

BROJ PRAVILNIKA	NAZIV PRAVILNIKA	DATUM STUPANJA NA SNAGU
3549.7	PRAVILNIK O FINANCIJSKOJ POMOĆI	06/10/2020
VRSTA PRAVILNIKA	PODRUČJE	PRIMJENJIVO NA
FINANCIJE	FINANCIJSKE USLUGE ZA PACIJENTE	SVE BOLNICE

SVRHA:

Pružatelj usluga Norton Healthcare radi u skladu sa svojim nasljeđem i misijom kao neprofitna humanitarna organizacija predana pružanju kvalitetne zdravstvene skrbi svima. Usluge pružamo na način prilagođen potrebama naših zajednica, te odajemo počast našoj vjerskoj baštini. Naše bolnice u skladu s tim pružaju hitnu ili drugu medicinski potrebnu skrb svim pacijentima, uključujući neosigurane i nedovoljno osigurane, bez obzira mogu li platiti u potpunosti ili djelomično takvu skrb.

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) osigurati da se ovaj Pravilnik o financijskoj pomoći objavljuje javno u bolničkim zajednicama u kojima pružamo usluge,
- (E) osigurati da Norton Healthcare ne poduzima izvanredne mjere naplate ako prethodno nije uložio razumne napore u utvrđivanje podobnosti bolničkog pacijenta u skladu s ovim Pravilnikom o financijskoj pomoći i,
- (F) osigurati da se nijednom bolničkom pacijentu koji zadovoljava uvjete 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 potrebna skrb**” podrazumijeva usluge koje su na temelju procjene medicinskih potreba podobne osobe razumne i potrebne za utvrđivanje, dijagnozu, liječenje, korekciju, ublažavanje ili sprječavanje bolesti, ozlijede, invalidnosti ili drugih medicinskih poteškoća 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 opće prihvatljivih 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 potrebna 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) za koje razuman laik može zaključiti da izostanak hitne medicinske pomoći može (a) ozbiljno ugroziti zdravlje pojedinca (ili ako je u pitanju trudnica, zdravlje trudnice i 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 medicinski potrebne bolničke usluge na sljedećim lokacijama:

Norton Audubon Hospital	Norton Cancer Institute
Norton Brownsboro Hospital	Norton Cardiovascular Center – Springs
Norton Hospital	Norton Cardiovascular Center – Dixie
Norton Women’s and Children’s Hospital ¹	Norton Diagnostic Center – Dupont
Norton Children’s Hospital	Norton Diagnostic Center – Fern Creek
Norton Children’s Medical Center	Norton Diagnostic Center – St. Matthews

PRAVILNIK O FINANCIJSKOJ POMOĆI:

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 uzdržanih 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 zahtjev za naknadu², a pacijent je inače podoban u skladu s ovim Pravilnikom o financijskoj pomoći; i
 - b. Pacijent nije podoban za subvencionirano pokrivanje 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 300 % Smjernica o siromaštvu u SAD-u (Federal Poverty Guidelines – FPG); i
 - d. Sredstva/imovina obiteljske zajednice pacijenta jednaka je ili manja od 200 % smjernica programa DSH; i
 - e. Da bi pacijent (ili pacijentov jamac) dolazio u obzir za financijsku pomoć za medicinski neophodnu skrb koja nije hitna, mora biti stanovnik države Kentucky, Indiana, Tennessee, Ohio ili Illinois. Mjesto stanovanja nije uvjet ako se radi o hitnoj medicinskoj pomoći. „Stanovnik” države je osoba čije je glavno mjesto stanovanja od datuma usluge jedna od ovih država.

¹ Na fakturi može biti navedeno Norton Children’s Hospital - St. Matthews

² 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 prosljediti pružatelju zdravstvenih usluga Norton Healthcare, a svaka prethodna pomoć bit će umanjena za taj iznos. U protivnome može retroaktivno doći do poništenja valjanosti odobrene financijske pomoći, uslijed čega jamac može odgovarati za cijelu neplaćenu razliku bez uračunavanja financijske pomoći.

