

رقم السياسة	عنوان السياسة	تاريخ السريان
3549.7	سياسة الإعانة المالية	2020/10/06
نوع السياسة	نطاق تطبيق السياسة	تتطبق على
الماليات	الخدمات المالية للمرضى	جميع المستشفيات

### الغرض:

حفاظاً منا على تراثنا ومواصلة رسالتنا بصفتنا منظمة خيرية غير هادفة للربح ملتزمة بتقديم رعاية صحية عالية الجودة لكل من نقوم بخدومتهم بطريقة من شأنها أن تلبي احتياجات مجتمعاتنا وتحترم تراثنا العامر بالإيمان، تقدم منشآت المستشفيات التابعة لـ Norton Healthcare خدمات الرعاية في حالات الطوارئ أو الخدمات الأخرى اللازمة طبياً لجميع مرضانا، بما في ذلك المرضى الذين ليس لديهم تأمين أو الذين لا يغطي تأمينهم النفقات الزائدة، بغض النظر عن قدرتهم على الدفع مقابل جميع خدمات الرعاية هذه أو جزء منها.

سياسة الإعانة المالية ("FAP") هذه مصممة بغرض أن تكون سياسة إعانة I.R.C. سياسة الإعانة المالية ممثلة للقسم -501(r)§ من قانون الإيرادات الداخلية لعام 1986، بصيغته المعدلة) وقد تم إنشاؤها واستخدامها من أجل:

- تحديد أهلية المرضى بالمستشفيات لتلقي الإعانة المالية؛
- تحديد الطريقة التي يمكن من خلالها لمرضى المستشفيات التقدم بطلبات للحصول على الإعانة المالية؛
- توفير أساس لحساب المبالغ التي تُفرض على مرضى المستشفيات المؤهلين؛
- التأكيد على أن سياسة الإعانة المالية ("FAP") هذه مُعلن عنها بشكل واسع في نطاق مجتمعات المستشفيات التي نقدم لها الخدمات؛
- التأكيد على أن Norton Healthcare لن تمارس إجراءات تحصيل غير عادية قبل بذل الجهود المعقولة لتحديد أهلية مريض المستشفى في ظل سياسة الإعانة المالية ("FAP") هذه؛
- والتأكيد على أن مرضى المستشفيات المؤهلين للاستفادة من سياسة الإعانة المالية ("FAP") لن تتم مطالبتهم بأكثر من المبالغ التي يتم فرضها بشكل عام على المرضى الآخرين الذين يغطيهم التأمين فيما يتعلق بخدمات الرعاية تلك.

تعني "خدمات الرعاية اللازمة طبياً" تلك الخدمات المعقولة التي يتعين تقديمها - بناءً على تقييم للاحتياجات الطبية للفرد المؤهل - لتحديد أو تشخيص أو علاج أو تصحيح أو معالجة أو تسكين أو منع الإصابة بأحد الأمراض أو العلل أو الإصابات أو الإعاقات أو الحالات الطبية الأخرى بما في ذلك الحمل، والتي تكون متسقة مع حالة "الضرورة الطبية" كما يوضحها برنامج Medicaid بكتناكي. يجب أن تكون تلك الخدمات ملائمة سريريًا وفي نطاق معايير الممارسات الطبية المقبولة بشكل عام. بالإضافة إلى ذلك، يجب توفير تلك الخدمات في الموقع الأنسب حيث يمكن - ولأغراض عملية - تقديمها بشكل آمن وفعال. لا تشمل خدمات الرعاية اللازمة طبياً أي خدمات رعاية تُقدم بشكل أساسي لإراحة الفرد أو مقدم الرعاية الخاص بالفرد أو موفر الرعاية الصحية الخاص بالفرد أو لأسباب متعلقة بالتجميل.

تعني "خدمات الرعاية الطارئة" تلك الخدمات، بما في ذلك خدمات الفحص ومحاولات جعل الحالة مستقرة، التي تُقدم لمعالجة حالة طبية (1) تظهر في صورة أعراض حادة ذات درجة شديدة بما يكفي (بما في ذلك الألم الشديد) لإمكانية أن يتوقع شخص عاقل غير متخصص أن غياب الرعاية الطبية الفورية سيتسبب في (أ) تعريض صحة الفرد (أو - فيما يتعلق بالمرأة الحامل - صحة المرأة أو جنينها) للخطر الشديد أو (ب) إصابة أي من وظائف الجسم بقصور شديد أو (ج) إصابة أي عضو أو جزء بالجسم بخلل وظيفي شديد؛ أو (2) فيما يتعلق بامرأة حامل وفي مرحلة المخاض (أ) لا يوجد وقت كافٍ لنقلها بشكل آمن إلى مستشفى أخرى قبل الولادة أو (ب) أن النقل قد يُشكل تهديدًا على صحة المرأة أو جنينها أو سلامتهما.

