

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE À NORTON HEALTHCARE

N°
de
CO _____
NO _____
M _____
DU _____
ADR _____
ESSE _____
: _____
V _____
IL _____
LE _____
PATIENT _____
EST-IL OUI NON
EMPLOYEUR DU PATIENT
(POUR LES MINEURS, _____
EMPLOYEUR DU
CONJOINT (POUR LES
MINEURS, _____

DATE
DE
NAISSA _____ / _____ / _____
TÉLÉPHONE
DU
DOMICILE : _____
ÉTAT _____
CODE
POSTAL : _____
E-
MAIL : _____
N° DE
SÉCURITÉ
SOCIALE : _____
TÉLÉPHONE
MOBILE : _____

LE PATIENT EST-IL OUI NON
EMPLOYEUR DU PATIENT
(POUR LES MINEURS, _____
EMPLOYEUR DU
CONJOINT (POUR LES
MINEURS, _____

LE PATIENT EST-IL RÉSIDENT LÉGAL
AUX ÉTATS-UNIS ? OUI NON
TÉLÉPHONE : _____
TÉLÉPHONE : _____

SI VOUS AVEZ UNE ASSURANCE SANTÉ, VEUILLEZ PRÉCISER :

NOM
DE LA
COMP
AGNIE _____
NU
MÉ
RO
DE
POL
ICE _____
TÉLÉPHONE DE LA
COMPAGNIE : _____
TITULAIRE DE LA
POLICE : _____

CE SÉJOUR A-T-IL ÉTÉ DÙ
À UN ACCIDENT DE
VOITURE ? OUI NON SI OUI, DATE DE L'ACCIDENT : _____

COORDONNÉES DE
L'AVOCAT : _____

LE COMPTE EST-IL LIÉ À LA
RÉMUNÉRATION DU TRAVAILLEUR ? OUI NON DATE DES
BLESSURES : _____

COORDONNÉES DE
L'AVOCAT : _____

INDIQUEZ LE NOM ET L'ÂGE DES MEMBRES DE L'UNITÉ FAMILIALE AINSI QUE LEUR LIEN AVEC LE PATIENT :

NOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN AVEC LE PATIENT
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(SI VOUS AVEZ BESOIN D'ESPACE SUPPLÉMENTAIRE, VEUILLEZ ÉCRIRE AU VERSO DE CETTE PAGE)

REVENU

REVENUS BRUTS DU PATIENT (SI LE PATIENT EST MINEUR,
REVENUS MENSUELS DE LA MÈRE) : \$ _____

REVENUS BRUTS DU CONJOINT (SI LE PATIENT EST MINEUR,
REVENUS MENSUELS DU PÈRE) : \$ _____

SI VOUS N'AVEZ AUCUN REVENU, QUI
PAIE VOS DÉPENSES ? _____

K-TAP : \$ _____ CHÔMAGE : \$ _____

PENSION ALIMENTAIRE /PRESTATION \$ _____ COUPONS ALIMENTAIRES : \$ _____

SÉCURITÉ SOCIALE : \$ _____ PENSION : \$ _____

SSI (Revenu de sécurité supplémentaire) \$ _____ AUTRES REVENUS : \$ _____

➤ **TOTAL REVENUS MENSUELS BRUTS :** \$ _____

DÉPENSE

LOYER/HYPOT HÈQUE : \$ _____ ALIMENTATION ET FOURNITURES : \$ _____

TÉLÉPHONE : \$ _____ SERVICES PUBLICS : \$ _____

AUTRES DÉPENSES : \$ _____

➤ **TOTAL DÉPENSES MENSUELLES :** \$ _____

RESSOU

BANQUE

VALEUR

COMPTE COURANT : _____

ÉPARGNE : _____

MARCHÉ : _____

FONDS : _____

COMPTES : _____

ACTIFS : _____

ACTIFS : 40k _____ 403B _____

OBLIGATIONS : _____
COMPTES : _____
RETRAITE (IRA) : _____
AUTRES : _____

➤ **TOTAL RESSOURCES :** \$ _____

BIENS

LOGEMENTS :

AUTRE BIEN FONCIER :

NOM DU CRÉANCIER HYPOTHÉCAIRE

VALEUR ACTUELLE

CAPITAL ACTUEL
(VALEUR ACTUELLE MOINS CE QUE VOUS DEVEZ)

