

| NR. DER RICHTLINIE | TITEL DER RICHTLINIE                             | WIRKSAM AB                |
|--------------------|--------------------------------------------------|---------------------------|
| <b>3549.7</b>      | <b>RICHTLINIE ZUR FINANZIELLEN UNTERSTÜTZUNG</b> | <b>09/07/2025</b>         |
| ART DER RICHTLINIE | BEREICH                                          | GILT FÜR                  |
| <b>FINANZEN</b>    | <b>FINANZIELLE LEISTUNGEN FÜR PATIENTEN</b>      | <b>ALLE KRANKENHÄUSER</b> |

### **ZWECK:**

Im Einklang mit unserer Tradition und unserer Mission als gemeinnützige Wohltätigkeitsorganisation, die sich dafür einsetzt, allen Menschen, denen wir dienen, eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu bieten, die auf die Bedürfnisse unserer Gemeinschaften eingeht und unser religiöses Erbe würdigt, gewähren die Krankenhauseinrichtungen von Norton Healthcare allen unsere Patienten Versorgungsleistungen im Notfall und in anderen Fällen, in denen eine medizinische Versorgung erforderlich ist, und zwar unabhängig davon, ob und wie sie versichert sind bzw. ob sie in der Lage sind, diese Leistungen ganz oder teilweise zu bezahlen.

Diese Richtlinie zur finanziellen Unterstützung (Financial Assistance Policy, „FAP“) wurde in Übereinstimmung mit § 501(r) der US-Abgabenordnung (Internal Revenue Code, „IRC“) von 1986 (in der geänderten Fassung) erstellt und dient zu folgenden Zwecken:

- (A) den Anspruch eines Krankenhauspatienten auf finanzielle Unterstützung feststellen
- (B) darlegen, wie Krankenhauspatienten finanzielle Unterstützung beantragen können
- (C) die Grundlage für die Berechnung der Beträge bereitstellen, die anspruchsberechtigten Krankenhauspatienten in Rechnung gestellt werden
- (D) dafür sorgen, dass diese FAP in den von unseren Krankenhäusern versorgten Gemeinden allgemein bekannt gemacht wird
- (E) untermauern, dass Norton Healthcare keine außerordentlichen Inkassomaßnahmen ergreifen wird, bevor angemessene Anstrengungen unternommen wurden, um die Anspruchsberechtigung eines Krankenhauspatienten im Rahmen dieser FAP festzustellen
- (F) sicherstellen, dass FAP-anspruchsberechtigten Krankenhauspatienten nicht mehr in Rechnung gestellt wird als die allgemeinen Verrechnungssätze, die für Patienten mit entsprechendem Versicherungsschutz angewendet werden

Der Begriff „**medizinisch notwendige Versorgung**“ bezeichnet jene Leistungen, die auf einer Beurteilung des medizinischen Bedarfs der anspruchsberechtigten Person basieren und angemessen und erforderlich sind, um eine Krankheit, Verletzung, Behinderung oder einen sonstigen medizinisch relevanten Zustand (einschließlich Schwangerschaft) zu erkennen, zu diagnostizieren, zu behandeln, zu korrigieren, zu heilen, zu lindern oder gegebenenfalls zu verhindern, und die mit der Definition der medizinischen Notwendigkeit im Sinne des Medicaid-Programms von Kentucky vereinbar sind. Die entsprechenden Leistungen müssen klinisch angemessen sein und den allgemein anerkannten Standards guter medizinischer Praxis entsprechen. Darüber hinaus müssen solche Leistungen an dem Ort erbracht werden, der aus praktischen Gründen am besten geeignet ist, um sie sicher und effektiv durchführen zu können. Zu den medizinisch notwendigen Versorgungsleistungen zählen keine Leistungen, die in erster Linie der Bequemlichkeit des Patienten, seiner Pflegekraft oder der des Leistungserbringers dienen oder aus kosmetischen Gründen erfolgen.

