

뉴욕주 공통 병원 재정 지원 신청서

귀하가 보험에 가입되어 있지 않거나, 보험 혜택이 소진되었거나, 건강 보험에 가입되어 있지만 총 소득의 10%를 초과하는 의료비를 지불했음을 소명하는 근거 자료가 있는 경우, 병원 재정 지원/자선 케어를 통해 의료비를 지불할 수도 있습니다.

본 양식을 작성하시면 병원 재정 지원을 요청할 수 있습니다. 본 양식은 뉴욕주의 모든 병원에서 사용됩니다

해당되는 모든 정보를 기재하십시오

환자 이름(이름, 중간 이름 이니셜, 성)		
생년월일		
주소		아파트/호:
시	주	우편 번호
주택 전화 번호:		휴대전화 번호:
부모/후견인 또는 법정 대리인 이름(환자가 미성년자 또는 무능력 성인인 경우)		
이메일 주소:		

가족 정보:

아래에 귀하의 가구에 속한 모든 가족 구성원 정보를 기재하십시오. 귀하의 가구에는 본인, 배우자 또는 동거인, 자녀 또는 기타 부양가족이 포함됩니다. 예를 들어, 동일한 세금 신고서에 기재되는 모든 사람이 포함됩니다.

총 소득은 세금을 공제하기 전의 소득을 의미합니다.

총 소득은 근로 소득(임금, 급여, 팁, 자영업 소득), 불로소득(사회 보장 수당, 장애 수당 및 실업 급여), 증여금(가족이나 친구로부터 받은 자금), 기타 소득원(임시 보조금 및 보조적 보장 소득)으로 구성될 수 있습니다.

성명	관계	총 소득

병원은 소득 소명 서류를 제출하도록 요청할 수 있으며, 이러한 서류의 예로는 급여 명세서, 해당되는 경우 고용주로부터 받은 서신 또는 양식 1040 등이 있습니다.

건강 보험 가입 상태

귀하는 Medicaid, Medicare 또는 고용주를 통해 가입했거나 직접 가입한 민간 보험을 포함하여, 어떤 형태로든 건강 보험에 가입되어 있습니까? 예 아니오

"아니요"라고 답변한 경우, 이러한 프로그램을 신청하는 데 도움이 필요하십니까?

예 아니오

부분 보험 가입 환자: 보험에 가입되어 있으나 의료비가 높은 사람. 보험에 가입되어 있는 경우, 지난 12개월 동안 지불한 의료비 추정치를 기재하십시오.

\$

병원은 지불한 의료비를 소명할 수 있는 서류 제출을 요청할 수 있습니다.

환자/책임자: 환자가 아닌 경우, 양식에 서명하는 사람의 이름과 환자를 대신하여 서명할 권한(예: 배우자, 부모, 법정 대리인)을 기재하십시오.

본인은 본인이 제출하는 정보가 외부 검증을 받을 수 있음을 이해합니다. 본인은 본 정보가 본인이 아는 한 사실이며 완전함을 증명합니다.

정자체 이름	날짜
환자/환자와의 관계:	
서명:	

**최소 자격 및 가이드라인
신청 일정, 환자 권리 및 기밀성**

- 재정 지원은 수금 과정 중 언제든지 신청할 수 있습니다.
- 재정 지원 신청에 대한 결정을 받을 때까지 해당 병원에 비용을 지불할 필요가 없습니다. 신청이 계류 중인 동안에는 병원이 계정을 추심 기관에 전달하지 않습니다.
- 재정 지원이 거부된 경우, 이의를 제기할 권리가 있습니다. 이의 제기 방법에 대한 정보는 귀하가 수신한 병원 통지서에 포함되어 있습니다. 재정 지원 금액에 대해 이의를 제기할 권리가 있을 수 있습니다. 병원은 결정 통지문에 이의 제기 방법에 대한 정보를 동봉할 것입니다.
- 병원은 첫 청구서 발행 후 최소 **180일** 동안은 미납 청구서를 추심 기관에 보낼 수 없습니다.
- 병원은 연방 빈곤 수준 **400%** 미만의 환자에 대해 미납된 의료비를 추심하기 위해 소송을 제기하는 등의 법적 조치를 취할 수 없습니다. 빈곤 가이드라인은 다음에서 확인할 수 있습니다:

<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

1	\$31,920	\$47,880	\$63,840
2	\$43,280	\$64,920	\$86,550
3	\$54,640	\$81,960	\$109,280
4	\$66,000	\$99,000	\$132,000
5	\$77,360	\$116,040	\$154,720
6	\$88,720	\$133,080	\$177,440
7	\$100,080	\$150,120	\$200,160
8	\$111,440	\$167,160	\$222,880

- 본 신청서에 제공된 모든 정보는 병원에서 귀하의 재정 지원 자격을 결정하기 위해서만 사용되며 법이 허용하는 한도 내에서 기밀로 유지됩니다.
- 병원은 미납 의료비 청구서가 있다는 이유로 의학적으로 필요한 서비스 제공을 거부할 수 없습니다.
- 본 신청서와 관련하여 도움이 필요하신 경우, **BronxCare Health Systems - 재정 지원/자선 케어 부서에 (718) 466-7263 또는 (718) 901-6986** 번으로 문의하십시오
- 본 신청서에 대한 추가 지원이 필요하거나 결정에 대해 이의를 제기하는 데 도움이 필요한 경우, 다음 번호로 **Community Health Advocates**에 문의할 수 있습니다: **888-614-5400**.

