BROJ PRAVILNIKA	NAZIV PRAVILNIKA	DATUM STUPANJA NA SNAGU
3549.7	**PRAVILNIK O FINANCIJSKOJ POMOĆI**	**10/30/2025**
VRSTA PRAVILNIKA	PODRUČJE	PRIMJENJIVO NA
FINANCIJE	**FINANCIJSKE USLUGE ZA PACIJENTE**	**SVE BOLNICE**

SVRHA:

U organizaciji Norton Healthcare radimo u skladu sa svojim nasljeđem i misijom kao neprofitna humanitarna organizacija predana pružanju kvalitetne zdravstvene skrbi svima kojima pružamo usluge na način koji je prilagođen potrebama naših zajednica te odaje počast našoj vjerskoj baštini. Naše bolnice u skladu s tim pružaju hitnu ili drugu medicinski neophodnu skrb svim pacijentima, uključujući neosigurane i nedovoljno osigurane pacijente, bez obzira mogu li tu skrb u potpunosti ili djelomično platiti.

Ovaj Pravilnik o financijskoj pomoći (*Financial Assistance Policy* – FAP) izrađen je u skladu s člankom 501. stavkom (r) Poreznog zakona SAD-a iz 1986. godine s kasnijim izmjenama i dopunama (*Internal Revenue Code* – I.R.C), a ima sljedeće ciljeve:

(A) utvrditi podobnost bolničkih pacijenata za financijsku pomoć
(B) odrediti način na koji bolnički pacijenti mogu podnijeti zahtjev za financijsku pomoć
(C) poslužiti kao temelj za obračun iznosa koji se naplaćuju podobnim bolničkim pacijentima
(D) provjeriti da se ovaj Pravilnik o financijskoj pomoći objavljuje javno u bolničkim zajednicama kojima pružamo usluge
(E) potvrditi da pružatelj Norton Healthcare neće poduzimati izvanredne mjere naplate ako prethodno nije uložio razumne napore u utvrđivanje podobnosti bolničkog pacijenta u skladu s ovim Pravilnikom o financijskoj pomoći
(F) potvrditi da se nijednom bolničkom pacijentu koji je podoban u skladu s ovim Pravilnikom o financijskoj pomoći neće naplatiti iznos veći od iznosa koji se općenito naplaćuju drugim pacijentima čije osiguranje pokriva takvu skrb.

Pojam „**medicinski neophodna skrb**" podrazumijeva usluge koje su na temelju procjene medicinskih potreba podobne osobe razumne i potrebne za utvrđivanje, dijagnosticiranje, liječenje, korekciju, ublažavanje ili sprječavanje bolesti, ozljede, invaliditeta ili drugih medicinskih stanja, uključujući trudnoću, a koje se podudaraju s utvrđenom „medicinskom potrebom" prema definiciji programa Medicaid savezne države Kentucky. Takve usluge moraju biti klinički prikladne i u okviru općeprihvaćenih standarda dobre medicinske prakse. Nadalje, takve se usluge moraju pružati na najprikladnijem mjestu na kojem se u svrhu praktičnosti mogu pružiti sigurno i učinkovito. Medicinski neophodna skrb ne obuhvaća skrb koja bi prvenstveno olakšala stanje pojedincu, njegovatelju pojedinca ili pružatelju zdravstvene skrbi ili skrb u kozmetičke svrhe.

Pojam „**hitna skrb**" podrazumijeva usluge, između ostaloga pregled i stabilizaciju, kojima se liječi medicinsko stanje (1) koje se očituje u obliku dovoljno ozbiljnih akutnih simptoma (uključujući tešku bol) u slučaju kojih razuman laik može zaključiti da izostanak hitne medicinske pomoći može (a) ozbiljno ugroziti zdravlje pojedinca (ili ako je u pitanju trudnica, zdravlje trudnice ili njezina nerođenog djeteta), (b) imati težak negativan utjecaj na tjelesne funkcije ili (c) uzrokovati ozbiljan poremećaj rada nekog tjelesnog organa ili njegova dijela, ili (2) ako u slučaju žene koja ima trudove (a) nema dovoljno vremena za siguran premještaj u drugu bolnicu prije poroda ili (b) taj premještaj može ugroziti zdravlje ili sigurnost žene ili nerođenog djeteta.

