

SỐ HỢP ĐỒNG	TÊN HỢP ĐỒNG	NGÀY HIỆU LỰC
3549.7	CHÍNH SÁCH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH	06/10/2020
LOẠI HỢP ĐỒNG	KHU VỰC	ÁP DỤNG VỚI
TÀI CHÍNH	DỊCH VỤ TÀI CHÍNH DÀNH CHO BỆNH NHÂN	TẤT CẢ BỆNH VIỆN

MỤC ĐÍCH:

Để tiếp tục di sản và sứ mệnh là một tổ chức từ thiện phi lợi nhuận cam kết cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cho tất cả những người mà chúng tôi phục vụ theo cách đáp ứng những nhu cầu của cộng đồng và vinh danh di sản niềm tin của chúng tôi, các cơ sở bệnh viện của Norton Healthcare cung cấp dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hay chăm sóc y tế cần thiết khác tới tất cả các bệnh nhân của chúng tôi, bao gồm các bệnh nhân được hưởng hay dưới mức được hưởng bảo hiểm, cho dù họ có khả năng chi trả cho tất cả hay một phần của dịch vụ chăm sóc đó hay không.

Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính (“FAP”) này được coi là một I.R.C. chính sách hỗ trợ tài chính phù hợp với mục §501(r) của I.R.C (Luật Thuế Vụ năm 1986, được sửa đổi) được soạn ra và sử dụng để:

- (A) xác định tính hội đủ điều kiện của bệnh nhân bệnh viện để được hỗ trợ tài chính;
- (B) quy định cách thức qua đó bệnh nhân bệnh viện có thể nộp đơn để được hỗ trợ tài chính;
- (C) cung cấp cơ sở để tính toán khoản tiền mà bệnh nhân bệnh viện hội đủ điều kiện phải chi trả;
- (D) xác nhận rằng FAP này được công khai rộng rãi trong các cộng đồng bệnh viện mà chúng tôi phục vụ;
- (E) xác nhận rằng Norton Healthcare sẽ không tham gia vào các hành động thu phí đặc biệt trước khi tiến hành các nỗ lực hợp lý để quyết định một bệnh nhân bệnh viện có hội đủ điều kiện được hưởng FAP này hay không và;
- (F) xác nhận các bệnh nhân bệnh viện hội đủ điều kiện được hưởng FAP không bị lập hóa đơn nhiều hơn số tiền thường thu của các bệnh nhân khác có bảo hiểm chi trả cho dịch vụ chăm sóc tương tự.

“**Chăm Sóc Y Tế Cần Thiết**” là những dịch vụ, dựa trên đánh giá về nhu cầu y tế của các cá nhân hội đủ điều kiện, hợp lý và cần thiết để xác định, chẩn đoán, điều trị, nắn sửa, cứu chữa, làm giảm hoặc ngăn ngừa bệnh tật, ốm đau, chấn thương, khuyết tật hay các điều kiện y tế khác bao gồm thai sản, và phù hợp với quyết định của “Chỉ Định Y Khoa” theo định nghĩa của Chương Trình Medicaid của Kentucky. Những dịch vụ này phải phù hợp về mặt lâm sàng và trong phạm vi các tiêu chuẩn thường được chấp nhận của ngành Y. Hơn nữa, những dịch vụ này phải được cung cấp tại những địa điểm phù hợp nhất mà ở đó, để phục vụ những mục đích thực tế, chúng có thể được thực hiện một cách an toàn và hiệu quả. Chăm Sóc Y Tế Cần Thiết không bao gồm bất cứ chăm sóc nào chủ yếu được cung cấp vì sự thuận tiện của cá nhân, chuyên gia chăm sóc cho cá nhân hay nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hoặc vì các lý do thẩm mỹ.

“**Chăm Sóc Khẩn Cấp**” nghĩa là những dịch vụ, bao gồm khám và ổn định, được cung cấp để điều trị một chứng bệnh (1) tự biểu hiện bằng các triệu chứng cấp tính đủ nghiêm trọng (bao gồm đau dữ dội), nếu không có sự chăm sóc y tế ngay lập tức mà một người thận trọng có thể dự đoán nó sẽ dẫn đến (a) đặt sức khỏe của cá nhân (hay, trong trường hợp phụ nữ đang mang thai, sức khỏe của người mẹ và đứa trẻ chưa được sinh) vào tình huống nghiêm trọng, (b) suy giảm nghiêm trọng các chức năng của cơ thể, hoặc (c) rối loạn chức năng nghiêm trọng của bất cứ cơ quan hay bộ phận cơ thể nào; hoặc (2) đối với phụ nữ đang chịu những cơn co thắt, (a) không có đủ thời gian để thực hiện chuyển tiếp an toàn đến một bệnh viện khác trước khi sinh, hoặc (b) việc chuyển tiếp có thể đe dọa đến sức khỏe hay sự an toàn của người mẹ hoặc đứa trẻ chưa được sinh ra.

PHAM VI:

FAP này áp dụng với tất cả các bệnh nhân bệnh viện chứng minh được rằng không đủ khả năng chi trả (khác với hành động thiếu thiện chí chi trả, được coi là nợ xấu) một phần hay toàn bộ chi phí cho bất cứ dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hay chăm sóc y tế cần thiết khác tại bệnh viện nào tại những địa điểm sau:

Norton Audubon Hospital (Bệnh viện Norton Audubon)	Norton Cancer Institute (Viện Ung Thư Norton)
Norton Brownsboro Hospital (Bệnh viện Norton Brownsboro)	Norton Cardiovascular Center – Springs (Trung tâm Tim mạch Norton – Springs)
Norton Hospital (Bệnh viện Norton)	Norton Cardiovascular Center – Dixie (Trung tâm Tim mạch Norton – Dixie)
Norton Women’s and Children’s Hospital (Bệnh viện Phụ nữ và Trẻ em Norton) ¹	Norton Diagnostic Center – Dupont (Trung tâm Chẩn đoán Norton – Dupont)
Norton Children’s Hospital (Bệnh viện Nhi Norton)	Norton Diagnostic Center - Fern Creek (Trung tâm Chẩn đoán Norton – Fern Creek)
Norton Children’s Medical Center (Trung tâm Y tế Nhi Norton)	Norton Diagnostic Center - St. Matthews (Trung tâm Chẩn đoán Norton – St. Matthews)

CHÍNH SÁCH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH:

Norton Healthcare cung cấp dịch vụ chăm sóc miễn phí cho các bệnh nhân hội đủ điều kiện được hưởng FAP này.