## النطاق:

تنطبق سياسة الإعانة المالية ("FAP") هذه على جميع المرضى بالمستشفيات الذين يتم إثبات عدم قدرتهم على دفع (في مقابل أولئك الذين يحجمون عن الدفع، والذي يتم اعتباره ديونهم ديونا معدومة) بعض أو كل النفقات الخاصة بخدمات الرعاية في حالات الطوارئ أو الخدمات الأخرى اللازمة طبياً المقدمة بالمستشفيات، في المواقع التالية:

مؤسسة 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

مستشفى Norton Audubon Hospital  
مستشفى Norton Brownsboro Hospital  
مستشفى Norton Hospital  
مستشفى Norton Women's and Children's Hospital<sup>1</sup>  
مستشفى Norton Children's Hospital  
مركز Norton Children's Medical Center

## سياسة الإعانة المالية:

تقدم Norton Healthcare الرعاية المجانية للمرضى المؤهلين في ظل FAP (سياسة الإعانة المالية).

### (أ) معايير الأهلية للإعانة المالية

1. بشكل عام، تعتمد الأهلية لسياسة الإعانة المالية (FAP) الخاصة بـ Norton Healthcare على إقامة وحدة الأسرة ودخلها ومواردها وعدد المعالين.

2. بشكل أدق، تُستخدم المعايير التالية لتقرير الأهلية لسياسة الإعانة المالية (FAP) لمريض (أو لضمان ذلك المريض):

- أ. ليس لدى المريض تأمين رعاية صحية أو يتبقى رصيد غير مدفوع بعدما سددت خطة تأمين الرعاية الصحية نصيبها أو رفضت طلبه<sup>2</sup> والمريض بخلاف ذلك مؤهل في ظل FAP (سياسة الإعانة المالية) هذه
- ب. المريض ليس مؤهلاً للحصول على التغطية المدعمة أو مساعدة حكومية مثل مستشفيات ذوي الدخل المنخفض ("DSH") أو برنامج التأمين على صحة الأطفال ("CHIP") أو برنامج Medicaid أو برامج ("MCO") Medicaid Managed Care Organization أو برنامج Hoosier Healthwise
- ج. دخل وحدة أسرة المريض يساوي أو يقل عن 300 بالمائة من القيمة المحددة في توجيهات الفقر الفيدرالية ("FPG")
- د. موارد (أصول) وحدة أسرة المريض تكافئ 200 بالمائة من القيمة المحددة في توجيهات DSH (برامج مستشفيات ذوي الدخل المنخفض) أو تقل عن ذلك،
- هـ. ولتكون مؤهلاً للحصول على الإعانة الخاصة بالرعاية الضرورية من الناحية الطبية في حالات غير الطوارئ، فيجب على المريض (أو الضامن) أن يكون مقيماً بولاية كنتاكي أو إنديانا أو تينيسي أو أوهايو أو إلينوي. لا ينطبق شرط الإقامة على رعاية حالات الطوارئ. الشخص "المقيم" في ولاية هو الفرد الذي يكون مكان إقامته الأساسي داخل الولاية من تاريخ بدء الخدمة.

3. للأغراض المتعلقة بتحديد دخل وموارد وحدة الأسرة، تنطبق التعريفات التالية:

- أ. المريض هو الشخص الذي يتلقى رعاية المستشفى الخاضعة للدراسة في ظل سياسة الإعانة المالية ("FAP") هذه.
- ب. الضامن هو الشخص الذي يكون مسؤولاً مالياً عن المريض (إن لم يكن شخص آخر مسؤولاً عن المريض مالياً، يكون المريض هو الضامن أيضاً).
- ج. المعال هو أي شخص يدعي المريض أو الضامن أنه كذلك في الإقرار الفيدرالي الضريبي للدخل والذي يُقدم كدليل على الدخل مع طلب التقدم للاستفادة من سياسة الإعانة المالية ("FAP").

<sup>1</sup> قد تصدر الفاتورة بالاسم التالي Norton Children's Hospital - St. Matthews

<sup>2</sup> أي دفعة سداد يستردها متلقٍ للإعانة في ظل FAP (سياسة الإعانة المالية) هذه - من خلال الطعن لدى جهة التأمين الخاصة به أو من خلال الدعوى القضائية أو التسوية بالمفاوضات، إلخ. - يجب تقديمها سريعاً إلى Norton Healthcare وسيتم تعديل قيمة أي إعانة سابقة لإبطال استحقاق نفس هذا المبلغ. التخلف عن فعل ذلك يمكن أن يُبطل الإعانة المالية المقبولة بأثر رجعي وينتج عن ذلك أن يكون الضامن مسؤولاً عن الرصيد بأكمله دون تعديل للإعانة المالية.

د. المتقدم لتحصيل مستحقات سياسة الإعانة المالية ("FAP") هو المريض أو

ه. الزوج/الزوجة يُقصد به شخص متزوج من شخص آخر كنتيجة لزواج قانوني في المكان الذي تم تسجيله فيه، بما في ذلك زواج المثليين القانوني، بغض النظر عما إذا كانت الدائرة القضائية التي يقدم فيها مقدم الخدمة أو المورد الذي يقدم خدمات الرعاية الصحية للشخص، أو التي يعيش فيها الزوج، تسمح بتلك الزيجات أو تعترف بها.

و. الزواج يُقصد به الزواج القانوني في المكان الذي تم تسجيله فيه، بما في ذلك زواج المثليين القانوني، بغض النظر عما إذا كانت الدائرة القضائية التي يقدم فيها مقدم الخدمة أو المورد الذي يقدم خدمات الرعاية الصحية للشخص، أو التي يعيش فيها الزوج، تسمح بتلك الزيجات أو تعترف بها؛

ز. قريب، عندما تستخدم كاسم، تتضمن، على سبيل المثال لا الحصر، زوج/زوجة الشخص.