OPSEG:

Ovaj se Pravilnik o financijskoj pomoći odnosi na sve bolničke pacijente koji dokazano nisu u stanju platiti (za razliku od odbijanja plaćanja, što se smatra nepokrivenim potraživanjem) neke ili sve naknade za hitne ili druge medicinski potrebne bolničke usluge na sljedećim mjestima:

Norton Audubon Hospital
Norton Brownsboro Hospital
Norton Hospital
Norton Women's and Children's Hospital[1]
Norton Children's Hospital
Norton Children's Medical Center
Norton King's Daughters' Health
Norton Clark Hospital[2]
Norton Scott Hospital[2]
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

PRAVILNIK O FINANCIJSKOJ POMOĆI:

Pružatelj Norton Healthcare pruža besplatnu skrb pacijentima koji su podobni u skladu s ovim Pravilnikom o financijskoj pomoći.

(A) Kriteriji podobnosti za financijsku pomoć

1. Podobnost u okviru Pravilnika o financijskoj pomoći pružatelja zdravstvene skrbi Norton Healthcare uglavnom se temelji na mjestu stanovanja, prihodima, sredstvima i broju uzdržavanih članova u obiteljskoj zajednici.

2. Točnije rečeno, podobnost pacijenta (ili pacijentova jamca) u skladu s Pravilnikom o financijskoj pomoći utvrđuje se na temelju sljedećih kriterija:

    a. Pacijent nije pokriven zdravstvenim osiguranjem ili ostaje neplaćena razlika nakon što je zdravstveno osiguranje platilo ili odbilo odštetni zahtjev[3], a pacijent je inače podoban u skladu s ovim Pravilnikom o financijskoj pomoći i
    b. pacijent nije podoban za subvencionirano pokriće ili državnu pripomoć, kao što su programi Disproportionate Share (program za bolnice koje liječe pacijente bez sredstava – DSH), Children's Health Insurance Program (program dječjeg zdravstvenog osiguranja – CHIP), Medicaid (program za obitelji i pojedince s niskim prihodima), Medicaid Managed Care Organization (organizacija koja se vodi u sklopu programa Medicaid – MCO) ili Hoosier Healthwise (program za pacijente s niskim prihodima, trudnice i djecu) i
    c. prihodi obiteljske zajednice pacijenta jednaki su ili manji od 350 % iznosa prema Smjernicama o siromaštvu u SAD-u (*Federal Poverty Guidelines* – FPG) i
    d. sredstva/imovina obiteljske zajednice pacijenta jednaka su ili manja od 200 % iznosa prema smjernicama programa DSH i

[1] Na fakturi može biti navedeno Norton Children's Hospital – St. Matthews

[2] Za taj bolnički objekt ovaj se pravilnik primjenjuje samo na usluge pružene 30. rujna 2023. ili nakon tog datuma (i koje su inače podobne u skladu s uvjetima ovog pravilnika).

[3] Svako plaćanje nadoknađeno primatelju pomoći u skladu s ovim Pravilnikom o financijskoj pomoći, bilo podnošenjem žalbe osiguravajućem društvu ili parnicom, arbitražom, nagodbom itd., mora se odmah proslijediti pružatelju zdravstvenih usluga Norton Healthcare, a svaka prethodna pomoć bit će umanjena za taj iznos. U protivnome retroaktivno može doći do poništenja valjanosti odobrene financijske pomoći, uslijed čega jamac može odgovarati za cijelu neplaćenu razliku bez uračunavanja financijske pomoći.

e. da bi pacijent (ili pacijentov jamac) bio podoban za primanje financijske pomoći za medicinski neophodnu skrb koja nije hitna, mora biti stanovnik savezne države Kentucky, Indiana, Tennessee, Ohio ili Illinois. Mjesto stanovanja nije uvjet ako se radi o hitnoj medicinskoj pomoći. „Stanovnik" savezne države je osoba čije je primarno prebivalište na datum usluge jedna od tih država.