„**Notfallversorgung**“ bezeichnet die Leistungen, einschließlich Untersuchung und Stabilisierung, die zur Behandlung eines medizinisch relevanten Zustands erbracht werden, der: (1) sich durch akute Symptome von ausreichender Schwere (z. B. starke Schmerzen) äußert, sodass ein umsichtiger Laie vernünftigerweise davon ausgehen kann, dass bei Ausbleiben sofortiger medizinischer Versorgung (a) die

Gesundheit des Patienten (oder im Falle einer Schwangerschaft die der Frau oder des ungeborenen Kindes) ernsthaft gefährdet ist, (b) die Körperfunktionen ernsthaft beeinträchtigt sind oder (c) Organe oder Körperteile ernsthaft in ihrer Funktion beeinträchtigt sind oder (2) im Falle einer Frau, bei der die Wehen eingesetzt haben, (a) nicht mehr genug Zeit lässt, sie vor der Entbindung sicher in ein Krankenhaus zu überführen, oder (b) bei Überführung in ein Krankenhaus eine Gefahr für die Gesundheit oder Sicherheit der Frau oder des ungeborenen Kindes darstellt.

### **GELTUNGSBEREICH:**

Diese FAP gilt für alle Krankenhauspatienten, die – im Gegensatz zu einer Zahlungsunwilligkeit, die als uneinbringliche Forderung gilt – nachweislich nicht in der Lage sind, die Kosten für eine Notfall- oder anderweitig medizinisch notwendige Krankenhausleistung an einem der folgenden Standorte vollständig zu bezahlen:

Norton Audubon Hospital  
Norton Brownsboro Hospital  
Norton Hospital  
Norton Women's and Children's Hospital<sup>1</sup>  
Norton Children's Hospital  
Norton Children's Medical Center  
Norton King's Daughters' Health  
Norton Clark Hospital<sup>2</sup>

Norton Scott Hospital<sup>2</sup>  
Norton Cancer Institute  
Norton Cardiovascular Center - Springs  
Norton Cardiovascular Center - Dixie  
Norton Diagnostic Center - Dupont  
Norton Diagnostic Center - Fern Creek  
Norton Diagnostic Center - St. Matthews

### **RICHTLINIE ZUR FINANZIELLEN UNTERSTÜTZUNG:**

Norton Healthcare gewährt im Rahmen dieser FAP anspruchsberechtigten Patienten eine kostenlose Versorgung.

#### **(A) Anspruchskriterien für eine finanzielle Unterstützung**

1. Im Allgemeinen basiert der Anspruch auf finanzielle Unterstützung gemäß Norton Healthcare's FAP auf dem Wohnsitz, dem Einkommen und den Ressourcen sowie der Anzahl der Mitglieder eines Familienhaushalts.
2. Genau genommen werden die folgenden Kriterien herangezogen, um den FAP-Anspruch eines Patienten (bzw. dessen Zahlungsverantwortlichen) zu bestimmen:
  - a. Der Patient ist nicht krankenversichert oder es bleibt ein unbezahlter Restbetrag offen, nachdem seine Krankenversicherung die Rechnung entweder bezahlt oder aber zurückgewiesen hat und der Patient ansonsten im Rahmen dieser FAP anspruchsberechtigt ist, und<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> auf der Rechnung möglicherweise als „Norton Children's Hospital - St. Matthews“ ausgewiesen

<sup>2</sup> Für diese Krankenhauseinrichtung gilt die vorliegende Richtlinie nur für Leistungen, die am oder nach dem 30. September 2023 erbracht werden (und gemäß den Bedingungen dieser Richtlinie einen Anspruch begründen).

<sup>3</sup> Jede Zahlung einer Forderung, die von einem Empfänger von Unterstützung gemäß dieser FAP eingezogen wurde – durch Berufung beim Versicherungsträger oder durch Rechtsstreit, Schiedsverfahren, Verhandlungslösung usw. – muss umgehend an Norton Healthcare weitergeleitet werden. Jede vorherige Unterstützung wird um denselben Betrag wieder aufgehoben. Geschieht dies nicht, kann die genehmigte finanzielle Unterstützung rückwirkend annulliert werden, was zur Folge hat, dass der Zahlungsverantwortliche für den gesamten Restbetrag ohne Anpassung durch finanzielle Unterstützung verantwortlich ist.