3. Da bi se utvrdili prihodi i sredstva 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 podnesenoj kao dokaz prihoda uz zahtjev u skladu s Pravilnikom o financijskoj pomoći.
 - d. **Podnositelj zahtjeva za pomoć u skladu s Pravilnikom o financijskoj pomoći** može biti ili pacijent ili jamac.
 - e. **Supružnik** je pojedinac koji je u braku s drugim pojedincem 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 ili dostavljač koji pruža pojedincu usluge zdravstvene skrbi.
 - 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 ili dostavljač koji pruža pojedincu usluge zdravstvene skrbi.
 - g. Pojam **srodnik** uključuje između ostaloga i 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 roditeljevoj poreznoj prijavi 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 posinci 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 netko od njih može dokazati da je maloljetnikov zakonski skrbnik); ili
 - (8) Supružnici u dogovornoj bračnoj zajednici koji žive na istoj adresi prebivališta, uključujući dogovorne bračne zajednice priznate u drugim državama ili u kojima jedan supružnik navede drugoga kao uzdržavanu osobu.

- j. **Prihodi obiteljske zajednice** označavaju ukupna novčana sredstva koja su svi članovi obiteljske zajednice primili iz nekog 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) Kapital do 4.500 USD u automobilima; i
 - (4) Rezerve do 1.500 USD za sahranu po pojedincu, prostori za sahranu sa zemljišnom česticom, lijesom, grobnicom i sličnim predmetima te neopozivi planovi sahrane, ugovori i fondovi sahrane.
- 4. Podobnost za pomoć u skladu s Pravilnikom o financijskoj pomoći za prijašnje 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 ne više od šest mjeseci od datuma utvrđivanja podobnosti.
- 5. U slučaju da se prema polici osiguranja Ne naplaćuj, pacijent odluči da Norton Healthcare ne naplati njegovom osiguravajućem društvu troškove unutar ovog Pravilnika o financijskoj pomoći, takve naknade neće biti prihvatljive za financijsku pomoć u okviru ovog Pravilnika.
- 6. U slučaju da roditelj ili jamac odluče da ne dodaju svoje novorođenče ili malo dijete u svoje osiguranje i odbiju podnijeti zahtjev za Medicaid ili MCO pokriće za to dijete, tada troškovi povezani s takvim novorođenim ili malim djetetom ne ispunjavaju uvjete za financijsku pomoć u okviru ovog Pravilnika.
- 7. Njega koja nije hitna, čak i ako je medicinski nužna, ne ispunjava uvjete za financijsku pomoć u okviru ovog Pravilnika o financijskoj pomoći za pacijenta koji sudjeluje u planu osiguranja prema kojem su Norton Healthcare i razni njegovi sadržaji „izvan mreže” ili čiji plan osiguranja ne uključuje Norton Healthcare i njegove podružnice kao pružatelje usluga - osim ako Norton Healthcare nije odobrio pružanje financijske pomoći takvom pacijentu na temelju prethodnih pregovora s osiguravateljem ili zbog drugih materijalnih činjenica i okolnosti koje vrijede samo za tog pacijenta.
- 8. Norton Healthcare utvrdio je da, osim u izvanrednim okolnostima, usluge povezane s barijatrijskim programom medicinski jesu *korisne*, ali nisu medicinski *potrebne*. Takve usluge stoga ne ispunjavaju uvjete za financijsku pomoć, a pacijent je odgovoran za plaćanje takvih usluga u cijelosti (ili za preostali iznos nakon plaćanja iznosa pokrivenog od strane privatnog osiguranja ili od strane obveznika 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 Pravilnikom o financijskoj pomoći prijavio za financijsku pomoć za **veće zahvate** (navedene u **Prilogu C**), mora učiniti sljedeće:
 - a. ispuniti Zahtjev za financijsku pomoć – veći zahvati (vidi **Prilog B1**); i
 - b. podnijeti prošlogodišnju poreznu prijavu.
3. Da bi se podnositelj zahtjeva u skladu s Pravilnikom o financijskoj pomoći prijavio za financijsku pomoć za **manje zahvate** (navedene u **Prilogu C**), mora učiniti sljedeće:
 - a. ispuniti Zahtjev za financijsku pomoć – manji zahvati (vidi **Prilog B2**).
4. Od podnositelja zahtjeva u okviru financijske pomoći mogu se zatražiti dodatne informacije ako su potrebne za razjašnjenje informacija navedenih u zahtjevu i/ili poreznim prijavama, npr. kopije izvadaka iz bankovnog računa, dokumentacija o naknadama za nezaposlene, dokumentacija o naknadama socijalnog osiguranja, dokumentacija o unajmljenim nekretninama, izvještaj o hipoteci, procjene poreza na nekretnine itd.
5. U nekim se slučajevima financijska pomoć može odobriti bez zahtjeva za:
 - a. vjerojatne primatelje pomoći u okviru programa Medicaid,
 - b. podobne primatelje pomoći u okviru programa Medicaid,
 - c. primatelje pomoći u okviru programa Medicaid koji žive izvan države,
 - d. pacijente koji su podobni za primanje pomoći u okviru programa Medicaid u mjesecu odmah prije ili nakon datuma usluge, i
 - e. pacijente za koje je utvrđeno da imaju pravo na pomoć u skladu s Pravilnikom o financijskoj pomoći u prethodnih šest (6) mjeseci.

