NUMÉRO DE POLITIQUE	TYPE DE POLITIQUE	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR
3549.7	**POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE**	**10/30/2025**
TYPE DE POLITIQUE	DOMAINE	S'APPLIQUE À
FINANCES	**SERVICES FINANCIERS AUX PATIENTS**	**TOUS LES HÔPITAUX**

OBJET :

Fidèles à nos origines et dans le cadre de notre mission d'organisation caritative à but non lucratif déterminée à fournir des soins de santé de qualité à tous ceux que nous servons d'une manière qui réponde aux besoins de nos communautés et honore notre profession de foi, les établissements hospitaliers de Norton Healthcare fournissent des soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires à tous nos patients, notamment aux patients non assurés ou infra-assurés, indépendamment de leur capacité à payer tout ou partie desdits soins.

La présente Politique d'aide financière (Financial Assistance Policy, « FAP ») a pour objectif d'être une politique conforme à l'article 501(r) du code des impôts (Internal Revenue Code, « I.R.C. », de 1986, tel qu'en vigueur). Elle a été créée et est utilisée pour :

(A) déterminer si un patient des hôpitaux est éligible à une aide financière ;
(B) définir la méthode par laquelle les patients des hôpitaux peuvent solliciter une aide financière ;
(C) fournir la base de calcul des montants facturés aux patients des hôpitaux éligibles ;
(D) confirmer que la présente FAP est largement diffusée au sein des communautés hospitalières que nous servons ;
(E) confirmer que Norton Healthcare n'engagera pas d'actions exceptionnelles en recouvrement avant d'avoir déployé les efforts raisonnables permettant de décider de l'éligibilité d'un patient hospitalier en vertu de la présente FAP ; et
(F) conformer que les factures des patients hospitaliers éligibles à la FAP ne seront pas de montant supérieur à ceux généralement appliqués à d'autres patients qui disposent d'une assurance couvrant de tels soins.

« **Soins médicalement nécessaires** » désigne les services, basés sur une évaluation des besoins médicaux de la personne éligible, qui sont raisonnables et nécessaires pour identifier, diagnostiquer, traiter, corriger, guérir, pallier ou prévenir une maladie, blessure, handicap ou un autre problème de santé, y compris la grossesse, et qui sont cohérents avec la définition de « nécessité médicale » (Medical Necessity) du programme Medicaid du Kentucky. De tels services doivent être cliniquement appropriés et correspondre aux normes généralement acceptées des bonnes pratiques médicales. De plus, ces services doivent être fournis dans le lieu le plus approprié, là où, à des fins pratiques, ils peuvent être rendus de manière sûre et efficace. Les soins médicalement nécessaires n'incluent pas les soins fournis principalement pour la convenance de la personne, de son aidant ou de prestataire de santé, ou pour des raisons esthétiques.

« **Soins d'urgence** » désigne les services, y compris l'examen et la stabilisation, fournis pour traiter un problème médical (1) se manifestant par des symptômes aigus de gravité suffisante (notamment une douleur intense) pour qu'en l'absence d'attention médicale immédiate, un non-spécialiste prudent puisse raisonnablement s'attendre à ce qu'ils entraînent (a) un grave danger pour la santé de la personne (ou, s'agissant d'une femme enceinte, la santé de la mère ou de l'enfant non né), (b) des troubles graves des fonctions corporelles, ou (c) un grave dysfonctionnement d'un organe ou d'une partie du corps ; ou (2) s'agissant d'une femme qui a des contractions, (a) s'il n'y a pas le temps adéquat pour effectuer un transfert

en toute sécurité dans un autre hôpital avant l'accouchement, ou (b) si ce transfert risque de menacer la santé ou la sécurité de la femme ou de l'enfant non né.

CHAMP D'APPLICATION :

La présente FAP s'applique à tous les patients hospitaliers étant dans l'incapacité démontrée de payer (contrairement à une volonté de ne pas payer, qui est considérée comme créance irrécouvrable) une partie ou l'ensemble des factures de services hospitaliers d'urgence ou autres médicalement nécessaires dans les lieux suivants :

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

POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE :

Norton Healthcare fournit des soins gratuits aux patients éligibles en vertu de la présente FAP.

