

保單號碼	保單名稱	生效日期
3549.7	財務援助政策	10/30/2025
保單類型	區域	適用對象
財務	患者財務服務	所有醫院

目的：

Norton Healthcare 的醫院設施秉持我們作為非營利慈善組織的傳統和使命，以回應社區需求並尊重我們信仰傳統的方式，致力於為我們所服務的所有對象提供優質的醫療保健服務，同時為我們的所有患者（包括未投保或投保不足的患者）提供緊急或其他醫療必需護理，無論其是否有能力支付全部或部分照護費用。

本財務援助政策 (Financial Assistance Policy, FAP) 旨在符合 I.R.C.（修訂版的《1986 年美國國內收入法》(Internal Revenue Code of 1986)）第 501(r) 條規定的財務援助政策，其制訂和使用目的在於：

- (A) 確定住院患者獲得財務援助的資格；
- (B) 闡述醫院患者申請財務援助的方法；
- (C) 提供計算向符合條件的醫院患者收取費用的依據；
- (D) 確認本 FAP 在我們服務的醫院社區內已經廣為宣傳；
- (E) 確認 Norton Healthcare 在做出合理努力，確定醫院患者是否符合本 FAP 資格之前，不會採取特別收款行動；
- (F) 確認符合 FAP 資格的醫院患者所支付的費用不會高於通常向擁有此類護理保險的其他患者收取的費用。

「**醫必需照護**」係指根據對符合資格之個人的醫療需求進行評估所需的服務，旨為確定、診斷、治療、糾正、治癒、減輕或預防疾病、身體不適、受傷、殘障或其他醫療狀況（包括懷孕）而提供的具備合理性和必須性的服務，同時這些服務符合肯塔基州 Medicaid 計畫所定義之「**Medical Necessity**」（醫療必需品）的認定。此類服務必須根據臨床需要，並且符合公認的良好醫療實踐標準。此外，此類服務必須在最合適的地點提供，基於實際目的，能夠安全而有效地提供這些服務。醫療必需照護並不包括主要為了個人、個人照顧者或醫療服務提供者的方便，或是基於美容原因而提供的任何照護。

「**急診護理**」係指為治療以下醫療狀況所提供包括檢查和穩定化之類的服務 (1) 表現出足以稱為急性症狀的嚴重性（包括劇烈疼痛），且其情況由謹慎的非專業人士合理地認為倘若未能立即就醫，將會導致 (a) 個人健康（或者對孕婦而言，對於婦女或其未出生孩子的健康）陷入嚴重危險之中 (b) 身體功能嚴重受損，或 (c) 任何身體器官或部位嚴重功能障礙；或 (2) 對於出現子宮收縮的婦女，(a) 在分娩前沒有足夠的時間安全轉移到另一家醫院，或 (b) 轉移可能對婦女或未出生胎兒的健康或安全構成威脅。

適用範圍：

本 FAP 適用於所有已證明無力支付（而非不願意支付，被視為呆帳的情況）以下地點的任何緊急或其他醫療必要的醫院服務的部分或全部費用的醫院患者：

Norton Audubon Hospital
Norton Brownsboro Hospital
Norton Hospital
Norton Women's and Children's Hospital¹
Norton Children's Hospital
Norton Children's Medical Center
Norton King's Daughters' Health
Norton Clark Hospital²

Norton Scott Hospital²
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

財務援助政策：

Norton Healthcare 將根據本 FAP 為符合資格的患者提供免費照護。

(A) 財務援助的資格標準

1. 一般而言，Norton Healthcare 的 FAP 資格認定取決於家庭的居住地、收入、資源和受撫養者人數。
2. 具體地說，以下標準係用於確定患者（或是患者擔保人）的 FAP 資格：
 - a. 患者沒有醫療保險，或在醫療保險計劃支付或拒絕其索賠要求後仍有未付餘額，³且患者符合本 FAP 的資格；和
 - b. 患者沒有資格獲得補助給付或政府援助，例如 Disproportionate Share Hospital (「DSH」)、Children's Health Insurance Program (「CHIP」)、Medicaid、Medicaid Managed Care Organization (「MCO」)或是 Hoosier Healthwise；以及
 - c. 患者家庭收入等於或低於聯邦貧困指導線 (「FPG」) 的 350%；以及
 - d. 患者家庭資源 / 資產等於或低於 DSH 準則的 200%；以及
 - e. 為符合獲得非緊急醫療必要照護援助的資格，患者（或患者的擔保人）同時還必須為肯塔基州、印第安納州、田納西州、俄亥俄州或伊利諾伊州的居民。對居住地的要求不適用於急診護理。州的「居民」係指截至服務日為止，其主要居住地位於該州境內的個人。
3. 為確定家庭的收入和資源，需符合以下定義：
 - a. **患者**是接受本 FAP 規定的醫院照護的個人。
 - b. **擔保人**是對患者負有財務責任的個人（如果並無其他人對患者負有財務責任，則患者同時也具有擔保人身分）。