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

1. **Hitna ili druga medicinski neophodna skrb.** Norton Healthcare (i bitno povezani gospodarski subjekti) ne naplaćuje pacijentima podobnima u skladu s Pravilnikom o financijskoj pomoći iznose veće od onih koji se obično naplaćuju osobama čije osiguranje pokriva takvu skrb. 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. Norton Healthcare, na temelju metode prethodnih isplata obračunava postotak iznosa koji se obično naplaćuje za svaki bolnički objekt dijeljenjem zbroja svih iznosa zahtjeva za hitnu ili drugu medicinski potrebnu 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. Norton Healthcare na svojoj web stranici financijske pomoći objavljuje trenutni primjerak opisa izračuna 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

Norton Healthcare besplatno javno objavljuje ovaj Pravilnik o financijskoj pomoći, uključujući obrasce za prijavu i sažetak napisan jednostavnim jezikom, pacijentima i članovima zajednice kojoj pruža usluge, a kojima je najvjerojatnije potrebna financijska pomoć. Objave su 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-stranicama i u papirnatim primjercima na upit. Ako pojedinac izrazi želju primati te dokumente i informacije elektroničkim putem, Norton Healthcare to će i učiniti, npr. putem elektroničkog zaslona ili monitora, e-pošte ili izravne adrese web-stranice ili URL-a. Ako je primjenjivo, na raspolaganje će se staviti i prijevod 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 ili postupku prijave za financijsku pomoć ili izravnu adresu web-stranice gdje su dostupni primjerci dokumenata vezanih za Pravilnik o financijskoj pomoći.

(E) Bolničke ustanove osim Norton Healthcare koje pružaju skrb

Pacijent može primiti hitnu ili dugu medicinski potrebnu skrb u bolničkoj ustanovi koja pripada nekom drugom pružatelju bolničkih usluga pored Norton Healthcare. Skrb koju pružaju ti pružatelji može, ali ne mora biti obuhvaćena ovim Pravilnikom o financijskoj pomoći. Popis tih pružatelja i informacije je li skrb koju pružaju obuhvaćena ovim Pravilnikom o financijskoj pomoći besplatno su dostupni na web-stranici pružatelja Norton Healthcare ili se mogu zatražiti od odjela navedenih u **Prilogu A**.

(F) Mjere naplate

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 Norton Healthcare može poduzeti prema pacijentu koji nije platio opisane su u zasebnim Pravilima o fakturiranju i naplati. Ta su pravila besplatno dostupna na web-stranici pružatelja zdravstvene skrbi Norton Healthcare ili na zahtjev.