ح. قاصر هو أي شخص (أ) يقل عمره عن 23 عامًا يعيش مع والد ويُدعى أنه معال في الإقرار الفيدرالي الضريبي للدخل الخاص بهذا الوالد أو (ب) شخص يقل عمره عن 18 عامًا ويعيش مع وصي قانوني في نفس محل الإقامة.

ط. وحدة الأسرة تتكون مما يلي:

- (1) شخص وزوجه/زوجته؛ أو
- (2) الوالدان و/أو أزواج الوالدين و/أو أطفالهم القصر و/أو أطفال أزواجهم القصر، في حالة كونهم يعيشون جميعهم في محل الإقامة نفسه؛ أو
- (3) المرتبطون من غير المتزوجين الذين لديهم طفل واحد قاصر على الأقل، بالإضافة إلى أي أشقاء قصر لذلك الطفل، في حالة كونهم يعيشون جميعهم في محل الإقامة نفسه؛ أو
- (4) شخص قاصر، والوصي القانوني للشخص القاصر، بالإضافة إلى أي من أفراد أسرة الوصي القانوني، في حالة كونهم يعيشون جميعهم في محل الإقامة نفسه؛ أو
- (5) شخص قاصر وطفل ذلك القاصر والدا ذلك القاصر، في حالة كونهم يعيشون جميعهم في محل الإقامة نفسه؛ أو
- (6) شخص قاصر وطفل ذلك القاصر والوالد الآخر لذلك الطفل، بغض النظر عن الحالة الاجتماعية، في حالة كونهم يعيشون جميعهم في محل الإقامة نفسه (تعد هذه وحدة أسرة منفصلة عن أي أسرة أخرى موجودة في محل الإقامة هذا)؛ أو
- (7) شخص قاصر وجدّ ذلك القاصر اللذان يعيشان في محل الإقامة نفسه (يُعد الأجداد وحدة أسرة منفصلة إلا إذا ادّعي أن القاصر معال من قبل الأجداد وأمكن للجد إثبات الوصاية القانونية)؛ أو
- (8) الأزواج المتزوجون زواجًا عرفيًا اللذين يعيشون في محل الإقامة نفسه بما في ذلك حالات الزواج العرفي المعترف بها في الولايات الأخرى أو التي يدعي فيها أحد الزوجين أنه يعول الآخر.

ي. دخل وحدة الأسرة هو إجمالي الأموال التي يتلقاها كل أفراد وحدة الأسرة من أي مصدر في أي وقت أثناء فترة الـ 12 شهرًا السابقة.

ك. موارد/أصول وحدة الأسرة تتضمن الأموال السائلة (النقدية، الحسابات المصرفية، شهادات الإيداع، إلخ.) والأصول غير السائلة ولكن توجد بعض الاستثناءات كما يلي:

- (1) المسكن والأدوات المنزلية والممتلكات الشخصية بما في ذلك المجوهرات والملابس والعناصر الأخرى ذات الطبيعة الشخصية؛
- (2) ما يصل إلى ما يعادل 6000 دولار في الملكيات الأصلية الجالبة للدخل والتي تعد غير السكن الأساسي (سواء أكانت متعلقة بعمل أم لا) والتي تُعد لازمة للدعم الذاتي؛
- (3) ما يصل قيمته إلى 4500 دولار من السيارات،
- (4) قيمة تكاليف إجراءات الدفن بما يصل إلى 1500 دولار للشخص، مساحات الدفن بما في ذلك بقاع الدفن والتابوت والسرداب والعناصر ذات الطبيعة المشابهة والودائع مسبقة الدفع غير القابلة للاسترداد المتعلقة بخطط الدفن والعقود وودائع الدفن.

4. الأهلية للإعانة بموجب سياسة الإعانة المالية ("FAP") هذه للخدمات التي سبق للحصول عليها لا تضمن الأهلية للاستفادة من الخدمات المستقبلية. قرار الأهلية بموجب سياسة الإعانة المالية ("FAP") هذه للخدمات المتعلقة بالطوارئ أو أي رعاية أخرى لازمة طبيًا تكون صالحة لفترة لا تزيد عن ستة أشهر من تاريخ قرار الأهلية.
5. بموجب السياسة التأمينية لعدم الفوترة (Do Not Bill Insurance Policy)، ففي حالة اختيار المريض عدم قيام Norton Healthcare بتقديم الفواتير لشركة التأمين التي يتبعها مقابل التكاليف الداخلة ضمن نطاق سياسة الإعانة المالية ("FAP") الخاصة به، فلا ينبغي أن تتأهل تلك التكاليف للإعانة المالية بموجب سياسة الإعانة المالية ("FAP") هذه.
6. في حالة اختيار أحد الوالدين أو الضامن عدم إضافة مولوده أو طفله القاصر إلى تأمينه/تأمينها ورفض التقدم بطلب للتغطية من Medicaid أو MCO لهذا المولود أو الطفل القاصر، فإن التكاليف المتعلقة بهذا المولود أو الطفل القاصر لا ينبغي أن تتأهل للإعانة المالية بموجب سياسة الإعانة المالية ("FAP") هذه.
7. لا ينبغي أن تتأهل خدمات الرعاية غير الطارئة، حتى إن كانت لازمة طبيًا، للمساعدة المالية بموجب سياسة الإعانة المالية ("FAP") هذه في حالة المريض الذي يشارك في خطة تأمين تعتبر Norton Healthcare ومنشأتها المختلفة "خارج الشبكة" أو من لا تتضمن خطط التأمين الخاصة بهم Norton Healthcare وفروعها كمقدمي خدمة مشاركين - ما لم توافق Norton Healthcare على تقديم الإعانة المالية لمثل هذا المريض بناءً على مفاوضات مسبقة مع المؤمن أو نظرًا لوقائع ملموسة أخرى وملابسات تخص هذا المريض على وجه التحديد.
8. سبق وأن حددت Norton Healthcare إنه، في غياب ملابسات غير عادية، فإن الخدمات المرتبطة ببرنامج علاج السمنة هي مفيدة طبيًا وإن كانت غير لازمة طبيًا. وعلى ذلك، فإن تلك الخدمات لا تتأهل للإعانة المالية، وعلى المريض أن يتحمل مسؤولية سداد مقابل هذه الخدمات، كليا (أو أي باقي حساب بعد دفع أي مبالغ يغطيها التأمين الخاص أو أي أطراف ثالثة قائمة بالسداد).