3. Za utvrđivanje prihoda i sredstava obiteljske zajednice vrijede sljedeće definicije:

a. **Pacijent** je pojedinac koji prima bolničku skrb koja se razmatra u skladu s ovim Pravilnikom o financijskoj pomoći.

b. **Jamac** je pojedinac koji financijski odgovara za pacijenta (ako nijedan drugi pojedinac financijski ne odgovara za pacijenta, jamac je sam pacijent).

c. **Uzdržavana osoba** svaki je pojedinac kojeg kao takvog navede pacijent ili jamac na poreznoj prijavi.

d. **Podnositelj zahtjeva za pomoć u skladu s Pravilnikom o financijskoj pomoći** može biti ili pacijent ili jamac.

e. **Supružnik** je pojedinac koji je s drugim pojedincem u braku koji je zakonski valjan na mjestu gdje je sklopljen, uključujući istospolne brakove, neovisno o tome dopušta li se sklapanje takvih brakova ili priznaju li se takvi brakovi na području nadležnosti na kojem se nalazi pružatelj usluge osiguranja ili pružatelj zdravstvene skrbi ili na kojem supružnik prebiva.

f. **Brak** je bračni odnos koji je zakonski valjan na mjestu gdje je sklopljen, uključujući istospolne brakove, neovisno o tome dopušta li se sklapanje takvih brakova ili priznaju li se takvi brakovi na području nadležnosti na kojem se nalazi pružatelj usluge osiguranja ili pružatelj zdravstvene skrbi ili na kojem supružnik prebiva.

g. Pojam **srodnik** uključuje, između ostalog, supružnika pojedinca.

h. **Maloljetnik** je svaka osoba koja je ili (a) mlađa od 23 godine, živi s roditeljem i navodi se kao uzdržavana osoba na poreznoj prijavi roditelja ili (b) mlađa od 18 godina i živi sa zakonskim skrbnikom na istoj adresi prebivališta.

i. U **obiteljsku zajednicu** ubrajaju se sljedeće osobe:

(1) Pojedinac i njegov supružnik ili

(2) otac i majka i/ili očuh i maćeha, njihova maloljetna djeca i/ili maloljetni pastorci koji svi žive na istoj adresi prebivališta ili

(3) parovi koji nisu u braku, a imaju barem jedno zajedničko maloljetno dijete, i sva maloljetna braća i sestre tog djeteta, koji svi žive na istoj adresi prebivališta ili

(4) maloljetnik, maloljetnikov zakonski skrbnik i svi članovi obitelji zakonskog skrbnika koji žive na istoj adresi prebivališta ili

(5) maloljetnik, maloljetnikovo dijete i maloljetnikovi roditelji koji svi žive na istoj adresi prebivališta ili

(6) maloljetnik, maloljetnikovo dijete i drugi roditelj tog djeteta, neovisno o bračnom stanju, koji svi žive na istoj adresi prebivališta (ovo se smatra zasebnom obiteljskom zajednicom neovisnom o svakoj drugoj obiteljskoj zajednici koja živi na istoj adresi prebivališta) ili

(7) maloljetnik i njegova baka ili djed koji žive na istoj adresi prebivališta (baka i djed smatraju se zasebnom obiteljskom zajednicom osim ako ne navedu maloljetnika kao uzdržavanu osobu i ako netko od njih može dokazati da je maloljetnikov zakonski skrbnik) ili

(8) partneri u izvanbračnoj zajednici koji žive na istoj adresi prebivališta, uključujući izvanbračne zajednice priznate u drugim saveznim državama ili u kojima jedan partner navede drugoga kao uzdržavanu osobu.

j. **Prihodi obiteljske zajednice** označavaju ukupna novčana sredstva koja su svi članovi obiteljske zajednice primili iz bilo kojeg izvora bilo kada u proteklih 12 mjeseci.

k. **Sredstva/imovina obiteljske zajednice** uključuju i likvidna (gotovina, bankovni računi, potvrde o depozitu itd.) i nelikvidna sredstva, no postoje sljedeće iznimke:

(1) Dom, kućanske potrepštine i osobna imovina kao što je nakit, odjeća i ostali osobni predmeti.

(2) Kapital do 6.000 USD uložen u nekretninu koja donosi prihod, a nije dom (poslovna ili neposlovna) a taj prihod je neophodan za samostalno preživljavanje.

(3) Rezerve za sahranu do 1.500 USD po pojedincu, prostori za sahranu sa zemljišnom česticom, lijesom, grobnicom i sličnim predmetima te neopozivi unaprijed plaćeni planovi sahrane, ugovori i fondovi za sahranu.