¹ May be billed as Norton Children's Hospital - St. Matthews

² 對於本醫院設施，本保單僅適用於 2023 年 9 月 30 日或之後提供（以及根據本政策條款符合條件）的服務。

³ 根據本 FAP 獲得援助的接受者透過向其保險公司申訴或透過訴訟、仲裁、協商和解等方式收取的任何款項必須立即轉發給 Norton Healthcare，同時將會收回相同金額的先前任何援助。未能做到可能會導致核准的財務援助遭到追溯失效，進而導致在不調整財務援助的情況下，擔保人需負擔全部餘額。

- c. **被撫養者**是患者或擔保人在聯邦所得稅申報表上聲稱的任何個人。
- d. **FAP 申請人**為患者或是擔保人。
- e. **配偶**係指在締結合法婚姻（包括合法的同性婚姻）當中與另一人結婚的個人，無論向該個人提供醫療保健服務的提供者或供應商所在的司法管轄區，或者其配偶所居住的司法管轄區是否允許此類婚姻發生或認可此類婚姻。
- f. **婚姻**係指締結的合法婚姻（包括合法的同性婚姻），無論向個人提供醫療保健服務的提供者或供應商所在的司法管轄區或配偶居住的司法管轄區是否允許此類婚姻發生或認可此類婚姻；
- g. **親戚**（作為名詞使用時）包括但不限於個人的配偶。
- h. **未成年人**是具有以下條件的任何人：**(a) 23 歲**以下與父母同住並且根據該父母的聯邦所得稅申報表聲稱為被撫養者，或者**(b) 18 歲**以下與法定監護人居住在相同住所。
- i. **家庭**的組成如下：
 - (1) 個人及其配偶；或者
 - (2) 父母和/或繼父母、其未成年子女和/或未成年繼子女，均居住在相同住所；或者
 - (3) 未婚夫婦至少有一位共同的未成年子女，以及該名子女的任何未成年兄弟姐妹皆居住在相同住所；或者
 - (4) 未成年人、未成年人的法定監護人以及法定監護人的任何家人，皆居住在相同住所；或者
 - (5) 未成年人、該未成年人的子女及該未成年人的父母，皆居住在相同住所；或者
 - (6) 未成年人、該未成年人的子女以及該名子女的另一位父母，無論婚姻狀況如何，皆居住在相同住所（此情況被視為與該住所中的任何其他家庭不同的家庭）；或者
 - (7) 未成年人和該未成年人的祖父母居住在相同住所（祖父母為單獨的家庭，除非未成年人經祖父母聲稱為被撫養者，同時祖父母可以證明法定監護權）；或者
 - (8) 居住在相同住所的普通法配偶，包括其他州承認的普通法婚姻或其中一方聲稱另一方為被撫養者的情況。
- j. **家庭收入**指過去 12 個月內任何時間點所有家庭成員透過任何來源收到的總金額。
- k. **家庭的資源 / 資產**包括流動資產（現金、銀行帳戶、存款證等）及非流動資產，惟下列某些情況除外：

- (1) 家園、家庭用品和個人財產，包括珠寶、衣物和其他個人性質的物品；
 - (2) 自我獨立所必需的非家園不動產（商業或非商業性質）產生的股票收入，最高 \$6,000；
 - (3) 每人最多 \$1,500 的埋葬儲備金，埋葬空間（包括墓地、棺材、墓穴和類似性質的物品），以及不可撤銷的預付費埋葬計劃、合約和埋葬信託。
4. 即使根據本 FAP 過去的服務獲得援助的資格，並不保證未來的服務可符合資格。根據本 FAP 確定與急診護理或是其他醫療必需護理相關的服務資格的有效期，自申請簽署之日起算不超過 12 個月。
 5. 如果根據「不收取保險費用政策」(Do Not Bill Insurance Policy) 原則，患者選擇不讓 Norton Healthcare 向其保險公司收取本 FAP 範圍內的費用，則此類費用將不符合根據本 FAP 下的財務援助資格。
 6. 如果父母或擔保人選擇不將其嬰兒或未成年子女納入其保險，並拒絕為該嬰兒或未成年子女申請 Medicaid 或 MCO 保險，則與該嬰兒或未成年子女相關的費用根據本 FAP 將不符合獲得經濟援助的資格。
 7. Norton Healthcare 已認定在缺乏特殊情況的前提下，與肥胖症治療計劃相關的服務以及減重藥物在醫療上有益，但不具備醫療必需性。因此，此類服務沒有資格獲得財務援助，患者應負責全額支付此類服務的費用（或支付私人保險或其他第三方付款人承保的任何金額後的任何剩餘餘額）。