#### (ب) طريقة التقدم بطلب للحصول على الإعانة المالية

1. كما هو مدرج في **المستند أ**، موظفو Norton Healthcare أو من ينوب عنهم متاحون لمساعدة المرضى في تحديد و/أو تقييم المرضى من أجل تحديد أهليتهم لبرامج الإعانة الحكومية أو الإعانة المالية. يمكن إكمال طلبات التقدم للحصول على الإعانة الحكومية أو الإعانة المالية مباشرة من قبل المريض وهي متوفرة على النحو الموضح في سياسة الإعانة المالية ("FAP") هذه. ستتولى Norton Healthcare إدارة هذا البرنامج على نفقتها دون تكلفة على المريض.
2. لطلب التقدم للإعانة المالية الخاصة بـ **الخدمات الأساسية** (على النحو المبين في **المستند ج**) بموجب سياسة الإعانة المالية ("FAP") هذه، يجب على المتقدم لتحصيّل مستحقات سياسة الإعانة المالية ("FAP"):  
 أ. إكمال طلب التقدم للحصول على الإعانة المالية - الخدمات الأساسية (انظر **المستند ب1**)  
 ب. تقديم إقراره الضريبي للعام السابق.
3. لطلب التقدم للحصول على الإعانة المالية الخاصة بـ **الخدمات الثانوية** (على النحو المبين في **المستند ج**) بموجب سياسة الإعانة المالية ("FAP") هذه، يجب على المتقدم لتحصيّل مستحقات سياسة الإعانة المالية ("FAP"):  
 أ. إكمال طلب التقدم للحصول على الإعانة المالية - الخدمات الثانوية (انظر **المستند ب2**).
4. يمكن طلب المعلومات الإضافية من المتقدم لتحصيّل مستحقات سياسة الإعانة المالية ("FAP") إذا لزم الأمر لكي يتم توضيح المعلومات المقدمة في الطلب و/أو الإقرارات الضريبية، مثل نسخ بيانات الحسابات المصرفية، وثيقة شيك بدل البطالة، وثيقة شيك التأمين الاجتماعي، وثيقة ملكية مؤجرة، بيانات الرهن، تقييمات ضريبية للعقارات، الخ.
5. في بعض الحالات، يمكن الموافقة على الإعانة المالية دون طلب تقدم لـ:  
 أ. متلقي مخصصات Medicaid المفترضين  
 ب. متلقي مخصصات QMB Medicaid  
 ج. متلقي مخصصات Medicaid خارج الولاية  
 د. المرضى المؤهلين لـ Medicaid في الشهر الذي يسبق تاريخ الخدمة مباشرة أو يليه  
 هـ. المرضى الذين تقرر أنهم مؤهلون لتحصيّل مستحقات سياسة الإعانة المالية ("FAP") خلال الأشهر الستة (6) السابقة



### (ج) أساس حساب المبالغ المفروضة على المرضى المؤهلين

1. **الرعاية في حالات الطوارئ أو الرعاية اللازمة طبيًا.** لا تفرض Norton Healthcare (بما في ذلك الكيانات المرتبطة بها بشكل فعلي) رسومًا على المرضى المؤهلين لتحصيل مستحقات سياسة الإعانة المالية ("FAP") تزيد عن المبالغ المفروضة بشكل عام ("AGB") على أولئك الذين لديهم تأمين يغطي تلك الرعاية مقابل الرعاية في حالات الطوارئ أو الرعاية الأخرى اللازمة طبيًا. بدلاً من ذلك، ستوفر مستشفيات Norton Healthcare خدمات رعاية الطوارئ وغيرها من خدمات الرعاية اللازمة طبيًا مجانًا لجميع المرضى الذين يستوفون معايير الأهلية للإعانة المالية وفقًا لسياسة الإعانة المالية ("FAP") هذه. تستخدم Norton Healthcare طريقة السداد بعد الانتهاء وتحسب نسبة المبالغ المفروضة بشكل عام (AGB) لكل منشأة مستشفى عن طريق قسمة مجموع كل المبالغ المستحقة لها نظير الرعاية في حالات الطوارئ والرعاية اللازمة طبيًا الأخرى التي سمحت بها Medicaid (بما في ذلك منظمات Medicaid للرعاية المُدارة و Medicaid لدفع الرسوم مقابل الخدمات) أثناء العام التقويمي المكون من فترة الـ 12 شهرًا الماضية، من خلال مجموع إجمالي الرسوم المرتبطة بتلك المطالبات. تقوم Norton Healthcare بنشر نسخة حالية من وصف حساب المبالغ المفروضة بشكل عام (AGB) والنسب المئوية على موقع الإعانة المالية الخاص بها.