4. Podobnost za pomoć u skladu s Pravilnikom o financijskoj pomoći za prethodne usluge nije jamstvo da će primatelj biti podoban za buduće usluge. Utvrđena podobnost u skladu s ovim Pravilnikom o financijskoj pomoći za usluge povezane s hitnom ili drugom medicinski neophodnom skrbi vrijedi najviše dvanaest mjeseci od datuma potpisivanja zahtjeva.

5. U slučaju da u odjeljku „Do Not Bill Insurance Policy" (Bez obračuna prema polici osiguranja) pacijent navede da ne želi da pružatelj Norton Healthcare njegovom ili njezinom osiguravajućem društvu obračuna troškove u opsegu primjene ovog Pravilnika o financijskoj pomoći, ti troškovi neće biti podobni za financijsku pomoć u skladu s ovim Pravilnikom.

6. U slučaju da roditelj ili jamac odluči da neće dodati svoje dojenče ili maloljetno dijete u osiguranje i odbije se prijaviti za osiguranje iz programa Medicaid ili osiguranje koje pruža organizacija koja se vodi u sklopu programa Medicaid (*Managed Care Organization*, MCO) za to dojenče ili maloljetno dijete, tada troškovi povezani s tim dojenčetom ili maloljetnim djetetom neće biti podobni za financijsku pomoć u skladu s ovim Pravilnikom.

7. Pružatelj Norton Healthcare utvrdio je da, osim u izvanrednim okolnostima, usluge povezane s barijatrijskim programom i lijekovi za mršavljenje jesu medicinski *korisni*, no ne i medicinski *neophodni*. Takve usluge stoga neće biti podobne za financijsku pomoć te će pacijent biti odgovoran za plaćanje tih usluga u cijelosti (ili u preostalom iznosu nakon plaćanja bilo kojih iznosa koje pokriva privatno osiguranje ili platitelji treće strane).

(B) Način prijave za financijsku pomoć

1. Kao što je navedeno u **Prilogu A**, zaposlenici ili zastupnici pružatelja zdravstvene skrbi Norton Healthcare mogu pomoći pacijentima utvrditi njihovu podobnost za programe državne pripomoći ili financijsku pomoć i/ili mogu procijeniti pacijente kako bi to utvrdili. Pacijent može izravno popuniti zahtjeve za državnu pripomoć ili financijsku pomoć, a zahtjevi su dostupni kako je opisano u ovom

Pravilniku o financijskoj pomoći. Ovaj program pružat će se na trošak pružatelja Norton Healthcare, tj. pacijent neće snositi nikakve troškove.

2. Da bi se podnositelj zahtjeva u skladu s ovim Pravilnikom o financijskoj pomoći prijavio za financijsku pomoć, mora učiniti sljedeće:

   a. ispuniti Zahtjev za financijsku pomoć – (vidi **Prilog B1**) i

   b. priložiti bankovne izvatke za posljednja 3 mjeseca za sve svoje tekuće i štedne račune.

3. Od podnositelja zahtjeva u okviru Pravilnika o financijskoj pomoći mogu se zatražiti dodatne informacije ako su potrebne za razjašnjenje informacija navedenih u zahtjevu i/ili bankovnim izvatcima, npr. kopije prošlogodišnjih poreznih prijava, potvrde o plaći, dokumentacija o naknadama za nezaposlene, dokumentacija o naknadama socijalnog osiguranja, dokumentacija o unajmljenim nekretninama, izvještaj o hipoteci, procjene poreza na nekretnine itd.

(C) Osnovica za obračun iznosa koji se naplaćuju podobnim pacijentima

1. **Hitna ili druga medicinski potrebna skrb**. Pružatelj Norton Healthcare (i bitno povezani gospodarski subjekti) pacijentima podobnima u skladu s Pravilnikom o financijskoj pomoći za hitnu i drugu medicinski neophodnu skrb ne naplaćuje iznose veće od onih koji se obično naplaćuju osobama čije osiguranje pokriva takvu skrb. Pružatelj Norton Healthcare besplatno pruža hitnu ili drugu medicinski neophodnu skrb svim pacijentima koji zadovoljavaju kriterije podobnosti za financijsku pomoć u skladu s ovim Pravilnikom o financijskoj pomoći. Pružatelj Norton Healthcare na temelju metode osvrta obračunava postotak iznosa koji se obično naplaćuje za svaku bolničku ustanovu dijeljenjem zbroja svih iznosa zahtjeva za hitnu ili drugu medicinski neophodnu skrb koji su odobreni programom Medicaid (uključujući organizacije koje se vode u sklopu programa Medicaid i naknade za usluge programa Medicaid) tijekom prethodne 12-mjesečne kalendarske godine zbrojem povezanih bruto naknada za te zahtjeve. Pružatelj Norton Healthcare na svojem web-mjestu za financijsku pomoć objavljuje trenutačno važeći primjerak opisa obračuna i postotaka iznosa koji se obično naplaćuju.

