

NYS 통합 병원 재정 지원 신청서

(Uniform Hospital Financial Assistance Application)

보험에 가입하지 않았거나 보험이 소진된 경우, 또는 건강 보험이 있지만 총소득의 10%를 초과하는 의료비를 지불했다는 증빙이 있는 경우, 병원 재정 지원을 통해 청구 요금을 지불할 수 있습니다. 이 양식을 작성하면 병원 재정 지원 요청이 시작됩니다. 이 양식은 뉴욕주의 모든 병원에서 사용합니다.

이 신청서는 병원을 이용하는 환자가 사용하는 주요 언어¹로 인쇄되어야 합니다.

환자 이름 (해당되는 전체 정보)

환자 이름 (이름, 미들, 성)		
생년월일 (월(mm)/일(dd)/년(yyyy))		
주소	아파트/유닛 #	
도시	주	우편번호
전화번호		
부모/보호자 또는 법적 대리인 이름 (환자가 미성년자 또는 의사 결정이 어려운 성인인 경우)		
이메일 주소 (있는 경우)		

가족 정보:

아래에 가구에 속한 모든 가족 구성원을 기재해 주세요. 가구에는 본인, 배우자 또는 동거인, 자녀 또는 기타 부양가족이 포함됩니다. 예를 들어, 동일한 소득 신고서에 기재된 모든 사람이 여기에 포함됩니다.

총소득은 세금을 공제하기 전의 소득을 의미합니다.

총소득은 근로 소득(임금, 급여, 팁, 자영업 수입), 불로소득(사회보장, 장애 및 실업 수당), 기부금(가족이나 친구로부터 받은 자금), 기타 소득원(임시 지원금 및 보충 보장 소득)으로 구성될 수 있습니다.

성명	관계	총소득 (현재)
	본인	

¹ “주요 언어”에는 미국 인구조사국(United States Bureau of the Census)의 인구통계정보를 기반으로 학교 시스템 데이터를 보완하여 산출한 값에 따라, 연간 환자 방문의 최소 5%가 의사 소통에 사용하는 모든 언어, 또는 병원의 주요 서비스 지역 인구의 1% 이상이 사용하는 모든 언어가 포함됩니다.

병원에서 소득 증빙 서류 제출을 요청할 수 있으며, 서류의 예로는 급여 명세서, 해당되는 경우 고용주의 확인서, 또는 양식 1040 등이 있습니다.

건강 보험 현황

메디케이드, 메디케어 또는 고용주를 통했거나 직접 가입한 민간 보험을 포함하여, 어떤 유형으로든 건강 보험에 가입되어 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

"아니오"라고 답하신 경우, 이러한 프로그램을 신청하는 데 도움이 필요하십니까?

☐ 예 ☐ 아니오

보험 불충분 환자: 보험이 있으나 의료비 부담이 높은 사람. 보험에 가입되어 있는 경우, 지난 12개월간 지불한 의료비 추정치를 알려주세요.

\$

병원에서 지불한 의료비에 대한 증빙 서류 제출을 요청할 수 있습니다.

환자/책임 당사자: 환자 본인이 아닌 경우, 양식에 서명하는 사람의 이름과 환자를 대신하여 서명할 권한(예: 배우자, 부모, 법정 대리인)을 기재합니다.

본인은 제출하는 정보가 외부 출처의 검증을 받을 수 있음을 이해합니다. 본인은 모든 정보가 본인이 아는 한 사실이며 완전함을 증언합니다.