- b. der Patient hat keinen Anspruch auf öffentliche Hilfen wie Disproportionate Share Hospital („DSH“), Children's Health Insurance Program („CHIP“), Medicaid, Medicaid Managed Care Organization („MCO“) oder Hoosier Healthwise und
  - c. das Familieneinkommen des Patienten beträgt höchstens 350 % des in den Leitlinien zur Ermittlung der Armutsgrenze (Federal Poverty Guidelines, „FPG“) festgelegten Betrags und
  - d. die Ressourcen/Vermögenswerte des Familienhaushalts des Patienten entsprechen höchstens 200 % des in den DSH-Leitlinien festgelegten Betrags und
  - e. für einen Anspruch auf Unterstützung bei nicht dringenden medizinisch notwendigen Behandlungen muss ein Patient (bzw. dessen Zahlungsverantwortlicher) außerdem seinen Wohnsitz in Kentucky, Indiana, Tennessee, Ohio oder Illinois haben. Diese Voraussetzung gilt jedoch nicht für die Notfallversorgung. „Wohnsitzinhaber“ eines Staates ist eine Person, deren Hauptwohnsitz zum Zeitpunkt der Leistung innerhalb dieses Staates liegt.
3. Zur Bestimmung des Einkommens und der Ressourcen eines Familienhaushalts werden die folgenden Definitionen angewendet:
- a. **Patient** ist die Person, die eine Krankenhausversorgung gemäß dieser FAP erhält.
  - b. **Zahlungsverantwortlicher** ist die Person, die die finanzielle Verantwortung für den Patienten trägt (wenn keine andere Person für den Patienten finanziell verantwortlich ist, ist der Patient selbst Zahlungsverantwortlicher).
  - c. Als **Unterhaltsberechtigter** gilt jede natürliche Person, die der Patient oder Zahlungsverantwortliche in der US-Einkommensteuererklärung als unterhaltsberechtiggt angibt.
  - d. **FAP-Antragsteller** bezieht sich auf den Patienten bzw. den Zahlungsverantwortlichen.
  - e. Als **Ehepartner** gilt eine Person, die aufgrund einer am Ort ihrer Eheschließung rechtmäßigen Ehe, einschließlich einer rechtmäßigen gleichgeschlechtlichen Ehe, mit einer anderen Person verheiratet ist, unabhängig davon, ob der Rechtsraum, in dem der Leistungserbringer ansässig ist oder in dem der Ehepartner lebt, die Schließung einer gleichgeschlechtlichen Ehe zulässt und anerkennt.
  - f. Unter **Ehe** wird eine am Ort der Eheschließung rechtmäßigen Ehe verstanden, einschließlich einer rechtmäßigen gleichgeschlechtlichen Ehe, unabhängig davon, ob der Rechtsraum, in dem der Leistungserbringer ansässig ist oder in dem der Ehepartner lebt, die Schließung einer gleichgeschlechtlichen Ehe zulässt und anerkennt.
  - g. Die Bezeichnung **Verwandter** gilt nicht nur für eine verwandte Person, sondern kann sich gemäß der vorliegenden Definition auch auf den Ehepartner beziehen.
  - h. Als **Minderjähriger** gilt jede Person (a) unter 23 Jahren, die bei einem Elternteil lebt und in der US-Einkommensteuererklärung dieses Elternteils als unterhaltsberechtiggt geltend gemacht wird, bzw. (b) unter 18 Jahren, die mit einem Erziehungsberechtigten in derselben Wohneinheit lebt.
  - i. Einen **Familienhaushalt** kann jede der folgenden Konstellationen bilden:
    - (1) ein Ehepaar
    - (2) Eltern und deren minderjährige leibliche oder adoptierte Kinder, die alle in derselben Wohneinheit leben