2. **Svaka druga medicinska skrb**. Pacijentu koji je podoban za pomoć u skladu s Pravilnikom o financijskoj pomoći naplatit će se iznos manji od bruto naknade za takvu skrb, no pod uvjetom da obračun može sadržavati bruto naknadu za takvu skrb kao početni iznos na koji se primjenjuju različite ugovorne olakšice, popusti ili odbici kako bi se dobio iznos manji od bruto naknade koji treba platiti pacijent podoban za pomoć u skladu s Pravilnikom o financijskoj pomoći.

U ukupan obračun humanitarne skrbi pružatelja Norton Healthcare mogu se uključiti naknade za nepokrivene usluge pružene pacijentima podobnima za pomoć u skladu s Pravilnikom o financijskoj pomoći koji su podobni za Medicaid ili neki drugi program skrbi za pacijente bez sredstava (uključujući naknade za dane koji prekoračuju ograničenje boravka u bolnici).

(D) Javno objavljivanje Pravilnika o financijskoj pomoći

Pružatelj Norton Healthcare besplatno javno objavljuje ovaj Pravilnik o financijskoj pomoći, uključujući zahtjeve za prijavu i sažetak napisan jednostavnim jezikom, pacijentima i članovima zajednice kojoj pruža usluge, a kojima je najvjerojatnije potrebna financijska pomoć, putem uočljivih javnih oglasa u hitnoj službi i prostorijama za prijem, davanjem sažetaka Pravilnika o financijskoj pomoći napisanih jednostavnim jezikom tijekom primanja ili otpuštanja iz bolnice te stavljanjem tih dokumenata i informacija na raspolaganje na web-mjestima i u papirnatim primjercima na upit. Ako pojedinac izrazi želju primati te dokumente i informacije elektroničkim putem, pružatelj Norton Healthcare tako će ih objaviti, npr. putem elektroničkog zaslona ili monitora, e-pošte ili izravne adrese web-mjesta ili URL-a. Ako je primjenjivo, na raspolaganje će

se staviti i prijevodi tih dokumenata i informacija. Svaki obračun sadržavat će uočljivu pisanu napomenu koja obavještava primatelja o dostupnosti financijske pomoći u skladu s ovim Pravilnikom o financijskoj pomoći te sadrži telefonski broj ureda ili odjela koji može pružiti informacije o Pravilniku o financijskoj pomoći i postupku prijave za financijsku pomoć te izravnu adresu web-mjesta gdje su dostupni primjerci dokumenata vezanih za Pravilnik o financijskoj pomoći.

(E) Pružatelji bolničkih objekata osim organizacije Norton Healthcare

Pacijent može primiti hitnu ili drugu medicinski neophodnu skrb u bolničkom objektu koji pripada nekom drugom pružatelju bolničkih usluga, a ne organizaciji Norton Healthcare. Skrb koju pružaju ti pružatelji može, ali ne mora biti obuhvaćena ovim Pravilnikom o financijskoj pomoći. Popis tih pružatelja i informacija o tome je li skrb koju pružaju obuhvaćena ovim Pravilnikom o financijskoj pomoći besplatno je dostupan na web-mjestu pružatelja Norton Healthcare ili se mogu zatražiti od odjela navedenih u **Prilogu A**.

(F) Mjere naplate

Pružatelj Norton Healthcare neće poduzimati izvanredne mjere naplate ako prethodno nije uložio razumne napore u utvrđivanje podobnosti bolničkog pacijenta u skladu s Pravilnikom o financijskoj pomoći. Mjere koje pružatelj Norton Healthcare može poduzeti prema pacijentu koji nije platio opisane su u zasebnom Pravilniku o fakturiranju i naplati. Ta su pravila besplatno dostupna na web-mjestu pružatelja zdravstvene skrbi Norton Healthcare ili na zahtjev.