(A) Tiêu Chí Hội Đủ Điều Kiện Nhận Hỗ Trợ Tài Chính

1. Nói chung, việc đủ điều kiện để được hưởng FAP của Norton Healthcare căn cứ theo tư cách cư dân, thu nhập, các nguồn lực và số lượng người phụ thuộc của hộ gia đình.
2. Cụ thể hơn, các tiêu chí sau được sử dụng để xác định tính hội đủ điều kiện được hưởng FAP của một bệnh nhân (hoặc người bảo lãnh của bệnh nhân đó):
 - a. Bệnh nhân thiếu bảo hiểm sức khỏe hoặc vẫn còn một khoản phải trả sau khi chương trình bảo hiểm của họ đã chi trả hay từ chối yêu cầu chi trả² và mặt khác, bệnh nhân hội đủ điều kiện được hưởng FAP này; và
 - b. Bệnh nhân không đủ điều kiện được hưởng bảo hiểm trợ cấp hay hỗ trợ của chính phủ như các chương trình Bệnh Viện Chia Sẻ Không Cân Đối (“DSH”), Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Trẻ Em (“CHIP”), Medicaid, Tổ Chức Chăm Sóc Có Quản Lý Medicaid (“MCO”) hay Hoosier Healthwise; và
 - c. Thu nhập của hộ gia đình bệnh nhân bằng hoặc thấp hơn 300 phần trăm so với Định Mức Nghèo Khó Của Liên Bang (“FPG”); và
 - d. Các nguồn lực / tài sản của hộ gia đình bệnh nhân bằng hoặc thấp hơn 200 phần trăm so với Định Mức Nghèo Khó Của Liên Bang; và
 - e. Để đủ điều kiện nhận hỗ trợ dành cho dịch vụ Chăm sóc Cần thiết về mặt Y tế phi khẩn cấp, bệnh nhân (hoặc người bảo lãnh của bệnh nhân đó) cũng phải là cư dân của Kentucky, Indiana, Tennessee, Ohio hoặc Illinois. Yêu cầu về tư cách cư dân này không áp dụng cho Chăm sóc Khẩn cấp. Một “cư dân” của một tiểu bang là một cá nhân có nơi thường trú tại ngày nhận dịch vụ ở trong phạm vi tiểu bang đó.

¹ Có thể được in trên hóa đơn thanh toán là “Kosair Children’s Hospital - St. Matthews”

² Bất cứ khoản thanh toán nào được bù lại bởi một bệnh nhân được hỗ trợ theo FAP này - thông qua kháng cáo gửi tới công ty bảo hiểm của họ hoặc thông qua kiện tụng, phân xử trọng tài, dàn xếp thỏa thuận, v.v. - phải được gửi ngay đến Norton Healthcare và bất cứ khoản hỗ trợ nào trước đó sẽ bị thu hồi lại toàn bộ số tiền tương ứng. Việc không thực hiện như vậy có thể làm mất hiệu lực của hỗ trợ tài chính đã được phê duyệt trước đó và dẫn đến kết quả người bảo lãnh phải chịu trách nhiệm về toàn bộ số tiền phải chi trả mà không được hưởng điều chỉnh hỗ trợ tài chính.