- (3) ein unverheiratetes Paar mit mindestens einem gemeinsamen minderjährigen Kind und etwaigen minderjährigen Geschwistern dieses Kindes, die alle in derselben Wohneinheit leben
  - (4) ein Minderjähriger, dessen Erziehungsberechtigte/-r sowie alle Familienangehörigen der/des Erziehungsberechtigten, die alle in derselben Wohneinheit leben
  - (5) ein Minderjähriger, das Kind dieses Minderjährigen und die Eltern dieses Minderjährigen, die alle in derselben Wohneinheit leben
  - (6) ein Minderjähriger, das Kind dieses Minderjährigen und der andere Elternteil dieses Kindes (unabhängig vom Familienstand), die alle in derselben Wohneinheit leben (dies gilt als getrennter Familienhaushalt von jedem anderen Familienhaushalt in derselben Wohneinheit)
  - (7) ein Minderjähriger und einer seiner Großelternteile, die in derselben Wohneinheit leben (Großeltern bilden einen separaten Familienhaushalt, es sei denn, der Minderjährige wird von den Großeltern als unterhaltsberechtigt geltend gemacht und der Großelternteil kann die gesetzliche Vormundschaft nachweisen)
  - (8) ein „Ehepaar“ ohne Trauschein nach dem Common Law, das in derselben Wohneinheit lebt (darunter zählen auch Ehen nach dem Common Law, die in anderen Bundesstaaten anerkannt werden oder bei denen ein Ehepartner den anderen als Unterhaltsberechtigten geltend macht)
- j. Das **Einkommen eines Familienhaushalts** sind die gesamten Einnahmen, die alle Mitglieder des Familienhaushalts zu einem beliebigen Zeitpunkt in den vorangegangenen 12 Monaten aus einer beliebigen Quelle erhalten haben.
- k. Die **Ressourcen/Vermögenswerte eines Familienhaushalts** umfassen sowohl liquide Mittel (Bargeld, Bankkonten, Einlagenzertifikate usw.) als auch nicht liquide Vermögenswerte, wobei die folgenden Ausnahmen bestehen:
- (1) Gehöft, Haushaltswaren und persönliches Eigentum, einschließlich Schmuck, Kleidung und andere Gegenstände persönlicher Art
  - (2) Eigenkapital in Höhe von bis zu 6.000 US-Dollar durch einkommenserzeugende Immobilien (gewerblich oder nichtgewerblich), die für den Selbstunterhalt unerlässlich sind
  - (3) Bestattungsreserven von bis zu 1.500 US-Dollar pro Person, Bestattungsflächen und -behälter (Grabstätte, Sarg, Urne usw.) sowie unwiderrufliche, im Voraus bezahlte Bestattungspläne, -verträge und -fonds
4. Die Anspruchsberechtigung auf Unterstützung im Rahmen dieser FAP für frühere Leistungen stellt keine Garantie dafür dar, dass bei zukünftigen Leistungen ein Anspruch besteht. Eine Anspruchsfeststellung im Rahmen dieser FAP für Leistungen im Zusammenhang mit Notfall- oder anderen medizinisch notwendigen Versorgungsleistungen ist maximal zwölf Monate ab dem Datum der Unterzeichnung des Antrags gültig.
5. Für den Fall, dass ein Patient sich für die Option entscheidet, dass Norton Healthcare seiner Versicherungsgesellschaft für eine Leistung, die unter diese FAP fällt, keine Gebühren in Rechnung stellt („Do Not Bill Insurance Policy“), hat er für die entsprechenden Gebühren keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung im Rahmen dieser FAP.

6. Wenn ein Elternteil (bzw. der Zahlungsverantwortliche) beschließt, sein Baby oder minderjähriges Kind nicht in seine Versicherung einzubeziehen und sich weigert, für dieses Baby oder minderjährige Kind eine Medicaid- oder MCO-Versicherung zu beantragen, besteht für die mit diesem Baby oder minderjährigen Kind verbundenen Behandlungskosten kein Anspruch auf finanzielle Unterstützung im Rahmen dieser FAP.
7. Norton Healthcare hat festgelegt, dass Leistungen im Zusammenhang mit Adipositasprogrammen, sofern keine außergewöhnlichen Umstände vorliegen, medizinisch *vorteilhaft*, aber nicht medizinisch *notwendig* sind. Für solche Leistungen besteht daher kein Anspruch auf finanzielle Unterstützung, und der Patient ist verantwortlich für deren vollständige Bezahlung (bzw. für den Restbetrag nach Zahlung etwaiger Anteile, die von privaten Versicherungsgesellschaften oder anderen Kostenträgern abgedeckt werden).