PRILOG A – KOGA KONTAKTIRATI ZA FINANCIJSKU POMOĆ

Ako trebate informacije ili pomoć, posjetite našu web-stranicu ili nam se obratite:

Web stranica za financijsku pomoć: www.nortonhealthcare.com/FAP

Savjetnici za financijsku pomoć:

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

Tim korisničke službe: (502) 479-6300

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

Adresa za financijsku pomoć: SBO FINANCIAL ASSISTANCE DEPT 14-7
PO Box 35070
Louisville, KY 40232-9972

Faks za financijsku pomoć: (502) 629-8883

Adresa e-pošte za financijsku pomoć: FAP@nortonhealthcare.org

PRILOG B1 – ZAHTJEV ZA FINANCIJSKU POMOĆ – VEĆI ZAHVATI

(VIDI SLJEDEĆU STRANICU)

ZAHTEJ ZA FINANCIJSKU POMOĆ PRUŽATELJA ZDRAVSTVENE SKRBI NORTON HEALTHCARE

BROJ RAČUNA: _____
IME PACIJENTA: _____ DATUM ROĐENJA: ____ / ____ / _____ BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA: _____
ADRESA: _____ KUĆNI TELEFON: _____ MOBILNI TELEFON: _____
GRAD: _____ DRŽAVA: _____ POŠTANSKI BROJ: _____ ADRESA E-POŠTE: _____
JE LI PACIJENT DRŽAVLIJANIN 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 OSIGURAVAJUĆEG

DRUŠTVA: _____

TELEFONSKI BROJ DRUŠTVA: _____

BROJ POLICE: _____

OSIGURANIK: _____

JE LI BORAČAK U BOLNICI ZBOG AUTOMOBILSKE NESREĆE? DA NE

AKO DA, DATUM NESREĆE: _____

PODACI O ODVJETNIKU: _____

JE LI SLUČAJ 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):

PACIJENTOV PRIHODI (AKO JE PACIJENT MALOLJETNIK, MJESEČNI PRIHODI MAJKE):

\$ _____

SUPRUŽNIKOV PRIHODI (AKO JE PACIJENT MALOLJETNIK, MJESEČNI PRIHODI OCA):

\$ _____

AKO NEMATE PRIHODA, TKO PLAĆA VAŠE TROŠKOVE? _____

OSTALI PRIHODI (MJESEČNI):

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 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:

DOM:	DRUGE NEKRETNINE:	1. AUTOMOBIL:	2. AUTOMOBIL:
IME HIPOTEKARNOG VJEROVNIKA	IME HIPOTEKARNOG VJEROVNIKA	GODINA/MARKA/MODEL	GODINA/MARKA/MODEL
TRENUTAČNA VRIJEDNOST	TRENUTAČNA VRIJEDNOST	TRENUTAČNA VRIJEDNOST	TRENUTAČNA VRIJEDNOST
TRENUTAČNI KAPITAL	TRENUTAČNI KAPITAL <small>(TRENUTAČNA VRIJEDNOST UMANJENA ZA VAŠE DUGOVANJE)</small>	TRENUTAČNI KAPITAL <small>(TRENUTAČNA VRIJEDNOST UMANJENA ZA VAŠE DUGOVANJE)</small>	TRENUTAČNI KAPITAL <small>(TRENUTAČNA VRIJEDNOST UMANJENA ZA VAŠE DUGOVANJE)</small>

DRUGE NEKRETNINE?

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

DRUGI AUTOMOBILI?

_____ (AKO POSTOJE, NAVEDITE GODINU PROIZVODNJE, MARKU, MODEL, VLASNIKA, TRENUTAČNU VRIJEDNOST I TRENUTAČNI KAPITAL)

OSTALA IMOVINA (TERENSKO VOZILO, MOTOCIKL, VOZILO ZA PUTOVANJE I STANOVANJE ITD.)?

_____ (AKO POSTOJE, NAVEDITE GODINU PROIZVODNJE, MARKU, TRENUTAČNU VRIJEDNOST I TRENUTAČNI KAPITAL)

OVIME SE POTVRĐUJE DA TRAŽIM DA ME NORTON HEALTHCARE UZME U OBZIR KAO KANDIDATA ZA FINACIJSKU 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 njihovim ustanovama. Razumijem da moji liječnici i drugi pružatelji zdravstvene skrbi mogu imati pravila o financijskoj pomoći koja bi mi mogla pomoći pri plaćanju izdanih medicinskih računa. U skladu s tim ovlašćujem Norton Healthcare da dostavi kopiju mog zahtjeva pružateljima koji ga zatraže da bi im pomogao pri utvrđivanju moje podobnosti za beneficije u okviru njihovih programa financijske pomoći.