PRILOG A – PODACI ZA KONTAKT ZA FINANCIJSKU POMOĆ

Ako trebate informacije ili pomoć, posjetite naše web-mjesto ili nam se obratite:

Web-mjesto za financijsku pomoć:	www.nortonhealthcare.com/FAP
Savjetnici za financijsku pomoć:	
Norton Hospital	(502) 629-2115 -ili- (502) 629-8277
Norton Audubon Hospital	(502) 636-7303
Norton Brownsboro Hospital	(502) 446-8106 -ili- (502) 446-8606
Norton Women's and Children's Hospital	(502) 899-6136 -ili- (502) 899-6207
Norton Children's Hospital	(502) 629-8281 -ili- (502) 629-8474
Norton Children's Medical Center	(502) 446-8606
Norton King's Daughters' Health	(812) 801-0676 -ili- (812) 801-8974 -ili- (812) 801-0482
Norton Clark Hospital	(812) 283-2808
Norton Scott Hospital	(812) 752-9729
Tim korisničke službe:	(502) 479-6300

Zahtjeve i dokumentaciju pošaljite poštom, telefaksom ili e-poštom na sljedeće adrese:

Adresa za financijsku pomoć:	SBO Financial Assistance Dept. 14-7 PO Box 35070 Louisville, KY 40232-9972
Telefaks za financijsku pomoć:	(502) 629-8883
Adresa e-pošte za financijsku pomoć:	FAP@nortonhealthcare.org

PRILOG B1 – ZAHTJEV ZA FINANCIJSKU POMOĆ

(VIDI SLJEDEĆU STRANICU)

ZAHTJEV ZA FINANCIJSKU POMOĆ PRUŽATELJA ZDRAVSTVENE SKRBI NORTON HEALTHCARE

BROJ RAČUNA: _____

IME PACIJENTA: _____ DATUM ROĐENJA: ____/____/____ BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA: _____

ADRESA: _____ KUĆNI TELEFON: _____ MOBILNI TELEFON: _____

GRAD: _____ SAVEZNA DRŽAVA: _____ POŠTANSKI BROJ: _____ ADRESA E-POŠTE: _____

JE LI PACIJENT DRŽAVLJANIN SAD-A? DA NE IMA LI PACIJENT ZAKONSKO PREBIVALIŠTE U SAD-U? DA NE

PACIJENTOV POSLODAVAC (AKO JE MALOLJETNIK, PODACI O RODITELJU): _____ TELEFON: _____

SUPRUŽNIKOV POSLODAVAC (AKO JE MALOLJETNIK, PODACI O RODITELJU): _____ TELEFON: _____

AKO IMATE ZDRAVSTVENO OSIGURANJE, NAVEDITE SLJEDEĆE:

NAZIV TVRTKE: _____ TELEFON TVRTKE: _____

BROJ POLICE: _____ OSIGURANIK: _____

JESTE LI BORAVILI U BOLNICI ZBOG AUTOMOBILSKE NESREĆE? DA NE AKO DA, DATUM NESREĆE: _____

PODACI O ODVJETNIKU: _____

JE LI RAČUN POVEZAN S OSIGURANJEM OD NESREĆE NA RADU? DA NE DATUM OZLJEDE: _____

PODACI O ODVJETNIKU: _____

NAVEDITE IME, DOB I SRODSTVO ČLANOVA KUĆANSTVA S PACIJENTOM:

IME	DATUM ROĐENJA	SRODSTVO S PACIJENTOM

(AKO TREBATE JOŠ PROSTORA, PIŠITE NA POLEĐINI OVE STRANICE)

PRIHODI (MJESEČNI):

PACIJENTOVI BRUTO PRIHODI (AKO JE PACIJENT MALOLJETNIK, MJESEČNI PRIHODI MAJKE): $ _____

SUPRUŽNIKOVI BRUTO PRIHODI (AKO JE PACIJENT MALOLJETNIK, MJESEČNI PRIHODI OCA): $ _____

AKO NEMATE PRIHODA, TKO PLAĆA VAŠE TROŠKOVE? _____

PROGRAM K-TAP: $ _____ NAKNADA ZA NEZAPOSLENE: $ _____

DJEČJI DOPLATAK / ALIMENTACIJA: $ _____ BONOVI ZA HRANU: $ _____

SOCIJALNO OSIGURANJE: $ _____ MIROVINA: $ _____

DODATNA SOCIJALNA POMOĆ (SSI) / NAKNADA ZA INVALIDNOST: $ _____ OSTALI PRIHODI: $ _____

- **UKUPNI MJESEČNI BRUTO PRIHODI: $** _____

TROŠKOVI (MJESEČNI):