**ACTIFS
D'AUTRES**

(SI OUI, VEUILLEZ FOURNIR LE NOM DU CRÉANCIER HYPOTHÉCAIRE, L'ADRESSE, LA VALEUR ACTUELLE ET LE CAPITAL ACTUEL)

LES PRÉSENTES ATTESTENT DE MA DEMANDE D'EXAMEN À NORTON HEALTHCARE POUR OBTENTION D'UNE AIDE FINANCIÈRE

PAR LES PRÉSENTES, J'ACCEPTÉ de fournir à Norton Healthcare les informations nécessaires afin de déterminer si je suis éligible à une aide pour les factures médicales découlant des services que j'ai reçus dans ses établissements. Je comprends que mes médecins et autres fournisseurs de soins de santé peuvent avoir des politiques d'aide financière qui pourraient m'aider à faire face à leurs factures médicales. Par conséquent, j'autorise Norton Healthcare à fournir une copie de ma demande aux fournisseurs qui la demandent afin de leur permettre de déterminer si je suis en droit de bénéficier de leurs programmes d'aide financière.

Je certifie que, à ma connaissance, les informations que j'ai fournies dans cette demande sont correctes et véridiques. Je comprends que si je donne de fausses informations ou que si je retiens des informations dans ma demande d'aide, ma demande sera refusée et Norton Healthcare continuera à chercher à recouvrer tout solde impayé. Dans ce cas, je pourrais faire l'objet de poursuites pour fraude. J'accepte d'informer

SIGNATURE DE LA PARTIE RESPONSABLE

DATE

- **VEUILLEZ RETOURNER LA DEMANDE REMPLIE AVEC UNE COPIE DE VOS RELEVÉS BANCAIRES DES TROIS DERNIERS MOIS DE TOUS LES COMPTES COURANTS ET COMPTES D'ÉPARGNE.**

RENVOYEZ LES INFORMATIONS

À :

**NORTON HEALTHCARE
SBO FINANCIAL ASSISTANCE DEPT 14-**

PO BOX 719046

CHICAGO, IL 60677-7046

TÉLÉPHONE DU SERVICE CLIENTS : (502) 479-6300

TÉLÉCOPIE DE L'AIDE FINANCIÈRE : (502) 629-8883

ADRESSE E-MAIL : FAP@nortonhealthcare.org

POUR OBTENIR PLUS

D'INFORMATIONS, CONSULTEZ LE

SITE : www.nortonhealthcare.com/FAP

N° de CO NO M DU _____

DATE DE NAISSA _____ / _____ / _____

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : _____

ADR ESSE : _____

TÉLÉPHONE DU DOMICILE : _____

TÉLÉPHONE MOBILE : _____

V IL _____

ÉTAT : _____

CODE POSTAL : _____

E-MAIL : _____

LE PATIENT EST-IL OUI NON

LE PATIENT EST-IL RÉSIDENT LÉGAL AUX ÉTATS-UNIS ? OUI NON

EMPLOYEUR DU PATIENT (POUR LES MINEURS, _____) TÉLÉPHONE : _____

EMPLOYEUR DU CONJOINT (POUR LES MINEURS, _____) TÉLÉPHONE : _____

SI VOUS AVEZ UNE ASSURANCE SANTÉ, VEUILLEZ PRÉCISER :

NOM DE LA COMPAGNIE _____

TÉLÉPHONE DE LA COMPAGNIE : _____

NUMÉRO DE POLICE _____

TITULAIRE DE LA POLICE : _____

CE SÉJOUR A-T-IL ÉTÉ DÛ À UN ACCIDENT DE VOITURE ? OUI NON

SI OUI, DATE DE L'ACCIDENT : _____

COORDONNÉES DE L'AVOCAT : _____

LE COMPTE EST-IL LIÉ À LA RÉMUNÉRATION DU TRAVAILLEUR ? OUI NON

DATE DES BLESSURES : _____

COORDONNÉES DE L'AVOCAT : _____

INDIQUEZ LE NOM ET L'ÂGE DES MEMBRES DE L'UNITÉ FAMILIALE AINSI QUE LEUR LIEN AVEC LE PATIENT :

NOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN AVEC LE PATIENT
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(SI VOUS AVEZ BESOIN D'ESPACE SUPPLÉMENTAIRE, VEUILLEZ ÉCRIRE AU VERSO DE CETTE PAGE)