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

_____ POTPIS ODGOVORNE OSOBE

_____ DATUM

S ISPUNJENIM ZAHTEJEM PREDAJTE POREZNU PRIJAVU SAD-A ZA GODINU _____ (OBRAZAC 1040) I PLATNE LISTE ZA 2 MJESECA TE DOKAZ O DODATNOJ SOCIJALNOJ POMOĆI (SSI), SOCIJALNOM OSIGURANJU I/ILI MIROVINI (AKO JE PRIMJENJIVO).

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 FAKSA ZA FINACIJSKU POMOĆ:

(502) 629-8883

ADRESA E-POŠTE:

FAP@nortonhealthcare.org

WEB-STRANICA ZA VIŠE INFORMACIJA:

www.nortonhealthcare.com/FAP

PRILOG B2 – ZAHTJEV ZA FINANCIJSKU POMOĆ – MANJI ZAHVATI

Zahtjev za financijsku pomoć pružatelja zdravstvene skrbi Norton Healthcare samo za manje zahvate

IME PACIJENTA: _____ **Broj socijalnog osiguranja** _____ **Datum rođenja** _____

Ime supružnika _____ **Broj socijalnog osiguranja** _____ **Datum rođenja** _____

Adresa _____ **TELEFONSKI BROJ** _____

Veličina obiteljske zajednice: Broj članova u kućanstvu: _____ **Broj uzdržanih članova:** _____

Prihodi: Ukupni bruto prihodi za kućanstvo: Mjesečni \$ _____ **ili Godišnji** _____

Prihodi uključuju: Prihode pacijenta, prihode supružnika, dječji doplatk / alimentaciju, mjesečne naknade od socijalnog osiguranja, mirovinu, naknade za nezaposlene, dodatnu socijalnu pomoć (SSI) ili naknade za invalidnost. Uključuje SVE druge prihode

Sredstva: Iznos na tekućem računu \$ _____ **Iznos na štednom računu \$** _____

Vrijednost dionica / obveznica / potvrda o depozitu (bez obzira na to mogu li se unovčiti) _____ 403B _____;
401K _____, ostalo _____

Imovina: Ukupna vrijednost imovine \$ _____ uz izuzetak kuće u kojoj trenutno živite

Imovina uključuje sve dodatne nekretnine, zemljišta, dodatne stanove za iznajmljivanje itd.

Ovime se potvrđuje da podnosim zahtjev da me Norton Healthcare uzme u obzir kao kandidata za financijsku pomoć. Razumijem da moji liječnici i drugi pružatelji zdravstvene skrbi mogu imati pravila o financijskoj pomoći koja bi mi mogla pomoći pri plaćanju izdanih medicinskih računa. U skladu s tim ovlašćujem Norton Healthcare da dostavi kopiju mog zahtjeva pružateljima koji ga zatraže da im pomogne pri utvrđivanju moje podobnosti za beneficije u okviru njihovih programa financijske pomoći. **POTVRĐUJEM** da su podaci koje sam pružio/pružila u ovom zahtjevu točni i istiniti koliko je meni poznato. Razumijem da će u slučaju da pružim lažne podatke ili uskratim podatke pri prijavi za pomoć moj zahtjev biti odbijen i da će Norton Healthcare tražiti naplatu svih dospjelih razlika u troškovima. Razumijem da se ovaj zahtjev ispunjava samo za manje bolničke zahvate. Ako želim da se razmotri moja podobnost za veće bolničke zahvate, trebam ispuniti puni Zahtjev za financijsku pomoć pružatelja zdravstvene skrbi Norton Healthcare te ću možda morati pružiti dodatne informacije i dokaze o prihodima/sredstvima kako bi se utvrdila moja podobnost za dodatne veće zahvate.