NAJAMNINA/HIPOTEKA: $ _____ HRANA I POTREPŠTINE: $ _____

TELEFON: $ _____ KOMUNALNE USLUGE: $ _____

OSTALI TROŠKOVI: $ _____

- **UKUPNI MJESEČNI TROŠKOVI: $** _____

NOVČANA SREDSTVA:	**BANKA**		**VRIJEDNOST**
TEKUĆI RAČUN:			
ŠTEDNI RAČUN:			
TRŽIŠTE NOVCA:			
UZAJAMNI FONDOVI:			
DIONICE:	401k	403B	
OBVEZNICE:		OSOBNI MIROVINSKI RAČUN (IRA)	
OSTALA SREDSTVA:			

➢ **UKUPNA SREDSTVA:** **$** _____

IMOVINA:

KUĆA:	**OSTALA IMOVINA:**
IME HIPOTEKARNOG VJEROVNIKA	IME HIPOTEKARNOG VJEROVNIKA
TRENUTAČNA VRIJEDNOST	TRENUTAČNA VRIJEDNOST
TRENUTAČNI KAPITAL	TRENUTAČNI KAPITAL (TRENUTAČNA VRIJEDNOST UMANJENA ZA VAŠE DUGOVANJE)

DRUGE KUĆE? _____

(AKO POSTOJE, NAVEDITE IME HIPOTEKARNOG VJEROVNIKA, ADRESU, TRENUTAČNU VRIJEDNOST I TRENUTAČNI KAPITAL)

OVIME SE POTVRĐUJE DA TRAŽIM DA ME PRUŽATELJ ZDRAVSTVENE SKRBI NORTON HEALTHCARE UZME U OBZIR KAO KANDIDATA ZA FINANCIJSKU POMOĆ

PRISTAJEM dati pružatelju zdravstvene skrbi Norton Healthcare podatke potrebne za utvrđivanje moje podobnosti za pomoć pri plaćanju medicinskih računa koji proizlaze iz usluga koje su mi pružene u njegovim objektima. Razumijem da moji liječnici i drugi pružatelji zdravstvene skrbi mogu imati pravila o financijskoj pomoći koja bi mi mogla pomoći pri plaćanju medicinskih računa koje izdaju. U skladu s tim ovlašćujem pružatelja Norton Healthcare da dostavi kopiju mog zahtjeva pružateljima koji ga zatraže da im pomogne pri utvrđivanju moje podobnosti za koristi u okviru njihovih programa financijske pomoći.

Potvrđujem da su podaci koje sam pružio/pružila u ovom zahtjevu točni i istiniti po mojem najboljem znanju i uvjerenju. Razumijem da će u slučaju da pružim lažne podatke ili uskratim podatke pri prijavi za pomoć moj zahtjev biti odbijen i da će pružatelj Norton Healthcare i dalje tražiti naplatu svih dospjelih razlika u troškovima. U tom slučaju mogu biti kazneno gonjen(a) zbog prijevare. Pristajem obavijestiti pružatelja Norton Healthcare o svim promjenama u podacima koji su pruženi u ovom obrascu, uključujući adresu, telefonski broj i prihode.

_____ _____

POTPIS ODGOVORNE OSOBE DATUM

➢ **MOLIMO DA NAM ISPUNJENI ZAHTJEV POŠALJETE NATRAG ZAJEDNO S BANKOVNIM IZVATCIMA ZA POSLJEDNJA 3 MJESECA ZA SVE SVOJE TEKUĆE I ŠTEDNE RAČUNE.**

ADRESA ZA SLANJE INFORMACIJA:

NORTON HEALTHCARE
SBO FINANCIAL ASSISTANCE DEPT 14-7
PO BOX 35070
LOUISVILLE, KY 40232-9972

TELEFONSKI BROJ KORISNIČKE SLUŽBE:	(502) 479-6300
BROJ TELEFAKSA ZA FINANCIJSKU POMOĆ:	(502) 629-8883
ADRESA E-POŠTE:	FAP@nortonhealthcare.org
WEB-MJESTO ZA VIŠE INFORMACIJA:	www.nortonhealthcare.com/FAP