REVENU

REVENUS BRUTS DU PATIENT (SI LE PATIENT EST MINEUR,
REVENUS MENSUELS DE LA MÈRE) : \$ _____

REVENUS BRUTS DU CONJOINT (SI LE PATIENT EST MINEUR,
REVENUS MENSUELS DU PÈRE) : \$ _____

SI VOUS N'AVEZ AUCUN REVENU, QUI
PAIE VOS DÉPENSES ? _____

K-TAP : \$ _____ CHÔMAGE : \$ _____

PENSION ALIMENTAIRE /PRESTATION \$ _____ COUPONS ALIMENTAIRES : \$ _____

SÉCURITÉ SOCIALE : \$ _____ PENSION : \$ _____

SSI (Revenu de sécurité supplémentaire) \$ _____ AUTRES REVENUS : \$ _____

➤ **TOTAL REVENUS MENSUELS BRUTS :** \$ _____

DÉPENSE

LOYER/HYPOT HÈQUE : \$ _____ ALIMENTATION ET FOURNITURES : \$ _____

TÉLÉPHONE : \$ _____ SERVICES PUBLICS : \$ _____

AUTRES DÉPENSES : \$ _____

➤ **TOTAL DÉPENSES MENSUELLES :** \$ _____

RESSOU

BANQUE

VALEUR

COMPTE COURANT : _____

ÉPARGNE : _____

MARCHÉ : _____

FONDS : _____

COMPTES : _____

ACTIFS : _____

ACTIFS : 40 _____ 403B _____

OBLIGATIONS : _____
COMPTES : _____
RETRAITE (IRA) : _____
AUTRES : _____
ES : _____

➤ **TOTAL RESSOURCES :** \$ _____

BIENS

LOGEMENTS : _____
AUTRE BIEN FONCIER : _____

NOM DU CRÉANCIER HYPOTHÉCAIRE

VALEUR ACTUELLE

CAPITAL ACTUEL
(VALEUR ACTUELLE MOINS CE QUE VOUS DEVEZ)

**ACTIFS
D'AUTRES**

(SI OUI, VEUILLEZ FOURNIR LE NOM DU CRÉANCIER HYPOTHÉCAIRE, L'ADRESSE, LA VALEUR ACTUELLE ET LE CAPITAL ACTUEL)

LES PRÉSENTES ATTESTENT DE MA DEMANDE D'EXAMEN À NORTON HEALTHCARE POUR OBTENTION D'UNE AIDE FINANCIÈRE

PAR LES PRÉSENTES, J'ACCEPTÉ de fournir à Norton Healthcare les informations nécessaires afin de déterminer si je suis éligible à une aide pour les factures médicales découlant des services que j'ai reçus dans ses établissements. Je comprends que mes médecins et autres fournisseurs de soins de santé peuvent avoir des politiques d'aide financière qui pourraient m'aider à faire face à leurs factures médicales. Par conséquent, j'autorise Norton Healthcare à fournir une copie de ma demande aux fournisseurs qui la demandent afin de leur permettre de déterminer si je suis en droit de bénéficier de leurs programmes d'aide financière.

Je certifie que, à ma connaissance, les informations que j'ai fournies dans cette demande sont correctes et véridiques. Je comprends que si je donne de fausses informations ou que si je retiens des informations dans ma demande d'aide, ma demande sera refusée et Norton Healthcare continuera à chercher à recouvrer tout solde impayé. Dans ce cas, je pourrais faire l'objet de poursuites pour fraude. J'accepte d'informer

SIGNATURE DE LA PARTIE RESPONSABLE

DATE

- **VEUILLEZ RETOURNER LA DEMANDE REMPLIE AVEC UNE COPIE DE VOS RELEVÉS BANCAIRES DES TROIS DERNIERS MOIS DE TOUS LES COMPTES COURANTS ET COMPTES D'ÉPARGNE.**

RENVOYEZ LES INFORMATIONS

À :

**NORTON HEALTHCARE
SBO FINANCIAL ASSISTANCE DEPT 14-**

PO BOX 719046

CHICAGO, IL 60677-7046

TÉLÉPHONE DU SERVICE CLIENTS : (502) 479-6300

TÉLÉCOPIE DE L'AIDE FINANCIÈRE : (502) 629-8883

ADRESSE E-MAIL : FAP@nortonhealthcare.org

POUR OBTENIR PLUS

D'INFORMATIONS, CONSULTEZ LE

SITE : www.nortonhealthcare.com/FAP