2. **جميع خدمات الرعاية الطبية الأخرى.** سيتم فرض رسوم على مريض مؤهل للحصول على مستحقات سياسة الإعانة المالية ("FAP") أقل من الرسوم الإجمالية نظير تلقي هذه الرعاية؛ شريطة أنه، مع ذلك، قد يتضمن بيان الفواتير الرسوم الإجمالية نظير تلقي هذه الرعاية كنقطة بداية لما قد يتم تطبيقه من مختلف البدلات التعاقدية أو الخصومات أو الاقتطاعات من أجل التوصل إلى المبالغ الأقل من إجمالي الرسوم المتوقع أن يدفعها المريض المؤهل للحصول على مستحقات سياسة الإعانة المالية ("FAP").

يمكن تضمين رسوم الخدمات غير المشمولة بتغطية المقدمة للمرضى المؤهلين للحصول على مستحقات سياسة الإعانة المالية ("FAP") والمؤهلين أيضًا للحصول على خدمات Medicaid أو برامج الرعاية للمحتاجين الأخرى (بما في ذلك الرسوم مقابل أيام تجاوزت طول حد الإقامة) في مجموع حساب الرعاية الخيرية الخاص بمستشفى Norton Healthcare.

### (د) نشر سياسة الإعانة المالية على نطاق واسع

تقوم مستشفى Norton Healthcare بنشر سياسة الإعانة المالية ("FAP") هذه على نطاق واسع، بما في ذلك طلبات التقدم للحصول على مستحقات سياسة الإعانة المالية ("FAP") وملخص مكتوب بلغة بسيطة لسياسة الإعانة المالية ("FAP") هذه، للمرضى ولأولئك الأعضاء من المجتمع الذين يخدمهم المستشفى الذين غالبًا ما يكونون بحاجة إلى الإعانة المالية مجانًا عبر شاشات العرض العامة الظاهرة في غرف الطوارئ ومناطق الاستقبال الخاصة بها ومن خلال تقديم ملخص مكتوب بلغة بسيطة لسياسة الإعانة المالية ("FAP") كجزء سواء من عملية الدخول أو الخروج من المستشفى ومن خلال جعل هذه الوثائق والمعلومات جاهزة ليتم الحصول عليها بسهولة على موقع المستشفى على الإنترنت وفي شكل نسخ ورقية عند الطلب. إذا فضّل شخص ما تلقي هذه الوثائق والمعلومات إلكترونيًا، فسيعمل مستشفى Norton Healthcare على القيام بذلك، على سبيل المثال، من خلال جهاز العرض أو الشاشة الإلكترونية أو عبر البريد الإلكتروني أو عنوان الموقع الإلكتروني المباشر أو عنوان URL. كما ستتاح أيضًا ترجمات لهذه الوثائق والمعلومات عند الحاجة. وسيضمن كل بيان فواتير إخطارًا كتابيًا واضحًا يخطر المستلم ويبلغه بشأن توفر الإعانة المالية بموجب سياسة الإعانة المالية ("FAP") هذه ويتضمن رقم هاتف المكتب أو الإدارة التي يمكنها توفير معلومات بشأن سياسة الإعانة المالية ("FAP") وعملية التقدم بطلب للحصول على مستحقات سياسة الإعانة المالية ("FAP") وعنوان الموقع الإلكتروني المباشر حيث يمكن الحصول على نسخ من وثائق سياسة الإعانة المالية ("FAP").

### (هـ) مقدمو الخدمات بمنشآت غير تابعة لمستشفى Norton Healthcare Hospital

قد يتلقى أحد المرضى خدمات رعاية في حالات الطوارئ أو خدمات رعاية أخرى لازمة طبيًا داخل منشأة مستشفى من مقدم خدمات بمنشأة غير تابعة لمستشفى Norton Healthcare Hospital. قد تكون الرعاية التي يوفرها مقدمو الخدمات هؤلاء مشمولة أو غير مشمولة بالتغطية التي توفرها سياسة الإعانة المالية ("FAP") هذه. توجد قائمة بمقدمي الخدمات هؤلاء متاحة مجانًا على الموقع الإلكتروني لمستشفى Norton Healthcare أو عند الطلب عن طريق الاتصال بالإدارات كما هو موضح في **المستند** أ فضلًا عن أنه يمكنك من خلال هذا الموقع الإلكتروني معرفة ما إذا كانت الرعاية التي يوفرها تغطيها سياسة الإعانة المالية ("FAP") هذه أم لا.