(B) 申請財務援助的方法

1. 如同附件 A 中所列示，Norton Healthcare 或是 Norton Healthcare 指定人的員工可協助患者確定和/或評估患者，確定他們是否具備獲得政府援助計劃或財務援助的資格。政府援助或財務援助的申請可由患者直接完成，並可按照本 FAP 中的說明獲得援助。該計劃的實施費用由 Norton Healthcare 承擔，患者無需支付任何費用。
2. 若要根據本 FAP 申請財務援助，FAP 申請人必須：
 - a. 填寫財務援助申請表-（請參閱附件 B1）；並且
 - b. 提供所有支票帳戶和儲蓄帳戶最近 3 個月的銀行對帳單。
3. 如果需要，可能會要求 FAP 申請人提供其他資訊，以便釐清申請和/或銀行對帳單中提供的資訊，例如上一年度的納稅申報表副本、薪資單、失業支票文件、社會安全支票文件、租金財產文件、抵押貸款報表、不動產稅金評估等。

(C) 計算向符合資格的患者收取費用的基礎

1. **急診護理或是其他醫療必需護理。**Norton Healthcare（包括實質相關實體）向符合 FAP 資格的患者收取的急診護理和其他醫療必需護理費用不會超過向已投保給付此類照護的保險的患者收取的一般收費金額（「AGB」）。相反，Norton Healthcare 為符合 FAP 規定的財務補助參與資格標準的所有患者免費提供急診護理或其他醫療必需護理。Norton Healthcare 會利用回顧方式，透過將 Medicaid（包括 Medicaid 管理式照護組織以及 Medicaid 按服務收費）在先前 12 個月日曆年期間允許的緊急和其他醫療必要護理的所有理賠金額的總和，除以這些理賠金額的相關總費用的總和，計算出每個醫院機構的 AGB 百分比。Norton Healthcare 在其財務援助網站上公佈了 AGB 計算說明與百分比的最新副本。
2. **所有其他醫療照護。**符合 FAP 資格的患者將支付低於此類照護總費用的相關費用；前提是帳單可以包括此類照護的總費用，作為可以應用各種合約津貼、折扣或扣除額的起點，以便得出低於符合 FAP 資格的患者原本預期支付的總費用金額。

向符合 Medicaid 或其他貧困照護計劃資格的 FAP 合格患者提供非承保服務的費用（包括超出住院限制天數長度的費用）可以包括在 Norton Healthcare 的慈善照護計算總額。

(D) 廣泛宣傳財務援助政策

Norton Healthcare 透過在入院或出院過程中提供 FAP 的簡明語言摘要，以及在其網站提供相關文件和資訊並且根據要求紙本資料，在急診室和入院區的醒目公共展示空間，免費向患者及其服務社區中最有可能需要財務援助的成員廣泛宣傳本 FAP（包括 FAP 申請表和本 FAP 的簡明語言摘要）。如果個人表示希望以電子方式接收這些文件與資訊，Norton Healthcare 將透過電子畫面或監視器、電子郵件或直接網站地址或 URL 等方式提供文件與資訊。在合適的情況下，還將提供這些文件與資訊的翻譯版本。每份帳單將包含一份明顯的書面通知，告知接收者將可根據本 FAP 獲得財務援助，並包含可提供有關 FAP 和 FAP 申請流程資訊的辦公室或部門的電話號碼，以及可獲得 FAP 文件副本的直接網站地址。

(E) 非 Norton Healthcare 醫院設備提供者

患者可以在醫院設施內透過非 Norton Healthcare 醫院設施提供者接受急診護理或其他醫療必需護理。這些提供者所提供的照護可能不一定包含在本 FAP 給付範圍內。這些提供者的名單以及他們提供的照護是否涵蓋在本 FAP 給付範圍內的清單，可以透過 Norton Healthcare 網站免費取得，或是聯絡附件 A 所列出的部門並且索取。

(F) 收款行動

如果沒有盡合理努力以確定醫院患者是否符合本 FAP 的資格，Norton Healthcare 不會採取特別收款行動。Norton Healthcare 針對患者不付款可以採取的行動已經在個別的帳單與收款政策有所說明。本政策可在 Norton Healthcare 的網站上免費取得或根據要求取得。