3. Những định nghĩa sau được áp dụng nhằm mục đích xác định thu nhập và các nguồn lực của một hộ gia đình:
- a. **Bệnh nhân** là cá nhân hưởng dịch vụ chăm sóc bệnh viện được quy định trong FAP này.
 - b. **Người bảo lãnh** là cá nhân chịu trách nhiệm về tài chính cho bệnh nhân (nếu không có cá nhân nào chịu trách nhiệm về tài chính cho bệnh nhân thì bệnh nhân cũng được coi là người bảo lãnh).
 - c. **Người phụ thuộc** là bất cứ cá nhân nào được bố mẹ hay người bảo lãnh khẳng định trong bảng kê khai thuế thu nhập liên bang được nộp làm bằng chứng chứng minh thu nhập kèm theo đơn xin FAP.
 - d. **Người nộp đơn FAP** là bệnh nhân hoặc một người bảo lãnh.
 - e. **Vợ/chồng** là một cá nhân kết hôn hợp pháp với một cá nhân khác trong một cuộc hôn nhân hợp pháp, bao gồm hôn nhân đồng giới hợp pháp bất kể thể chế pháp lý nơi nhà cung cấp hay người cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho cá nhân đó sinh sống, hoặc nơi cặp vợ chồng đó sinh sống, có cho phép hay công nhận cuộc hôn nhân đó hay không.
 - f. **Hôn nhân** là một cuộc hôn nhân hợp pháp, bao gồm hôn nhân đồng giới hợp pháp bất kể thể chế pháp lý nơi nhà cung cấp hay người cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho cá nhân đó sinh sống, hoặc nơi cặp vợ chồng đó sinh sống, có cho phép hay công nhận cuộc hôn nhân đó hay không.
 - g. **Người thân**, khi được sử dụng như một danh từ, bao gồm nhưng không giới hạn vợ/chồng của một cá nhân.
 - h. **Trẻ vị thành niên** là bất cứ ai hoặc (a) dưới 23 tuổi đang sống cùng bố mẹ và được xác định là một người phụ thuộc trong bản kê khai thuế thu nhập của bố mẹ, hoặc (b) dưới 18 tuổi đang sống cùng người giám hộ hợp pháp trong cùng nơi cư trú.
 - i. Một **hộ gia đình** được cấu thành như sau:
 - (1) Một cá nhân và vợ chồng của anh ấy/cô ấy; hoặc
 - (2) Bố mẹ và/hoặc cha/mẹ kế, con và/hoặc con riêng của họ, tất cả cùng sống chung trong một nơi cư trú; hoặc
 - (3) Cặp đôi chưa cưới có ít nhất một con chung, cùng với bất cứ anh chị em nào của đứa trẻ đó, tất cả cùng sống chung trong một nơi cư trú; hoặc
 - (4) Một trẻ vị thành niên, người giám hộ hợp pháp của trẻ vị thành niên đó, cùng với bất cứ thành viên gia đình nào của người giám hộ đó, tất cả cùng sống chung trong một nơi cư trú; hoặc
 - (5) Một trẻ vị thành niên, con cái của trẻ vị thành niên đó và bố mẹ của trẻ vị thành niên đó, tất cả cùng sống chung trong một nơi cư trú; hoặc
 - (6) Một trẻ vị thành niên, con cái của trẻ vị thành niên đó và bố mẹ của đứa con đó, bất kể tình trạng hôn nhân thế nào, tất cả cùng sống chung trong một nơi cư trú (đây được coi là một hộ gia đình tách biệt với bất cứ hộ gia đình nào khác cùng sống chung trong một nơi cư trú); hoặc
 - (7) Một trẻ vị thành niên và ông bà của trẻ vị thành niên đó cùng sống chung trong một nơi cư trú (ông bà là một hộ gia đình tách biệt trừ khi trẻ vị thành niên đó được ông bà xác định là một người phụ thuộc và ông bà có thể chứng minh tư cách người giám hộ hợp pháp); hoặc
 - (8) Vợ chồng theo luật dân sự sống chung trong một nơi cư trú bao gồm các hôn nhân theo luật dân sự được công nhận ở các bang khác hoặc ở nơi một trong hai người xác nhận người kia là một người phụ thuộc.

- j. **Thu nhập của hộ gia đình** là tổng số tiền mà tất cả các thành viên trong hộ gia đình nhận được từ bất cứ nguồn thu nào vào bất cứ thời điểm nào trong 12 tháng trước đó.
- k. **Các nguồn lực / tài sản của hộ gia đình** bao gồm cả tài sản luân chuyển (tiền mặt, tài khoản ngân hàng, chứng chỉ tiền gửi, v.v.) và tài sản không luân chuyển mặc dù tồn tại một số ngoại lệ nhất định như sau:
- (1) Một nhà ở chính, đồ đạc trong nhà và tài sản cá nhân bao gồm trang sức, quần áo và các vật dụng cá nhân khác;
 - (2) Số tiền lên tới \$6.000 trong thu nhập tạo ra tài sản cố định không thuộc nhà ở chính (kinh doanh hoặc không kinh doanh) cần thiết để tự phục vụ;
 - (3) Số tiền lên tới \$4.500 tài sản cho ô tô; và
 - (4) Số tiền dịch vụ an táng lên đến \$1.500 cho mỗi cá nhân, nơi chôn cất bao gồm lô đất, quan tài, hầm mộ và các vật dụng cá nhân, các gói an táng trả trước, các hợp đồng và ủy thác chôn cất không hủy ngang.
4. Việc hội đủ điều kiện được hưởng hỗ trợ theo FAP này cho các dịch vụ trong quá khứ không đảm bảo rằng các dịch vụ trong tương lai cũng hội đủ điều kiện. Một quyết định về tính hội đủ điều kiện được hưởng FAP đối với các dịch vụ liên quan tới chăm sóc khẩn cấp và chăm sóc y tế cần thiết khác có hiệu lực không quá sáu tháng kể từ ngày quyết định về tính hội đủ điều kiện.
5. Trong trường hợp theo Chính sách Bảo hiểm Không Kê Hoá đơn, bệnh nhân lựa chọn không để Norton Healthcare lập hóa đơn hoặc công ty bảo hiểm của anh hoặc cô ấy cho các chi phí trong phạm vi của FAP này, những chi phí đó sẽ không đủ điều kiện cho hỗ trợ tài chính theo FAP này.
6. Trong trường hợp bố mẹ hoặc người giám hộ chọn không thêm con hoặc trẻ vị thành niên vào bảo hiểm của anh hoặc cô ấy và từ chối nộp đơn cho Medicaid hoặc MCO bảo hiểm cho đứa trẻ hoặc trẻ vị thành niên đó sẽ không đủ điều kiện cho hỗ trợ tài chính theo FAP này.
7. Chăm sóc không khẩn cấp, ngay cả trường hợp y tế cần thiết, sẽ không đủ điều kiện cho hỗ trợ tài chính theo FAP này cho bệnh nhân, người tham gia vào một chương trình bảo hiểm xem xét Norton Healthcare và những cơ sở khác như là “ngoài mạng lưới” hoặc bảo hiểm của người đó không bao gồm Norton Healthcare và những cơ sở liên kết như là người tham gia cung cấp – trừ khi Norton Healthcare phê duyệt cung cấp hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân đó dựa trên thỏa thuận trước đó với người bảo hiểm hoặc dựa trên những tài liệu thực khác và những trường hợp cụ thể đối với bệnh nhân đó.
8. Norton Healthcare quyết định rằng, không có những trường hợp đặc biệt, những dịch vụ liên quan đến chương trình điều trị béo phì được hưởng lợi y tế nhưng không phải là *cần thiết*. Những dịch vụ như vậy không đủ điều kiện cho hỗ trợ tài chính, và bệnh nhân tự chịu trách nhiệm thanh toán cho các dịch vụ đó toàn bộ (hoặc bất kỳ số dư còn lại sau khi thanh toán bất kỳ khoản nào được chi trả bởi bảo hiểm tư nhân hoặc người trả từ bên thứ ba khác).