(A) Critères d'éligibilité à l'aide financière

1. Généralement, l'éligibilité à l'aide financière FAP de Norton Healthcare est basée sur la résidence, les revenus, les ressources et le nombre de personnes dépendantes de l'unité familiale.

2. Plus spécifiquement, les critères suivants sont utilisés pour déterminer l'éligibilité d'un patient (ou de son garant) à la FAP :

    a. Le patient n'a aucune assurance santé ou il reste un solde à payer après que son régime d'assurance santé a payé ou rejeté sa demande[3] et le patient est par ailleurs éligible à l'aide en vertu de la présente FAP ; et
    b. Le patient n'est pas éligible à une couverture subventionnée ni à une aide gouvernementale telle que Disproportionate Share Hospital (« DSH »), Children's Health Insurance Program (« CHIP »), Medicaid, Medicaid Managed Care Organization (« MCO ») ou Hoosier Healthwise ; et
    c. Les revenus de l'unité familiale sont inférieurs ou égaux à 350 % du montant indiqué dans les directives fédérales sur la pauvreté (Federal Poverty Guidelines, ou « FPG ») ; et
    d. Les ressources/actifs de l'unité familiale du patient sont inférieures ou égales à 200 % du montant indiqué dans les directives DSH ; et

[1] Peut figurer sur la facture sous le nom de « Norton Children's Hospital - St. Matthews »

[2] Pour cet établissement hospitalier, la présente politique s'applique seulement aux services fournis à partir du 30 septembre 2023 inclus (et qui soient par ailleurs éligibles en vertu des conditions de la présente politique).

[3] Tout paiement récupéré par un destinataire de l'aide prévue dans la présente FAP (moyennant recours auprès de sa compagnie d'assurance ou litige, arbitrage, règlement négocié, etc.) doit être transmis dans les plus brefs délais à Norton Healthcare et toute aide préalable sera annulée pour le même montant, faute de quoi, l'aide financière approuvée pourrait être rétroactivement annulée et faire que le garant soit responsable de l'intégralité du solde sans déduction de l'aide financière.

e. Pour être éligible à l'aide pour les soins médicalement nécessaires non urgents, le patient (ou le garant du patient) doit également être résident dans les États du Kentucky, de l'Indiana, du Tennessee, de l'Ohio ou de l'Illinois. Ces conditions de résidence ne s'appliquent pas aux soins d'urgence. Un « résident » d'un État est une personne dont le lieu de résidence principale à la date du service se trouve au sein de l'État.

3. Pour déterminer les revenus et ressources d'une unité familiale, les définitions suivantes s'appliquent :

   a. Un **patient** est la personne qui reçoit les soins hospitaliers prévus dans la présente FAP.

   b. Un **garant** est la personne qui est financièrement responsable du patient (si personne n'est financièrement responsable du patient, le patient est également le garant).

   c. Une **personne dépendante** est toute personne déclarée comme telle par le patient ou le garant dans la déclaration fédérale d'impôt sur le revenu.

   d. Un **demandeur d'aide financière FAP** est soit le patient, soit un garant.

   e. **Conjoint** désigne une personne qui est mariée à une autre personne par suite d'un mariage licite dans la juridiction où il a été célébré, y compris un mariage licite entre personnes du même sexe, indépendamment du fait que la juridiction dans laquelle le prestataire ou le fournisseur des services de soins de santé à la personne est situé, ou dans laquelle le conjoint vit, autorise ou non de tels mariages ou les reconnaisse.

   f. **Mariage** désigne un mariage licite dans la juridiction où il a été célébré, y compris un mariage licite entre personnes du même sexe, indépendamment du fait que la juridiction dans laquelle le prestataire ou le fournisseur des services de soins de santé à la personne est situé, ou dans laquelle le conjoint vit, autorise de tels mariages ou les reconnaisse.

   g. Un **parent** inclut, entre autres, le conjoint d'une personne.

   h. Un **mineur** est soit (a) une personne âgée de moins de 23 ans vivant avec un parent et déclarée comme personne dépendante dans la déclaration fédérale d'impôt sur le revenu de ce parent ou (b) une personne âgée de moins de 18 ans vivant avec un tuteur légal dans la même résidence.

   i. Une **unité familiale** est composée de :

      (1) une personne et son/sa conjoint/e ; ou

      (2) parents et/ou beaux-parents, leurs enfants mineurs et/ou beaux-enfants mineurs, vivant tous dans la même résidence ; ou