이름 (정자로 기입)	일자
환자와의 관계	
서명	

최소 자격 및 지침

신청 일정, 환자 권리 및 기밀 유지

- 징수 절차 중 언제든지 재정 지원을 신청할 수 있습니다.
- 재정 지원 신청에 대한 결정을 받기 전까지는 병원에 비용을 지불할 필요가 없습니다. 신청서가 심사 중인 동안 병원은 채권 추심을 진행할 수 없습니다.
- 재정 지원이 거부된 경우, 이의를 제기할 권리가 있습니다. 이의 제기 방법에 대한 정보는 귀하가 받은 병원 통지서에 나와있습니다. 귀하는 재정 지원 금액에 대해 이의를 제기할 권리가 있습니다. 병원은 결정 서신에 이의 제기 방법에 대한 정보를 포함할 것입니다.
- 병원은 첫 번째 청구서 발행 후 최소 180일 동안 미납 청구서를 추심 기관에 보낼 수 없습니다.
- 병원은 연방 빈곤 수준 400% 미만 환자의 미납 의료비를 회수할 목적으로, 소송 제기를 포함하여 법적 조치를 취할 수 없습니다. 빈곤 지침은 여기에서 확인할 수 있습니다: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- 이 신청서에 제공된 모든 정보는 병원에서 귀하의 재정 지원 자격을 결정하는 데만 사용되며, 법이 허용하는 한도 내에서 기밀로 유지됩니다.
- 병원에서는 미납된 의료비 청구서가 있다는 이유로 귀하에게 의학적으로 필요한 서비스를 거부할 수 없습니다.
- 이 신청서와 관련하여 도움이 필요한 경우, 헬렌 헤이즈 병원(Helen Hayes Hospital)의 환자 재정 서비스 부서에 845-786-4786번으로 문의하세요.
- 이 신청서와 관련한 추가 지원 또는 결정에 대한 이의 제기에 도움이 필요한 경우, 커뮤니티 보건 옹호 기관(Community Health Advocates)에 문의할 수 있습니다: 888-614-5400.

자격

아래 명시된 소득 수준보다 높은 소득 수준에서 환자의 요금 할인 자격을 설정하는 것 및/또는 공중보건법(Public Health Law)의 요구보다 더 큰 요금 할인을 적격 환자에게 제공하는 것에 대해 병원의 권한이 제한되지 않습니다. 또한, 재정 지원을 결정할 때 이민 신분은 자격 기준이 될 수 없습니다.

다음에 해당하는 개인은 자격이 있습니다:

- 건강 보험이 없는 저소득층 개인, 또는
- 보험 불충분 가입자 (지난 12개월 동안 누적된 본인 부담 의료비가 해당 개인의 연간 총소득의 10%를 초과하는 경우), 또는
- 건강 보험 혜택을 소진했고, 전체 비용을 지불할 수 없음을 입증할 수 있는 사람, 또는
- 공동 부담금 및/또는 공제액을 지불할 수 없음을 입증할 수 있는 개인은, 병원의 재량에 따라 감액 또는 할인된 지불을 요청할 수 있습니다.

연방 빈곤 수준의 최대 400%에 해당하는 개인은 재정 지원을 받을 수 있습니다.

연방 빈곤 수준 (2024년)			
가구 규모	200%	300%	400%
1인	\$30,120	\$45,180	\$60,240
2인	\$40,880	\$61,320	\$81,760
3인	\$51,640	\$77,460	\$103,280
4인	\$62,400	\$93,600	\$124,800
5인	\$73,160	\$109,740	\$146,320
6인	\$83,920	\$125,880	\$167,840
7인	\$94,680	\$142,020	\$189,360

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

최소 할인율

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

소득 수준	지불
200% FPL 미만	모든 요금 면제
200% - 300% FPL	보험 미가입 환자: 메디케이드에서 해당 서비스에 대해 지불했을 금액의 최대 10%까지 차등 적용. 보험 불충분 환자: 해당 환자의 보험 비용 분담에 따라 지불되었을 금액의 최대 10%까지.
301% - 400% FPL	보험 미가입 환자: 메디케이드에서 해당 서비스에 대해 지불했을 금액의 최대 20%까지 차등 적용. 보험 불충분 환자: 해당 환자의 보험 비용 분담에 따라 지불되었을 금액의 최대 20%까지.

병원은 자격을 갖춘 환자에게 더 큰 할인을 제공하거나 및/또는 소득 수준이 높은 환자에게 요금 할인을 제공하기로 할 수 있습니다.

