

NÚMERO DE POLÍTICA	TÍTULO DE LA POLÍTICA	FECHA DE ENTRADA EN VIGOR
3549.7	PÓLITICA DE AYUDA ECONÓMICA	09/07/2025
TIPO DE POLÍTICA	ÁREA	APLICA PARA
FINANCIERA	SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES	TODOS LOS HOSPITALES

PROPÓSITO:

De acuerdo con nuestra herencia y misión como organización benéfica sin fines de lucro comprometida a ofrecer atención médica de calidad a todos los que atendemos de una manera que responda a las necesidades de nuestras comunidades y honre nuestro patrimonio religioso, las instalaciones del hospital Norton Healthcare ofrecen atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a todos nuestros pacientes, incluyendo pacientes sin seguro o con seguro insuficiente, sin importar su capacidad para pagar la totalidad o parte de esa atención.

Esta política de ayuda económica ("FAP") tiene el objetivo de ser una política de ayuda económica que cumple con el IRC (Código de Impuestos Internos 1986, según enmienda) §501(r) creada y usada para:

- (A) determinar la elegibilidad de un paciente hospitalizado para recibir ayuda económica;
- (B) establecer el método por el que los pacientes hospitalizados pueden solicitar ayuda económica;
- (C) establecer la base para calcular las cantidades cobradas a los pacientes hospitalizados elegibles;
- (D) afirmar que esta FAP se difunde ampliamente en las comunidades hospitalarias a las que servimos;
- (E) afirmar que Norton Healthcare no tomará medidas de cobro extraordinarias antes de hacer esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de un paciente hospitalizado según esta FAP y;
- (F) afirmar que a los pacientes hospitalizados elegibles para la FAP no se les facturará más que las cantidades generalmente facturadas a otros pacientes que tienen un seguro que cubre esa atención.

"Atención médicamente necesaria" significa los servicios, basados en una evaluación de las necesidades médicas de la persona elegible, que son razonables y necesarios para identificar, diagnosticar, tratar, corregir, curar, mitigar o prevenir una enfermedad, lesión, discapacidad u otra condición médica, incluyendo el embarazo, y que son coherentes con la determinación de "Necesidad médica", tal como se define en el programa Medicaid de Kentucky. Estos servicios deben ser clínicamente adecuados y cumplir las normas de buena práctica médica generalmente aceptadas. Además, dichos servicios deben prestarse en el lugar más adecuado donde, por motivos prácticos, puedan prestarse de forma segura y eficaz. La atención médicamente necesaria no incluye ninguna atención prestada para la comodidad de la persona, de su cuidador o del proveedor de atención médica, o por razones estéticas.

"Atención médica de emergencia" significa los servicios, incluyendo el examen y la estabilización, prestados para tratar una condición médica (1) que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente (incluyendo dolor intenso) como para que una persona prudente pueda esperar de forma razonable que la ausencia de atención médica inmediata (a) pone en grave peligro la salud de la persona (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo no nacido), (b) perjudica gravemente las funciones del cuerpo o (c) provoca una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o (2) en el caso de una mujer que tiene contracciones, que (a) no haya tiempo suficiente para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto, o (b) que el traslado pueda representar una amenaza para la salud o seguridad de la mujer o de su hijo no nacido.

ALCANCE:

Esta FAP aplica para todos los pacientes hospitalizados que demuestren que no pueden pagar (a diferencia de una falta de voluntad para pagar, que se considera deuda incobrable) por algunos o todos los cargos por cualquier emergencia u otros servicios hospitalarios médicamente necesarios en los siguientes lugares:

Norton Audubon Hospital	Norton Scott Hospital ²
Norton Brownsboro Hospital	Norton Cancer Institute
Norton Hospital	Norton Cardiovascular Center - Springs
Norton Women's and Children's Hospital ¹	Norton Cardiovascular Center - Dixie
Norton Children's Hospital	Norton Diagnostic Center - Dupont
Norton Children's Medical Center	Norton Diagnostic Center - Fern Creek
Norton King's Daughters' Health	Norton Diagnostic Center - St. Matthews
Norton Clark Hospital ²	

POLÍTICA DE AYUDA ECONÓMICA:

Norton Healthcare ofrece atención gratis a los pacientes elegibles según esta FAP.