      (3) couples non mariés ayant au moins un enfant mineur en commun ainsi que tous les frères et sœurs mineurs de cet enfant, vivant tous dans la même résidence ; ou

      (4) un mineur, le tuteur légal du mineur, ainsi que tout membre de la famille du tuteur légal, vivant tous dans la même résidence ; ou

      (5) un mineur, l'enfant de ce mineur et les parents de ce mineur, vivant tous dans la même résidence ; ou

(6) un mineur, l'enfant de ce mineur et l'autre parent de cet enfant, indépendamment du statut marital, vivant tous dans la même résidence (cela est considéré comme une unité familiale séparée d'une autre unité familiale vivant également dans cette résidence) ; ou

(7) un mineur et le grand-parent de ce mineur vivant dans la même résidence (les grands-parents sont une unité familiale séparée sauf si le mineur est déclaré comme personne dépendante par les grands-parents et que le grand-parent peut prouver qu'il a la garde légale) ; ou

(8) conjoints de fait (common law spouses) vivant dans la même résidence, y compris les mariages de fait reconnus dans d'autres États ou lorsque l'un des conjoints déclare l'autre comme personne dépendante.

j. Les **revenus de l'unité familiale** sont la somme d'argent totale perçue par tous les membres de l'unité familiale, quelle qu'en soit la source, à tout moment au cours des 12 mois précédents.

k. Les **ressources/actifs d'une unité familiale** incluent les actifs liquides (liquidités, comptes bancaires, certificats de dépôt, etc.) et les actifs non liquides, mais excluent ce qui suit :

(1) le logement en propriété, le mobilier et les biens personnels, notamment les bijoux, vêtements et autres articles à caractère personnel ;

(2) jusqu'à 6 000 $ de capital dans des biens fonciers (commerciaux ou non) hors logement produisant des revenus indispensables à l'autosuffisance ;

(3) les réserves pour obsèques, à hauteur de 1 500 $ par personne, les espaces pour inhumation y compris la concession, le cercueil, le caveau et les articles de nature similaire, les plans, contrats prépayés et fidéicommis d'obsèques irrévocables.

4. L'éligibilité à une aide en vertu de la présente FAP pour des services passés ne garantit pas que des services futurs seront éligibles. Une décision d'éligibilité en vertu de la présente FAP pour des services liés à des soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires est valide pendant un maximum de douze mois à compter de la date à laquelle la demande est signée.

5. Si, en vertu de la Politique d'assurance de non-facturation (Do Not Bill Insurance Policy), un patient choisit que Norton Healthcare ne facture pas de frais relevant du champ d'application de la présente FAP à sa compagnie d'assurance, de tels frais ne seront pas éligibles à l'aide financière accordée dans le cadre de la présente FAP.

6. Si un parent ou un garant choisit de ne pas ajouter son bébé ou son enfant mineur à son assurance et décline une demande de couverture Medicaid ou MCO pour ledit bébé ou enfant mineur, les frais associés à ce bébé ou enfant mineur ne seront pas éligibles à l'aide financière accordée dans le cadre de la présente FAP.

7. Norton Healthcare a décidé que, en l'absence de circonstances exceptionnelles, les services liés à un programme bariatrique et les médicaments amaigrissants sont médicalement *bénéfiques* mais non médicalement *nécessaires.* Par conséquent, de tels services ne sont pas éligibles à l'aide financière et le patient est responsable de leur paiement intégral (ou de tout solde résiduel après paiement de tout montant couvert par une assurance privée ou d'autres payeurs).

(B) Procédure de demande d'aide financière

1. Les employés ou mandataires de Norton Healthcare répertoriés à l'**Annexe A** sont disponibles pour aider et/ou conseiller les patients afin de déterminer s'ils sont éligibles à des programmes d'aide gouvernementale ou à l'aide financière. Les demandes d'aide gouvernementale ou d'aide financière doivent être remplies directement par le patient et sont disponibles tel que décrit dans la présente FAP. Ce programme est administré aux frais de Norton Healthcare sans aucun coût pour le patient.

2. Pour demander une aide financière dans le cadre de la présente FAP, le demandeur doit :

   a. remplir la Demande d'aide financière (voir **Annexe B1**) ; et

   b. fournir les relevés bancaires des trois derniers mois de tous ses comptes courants et comptes d'épargne.