附件 A - 財務援助聯絡訊息

如需相關資訊或援助，請造訪我們的網站或是與我們聯絡：

財務援助網站：www.nortonhealthcare.com/FAP

財務援助顧問：

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

客戶服務團隊：[\(502\) 479-6300](tel:(502)479-6300)

請將申請表和文件以郵寄、傳真或電子郵件方式交至：

財務援助地址：
SBO Financial Assistance Dept. 14-7
PO Box 35070
Louisville, KY 40232-9972

財務援助傳真：[\(502\) 629-8883](tel:(502)629-8883)

財務援助電子郵件：FAP@nortonhealthcare.org

附件 B1 - 財務援助申請

(請見下頁)

NORTON HEALTHCARE 財務援助申請

帳戶號碼： _____

患者姓名： _____ 出生日期： ____ / ____ / ____ 社會安全號： _____

地址： _____ 住家電話： _____ 行動電話： _____

城市： _____ 州： _____ 郵遞區號： _____ 電子郵件： _____

患者是否為美國公民？ 是 否 患者是否為合法的美國居民？ 是 否

患者的雇主（如果未成年，則提供父母資訊）： _____ 電話號碼： _____

配偶的雇主（如果未成年，則提供父母的資訊）： _____ 電話號碼： _____

如果您有健康保險，請提供：

公司名稱： _____ 公司電話： _____

保單號碼： _____ 保單持有人： _____

本次住院是否是因為發生車禍？ 是 否 如果是，請註明事故日期： _____

律師資訊： _____

帳戶是否與勞工賠償有關？ 是 否 受傷日期： _____

律師資訊： _____

列出家庭成員的姓名、年齡、與患者的關係：

姓名：	出生日期	與患者的關係
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

（如果需要額外空間填寫，請寫在本頁背面）

收入（每月）：

患者的總收入（如果患者是未成年人，則為母親的月收入）： \$ _____

配偶的總收入（如果患者是未成年人，則為父親的月收入）： \$ _____

如果您沒有收入，由誰支付您的費用？

K-TAP：	\$ _____	失業救濟金	\$ _____
子女扶養費/贍養費：	\$ _____	食品券：	\$ _____
社會安全：	\$ _____	退休金：	\$ _____
生活保障補助金 (SSI)/殘障：	\$ _____	其他收入：	\$ _____

➤ 每月總收入： \$ _____

支出（每月）：

租金 / 抵押貸款：	\$ _____	食物和用品：	\$ _____
電話號碼：	\$ _____	公用事業費用：	\$ _____
		其他支出：	\$ _____

➤ 每月總支出： \$ _____

可計算的資源：

銀行

價值

支票：

儲蓄：

貨幣市場：

共同基金：

股票：

401k

403B

債券：

IRA

其他資源：

➤ 總計資源：

\$

財產：

住所：

其他財產：

抵押人姓名

抵押人姓名

目前價值

目前價值

目前資產淨值

目前資產淨值
(目前價值減去您積欠的價值)

是否有其他住所？

(如果有，請提供抵押人姓名、地址、目前價值和目前資產淨值)

此可證明本人請求 NORTON HEALTHCARE 考慮提供財務援助

本人茲同意向 Norton Healthcare 提供必要的資訊，以確定本人是否有資格獲得因本人在其機構接受服務而產生醫療費用的援助。本人瞭解自己的醫生以及其他醫療保健提供者可能有經濟援助政策，可以協助本人支付這些提供者的醫療費用。因此，本人授權 Norton Healthcare 向要求提供本人申請副本的提供者提供本人的申請副本，協助他們藉此判定本人是否有資格獲得其財務援助計劃下的福利。

本人保證，根據本人所知和所信，本人在本申請表中提供的資訊皆係正確且真實。本人瞭解，倘若自己在申請援助時提供不實資訊或隱瞞資訊，本人的申請將遭到拒絕，Norton Healthcare 將繼續追討任何應付的未清餘額。在此情況下，自己也可能因詐欺行為而遭到起訴。倘若在本申請表中提供的資訊（包括地址、電話號碼和收入）有任何變動，本人同意將會通知 Norton Healthcare。

責任方簽名

日期

➤ 請將填妥的申請表連同所有支票帳戶和儲蓄帳戶最近 3 個月的銀行對帳單副本一併寄回。

將資訊傳回：

NORTON HEALTHCARE
SBO FINANCIAL ASSISTANCE DEPT 14-7
PO BOX 35070
LOUISVILLE, KY 40232-9972
客戶服務電話號碼：
財務援助傳真號碼：
電子郵件地址：
如需瞭解更多資訊，請造訪：

(502) 479-6300
(502) 629-8883
FAP@nortonhealthcare.org
www.nortonhealthcare.com/FAP