(B) Cách Thức Nộp Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính

1. Như liệt kê trong **Phụ Lục A**, nhân viên của Norton Healthcare hoặc người được Norton Healthcare chỉ định luôn sẵn sàng hỗ trợ bệnh nhân trong việc quyết định, và/hoặc tiếp cận bệnh nhân để xác định tính hội đủ điều kiện của họ được hưởng các chương trình hỗ trợ của chính phủ hay Hỗ Trợ Tài Chính. Đơn xin hỗ trợ của chính phủ hay hỗ trợ tài chính có thể được bệnh nhân trực tiếp hoàn thiện và có sẵn như mô tả trong FAP này. Chương trình này sẽ do Norton Healthcare chịu trách nhiệm thực hiện và bệnh nhân không phải trả chi phí.

2. Để nộp đơn xin hỗ trợ tài chính cho **Các Dịch Vụ Lớn** (như được liệt kê trong **Phụ Lục C**) theo FAP này, người nộp đơn xin FAP phải:
 - a. hoàn thiện Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính - Các Dịch Vụ Lớn (xem **Phụ Lục B1**); và
 - b. cung cấp bảng kê khai thuế năm trước của họ.
3. Để nộp đơn xin hỗ trợ tài chính cho **Các Dịch Vụ Nhỏ** (được liệt kê trong **Phụ Lục C**) theo FAP này, người nộp đơn xin FAP phải:
 - a. hoàn thiện Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính - Các Dịch Vụ Nhỏ (xem **Phụ Lục B2**); và
4. Người nộp đơn xin FAP có thể phải cung cấp thông tin bổ sung khi cần thiết để xác minh những thông tin cung cấp trong đơn và/hoặc bảng kê khai thuế, ví dụ như các bản sao của sao kê tài khoản ngân hàng, tài liệu hướng dẫn kiểm tra tình trạng thất nghiệp, tài liệu kiểm tra An Sinh Xã Hội, tài liệu về tài sản cho thuê, báo cáo thế chấp, bảng đánh giá thuế bất động sản, v.v.
5. Trong một số trường hợp, hỗ trợ tài chính có thể được phê duyệt mà không cần nộp đơn đối với:
 - a. Những người nhận Medicaid hợp lệ
 - b. Những người nhận QMB Medicaid
 - c. Những người nhận Medicaid ở ngoài bang
 - d. Những bệnh nhân là người hội đủ điều kiện được hưởng Medicaid trong tháng ngay trước hoặc sau ngày nhận dịch vụ
 - e. Những bệnh nhân được xác định là hội đủ điều kiện được hưởng FAP trong vòng sáu (6) tháng trước đó

(C) Cơ Sở để Tính Toán Khoản Tiền mà Bệnh Nhân Hội Đủ Điều Kiện Phải Chi Trả

1. **Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hay chăm sóc y tế cần thiết khác.** Norton Healthcare (bao gồm các cơ quan thực tế có liên quan) không thu của các bệnh nhân hội đủ điều kiện được hưởng FAP nhiều hơn số tiền thường thu ("AGB") của những bệnh nhân có bảo hiểm bao trả cho những dịch vụ chăm sóc tương tự. Hơn nữa, Norton Healthcare cung cấp miễn phí dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hoặc chăm sóc y tế cần thiết khác cho bất cứ bệnh nhân nào đáp ứng các tiêu chí hội đủ điều kiện được hưởng hỗ trợ tài chính theo FAP này. Norton Healthcare sử dụng phương pháp đối chiếu ngược và tính toán tỷ lệ phần trăm của một AGB cho mỗi cơ sở bệnh viện bằng cách chia tổng số tiền mà mình yêu cầu cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hoặc chăm sóc y tế cần thiết khác mà Medicaid cho phép (bao gồm các tổ chức chăm sóc Medicaid có quản lý và phí cho dịch vụ của Medicaid) trong vòng một năm dương lịch gồm 12 tháng trước đó, cho tổng số phí liên quan cho những yêu cầu đó. Norton Healthcare đăng bản sao hiện tại của việc mô tả tính toán AGB và phần trăm trên web hỗ trợ tài chính của mình.
2. **Tất cả các dịch vụ chăm sóc y tế khác.** Một bệnh nhân hội đủ điều kiện được hưởng FAP sẽ bị thu ít hơn tổng chi phí của dịch vụ chăm sóc đó; tuy nhiên, miễn là hóa đơn thanh toán có thể bao gồm tổng chi phí cho dịch vụ chăm sóc đó như cơ sở để các phụ cấp, giảm giá hay khấu trừ hợp đồng có thể được áp dụng để đạt mức thanh toán thấp hơn tổng chi phí mà bệnh nhân hội đủ điều kiện được hưởng FAP có thể phải chi trả.

Chi phí chi trả cho các dịch vụ không được bảo hiểm áp dụng với những bệnh nhân hội đủ điều kiện được hưởng FAP và hội đủ điều kiện được hưởng chương trình Medicaid hay các chương trình chăm sóc đối tượng nghèo khó khác (bao gồm các khoản phí lưu trú phát sinh quá giới hạn cho phép) có thể được bao gồm trong tính toán tổng chi phí dịch vụ chăm sóc từ thiện của Norton Healthcare.