(A) Criterios de elegibilidad para ayuda económica

1. Generalmente, la elegibilidad para la FAP de Norton Healthcare se basa en la residencia, los ingresos, recursos y el número de dependientes de una unidad familiar.
2. Específicamente, se usan los siguientes criterios para determinar la elegibilidad para la FAP de un paciente (o del garante de ese paciente):
 - a. El paciente no tiene seguro médico o queda un saldo sin pagar después de que su plan de seguro médico pagó o rechazó su reclamo³ y el paciente es de otro modo elegible según esta FAP; y
 - b. El paciente no califica para cobertura subsidiada o ayuda gubernamental como hospitales con cantidades desproporcionadas de pacientes de bajos ingresos ("DSH"), Programa de Seguro Médico para Niños ("CHIP"), Medicaid, Organización de Atención Administrada ("MCO") de Medicaid o Hoosier Healthwise; y
 - c. Los ingresos de la unidad familiar del paciente son iguales o menores al 350 % de las Pautas Federales de Pobreza ("FPG"); y
 - d. Los recursos/activos de la unidad familiar del paciente son iguales o menores al 200 % de las directrices de los DSH; y
 - e. Para ser elegible y obtener ayuda para atención médicamente necesaria que no sea de emergencia, un paciente (o el garante de ese paciente) también debe ser residente de Kentucky, Indiana, Tennessee, Ohio o Illinois. Este requisito de residencia no aplica para la

¹ Puede aparecer en la factura como "Norton Children's Hospital - St. Matthews"

² Para esta instalación hospitalaria, esta política se aplicará solo a los servicios que se presten a partir del 30 de septiembre de 2023 (y que de otro modo sean elegibles según los términos de esta política).

³ Cualquier pago que recuperó un beneficiario de asistencia según esta FAP (por apelación a su compañía de seguros o por litigio, arbitraje, acuerdo negociado, etc.) se debe enviar de inmediato a Norton Healthcare y cualquier ayuda previa se revertirá por esa misma cantidad. No hacerlo puede anular retroactivamente la ayuda económica aprobada y dar como resultado que el garante sea responsable del saldo total sin ajuste de ayuda económica.

atención médica de emergencia. Un "residente" de un estado es una persona que tiene su lugar principal de residencia en el estado hasta la fecha de servicio.

3. Para el propósito de determinar los ingresos y recursos de una unidad familiar, se aplican las siguientes definiciones:
 - a. Un **paciente** es la persona que recibe la atención hospitalaria contemplada en esta FAP.
 - b. Un **garante** es la persona que es económicamente responsable del paciente (si no hay otra persona que sea económicamente responsable del paciente, el paciente también es el garante).
 - c. Un **dependiente** es cualquier persona que el paciente o garante declaró así en la declaración de impuestos federales.
 - d. Un **solicitante de la FAP** es el paciente o el garante.
 - e. **Cónyuge** significa una persona que está casada con otra persona como resultado del matrimonio legal en el lugar donde se celebró, incluyendo un matrimonio legal entre personas del mismo sexo, independientemente de si la jurisdicción donde está el proveedor de servicios de atención médica de la persona, o en la que vive el cónyuge, permite que ocurran esos matrimonios o los reconoce.
 - f. **Matrimonio** significa un matrimonio legal en el lugar donde se celebró, incluyendo un matrimonio legal entre personas del mismo sexo, independientemente de si la jurisdicción donde está el proveedor de servicios de atención médica de la persona, o en la que vive el cónyuge, permite que ocurran esos matrimonios o los reconoce.
 - g. Un **familiar**, cuando se usa como sustantivo, incluye, entre otros, al cónyuge de la persona.
 - h. Un **menor** es cualquier persona que sea (a) menor de 23 años que viva con un padre/madre y se declare como un dependiente en la declaración de impuestos federales del padre/madre, o (b) menor de 18 años que viva con un tutor legal en la misma residencia.
 - i. Una **unidad familiar** se compone de lo siguiente:
 - (1) una persona y su cónyuge; o
 - (2) los padres o padrastros y sus hijos o hijastros menores, todos viviendo en la misma residencia; o
 - (3) parejas no casadas que tienen al menos un hijo menor juntos, junto con cualquier hermano menor de ese hijo, todos viviendo en la misma residencia; o
 - (4) un menor, el tutor legal del menor, junto con algún familiar del tutor legal, todos viviendo en la misma residencia; o
 - (5) un menor, el hijo de ese menor y los padres de ese menor, todos viviendo en la misma residencia; o
 - (6) un menor, el hijo de ese menor y el otro padre/madre de ese menor, independientemente del estado civil, todos viviendo en la misma residencia (esto se considera una unidad familiar separada de cualquier otra unidad familiar que viva también en esa residencia); o