#### **(B) Antragsweg für finanzielle Unterstützung**

1. Wie in **Anlage A** aufgeführt, steht Personal von Norton Healthcare oder seinen Beauftragten zur Verfügung, um Patienten bei der Anspruchsfeststellung oder Beurteilung der Anspruchsberechtigung für öffentliche Hilfsprogramme oder finanzielle Unterstützung behilflich zu sein. Anträge auf öffentliche Hilfsprogramme oder finanzielle Unterstützung können vom Patienten direkt ausgefüllt werden und sind wie in dieser FAP beschrieben verfügbar. Dieses Programm wird auf Kosten von Norton Healthcare durchgeführt und steht Patienten kostenlos zur Verfügung.
2. Für die Beantragung finanzieller Unterstützung im Rahmen dieser FAP ist Folgendes erforderlich:
  - a. Ausfüllen des Antrags auf finanzielle Unterstützung (siehe **Anlage B1**) und
  - b. Vorlage der Kontoauszüge der letzten drei Monate für alle Giro- und Sparkonten
3. Bei Bedarf kann der FAP-Antragsteller zur Bereitstellung zusätzlicher Unterlagen aufgefordert werden, um die im Antrag oder in den Kontoauszügen enthaltenen Informationen zu ergänzen, z. B. Kopien der Steuererklärung des Vorjahres, Gehaltsabrechnungen, Unterlagen zur Arbeitslosenunterstützung, Unterlagen zu Sozialversicherungszahlungen, Unterlagen zu Mietobjekten, Hypothekenabrechnungen, Immobiliensteuerbescheide usw.

#### **(C) Berechnungsgrundlage für die Beträge, die anspruchsberechtigten Patienten berechnet werden**

1. **Notfall- oder anderweitig medizinisch notwendige Versorgung.** Norton Healthcare (einschließlich der mit Norton Healthcare maßgeblich verbundenen Leistungserbringer) berechnet Patienten mit Anspruch auf finanzielle Unterstützung für Notfall- und sonstige medizinisch notwendige Versorgungsleistungen keine höheren Beträge, als diejenigen Patienten, deren Behandlung über eine Versicherung abdeckt ist, gemäß den allgemeinen Verrechnungssätzen (Amounts Generally Billed, „AGB“) berechnet wird. Vielmehr gewährt Norton Healthcare allen Patienten, die die Anspruchskriterien für eine finanzielle Unterstützung gemäß dieser FAP erfüllen, eine kostenlose Notfall- oder anderweitig medizinisch notwendige Versorgung. Norton Healthcare verwendet hierfür die retrospektive Methode und berechnet einen AGB-Prozentsatz für jede Krankenhauseinrichtung. Hierbei wird die Summe aller Beträge seiner Ansprüche für Leistungen der Notfall- und anderweitig medizinisch notwendigen Versorgung, die während des vorangegangenen 12-Monatszeitraums von Medicaid genehmigt wurden (einschließlich seiner Managed-Care-Organisationen und der Medicaid-Servicegebühr), durch die Summe der entsprechenden Bruttogebühren für diese Ansprüche dividiert. Norton Healthcare veröffentlicht die Beschreibungen und Prozentsätze der aktuell angewendeten allgemeinen Verrechnungssätze auf seiner FAP-Website.

2. **Alle sonstigen medizinischen Leistungen.** Sonstige Leistungen an FAP-anspruchsberechtigten Patienten werden zu einem unter der jeweiligen Bruttogebühr liegenden Betrag abgerechnet. Allerdings sind die Bruttogebühren gegebenenfalls in einer Rechnung als Ausgangsbetrag aufgeführt, auf den vertragliche Bewilligungen, Rabatte oder Abzüge angewendet werden, um den Betrag zu ermitteln, der vom FAP-anspruchsberechtigten Patienten zu tragen ist.

Gebühren für nicht abgedeckte Leistungen an FAP-anspruchsberechtigten Patienten, die Anspruch auf Medicaid oder andere Versorgungsprogramme für Bedürftige haben (einschließlich Gebühren für Tage, die eine maximale Aufenthaltsdauer überschreiten), können in Norton Healthcares Gesamtberechnung für die Unterstützung Hilfsbedürftiger einbezogen werden.