자격

아래 명시된 것보다 높은 소득 수준에 있는 환자가 청구금 할인을 받을 수 있는 자격을 확립하고/확립하거나 적격 환자에게 공중 보건법에서 요구하는 것보다 더 큰 청구금 할인을 제공하는 병원의 능력은 제한받지 않습니다. 또한, 이민 신분은 재정 지원을 결정하기 위한 자격 기준이 될 수 없습니다.

소득 수준 _____

재정 지원 자격이 있는 경우, 다음과 같이 소득에 따라 차등적으로 비용이 감면됩니다:

FPL 200% 미만 _____

비용 전액 면제

FPL 200% ~ 300% _____

보험에 가입되어 있지 않은 환자: **Medicaid**에서 해당 서비스에 대해 지불했어야 할 금액의 최대 **10%**까지 차등 적용됩니다.
부분 보험 가입 환자: 해당 환자의 보험 비용 분담금에 따라 지급했어야 할 금액의 최대 **10%**까지 차등 적용됩니다.

FPL 301% ~ 400% _____

보험에 가입되어 있지 않은 환자: **Medicaid**에서 해당 서비스에 대해 지불했어야 할 금액의 최대 **20%**까지 차등 적용됩니다.
부분 보험 가입 환자: 해당 환자의 보험 비용 분담금에 따라 지급했어야 할 금액의 최대 **20%**까지 차등 적용됩니다.

매년 갱신됩니다: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

병원은 적격 환자에게 더 큰 할인을 제공하거나 소득 수준이 높은 환자에게 청구금 할인을 제공하도록 선택할 수 있습니다.

분할 납부 계획

할인된 비용을 일시 납부할 수 없는 환자는 분할 납부 계획을 이용할 수 있습니다. 월별 지불금은 월 총 소득의 **5%**를 초과할 수 없으며 미납 잔액에 대해 환자에게 부과되는 금리는 **2%**를 초과할 수 없습니다.

가구 소득 증빙 요청

다음은 소득을 증명하는 데 사용할 수 있는 서류 목록입니다. 이러한 서류를 모두 제출할 필요는 없습니다. 소득이 없는 경우, 무소득 가구 확인서를 제출할 수도 있습니다.

또한, **NY State of Health Marketplace**의 자격 결정 페이지를 제출할 수도 있습니다. 이러한 서류가 있는 경우, 아래에 열거된 다른 소득 정보를 병원에 제공하지 않아도 됩니다.

가구가 다음 소득을 수령하는 경우:

월 금액:

신청자가 다음 서류를 제공할 수 있습니다:

임금 \$ _____

서명과 날짜가 기재된 급여 명세서 또는 회사 레터헤드가 포함된 고용주로부터 받은 서신 또는 가장 최근에 제출한 소득세 신고서 1부를 제출하십시오.

사회 보장 소득 \$ _____

수령 서신/증서 또는 미국 사회 보장국에서 받은 서신 또는 연간 혜택 서신의 사본. 사회 보장 혜택 서신 사본을 요청하려면 **1-800-772-1213**번으로 문의하거나 www.ssa.gov를 방문하십시오.

실업 급여 \$ _____

뉴욕주 노동부로부터 받은 수령 서신/증서 또는 월 급여 명세서 사본 또는 출력물을 포함한 뉴욕주 노동부로부터 받은 직불 카드 사본 또는 뉴욕주 노동부로부터 받은 서신 또는 뉴욕주 노동부 웹사이트 (www.labor.state.ny.us)에서 출력한 수령인의 계정 정보 출력물.

장애 수당 \$ _____

수령 서신/증서 또는 사회 보장국에서 받은 서신 또는 연간 혜택 서신의 사본. 혜택 서신 사본을 요청하려면 1-800-772-1213번으로 문의하거나 www.ssa.gov를 방문하십시오. 수령 서신 또는 급여 명세서 사본.

근로자 수당 \$ _____

위자료/양육비 \$ _____

법원 명령서 또는 3개월분 현금 인출 수표/영수증 사본.

배당금/이자 \$ _____

분기별 배당금 명세서 또는 1개월 명세서.

기타 \$ _____

임대 소득, 일용직 소득 등 비임금 소득(있는 경우)이 명시된 서신.

소득 없음 \$ 0 _____

서명한 무소득 확인서.