3. Des informations supplémentaires pourront être demandées au demandeur d'aide financière FAP afin de clarifier les informations fournies dans la demande et/ou les relevés bancaires, par exemple des copies de la déclaration d'impôt de l'année précédente, fiches de paie, documents de contrôle du chômage ou de la Sécurité Sociale, documents relatifs aux biens locatifs, relevés hypothécaires, évaluations fiscales des biens, etc.

(C) Base de calcul des montants facturés aux patients des hôpitaux éligibles

1. **Soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires.** Pour les soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires, Norton Healthcare (y compris ses entités substantiellement liées) ne facture pas aux patients éligibles à la FAP de montants supérieurs à ceux généralement facturés (amounts generally billed, ou « AGB ») aux patients qui disposent d'une assurance couvrant de tels soins. Au contraire, Norton Healthcare fournit les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires gratuitement à tous les patients qui remplissent les critères d'éligibilité à l'aide financière dans le cadre de la présente FAP. Norton Healthcare emploie la méthode rétrospective et calcule un pourcentage d'AGB pour chaque établissement hospitalier en divisant la somme de tous les montants de ses demandes pour soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires ayant été autorisés par Medicaid (y compris les organisations de soins gérées par Medicaid et les rémunérations à l'acte de Medicaid) au cours de l'année calendaire précédente de 12 mois, par la somme des frais bruts associés à ces demandes. Norton Healthcare publie une description du calcul des AGB et des pourcentages sur son site Internet d'aide financière.

2. **Tous les autres soins médicaux.** Pour de tels soins, les frais facturés à un patient éligible à la FAP sont inférieurs aux frais bruts, sous réserve, néanmoins, qu'un relevé de facturation puisse inclure les frais bruts correspondant à de tels soins comme point de départ auquel diverses indemnités, rabais ou déductions contractuelles peuvent être appliqués afin de parvenir au montant des charges inférieur au montant brut que le patient éligible à la FAP doit payer.

Des frais pour services non couverts fournis à des patients éligibles à la FAP, éligibles dans le cadre de Medicaid ou d'autres programmes de soins pour personnes démunies (y compris les frais correspondant aux jours dépassant la limite de séjour) peuvent être inclus dans le calcul total des soins caritatifs de Norton Healthcare.

(D) Large diffusion de la Politique d'aide financière

Norton Healthcare diffuse largement la présente FAP, y compris les demandes d'aide financière et le résumé de la présente FAP en langage clair, auprès des patients et des membres de la communauté qu'il

sert ayant le plus de probabilités de nécessiter une aide financière gratuite. Elle est ostensiblement affichée dans ses salles d'urgence et ses zones d'admission, un résumé de la FAP en langage clair est donné au patient lors du processus d'admission ou de sortie, et ces documents et informations sont faciles à obtenir sur le site Internet de Norton Healthcare et disponibles sur papier sur demande. Si une personne souhaite recevoir ces documents ou ces informations par des moyens électroniques, Norton Healthcare les lui fournira, par exemple, sur écran ou moniteur électronique, par e-mail ou directement à l'aide de l'adresse ou de l'URL du site Internet. Les traductions de ces documents et informations seront également disponibles s'il y a lieu. Chaque relevé de facturation inclura une notification écrite bien visible notifiant et informant le destinataire de la disponibilité d'une aide financière dans le cadre de la présente FAP, le numéro de téléphone du bureau ou du service qui est à même de fournir des renseignements sur la FAP et la procédure de demande d'aide financière, ainsi que l'adresse du site Internet où il est possible d'obtenir des copies des documents de la FAP.

(E) Prestataires non-Norton Healthcare des établissements hospitaliers

Dans un établissement hospitalier, un patient peut recevoir des soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires de la part d'un prestataire de l'établissement hospitalier non-Norton Healthcare. Les soins fournis par ces prestataires peuvent être ou non couverts par la présente FAP. Une liste desdits prestataires indiquant si les soins qu'ils fournissent sont ou non couverts par la présente FAP est disponible gratuitement sur le site Internet de Norton Healthcare ou sur demande en contactant les services répertoriés à l'**Annexe A**.