(D) Công Bố Rộng Rãi Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính

Norton Healthcare công bố rộng rãi và miễn phí FAP này, bao gồm mẫu đơn xin FAP và bản tóm lược bằng ngôn ngữ đơn giản, tới bệnh nhân và những thành viên trong cộng đồng mà mình phục vụ - những người có nhiều khả năng yêu cầu hỗ trợ tài chính nhất thông qua những màn hình công cộng dễ thấy trong phòng cấp cứu và khu vực nhập viện, bằng cách cung cấp bản tóm lược bằng ngôn ngữ đơn giản về FAP như một phần của quy trình nhập viện hoặc xuất viện và bằng cách đưa những tài liệu và thông tin này lên trang mạng của mình và bằng các bản sao bằng văn bản khi có yêu cầu. Nếu một cá nhân mong muốn nhận được những tài liệu và thông tin này dưới hình thức điện tử, Norton Healthcare sẽ thực hiện điều đó, ví dụ: thông qua màn hình điện tử, email hay địa chỉ trang mạng hoặc địa chỉ URL trực tiếp. Nếu có thể, các bản dịch của những tài liệu và thông tin này cũng sẽ được cung cấp trong trường hợp có thể thực hiện. Mỗi bản kê thanh toán bao gồm một thông báo bằng văn bản để nhìn thông báo cho người nhận về tính sẵn sàng của hỗ trợ tài chính theo FAP này và bao gồm số điện thoại phòng, bạn có thể cung cấp thông tin về FAP và quy trình nộp đơn xin FAP và địa chỉ trang mạng trực tiếp có thể có các bản sao tài liệu FAP.

(E) Nhà Cung Cấp Không Thuộc Các Cơ Sở Bệnh Viện Của Norton Healthcare

Bệnh nhân có thể được chăm sóc khẩn cấp hay các hay các chăm sóc y tế cần thiết khác trong một cơ sở bệnh viện của một nhà cung cấp không thuộc cơ sở bệnh viện của Norton Healthcare. Dịch vụ chăm sóc của những nhà cung cấp này có thể hoặc không được bao trả theo FAP. Một danh sách những nhà cung cấp này và liệu dịch vụ chăm sóc họ cung cấp có được bao trả theo FAP này hay không được cung cấp miễn phí trên trang mạng của Norton Healthcare hoặc theo yêu cầu bằng cách liên hệ với các phòng ban được liệt kê trong **Phụ Lục A**.

(F) Hành Động Thu Phí

Norton Healthcare xác nhận sẽ không tham gia vào các hành động thu phí đặc biệt trước khi tiến hành các nỗ lực hợp lý để quyết định một bệnh nhân bệnh viện có hội đủ điều kiện được hưởng FAP này hay không. Những hành động mà Norton Healthcare có thể thực hiện đối với các khoản thanh toán mà bệnh nhân không chi trả được mô tả trong một Chính Sách Lập Hóa Đơn và Thu Phí riêng biệt. Chính sách này được cung cấp miễn phí trên trang mạng của Norton Healthcare hoặc theo yêu cầu.



PHỤ LỤC A - THÔNG TIN LIÊN LẠC HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Để nhận thông tin hay trợ giúp, vui lòng truy cập trang mạng của chúng tôi:

Số Fax Hỗ Trợ Tài Chính: www.nortonhealthcare.com/FAP

Cố Vấn Hỗ Trợ Tài Chính:

Norton Hospital (Bệnh viện Norton) Norton Hospital (502) 629-2115 -hoặc- (502) 629-8277

Norton Audubon Hospital (Bệnh viện Norton Audobon) (502) 636-7303

Norton Brownsboro Hospital (Bệnh viện Norton Brownsboro) Norton Hospital (502) 446-8106 -hoặc- (502) 446-8606

Norton Women's and Children's Hospital (Bệnh viện Phụ nữ và Trẻ em Norton) Norton Hospital (502) 899-6136 -hoặc- (502) 899-6207

Norton Children's Hospital (Bệnh viện Nhi Norton) Norton Hospital (502) 629-8281 -hoặc- (502) 629-8474

Norton Children's Medical Center (Trung tâm Y tế Nhi Norton) (502) 446-8606

Nhóm Dịch Vụ Khách Hàng:(502) 479-6300 (502) 479-6300

Vui lòng gửi đơn và tài liệu qua thư, fax hay email đến:

Số Fax Hỗ Trợ Tài Chính: SBO FINANCIAL ASSISTANCE DEPT 14-7
PO Box 35070
Louisville, KY 40232-9972

Số Fax Hỗ Trợ Tài Chính: (502) 629-8883

Email Hỗ trợ Tài chính: FAP@nortonhealthcare.org



PHỤ LỤC B1 - ĐĂNG KÝ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH - CÁC DỊCH VỤ CHÍNH

(XEM TRANG SAU)

ĐĂNG KÝ NHẬN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH TỪ NORTON HEALTHCARE

SỐ TÀI KHOẢN: _____

TÊN BỆNH NHÂN: _____ NGÀY SINH: ____ / ____ / ____ SỐ AN SINH XÃ HỘI: _____

ĐỊA CHỈ: _____ ĐIỆN THOẠI NHÀ: _____ ĐIỆN THOẠI DI ĐỘNG: _____

THÀNH PHỐ: _____ BANG: _____ MÃ BƯU ĐIỆN: _____ EMAIL: _____

BỆNH NHÂN CÓ PHẢI LÀ MỘT CÔNG DÂN HOA KỲ KHÔNG? CÓ KHÔNG BỆNH NHÂN CÓ PHẢI LÀ MỘT CÔNG DÂN HOA KỲ HỢP PHÁP KHÔNG? CÓ KHÔNG

CÔNG TY CỦA BỆNH NHÂN (THÔNG TIN VỀ BỐ MẸ NẾU LÀ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN): _____ SỐ ĐIỆN THOẠI: _____

CÔNG TY CỦA VỢ/CHỒNG (THÔNG TIN VỀ BỐ MẸ NẾU LÀ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN): _____ SỐ ĐIỆN THOẠI: _____