POTPIS ODGOVORNE OSOBE

DATUM

Potpis svjedoka

DATUM

ADRESA ZA POVRATNE INFORMACIJE:

NORTON HEALTHCARE
SBO FINANCIAL ASSISTANCE DEPT 14-7
P.O. BOX 35070
LOUISVILLE, KENTUCKY 40232-9972

ADRESA E-POŠTE:

FAP@nortonhealthcare.org

WEB-STRANICA ZA VIŠE INFORMACIJA:
TELEFONSKI BROJ KORISNIČKE SLUŽBE:
FAKS ZA FINANCIJSKU POMOĆ:

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

PRILOG C – VEĆI/MANJI ZAHVATI

VEĆI ZAHVATI	MANJI ZAHVATI
KEMOTERAPIJA / LIJEKOVI I TERAPIJA	INTRAVENSKA TERAPIJA
INFUZIJE	RADIOLOŠKA DIJAGNOSTIKA
ORTOPROTETIČKI UREĐAJI	POHRANA KRVI
LIJEČENJE ZRAČENJEM	SLUH
NUKLEARNA MEDICINA	KLINIKA
SNIMANJE RAČUNALNOM TOMOGRAFIJOM (CT) ILI RAČUNALNO POTPOMOGNUTOM TOMOGRAFIJOM (CAT)	OSTEOPATSKE USLUGE
EPIDURALNA BLOKADA	LJEKARNA (OSIM ZA KEMOTERAPIJU / LIJEKOVE I TERAPIJU)
AMBULANTNA OPERACIJA	EKG
USLUGE RESPIRATORNE SKRBI	ELEKTROENCEFALOGRAFIJA (EEG)
FIZIKALNA TERAPIJA	LIJEČENJE DIJABETESA
RADNA TERAPIJA	REHABILITACIJA SRCA – III. FAZA
GOVORNA TERAPIJA	HITNA SLUŽBA (BEZ VEĆIH ZAHVATA)
OPĆA FUNKCIJA PLUĆA	LABORATORIJSKE USLUGE (NEVEZANO UZ ONKOLOGIJU)
REHABILITACIJA SRCA (OSIM III. FAZE)	MAMOGRAFIJA
KARDIOLOGIJA – SRČANI KATETER	SOBA ZA PROMATRANJE I LIJEČENJE / ISPIRANJE PRIKLJUČAKA
KARDIOLOGIJA – ULTRAZVUK SRCA (ECHO)	SOBA ZA PROMATRANJE I LIJEČENJE / NJEGA RANA
AMBULANTNA KIRURŠKA SKRB	ULTRAZVUK
USLUGE HITNE POMOĆI	RENDGEN
SNIMANJE MAGNETSKOM REZONANCIJOM (MRI)	
ANGIOGRAFIJA MAGNETSKOM REZONANCIJOM (MRA)	
TOMOGRAFIJA MAGNETSKOM REZONANCIJOM (MRT)	
SOBA ZA OPORAVAK	
RAĐAONICA	
PROBAVNI SUSTAV OPĆENITO	
LITOTRISIJA	
PSIHIJATRIJSKO LIJEČENJE – U BOLNICI	
PSIHIJATRIJSKE USLUGE – U BOLNICI	
POLISOMNOGRAFIJA (ISPITIVANJE SPAVANJA)	
ELEKTROMIOGRAFIJA (EMG)	
BRZINA PROVOĐENJA ŽIVČANIH IMPULSA	
OSTALE TERAPIJE	
HOSPITALIZACIJA	
USLUGE PROMATRANJA – ISPITIVANJE SPAVANJA	
ORTOPEDSKE USLUGE	
USLUGE OPERACIJSKE DVORANE	
LABORATORIJSKE USLUGE (VEZANO UZ ONKOLOGIJU)	
POZITRONSKA EMISIJSKA TOMOGRAFIJA (PET)	
KARDIOLOŠKI TEST OPTEREĆENJA	
OSTALE KARDIOLOŠKE USLUGE	
SOBA ZA NOVOROĐENČAD	

Pokrivene mogu biti i druge usluge koje nisu navedene u ovom Prilogu. Obratite se Korisničkoj službi na telefonski broj (502) 479-6300.