#### **(D) Allgemeine Bekanntmachung der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung**

Diese FAP, der FAP-Antrag und die Zusammenfassung dieser FAP in einfacher Sprache werden von Norton Healthcare bei seinen Patienten und denjenigen Bürgern in seinem Einzugsgebiet, die nach aller Wahrscheinlichkeit auf kostenlose finanzielle Unterstützung angewiesen sind, durch auffällige öffentliche Auslagen in seinen Notaufnahmen und Anmeldebereichen umfassend bekannt gemacht. Eine Zusammenfassung der FAP in einfacher Sprache wird entweder im Rahmen der Aufnahmeformalitäten oder bei der Entlassung bereitgestellt. Darüber hinaus sind die FAP-Informationen und das Antragsformular auf der Website von Norton Healthcare sowie auf Anfrage in Papierform leicht zugänglich. Auf Wunsch werden diese Informationen und Unterlagen auch auf elektronischem Weg bereitgestellt, beispielsweise über einen digitalen Bildschirm/Monitor, per E-Mail oder durch Angabe der direkten Website-Adresse/URL. Für eine Reihe von Sprachen sind Übersetzungen dieser Informationen und Unterlagen erhältlich. Jede Rechnung beinhaltet einen gut lesbaren Hinweis über die Verfügbarkeit finanzieller Unterstützung im Rahmen dieser FAP und eine Telefonnummer, unter der Informationen über die FAP und das FAP-Antragsverfahren sowie die Website-Adresse erhältlich sind, unter der die FAP-Unterlagen heruntergeladen werden können.

#### **(E) Nicht zu Norton Healthcare gehörende Leistungserbringer**

Ein Patient kann Notfall- oder anderweitig medizinisch notwendige Versorgungsleistungen auch von einer Einrichtung erhalten, die nicht zu Norton Healthcare gehört. Eine von diesen Leistungserbringern durchgeführte Behandlung ist möglicherweise durch diese FAP abgedeckt. Eine (gebührenfreie) Liste dieser Leistungserbringer und Angaben dazu, ob die von ihnen erbrachten Leistungen durch diese FAP abgedeckt werden, finden Sie auf der Website von Norton Healthcare oder auf Anfrage bei den in **Anlage A** aufgeführten Abteilungen.

#### **(F) Zahlungseinforderung**

Norton Healthcare ergreift keine außerordentlichen Inkassomaßnahmen, ohne zuvor angemessene Anstrengungen zu unternehmen, um die Anspruchsberechtigung eines Krankenhauspatienten im Rahmen dieser FAP festzustellen. Die Maßnahmen, die Norton Healthcare im Falle der Zahlungssäumnis durch einen Patienten ergreifen kann, sind in einer separaten Richtlinie zum Abrechnungs- und Inkassoverfahren beschrieben. Diese Richtlinie ist kostenlos auf der Website von Norton Healthcare oder auf Anfrage erhältlich.

#### **ANLAGE A – KONTAKTINFORMATIONEN FÜR FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG**

Für Informationen oder Hilfe besuchen Sie bitte unsere Website oder kontaktieren Sie uns:

**Website für FAP-Informationen**[www.nortonhealthcare.com/FAP](http://www.nortonhealthcare.com/FAP)**Beratungsstellen für finanzielle Unterstützung:**

|                                        |                                                           |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Norton Hospital                        | (502) 629-2115 oder (502) 629-8277                        |
| Norton Audubon Hospital                | (502) 636-7303                                            |
| Norton Brownsboro Hospital             | (502) 446-8106 oder (502) 446-8606                        |
| Norton Women's and Children's Hospital | (502) 899-6136 oder (502) 899-6207                        |
| Norton Children's Hospital             | (502) 629-8281 oder (502) 629-8474                        |
| Norton Children's Medical Center       | (502) 446-8606                                            |
| Norton King's Daughters' Health        | (812) 801-0676 oder (812) 801-8974 oder<br>(812) 801-0482 |
| Norton Clark Hospital                  | (812) 283-2808                                            |
| Norton Scott Hospital                  | (812) 752-9729                                            |
| <b>Kundenservice:</b>                  | (502) 479-6300                                            |

Anträge und Unterlagen bitte per Post, Fax oder E-Mail senden an:

**Postanschrift für FAP-Angelegenheiten:**

SBO Financial Assistance Dept. 14-7  
PO Box 35070  
Louisville, KY 40232-9972

**Faxnummer für FAP-Angelegenheiten:**

(502) 629-8883

**E-Mail-Adresse für FAP-Angelegenheiten:**

[FAP@nortonhealthcare.org](mailto:FAP@nortonhealthcare.org)

ANLAGE B1 – ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

(SIEHE NÄCHSTE SEITE)

# ANTRAG AUF FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG DURCH NORTON HEALTHCARE

PATIENTENKONTONR.: \_\_\_\_\_

NAME DES PATIENTEN: \_\_\_\_\_ GEB. AM: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ SVNR: \_\_\_\_\_

STRASSE UND HAUSNR.: \_\_\_\_\_ TELEFON PRIVAT: \_\_\_\_\_ MOBILTELEFON: \_\_\_\_\_

ORT: \_\_\_\_\_ BUNDESSTAAT: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

IST DER PATIENT US-BÜRGER? JA NEIN HAT DER PATIENT EINEN RECHTMÄSSIGEN WOHNSTZ IN DEN USA? JA NEIN

ARBEITGEBER DES PATIENTEN  
(BEI MINDERJÄHRIGEN DER MUTTER): \_\_\_\_\_ TELEFON: \_\_\_\_\_

ARBEITGEBER DES EHEPARTNERS  
(BEI MINDERJÄHRIGEN DES VATERS): \_\_\_\_\_ TELEFON: \_\_\_\_\_

## BEI BESTEHEN EINER KRANKENVERSICHERUNG BITTE FOLGENDE ANGABEN LEISTEN:

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT: \_\_\_\_\_ TELEFONNUMMER: \_\_\_\_\_

VERSICHERUNGSNUMMER: \_\_\_\_\_ VERSICHERUNGSINHABER: \_\_\_\_\_

IST DER AUFENTHALT AUF EINEN AUTOUNFALL ZURÜCKZUFÜHREN?  
JA NEIN WENN JA, DATUM DES UNFALLS: \_\_\_\_\_

ANGABEN ZUM ANWALT: \_\_\_\_\_

IST DAS ABRECHNUNGSKONTO MIT DER WORKER'S COMPENSATION VERBUNDEN?  
JA NEIN DATUM DER VERLETZUNG: \_\_\_\_\_

ANGABEN ZUM ANWALT: \_\_\_\_\_

## MITGLIEDER DES FAMILIENHAUSHALTS – BITTE NAMEN, GEBURTSTAG UND VERHÄLTNIS ZUM PATIENTEN ANGEBEN:

| NAME  | GEBURTSDATUM | VERHÄLTNIS ZUM PATIENTEN |
|-------|--------------|--------------------------|
| _____ | _____        | _____                    |
| _____ | _____        | _____                    |
| _____ | _____        | _____                    |
| _____ | _____        | _____                    |

(WENN SIE ZUSÄTZLICHEN PLATZ BENÖTIGEN, NUTZEN SIE BITTE DIE RÜCKSEITE.)

## EINKOMMEN (MONATLICH):

BRUTTOEINKOMMEN DES PATIENTEN (BEI MINDERJÄHRIGEN DAS MONATLICHE  
EINKOMMEN DER MUTTER): \$ \_\_\_\_\_

BRUTTOEINKOMMEN DES EHEPARTNERS (BEI MINDERJÄHRIGEN DAS MONATLICHE  
EINKOMMEN DES VATERS): \$ \_\_\_\_\_

WENN SIE KEIN EINKOMMEN BEZIEHEN: WER BEZAHLT IHREN LEBENSUNTERHALT? \_\_\_\_\_

|                            |          |                      |          |
|----------------------------|----------|----------------------|----------|
| K-TAP:                     | \$ _____ | ARBEITSLOSENGELD:    | \$ _____ |
| KINDESUNTERHALT/UNTERHALT: | \$ _____ | LEBENSMITTELMARKEN:  | \$ _____ |
| SOZIALVERSICHERUNG:        | \$ _____ | RENTE:               | \$ _____ |
| SSI/BEHINDERUNG:           | \$ _____ | SONSTIGES EINKOMMEN: | \$ _____ |