### (و) إجراءات التحصيل

لن يمارس مستشفى Norton Healthcare إجراءات تحصيل غير عادية قبل أن يبذل أولاً قدرًا معقولاً من الجهود لتحديد أهلية مريض المستشفى في ظل سياسة الإعانة المالية ("FAP") هذه. يتم وصف الإجراءات التي قد يتخذها مستشفى Norton Healthcare فيما يتعلق بعدم الدفع من قبل أحد المرضى في سياسة فوتره وتحصيل منفصلة. هذه السياسة متاحة مجانًا على الموقع الإلكتروني لمستشفى Norton Healthcare أو عند الطلب.

المستند المرفق أ - معلومات الاتصال الخاصة بالإعانة المالية

لمزيد من المعلومات أو المساعدات، يُرجى زيارة موقعنا الإلكتروني أو التواصل معنا:

[www.nortonhealthcare.com/FAP](http://www.nortonhealthcare.com/FAP)

الموقع الإلكتروني الخاص بالإعانة المالية:

مستشارو الإعانة المالية:

(502) 629-8277 -أو- (502) 629-2115

مستشفى Norton Hospital

(502) 636-7303

مستشفى Norton Audubon Hospital

(502) 446-8606 -أو- (502) 446-8106

مستشفى Norton Brownsboro Hospital

(502) 899-6207 -أو- (502) 899-6136

مستشفى Norton Women's and Children's Hospital

(502) 629-8474 -أو- (502) 629-8281

مستشفى Norton Children's Hospital

(502) 446-8606

مركز Norton Children's Medical Center

(502) 479-6300

فريق خدمة العملاء:

يُرجى إرسال طلبات التقدم أو الوثائق عبر البريد أو الفاكس أو من خلال البريد الإلكتروني إلى:

SBO FINANCIAL ASSISTANCE DEPT 14-7  
PO Box 35070  
Louisville, KY 40232-9972

العنوان الخاص بالإعانة المالية:

(502) 629-8883

رقم الفاكس الخاص بالإعانة المالية:

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

البريد الإلكتروني الخاص بالإعانة المالية:

المستند المرفق ب1 - طلب التقدم للحصول على الإعانة المالية - الخدمات الرئيسية

(انظر الصفحة التالية)



# طلب التقدم للحصول على الإعانة المالية الخاص بمستشفى NORTON HEALTHCARE

رقم الحساب: \_\_\_\_\_  
اسم المريض: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_  
العنوان: \_\_\_\_\_ هاتف المنزل: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف المحمول: \_\_\_\_\_  
المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_  
هل المريض مواطن أمريكي؟ نعم لا هل المريض مقيم شرعي بالولايات المتحدة؟ نعم لا  
جهة العمل الخاصة بالمريض (إذا كان قاصرًا، معلومات أولياء الأمر): \_\_\_\_\_ الهاتف: \_\_\_\_\_  
جهة العمل الخاصة بالزوج/الزوجة (إذا كان قاصرًا، معلومات أولياء الأمر): \_\_\_\_\_ الهاتف: \_\_\_\_\_

## إذا كان لديك تأمين صحي، يُرجى نكر:

اسم الشركة: \_\_\_\_\_ هاتف الشركة: \_\_\_\_\_  
رقم البوليصا: \_\_\_\_\_ حامل البوليصا: \_\_\_\_\_  
هل كانت هذه الإقامة بالمستشفى بسبب حادث سيارة؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر تاريخ الحادث: \_\_\_\_\_  
معلومات المحامي: \_\_\_\_\_  
هل يتعلق الحساب بتعويضات العمال؟ نعم لا تاريخ الإصابة: \_\_\_\_\_  
معلومات المحامي: \_\_\_\_\_

## اذكر أسماء أفراد أسرة المريض وأعمارهم وعلاقتهم به:

علاقته بالمريض	تاريخ الميلاد	الاسم
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(إذا كنت بحاجة إلى مساحة إضافية، فيرجى الكتابة على ظهر هذه الصفحة)

## الدخل (شهريًا):

دخل المريض (إذا كان المريض قاصرًا، فاذكر دخل الوالدة الشهري): \_\_\_\_\_ دولار  
دخل الزوج/الزوجة (إذا كان المريض قاصرًا، فاذكر دخل الوالد الشهري): \_\_\_\_\_ دولار

إذا لم يكن لديك أي مصدر للدخل، فمن الذي يدفع مقابل نفقاتك؟

## مصادر الدخل الأخرى (شهريًا):

برنامج كنتاكي للإعانة الانتقالية (K-TAP):	دولار	بدل البطالة:	دولار
إعالة الطفل/النفقة:	دولار	قسائم الطعام:	دولار
الضمان الاجتماعي:	دولار	المعاش:	دولار
دخل الضمان التكميلي/دخل ذوي الإعاقة:	دولار	مصادر دخل أخرى:	دولار
		إجمالي الدخل الشهري:	دولار

## النفقات (شهريًا):

الإيجار/الرهن العقاري:	دولار	الطعام والمؤن:	دولار
الهاتف:	دولار	المرافق:	دولار
		النفقات الأخرى:	دولار
		إجمالي النفقات الشهرية:	دولار

الموارد القابلة للعد:

القيمة	البنك	الموارد القابلة للعد:
		حساب جار:
		حساب ادخار:
		السوق النقدي:
		صناديق الأموال المشتركة:
	خطة 401k _____ خطة 403B _____	الأسهم:
	صندوق التقاعد الشخصي (IRA)	السندات:
		الموارد الأخرى:
دولار	إجمالي الموارد:	