NẾU QUÝ VỊ CÓ BẢO HIỂM Y TẾ, VUI LÒNG CUNG CẤP:

TÊN CÔNG TY: _____ SỐ ĐIỆN THOẠI CÔNG TY: _____

SỐ HỢP ĐỒNG: _____ CHỦ HỢP ĐỒNG: _____

NHẬP VIỆN LẦN NÀY DO TAI NẠN Ô TÔ? CÓ KHÔNG NẾU ĐÚNG, NGÀY XẢY RA TAI NẠN: _____

THÔNG TIN LUẬT SƯ: _____

TÀI KHOẢN NÀY LIÊN QUAN ĐẾN VIỆC BỒI THƯỜNG CHO CÔNG NHÂN KHÔNG? CÓ KHÔNG NGÀY XẢY RA CHẤN THƯƠNG: _____

THÔNG TIN LUẬT SƯ: _____

LIỆT KÊ TÊN, TUỔI VÀ MỐI QUAN HỆ CỦA CÁC THÀNH VIÊN TRONG HỘ GIA ĐÌNH VỚI BỆNH NHÂN:

TÊN	NGÀY SINH	QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(NẾU QUÝ VỊ CẦN THÊM KHOẢNG TRỐNG, VUI LÒNG VIẾT VÀO MẶT SAU CỦA TRANG NÀY)

THU NHẬP (HÀNG THÁNG):

THU NHẬP CỦA BỆNH NHÂN (THU NHẬP HÀNG THÁNG CỦA MẸ NẾU BỆNH NHÂN LÀ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN): \$ _____

THU NHẬP CỦA VỢ/CHỒNG (THU NHẬP HÀNG THÁNG CỦA BỐ NẾU BỆNH NHÂN LÀ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN): \$ _____

NẾU QUÝ VỊ KHÔNG CÓ THU NHẬP THÌ AI LÀ NGƯỜI THANH TOÁN CÁC CHI PHÍ? _____

CÁC NGUỒN THU NHẬP KHÁC (HÀNG THÁNG):

K-TAP (Chương trình hỗ trợ chuyển tiếp của bang Kentucky): \$ _____ THẤT NGHIỆP: \$ _____

TRỢ CẤP NUÔI CON / TIỀN CẤP DƯỠNG: \$ _____ CHƯƠNG TRÌNH TEM PHIẾU THỰC PHẨM: \$ _____

AN SINH XÃ HỘI: \$ _____ LƯƠNG HƯU: \$ _____

TIỀN TRỢ CẤP AN SINH (SSI) / TRỢ CẤP NGƯỜI KHUYẾT TẬT: \$ _____ CÁC THU NHẬP KHÁC: \$ _____

TỔNG THU NHẬP HÀNG THÁNG: \$ _____

CHI PHÍ (HÀNG THÁNG):

THUÊ / THỂ CHẤP: \$ _____ THỰC PHẨM VÀ NHU YẾU PHẨM: \$ _____

ĐIỆN THOẠI: \$ _____ CÁC TIỆN ÍCH: \$ _____

CÁC CHI PHÍ KHÁC: \$ _____

TỔNG CHI PHÍ HÀNG THÁNG: \$ _____

CÁC NGUỒN LỰC ĐẾM ĐƯỢC:**NGÂN HÀNG****TRỊ GIÁ**

SÉC: _____

TIẾT KIỆM: _____

THỊ TRƯỜNG TIỀN TỆ: _____

QUỸ TƯỞNG HỒ: _____

CHỨNG KHOÁN: 401k _____ 403B _____

TRÁI PHIẾU: _____

CÁC NGUỒN LỰC KHÁC: _____

QUỸ HỮU TRÍ
CÁ NHÂN (IRA) _____**TỔNG CÁC NGUỒN LỰC:****\$** _____**BẤT ĐỘNG SẢN:****NHÀ:****CÁC BẤT ĐỘNG SẢN KHÁC:****Ô TÔ SỐ 1:****Ô TÔ SỐ 2:**TÊN NGƯỜI CHO VAY THẾ
CHẤP _____

TÊN NGƯỜI CHO VAY THẾ CHẤP _____

NĂM SẢN XUẤT/HÃNG SẢN
XUẤT/LOẠI XE _____NĂM SẢN XUẤT/HÃNG SẢN
XUẤT/LOẠI XE _____

TRỊ GIÁ HIỆN TẠI _____

TRỊ GIÁ HIỆN TẠI _____

TRỊ GIÁ HIỆN TẠI _____

TRỊ GIÁ HIỆN TẠI _____

TRỊ GIÁ VỐN HIỆN TẠI _____

TRỊ GIÁ VỐN HIỆN TẠI
(GIÁ TRỊ HIỆN TẠI TRỪ NHỮNG KHOẢN NỢ CỦA QUÝ VỊ)TRỊ GIÁ VỐN HIỆN TẠI
(GIÁ TRỊ HIỆN TẠI TRỪ NHỮNG KHOẢN NỢ CỦA QUÝ VỊ)TRỊ GIÁ VỐN HIỆN TẠI
(GIÁ TRỊ HIỆN TẠI TRỪ NHỮNG KHOẢN NỢ CỦA QUÝ VỊ)**CÓ CÁC NHÀ KHÁC?**_____
(NẾU CÓ, VUI LÒNG CUNG CẤP TÊN NGƯỜI CHO VAY THẾ CHẤP, ĐỊA CHỈ, TRỊ GIÁ HIỆN TẠI VÀ TRỊ GIÁ THẾ CHẤP HIỆN TẠI)**CÓ CÁC Ô TÔ KHÁC?**_____
(NẾU CÓ, VUI LÒNG CUNG CẤP NĂM SẢN XUẤT, HÃNG SẢN XUẤT, LOẠI XE, CHỦ SỞ HỮU, TRỊ GIÁ HIỆN TẠI VÀ TRỊ GIÁ THẾ CHẤP HIỆN TẠI)**CÓ CÁC TÀI SẢN KHÁC****(XE BỐN BÁNH ATV, XE MÔ
TÔ, NHÀ DI ĐỘNG, V.V...)?**_____
(NẾU CÓ, VUI LÒNG CUNG CẤP NĂM SẢN XUẤT, HÃNG SẢN XUẤT, TRỊ GIÁ HIỆN TẠI VÀ TRỊ GIÁ VỐN HIỆN TẠI)**ĐƠN NÀY CHỨNG NHẬN RẰNG TÔI GỬI YÊU CẦU ĐƯỢC XÉT DUYỆT HỖ TRỢ TÀI CHÍNH TẠI NORTON HEALTHCARE**