- (7) un menor y el abuelo o abuela de ese menor, viviendo en la misma residencia (los abuelos son una unidad familiar separada a menos que los abuelos declaren al menor como dependiente y el abuelo o abuela pueda comprobar la tutela legal); o
 - (8) cónyuges de hecho que viven en la misma residencia, incluyendo los matrimonios de hecho reconocidos en otros estados o cuando uno de los cónyuges declara al otro como dependiente.
- j. Los **ingresos de la unidad familiar** son el total de dinero que reciben todos los miembros de la unidad familiar de alguna fuente en cualquier momento durante los 12 meses previos.
- k. Los **recursos/activos de la unidad familiar** incluyen los activos líquidos (efectivo, cuentas bancarias, certificados de depósito, etc.) y los activos no líquidos, aunque existen ciertas exclusiones como las siguientes:
- (1) una propiedad familiar, artículos para la casa y bienes muebles, incluyendo joyas, ropa y otros artículos de naturaleza personal;
 - (2) hasta \$6,000 en capital en ingresos que produzcan bienes inmuebles no residenciales (comerciales o no comerciales) esenciales para sostenerse a uno mismo;
 - (3) reservas para entierro de hasta \$1,500 por persona, espacios de entierro incluyendo lote, ataúd, bóveda y artículos de naturaleza similar, y planes de entierro, contratos y fideicomisos de entierro prepagados irrevocables.
4. La elegibilidad para la ayuda según esta FAP para los servicios pasados no garantizan que servicios futuros serán elegibles. Una determinación de elegibilidad según esta FAP para servicios relacionados con la atención de emergencia o médicamente necesaria es válida por no más de doce meses a partir de la fecha en que se firma la solicitud.
5. En el caso de que, según la política para no facturar al seguro, un paciente elija que Norton Healthcare no facture a su compañía de seguros los cargos en el alcance de esta FAP, esos cargos no serán elegibles para recibir ayuda económica según esta FAP.
6. En el caso de que un padre/madre o garante elija no agregar a su bebé o hijo menor a su seguro y se niegue a solicitar cobertura de Medicaid o de la MCO para ese bebé o hijo menor, los cargos asociados con ellos no serán elegibles para recibir ayuda económica según esta FAP.
7. Norton Healthcare determinó que, salvo circunstancias extraordinarias, los servicios relacionados con el programa bariátrico son médicamente *beneficiosos* pero no *médicamente necesarios*. Por lo tanto, esos servicios no serán elegibles para recibir ayuda económica y el paciente será responsable del pago total de esos servicios (o de cualquier saldo residual después del pago de cualquier cantidad cubierta por un seguro privado u otros pagadores).

(B) Método para solicitar ayuda económica

1. Como se lista en el **Adjunto A**, los empleados de Northon Healthcare o de sus designados están disponibles para ayudar a los pacientes a determinar, o evaluarlos para determinar su elegibilidad para los programas de ayuda gubernamentales o ayuda económica. El paciente puede completar directamente las solicitudes para la ayuda gubernamental o ayuda económica y están disponibles como se describe en esta FAP. Norton Healthcare administrará este programa sin costo para el paciente.

2. Para solicitar ayuda económica según esta FAP, el solicitante debe:
 - a. completar la solicitud para obtener ayuda económica (consulte el **Adjunto B1**); y
 - b. entregar sus estados de cuenta bancarios de los últimos 3 meses de todas las cuentas de cheques y ahorros.
3. Es posible que se solicite más información del solicitante para la FAP si es necesario para aclarar información que se dio en la solicitud o estados de cuenta bancarios, como copias de su declaración de impuestos del año anterior, talonarios de pago, documentación del cheque de desempleo, documentación de cheques del seguro social, documentación de alquiler de propiedad, estados de cuenta de hipotecas, evaluaciones de impuestos de bienes inmuebles, etc.

(C) Base para calcular las cantidades cobradas a los pacientes elegibles

1. **Atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria.** Norton Healthcare (incluyendo entidades considerablemente relacionadas) no cobra más a los pacientes elegibles para la FAP por la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria que las cantidades generalmente facturadas ("AGB") a quienes tienen un seguro que cubre esa atención. Más bien, Norton Healthcare ofrece atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria gratis a cualquier paciente que cumpla los criterios de elegibilidad para recibir ayuda económica según esta FAP. Norton Healthcare usa el método retroactivo y calcula un porcentaje de AGB para cada instalación hospitalaria dividiendo la suma de todas las cantidades de sus reclamos por atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria que Medicaid haya permitido (incluyendo las organizaciones de atención administrada de Medicaid y Medicaid de pago por servicio) durante el año calendario de 12 meses anterior, por la suma de los cargos brutos asociados a esos reclamos. Norton Healthcare publica una copia actual de la descripción del cálculo de AGB y los porcentajes en su sitio web de ayuda económica.
2. **Otro tipo de atención médica.** A un paciente elegible para FAP se le cobrarán menos que los cargos brutos por esa atención; siempre que, sin embargo, un estado de cuenta pueda incluir los cargos brutos por esa atención como punto de partida al que se pueden aplicar diversas asignaciones, descuentos o deducciones contractuales para llegar a la cantidad de cargos inferiores a los brutos que se espera que el paciente elegible para la FAP pague.

Los cargos por servicios no cubiertos que se dieron a pacientes elegibles para FAP elegibles para Medicaid u otros programas de atención para indigentes (incluyendo los cargos por días que exceden el límite de duración de la estancia) se pueden incluir en el cálculo total de atención benéfica de Norton Healthcare.

