA DE LA PARTE RESPONSABLE	FECHA

➤ **ENTREGUE LA SOLICITUD COMPLETA CON UNA COPIA DE SUS ESTADOS DE CUENTA BANCARIOS DE LOS ÚLTIMOS 3 MESES DE TODAS LAS CUENTAS DE CHEQUES Y AHORROS.**

ENTREGUE LA INFORMACIÓN A:

**NORTON HEALTHCARE
SBO FINANCIAL ASSISTANCE DEPT 14-7
PO BOX 719046
CHICAGO, IL 60677-7046**

TELÉFONO DEL SERVICIO AL CLIENTE:

(502) 479-6300

FAX DE AYUDA ECONÓMICA:

(502) 629-8883

EMAIL:

FAP@nortonhealthcare.org

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN,

www.nortonhealthcare.com/FAP