TÔI QUA ĐÂY ĐỒNG Ý cung cấp cho Norton Healthcare mọi thông tin cần thiết để quyết định khả năng hội đủ điều kiện của tôi để được hưởng hỗ trợ thanh toán y tế phát sinh từ các dịch vụ mà tôi nhận được tại các cơ sở của họ. Tôi hiểu rằng các bác sĩ của tôi và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác có thể có các chính sách hỗ trợ tài chính có thể giúp tôi chi trả các hóa đơn y tế từ những nhà cung cấp đó. Theo đó, tôi ủy quyền cho Norton Healthcare cung cấp một bản sao đơn đăng ký của tôi cho những nhà cung cấp có yêu cầu để giúp họ xác định tôi có hội đủ điều kiện được hưởng phúc lợi từ các chương trình hỗ trợ tài chính của họ hay không.

Tôi xác nhận rằng những thông tin mà mình cung cấp trong đơn đăng ký là chính xác và đúng với sự hiểu biết tốt nhất và niềm tin của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi đưa thông tin sai lệch hoặc che giấu thông tin trong đơn xin hỗ trợ thì đơn xin của tôi sẽ bị từ chối và Norton Healthcare sẽ tiếp tục truy thu bất cứ khoản thanh toán đến hạn nào còn tồn đọng. Trong trường hợp đó, tôi có thể bị truy tố về tội gian lận. Tôi đồng ý thông báo cho Norton Healthcare bất kỳ thay đổi nào về thông tin mà mình cung cấp trong mẫu này bao gồm địa chỉ, số điện thoại và thu nhập.

CHỮ KÝ CỦA BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM_____
NGÀY THÁNG

VUI LÒNG CUNG CẤP _____ BẢNG KÊ KHAI THUẾ THU NHẬP (MẪU 1040) VÀ CUỐNG TIỀN LƯƠNG CỦA 2 THÁNG VÀ BẢNG CHỨNG VỀ SSI, AN SINH XÃ HỘI VÀ/HOẶC LƯƠNG HỮU (NẾU CÓ) KÈM THEO ĐƠN XIN HOÀN THIỆN.

GỬI THÔNG TIN VỀ:**NORTON HEALTHCARE****SBO FINANCIAL ASSISTANCE DEPT 14-7****PO BOX 35070****LOUISVILLE, KY 40232-9972**

SỐ ĐIỆN THOẠI DỊCH VỤ KHÁCH HÀNG #:

(502) 479-6300

SỐ FAX HỖ TRỢ TÀI CHÍNH#:

(502) 629-8883

ĐỊA CHỈ E-MAIL:

FAP@nortonhealthcare.org

ĐỂ BIẾT THÊM THÔNG TIN VUI LÒNG TRUY CẬP:

www.nortonhealthcare.com/FAP



PHỤ LỤC B2 - ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH - CÁC DỊCH VỤ NHỎ

Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính của Norton Healthcare Chỉ dành cho Các Dịch Vụ Nhỏ

TÊN BỆNH NHÂN: _____ SỐ AN SINH XÃ HỘI _____ NGÀY SINH _____

Tên Vợ/Chồng: _____ SỐ AN SINH XÃ HỘI _____ NGÀY SINH _____

ĐỊA CHỈ _____ SỐ ĐIỆN THOẠI _____

Quy Mô Gia Đình: Số người trong Hộ gia đình: _____ Số Người Phụ thuộc: _____

Thu Nhập: Tổng Thu Nhập của Hộ Gia Đình: Hàng tháng USD _____ hoặc Hàng năm _____

Thu nhập bao gồm: Thu nhập của bệnh nhân, thu nhập của Vợ/Chồng, Trợ Cấp Nuôi Con/Tiền Cấp Dưỡng, Séc An Sinh Xã Hội Hàng Tháng, Lương Hưu, Trợ Cấp Thất Nghiệp, Tiền Trợ Cấp An Sinh, hoặc Trợ Cấp cho Người Khuyết Tật. Bao gồm BẤT CỨ khoản thu nhập nào khác.

Các nguồn lực: Số Tiền Trong Séc \$ _____ Số Tiền Tiết Kiệm \$ _____

Trị Giá Chứng Khoán/Trái Phiếu/Trị Giá Chứng Chỉ Tiền Gửi (ngay cả khi không thể gửi tiền vào) _____ 403B _____;
401K _____, Khác _____

Các Tài sản: Tổng Giá Trị Tài sản \$ _____ không bao gồm nhà quý vị đang cư trú.

Các tài sản bao gồm bất cứ bất động sản bổ sung, đất đai, nhà thuê bổ sung, v.v.