(F) Actions en recouvrement

Norton Healthcare n'engagera pas d'actions exceptionnelles en recouvrement avant d'avoir déployé des efforts raisonnables permettant de décider de l'éligibilité d'un patient hospitalier à la présente FAP. Les actions que Norton Healthcare peut engager concernant les impayés d'un patient sont décrites dans la Politique de facturation et recouvrement. Cette politique est disponible gratuitement sur le site Internet de Norton Healthcare ou sur demande.

ANNEXE A – COORDONNÉES DE CONTACT DE L'AIDE FINANCIÈRE

Pour obtenir des informations ou de l'aide, veuillez visiter notre site Internet ou nous contacter :

Site Internet d'Aide financière : www.nortonhealthcare.com/FAP

Conseillers en Aide financière :

Norton Hospital	(502) 629-2115 -ou- (502) 629-8277
Norton Audubon Hospital	(502) 636-7303
Norton Brownsboro Hospital	(502) 446-8106 -ou- (502) 446-8606
Norton Women's and Children's Hospital	(502) 899-6136 -ou- (502) 899-6207
Norton Children's Hospital	(502) 629-8281 -ou- (502) 629-8474
Norton Children's Medical Center	(502) 446-8606

Norton King’s Daughters’ Health	(812) 801-0676 -ou- (812) 801-8974 -ou- (812) 801-0482
Norton Clark Hospital	(812) 283-2808
Norton Scott Hospital	(812) 752-9729
Équipe du service clients :	(502) 479-6300

Veuillez adresser les demandes et les documents par e-mail, télécopie ou courrier postal à :

Adresse de l’Aide financière :	SBO Financial Assistance Dept. 14-7 PO Box 35070 Louisville, KY 40232-9972
Télécopie de l’Aide financière :	(502) 629-8883
E-mail de l’Aide financière :	FAP@nortonhealthcare.org

ANNEXE B1 – DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

(VOIR PAGE SUIVANTE)

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE À NORTON HEALTHCARE

Nº de COMPTE : _____

NOM DU PATIENT : _____ DATE DE NAISSANCE : ____/____/____ Nº DE SÉCURITÉ SOCIALE : _____

ADRESSE : _____ TÉLÉPHONE DU DOMICILE : _____ TÉLÉPHONE MOBILE : _____

VILLE : _____ ÉTAT : _____ CODE POSTAL : _____ E-MAIL : _____

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

EMPLOYEUR DU PATIENT (POUR LES MINEURS, RENSEIGNEMENTS SUR LE PARENT) : _____ TÉLÉPHONE : _____

EMPLOYEUR DU CONJOINT (POUR LES MINEURS, RENSEIGNEMENTS SUR LE PARENT) : _____ 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)

REVENUS (MENSUELS) :

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 COMPENSATOIRE $ _____ COUPONS ALIMENTAIRES : $ _____

SÉCURITÉ SOCIALE : $ _____ PENSION : $ _____

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

DÉPENSES (MENSUELLES) :

LOYER/HYPOTHÈQUE : $ _____ ALIMENTATION ET FOURNITURES : $ _____

TÉLÉPHONE : $ _____ SERVICES PUBLICS : $ _____

AUTRES DÉPENSES : $ _____

- **TOTAL DÉPENSES MENSUELLES : $** _____

RESSOURCES

	BANQUE	VALEUR
COMPTE COURANT :		
ÉPARGNE :		
MARCHÉ MONÉTAIRE :		
FONDS COMMUNS DE PLACEMENT :		
ACTIONS :	401k _____ 403B _____	
OBLIGATIONS :	COMPTE RETRAITE (IRA) : _____	
AUTRES RESSOURCES :		

- **TOTAL RESSOURCES : $** _____

BIENS FONCIERS :

LOGEMENT :

_____
NOM DU CRÉANCIER

_____
VALEUR ACTUELLE

_____
CAPITAL ACTUEL

AUTRE BIEN FONCIER :

_____
NOM DU CRÉANCIER HYPOTHÉCAIRE

_____
VALEUR ACTUELLE

_____
CAPITAL ACTUEL
(VALEUR ACTUELLE MOINS CE QUE VOUS DEVEZ)

D'AUTRES MAISONS ? _____

(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'ACCEPTE 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 Norton Healthcare de tout changement dans les informations fournies dans ce formulaire, y compris d'adresse, de numéro de téléphone et de revenus.

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 14-7
PO BOX 35070
LOUISVILLE, KY 40232-9972

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