الممتلكات:

السيارة رقم 2:	السيارة رقم 1:	الممتلكات الأخرى:	المنزل:
السنة/الصنع/الطراز	السنة/الصنع/الطراز	اسم الراهن	اسم الراهن
القيمة الحالية	القيمة الحالية	القيمة الحالية	القيمة الحالية
الملكية الحالية (القيمة الحالية يُطرح منها المبالغ المستحقة عليك)	الملكية الحالية (القيمة الحالية يُطرح منها المبالغ المستحقة عليك)	الملكية الحالية (القيمة الحالية يُطرح منها المبالغ المستحقة عليك)	الملكية الحالية

هل توجد لديك منازل أخرى؟

(إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى ذكر اسم الراهن والعنوان والقيمة الحالية والملكية الحالية)

هل توجد لديك سيارات أخرى؟

(إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى ذكر سنة الصنع والطراز والمالك والقيمة الحالية والملكية الحالية)

الممتلكات الأخرى (مركبة صالحة لجميع التضاريس (ATV)، دراجة نارية، منزل متنقل، إلخ.)؟

(إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى ذكر سنة الصنع والطراز والقيمة الحالية والملكية الحالية)

يقر ذلك بأنني أطلب النظر في أمر حصولي على الإعانة المالية بمستشفى NORTON HEALTHCARE

أقر أنا بموجب هذه الوثيقة بأن أمد مستشفى Norton Healthcare بالمعلومات اللازمة لتحديد أهليتي للحصول على الإعانة من خلال الفواتير الطبية الصادرة بناءً على الخدمات التي تلقيتها في المنشآت الخاصة بهم. أفهم أن أطبائي وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية قد تكون لديهم سياسات إعانة مالية يمكن أن تساعدني في أمر الفواتير الطبية الصادرة من مقدمي الخدمات هؤلاء. على هذا النحو، أصرح أنا لمستشفى Norton Healthcare بتقديم نسخة من طلب التقدم الخاص بي لمقدمي الخدمات هؤلاء الذين يطلبونه لمساعدتهم في تحديد إذا ما كنت مؤهلاً للحصول على مخصصات في إطار برامج الإعانة المالية الخاصة بهم.

أقر أنا أن المعلومات التي قدمتها في طلب التقدم هذا معلومات دقيقة وصحيحة على حد علمي وتقديري. أفهم أنا أنه إذا قدمت بتقديم معلومات كاذبة أو حجب أي معلومات عند التقدم بطلب للحصول على الإعانة، فسيتم رفض طلب التقدم الخاص بي وسيواصل مستشفى Norton Healthcare تحصيل أي مبالغ مستحقة متأخرة. وفي هذه الحالة، قد أكون أيضاً عرضة للمحاكمة الجنائية بتهمة الاحتيال. وأوافق أنا على إخطار مستشفى Norton Healthcare بأي تغييرات تطرأ على المعلومات الواردة في هذا النموذج بما في ذلك العنوان ورقم الهاتف والدخل.

التاريخ

توقيع الطرف المسؤول

يرجى توفير \_\_\_\_\_ إقرار الضريبة الفيدرالية (نموذج رقم 1040) وإبصالات رواتب شهريين وإثبات بدخل الضمان التكميلي و/أو الضمان الاجتماعي و/أو المعاش (إن وجد) مع طلب تقدم مكمّل.

أعد إرسال المعلومات إلى:

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

(502) 479-6300

(502) 629-8883

FAP@nortonhealthcare.org

www.nortonhealthcare.com/FAP

رقم هاتف خدمة العملاء:

رقم الفاكس الخاص بالإعانة المالية:

عنوان البريد الإلكتروني:

لمزيد من المعلومات قم بزيارة:

المستند المرفق ب2 - طلب التقدم للحصول على الإعانة المالية - الخدمات الثانوية

طلب التقدم للحصول على الإعانة المالية من مستشفى Norton Healthcare للخدمات الثانوية فقط

اسم المريض: \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_  
اسم الزوج/الزوجة: \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_  
العنوان \_\_\_\_\_ الهاتف \_\_\_\_\_  
حجم الأسرة: عدد أفراد الأسرة: \_\_\_\_\_ عدد المعالين: \_\_\_\_\_  
الدخل بالدولار: إجمالي دخل الأسرة: شهريًا \_\_\_\_\_ أو سنويًا \_\_\_\_\_  
تتضمن مصادر الدخل: دخل المريض أو دخل الزوج/الزوجة أو إعالة الطفل/النفقة أو شبكات الضمان الاجتماعي الشهرية أو المعاش أو بدل البطالة أو دخل الضمان التكميلي أو تعويض ذوي الإعاقة. يتضمن أي دخل آخر.  
الموارد: المبلغ الموجود بالحساب الجاري \_\_\_\_\_ دولار. المبلغ الموجود في حساب الادخار \_\_\_\_\_ دولار  
قيمة الأسهم/السندات/شهادات الإيداع (حتى إن لم تكن قابلة للصرف) \_\_\_\_\_ خطة 403B \_\_\_\_\_ ؛ خطة 401K \_\_\_\_\_ ، أخرى \_\_\_\_\_  
الأصول: إجمالي قيمة الأصول \_\_\_\_\_ دولار باستثناء المنزل الذي تقيم فيه حاليًا  
تتضمن الأصول أي ممتلكات إضافية، أو أراض، أو منازل موجرة إضافية، إلخ.