➤ **SUMME MONATLICHES  
BRUTTOEINKOMMEN:** \$ \_\_\_\_\_

## AUSGABEN (MONATLICH):

|                 |          |                                   |          |
|-----------------|----------|-----------------------------------|----------|
| MIETE/HYPOTHEK: | \$ _____ | LEBENS- UND<br>VERSORGUNGSMITTEL: | \$ _____ |
| TELEFONKOSTEN:  | \$ _____ | STROM/GAS/WASSER:                 | \$ _____ |
|                 |          | SONSTIGE AUSGABEN:                | \$ _____ |

➤ **SUMME MONATLICHE  
AUSGABEN:** \$ \_\_\_\_\_

**ZÄHLBARE RESSOURCEN:****BANK****WERT**

GIROKONTO:

SPARKONTO:

KAPITALMARKT:

INVESTMENTFONDS:

AKTIEN:

401k

403B

ANLEIHEN:

IRA

SONSTIGE RESSOURCEN:

**SUMME****RESSOURCEN: \$****EIGENTUM:****EIGENHEIM:****SONSTIGES EIGENTUM:**

NAME HYPOTHEKGEBER

NAME HYPOTHEKGEBER

AKTUELLER WERT

AKTUELLER WERT

AKTUELLES EIGENKAPITAL

AKTUELLES EIGENKAPITAL

(AKTUELLER WERT ABZÜGLICH SCHULDEN)**SONSTIGE IMMOBILIEN?**

(WENN JA, BITTE NAMEN UND ADRESSE DES HYPOTHEKGEBERS, AKTUELLEN WERT UND AKTUELLES EIGENKAPITAL ANGEBEN)

**MIT MEINER UNTERSCHRIFT BESTÄTIGE ICH, DASS ICH FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG DURCH NORTON HEALTHCARE BEANTRAGE**

HIERMIT ERKLÄRE ICH MICH BEREIT, Norton Healthcare die Informationen zur Verfügung zu stellen, die erforderlich sind, um festzustellen, ob ich Anspruch auf Unterstützung bei der Zahlung der Rechnungen habe, mit denen die Leistungen abgerechnet werden, die ich in Einrichtungen von Norton Healthcare erhalten habe. Mir ist bewusst, dass die mich behandelnden Ärzte und sonstigen Leistungserbringer gegebenenfalls über Richtlinien zur finanziellen Unterstützung verfügen, die mir bei der Begleichung ihrer an mich ausgestellten Rechnungen helfen könnten. Daher ermächtige ich Norton Healthcare, den Leistungserbringern, die dies wünschen, eine Kopie meines Antrags zur Verfügung zu stellen, um sie bei der Feststellung zu unterstützen, ob ich Anspruch auf Leistungen im Rahmen ihrer finanziellen Unterstützungsprogramme habe.

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag nach meinem besten Wissen wahr und korrekt sind. Mir ist bewusst, dass mein Antrag auf finanzielle Unterstützung abgelehnt wird, wenn ich darin falsche Angaben mache oder Angaben verschweige, und dass Norton Healthcare sich in diesem Fall weiterhin darum bemüht, ausstehende Forderungen einzutreiben. In diesem Fall kann es auch sein, dass ich wegen Betrugs strafrechtlich verfolgt werde. Ich bin damit einverstanden, Norton Healthcare über alle Änderungen der in diesem Formular bereitgestellten Informationen, einschließlich Adresse, Telefonnummer und Einkommen, zu informieren.

UNTERSCHRIFT DES VERANTWORTLICHEN

DATUM

- **DEN AUSGEFÜLLTEN ANTRAG BITTE ZUSAMMEN MIT EINER KOPIE IHRER KONTOAUSZÜGE DER LETZTEN DREI MONATE FÜR ALLE GIRO- UND SPARKONTEN EINREICHEN.**

**EINREICHUNG DER ANTRAGSUNTERLAGEN UNTER:****NORTON HEALTHCARE****SBO FINANCIAL ASSISTANCE DEPT 14-7****PO BOX 35070****LOUISVILLE, KY 40232-9972**

TELEFONNUMMER KUNDENSERVICE:

(502) 479-6300

FAX-NR. FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG:

(502) 629-8883

E-MAIL-ADRESSE:

FAP@nortonhealthcare.org

WEITERE INFORMATIONEN IM WEB UNTER:

www.nortonhealthcare.com/FAP