(D) Difusión amplia de la política de ayuda económica

Norton Healthcare difunde ampliamente esta FAP, incluyendo las solicitudes de FAP y el resumen en lenguaje sencillo de esta FAP, a los pacientes y a los miembros de la comunidad a la que presta servicios que tienen más probabilidades de necesitar ayuda económica, sin costo, en exhibiciones públicas visibles en sus salas de emergencia y áreas de admisiones, ofreciendo un resumen en lenguaje sencillo de la FAP como parte del proceso de admisión o alta, y haciendo que estos documentos e información estén fácilmente disponibles en su sitio web y en copias impresas cuando se soliciten. Si una persona prefiere recibir estos documentos e información electrónicamente, Norton Healthcare lo hará, por ejemplo, en una pantalla o monitor electrónico, correo electrónico o dirección directa de sitio web o URL. Cuando corresponda, también estarán disponibles las traducciones de estos documentos e información. Cada estado de cuenta incluirá un aviso escrito visible que notifique e informe al beneficiario de la disponibilidad de ayuda económica según esta FAP e incluye el teléfono de la oficina o departamento que puede dar



información sobre la FAP y el proceso de solicitud de la FAP, y el sitio web directo donde se pueden obtener copias de los documentos de la FAP.

(E) Proveedores en instalaciones hospitalarias que no pertenecen a Norton Healthcare

Un paciente puede recibir atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria en una instalación hospitalaria de un proveedor de una instalación que no pertenezca a Norton Healthcare. La atención que ofrecen estos proveedores puede estar o no cubierta por esta FAP. Una lista de estos proveedores y si la atención que dan está cubierta o no por esta FAP está disponible gratis en el sitio web de Norton Healthcare o cuando se solicite comunicándose con los departamentos que se listan en el **Adjunto A**.

(F) Acciones de cobranza

Norton Healthcare no tomará medidas de cobro extraordinarias sin antes hacer esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de un paciente hospitalizado según esta FAP. Las medidas que Norton Healthcare puede tomar por un paciente no pague se describen en una política de facturación y cobros por separado. Esta política está disponible sin costo en el sitio web de Norton Healthcare o cuando se solicite.

ADJUNTO A - INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA OBTENER AYUDA ECONÓMICA

Para obtener información o ayuda, visite nuestro sitio web o comuníquese con nosotros:

Sitio web de ayuda económica: www.nortonhealthcare.com/FAP

Consejeros sobre ayuda económica:

Norton Hospital	(502) 629-2115 -o- (502) 629-8277
Norton Audubon Hospital	(502) 636-7303
Norton Brownsboro Hospital	(502) 446-8106 -o- (502) 446-8606
Norton Women's and Children's Hospital	(502) 899-6136 -o- (502) 899-6207
Norton Children's Hospital	(502) 629-8281 -o- (502) 629-8474
Norton Children's Medical Center	(502) 446-8606
Norton King's Daughters' Health	(812) 801-0676 -o- (812) 801-8974 -o- (812) 801-0482
Norton Clark Hospital	(812) 283-2808
Norton Scott Hospital	(812) 752-9729
Equipo de servicio al cliente:	(502) 479-6300

Envíe las solicitudes y documentación por correo, fax o correo electrónico a:



Dirección de ayuda económica:

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

Fax de ayuda económica:

(502) 629-8883

Email de ayuda económica:

FAP@nortonhealthcare.org



ADJUNTO B1 - SOLICITUD PARA OBTENER AYUDA ECONÓMICA

(CONSULTE LA SIGUIENTE PÁGINA)

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: \$ _____
 TELÉFONO: \$ _____

ALIMENTOS Y SUMINISTROS: \$ _____
 SERVICIOS PÚBLICOS: \$ _____
 OTROS GASTOS: \$ _____
 ➤ **TOTAL DE GASTOS MENSUALES:** \$ _____

RECURSOS CONTABLES:

BANCO

CHEQUES: _____
 AHORROS: _____
 MERCADO MONETARIO: _____
 FONDOS MUTUOS: _____
 ACCIONES: 401k _____ 403B _____
 BONOS: _____ IRA _____
 OTROS RECURSOS: _____

VALOR

➤ **TOTAL DE RECURSOS:** \$ _____

PROPIEDAD:**VIVIENDA:****OTRAS PROPIEDADES:**

_____	_____
NOMBRE DEL	NOMBRE DEL ACREEDOR
_____	_____
VALOR ACTUAL	VALOR ACTUAL
_____	_____
CAPITAL ACTUAL	CAPITAL ACTUAL (VALOR ACTUAL MENOS LO QUE DEBE)

¿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 35070**

LOUISVILLE, KY 40232-9972

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