يقر هذا بأنني أطلب النظر في أمر حصولي على الإعانة المالية بمستشفى Norton Healthcare. أفهم أن أطبائي وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية قد يكون لديهم سياسات إعانة مالية يمكن أن تساعدني في أمر الفواتير الطبية الصادرة من مقدمي الخدمات هؤلاء. على هذا النحو، أصرح أنا لمستشفى Norton Healthcare بتقديم نسخة من طلب التقدم الخاص بي لمقدمي الخدمات هؤلاء الذين يطلبونه لمساعدتهم في تحديد إذا ما كنت مؤهلاً للحصول على مخصصات في إطار برامج الإعانة المالية الخاصة بهم. أقر أنا أن المعلومات التي قدمتها في طلب التقدم هذا معلومات دقيقة وصحيحة على حد علمي وتقديري. أفهم أنا أنه إذا قمت بتقديم معلومات كاذبة أو حجب أي معلومات عند التقدم بطلب للحصول على الإعانة، فسيتم رفض طلب التقدم الخاص بي وسيقوم مستشفى Norton Healthcare بتحصيل أي مبالغ مستحقة متأخرة. أفهم أنا أن طلب التقدم الذي يتم استكمال مخصص فقط للخدمات الثانوية التي يقدمها المستشفى. سيتطلب النظر في أمر الأهلية لتلقي الخدمات الرئيسية للمستشفى استكمال طلب التقدم للحصول على الإعانة المالية الكامل الخاص بمستشفى Norton Healthcare وقد يتطلب تقديم معلومات إضافية وإثباتًا للدخل/الموارد لتحديد أهليتي للحصول على الإعانة لتلك الخدمات الرئيسية الإضافية.

التاريخ	توقيع الطرف المسؤول	التاريخ	توقيع الشاهد
	أعد إرسال المعلومات إلى:		
			NORTON HEALTHCARE SBO FINANCIAL ASSISTANCE DEPT 14-7 P.O. BOX 35070 LOUISVILLE, KENTUCKY 40232-9972
	يُرسل بالبريد الإلكتروني إلى:		FAP@nortonhealthcare.org
	لمزيد من المعلومات قم بزيارة:		www.nortonhealthcare.com/FAP
	رقم فريق خدمة العملاء:		(502) 479-6300
	رقم الفاكس الخاص بالإعانة المالية:		(502) 629-8883

المستند المرفق ج - الخدمات الرئيسية/الثانوية

الإجراءات الرئيسية	الإجراءات الثانوية
العلاج الكيماوي/بالعقاقير والعلاجات	العلاج الوريدي
عمليات الحقن بالتسريب	التشخيص باستخدام الأشعة
الأطراف الاصطناعية والأجهزة التقويمية	تخزين الدم
العلاج الإشعاعي	الصوتيات
الطب النووي	العيادة
الفحص بالتصوير المقطعي المحوسب-التصوير المقطعي المحوري المحوسب	خدمات تقويم العظام
الإحصار فوق الحافية	الصيدلية (ليس العلاج الكيماوي/بالعقاقير والعلاجات)
العمليات الجراحية للمرضى الخارجيين	مخطط كهربية القلب
خدمات الرعاية التنفسية	مخطط كهربية الدماغ
العلاج الطبيعي	علاج داء السكري
العلاج المهني	إعادة تأهيل القلب - المرحلة الثالثة
علاج مشكلات التخاطب	قسم الطوارئ (دون الإجراءات الرئيسية)
إجراء عام لوظائف الرئة	المعمل (باستثناء الأورام)
إعادة تأهيل القلب (ليس المرحلة الثالثة)	صورة الثدي الشعاعية
طب القلب - قثطرة القلب	غرف العلاج الخاصة بالتوليد/تنظيف حجيرة الإدخال
طب القلب - مخطط صدى القلب	غرف العلاج الخاصة بالتوليد/العناية بالجروح
رعاية جراحات اليوم الواحد	الموجات فوق الصوتية
خدمة الإسعاف	الأشعة السينية
التصوير بالرنين المغناطيسي	
تصوير الأوعية بالرنين المغناطيسي	
التصوير المقطعي بالرنين المغناطيسي	
غرفة الإنعاش	
غرفة المخاض والولادة	
إجراء معدي معوي عام	
تفتيت الحصى	
العلاجات النفسية - داخل المستشفى	
الخدمات النفسية - داخل المستشفى	
فحص تخطيط النوم (دراسة النوم)	
مخطط كهربية العضل	
اختبار سرعة التوصيل العصبي	
علاجات أخرى	
خدمة المرضى الداخليين	
خدمات الملاحظة - دراسة النوم	
خدمات تقويم العظام	
خدمات غرف العمليات	
المعمل (طب الأورام)	
الفحص التصويري بالانبعاث البوزيتروني (PET)	
اختبار جهد القلب	
خدمات أخرى تتعلق بالقلب	
حضانة حديثي الولادة	

قد يتم تضمين خدمات أخرى غير مدرجة في هذا المستند للأهلية. يُرجى الاتصال بقسم خدمة العملاء على الرقم 479-6300 (502).