Đơn này xác nhận rằng tôi gửi đơn yêu cầu được xét duyệt hỗ trợ tài chính tại Norton Healthcare. Tôi hiểu rằng các bác sĩ của tôi và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác có thể có các chính sách hỗ trợ tài chính có thể giúp tôi chi trả các hóa đơn y tế từ những nhà cung cấp đó. Theo đó, tôi ủy quyền cho Norton Healthcare cung cấp một bản sao đơn đăng ký của tôi cho những nhà cung cấp có yêu cầu để giúp họ xác định tôi có hội đủ điều kiện được hưởng phúc lợi từ các chương trình hỗ trợ tài chính của họ hay không. Tôi XÁC NHẬN rằng những thông tin mà mình cung cấp trong đơn đăng ký là chính xác và đúng với sự hiểu biết tốt nhất và niềm tin của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi đưa thông tin sai lệch hoặc che giấu thông tin trong đơn xin trợ cấp thì đơn đăng ký của tôi sẽ bị từ chối và Norton Healthcare sẽ truy thu bất cứ khoản thanh toán đến hạn nào còn tồn đọng. Tôi hiểu rằng đơn đang được hoàn thiện chỉ được sử dụng để xin hưởng các dịch vụ bệnh viện nhỏ. Việc xét duyệt điều kiện cho các dịch vụ bệnh viện lớn yêu cầu phải hoàn thiện đầy đủ Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính từ Norton Healthcare và có thể đòi hỏi những thông tin bổ sung và bằng chứng về thu nhập/nguồn lực phải được trình lên để xác định tôi có hội đủ điều kiện được hưởng hỗ trợ đối với các dịch vụ chính bổ sung đó.

CHỮ KÝ CỦA BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM

NGÀY THÁNG

Chữ ký Người làm chứng

NGÀY THÁNG

GỬI THÔNG TIN VỀ:

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

GỬI EMAIL ĐẾN:

FAP@nortonhealthcare.org

ĐỂ BIẾT THÊM THÔNG TIN, VUI LÒNG TRUY CẬP:
SỐ ĐIỆN THOẠI DỊCH VỤ KHÁCH HÀNG:
SỐ FAX HỖ TRỢ TÀI CHÍNH:

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

PHỤ LỤC C - CÁC DỊCH VỤ LỚN/NHỎ

QUY TRÌNH LỚN	QUY TRÌNH NHỎ
HÓA TRỊ LIỆU / THUỐC VÀ LIỆU PHÁP ĐIỀU TRỊ	TRỊ LIỆU IV
TRUYỀN DỊCH	CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH
CÁC THIẾT BỊ CHÍNH HÌNH	BẢO QUẢN MÁU
XẠ TRỊ	AUDIO
Y HỌC HẠT NHÂN	PHÒNG KHÁM
CHỤP CẮT LỚP CT SCAN	DỊCH VỤ NẮN XƯƠNG
GÂY TÊ CỤC BỘ NGOÀI MÀNG CỨNG	PHÒNG DƯỢC (KHÔNG PHẢI HÓA TRỊ LIỆU / THUỐC VÀ LIỆU PHÁP ĐIỀU TRỊ)
PHẪU THUẬT NGOẠI TRÚ	ĐIỆN TÂM ĐỘ
DỊCH VỤ CHĂM SÓC ĐƯỜNG HÔ HẤP	ĐIỆN NÃO ĐỘ
VẬT LÝ TRỊ LIỆU	ĐIỀU TRỊ TIỂU ĐƯỜNG
TRỊ LIỆU CƠ NĂNG	PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TIM MẠCH - ĐỘ III
TRỊ LIỆU NGÔN NGỮ	PHÒNG CẤP CỨU (KHÔNG CÓ CÁC THỦ THUẬT ĐIỀU TRỊ LỚN)
CHỨC NĂNG PHÔI TỔNG HỢP	PHÒNG THÍ NGHIỆM (KHÔNG NGHIÊN CỨU UNG THƯ)
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TIM (KHÔNG PHẢI ĐỘ III)	NHỮ ẢNH (CHỤP QUANG TUYẾN VÚ)
TIM MẠCH - THỦ THUẬT THÔNG TIM	PHÒNG ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẠI CHỖ / HÚT TRẦN DỊCH PHỔI
KHOA TIM - SIÊU ÂM TIM	PHÒNG ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẠI CHỖ / CHĂM SÓC CHẨN THƯƠNG
CHĂM SÓC PHẪU THUẬT NGOẠI TRÚ	SIÊU ÂM
DỊCH VỤ XE CẤP CỨU	X-QUANG
CHỤP CỘNG HƯỞNG TỬ	
CHỤP CỘNG HƯỞNG TỬ MẠCH MÁU NÃO	
LIỆU PHÁP NUÔI DƯỠNG TẾ BÀO	
PHÒNG HỒI SỨC	
PHÒNG SẢN KHOA	
TIỂU HÓA TỔNG HỢP	
TÁN SỎI	
ĐIỀU TRỊ TÂM THẦN TẠI BỆNH VIỆN	
CÁC DỊCH VỤ TÂM THẦN TẠI BỆNH VIỆN	
ĐA KỸ GIÁC NGỦ (NGHIÊN CỨU GIÁC NGỦ)	
ĐIỆN CƠ ĐỘ	
LƯU TỐC LUỒNG THẦN KINH	
CÁC LIỆU PHÁP TRỊ LIỆU KHÁC	
NỘI TRÚ	
CÁC DỊCH VỤ GIÁM SÁT - NGHIÊN CỨU GIÁC NGỦ	
CÁC DỊCH VỤ CHÍNH HÌNH	
CÁC DỊCH VỤ PHÒNG PHẪU THUẬT	
PHÒNG THÍ NGHIỆM (CÓ NGHIÊN CỨU UNG THƯ)	
CHỤP CẮT LỚP (PET)	
THỬ NGHIỆM TIM GẮNG SỨC	
CÁC BỆNH TIM MẠCH KHÁC	
PHÒNG CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH	

Các dịch vụ khác không được liệt kê trong Phụ Lục này có thể được bao gồm để xác định tính hội đủ điều kiện. Xin vui lòng liên hệ với Phòng Dịch Vụ Khách Hàng theo số (502) 479-6300.