분할 납부 제도

할인된 요금을 한꺼번에 납부할 수 없는 환자는 분할 납부 제도를 이용할 수 있습니다. 월별 납부액은 월 총소득의 5%를 초과할 수 없으며, 미납 잔액에 대해 환자에게 부과되는 이자율은 2%를 초과할 수 없습니다.

가구 소득 증명 요청

환자, 배우자, 부양 가족(예: 자녀)의 소득 정보를 포함하세요. 예를 들어, 가구 소득을 계산할 때 동일한 세금 신고서상의 모든 사람(세금 신고자, 배우자, 부양 가족)이 포함될 것입니다.

다음은 소득 증명에 사용할 수 있는 서류 목록입니다. 이러한 서류를 모두 제출할 필요는 없습니다. 소득이 없는 경우, 가구 소득이 없다는 진술서를 제출할 수도 있습니다.

또한 뉴욕주 건강보험 마켓플레이스(NY State of Health Marketplace)의 자격 결정 페이지를 제공할 수도 있습니다. 이 문서를 가지고 있다면, 아래 나열된 다른 소득 정보를 병원에 제공할 필요가 없습니다.

가구의 수령 여부:	월 수령액:	지원자가 제공할 수 있는 서류:
임금	\$	급여 명세서 또는 회사 레터헤드에 작성한 서명 및 날짜가 기재된 고용주의 확인서 또는 가장 최근에 제출한 소득세 신고서 1부를 제출하세요.
사회보장 수당	\$	미국 사회보장국(Social Security Administration)의 지급 확인서/증명서 사본 또는 서신 또는 연간 보조금 확인서. 사회보장 보조금 확인서 사본을 요청하려면, 1-800-772-1213으로 전화하거나 www.ssa.gov 를 방문하세요.
실업 급여	\$	뉴욕주 노동부의 지급 확인서/증명서 또는 월별 보조금 명세서 사본, 또는 뉴욕주 노동부의 직접 지급 카드(Direct Payment Card) 사본과 출력물, 뉴욕주 노동부 서신, 뉴욕주 노동부 웹사이트(www.labor.state.ny.us)에서 수령인의 계좌 정보 출력물.
장애 수당	\$	미국 사회보장국(Social Security Administration)의 지급 확인서/증명서 사본 또는 서신 또는 연간 보조금 확인서 사본. 보조금 확인서 사본을 요청하려면, 1-800-772-1213으로 전화하거나 www.ssa.gov 를 방문하세요.
산업재해 보상금	\$	지급 확인서 또는 급여 명세서 사본.
위자료/양육비	\$	법원 명령서 사본 또는 현금 수표/영수증 3개월 분량.
배당금/이자	\$	분기별 배당금 명세서 또는 1개월 명세서.
기타	\$	임대 수입, 일용직 현금 수입 등 비임금 소득(있는 경우)의 액수를 명시한 확인서.
소득 없음	\$0	소득이 없다는 서명된 진술서



자선 치료/재정 지원 선언

본인(환자/보증인) _____은 이 신청서에 들어있는 정보가 본인이 아는 한 사실이고 정확함을 증언합니다. 본 신청서에 제공된 정보가 허위로 판명되는 경우, 본인은 병원에서 본인의 재정 상태를 재평가하고 결정 상태를 바로잡기 위해 적절한 조치를 취할 수 있다는 것을 이해합니다.

본인은 병원비 지불에 사용할 수 있는 모든 지원(메디케이드, 메디케어, 차일드 헬스 플러스, 패밀리 헬스 플러스 등)을 신청하고, 그러한 지원을 받기 위해 필요한 모든 합리적인 조치를 취할 것입니다.

본인은 또한 이 신청서의 유효 기간이 _____부터 _____까지 1년간임을 이해합니다. 그러나 해당 기간 내에 가구 구성이나 재정 정보에 변동이 생기는 경우, 환자 재정 서비스 부서(Patient Financial Services Department)에 보고할 것입니다.

본인은 프로그램 준수를 결정하는 모든 연방 또는 주 정부 기관에 이 정보를 공개할 권한을 헬렌 헤이즈 병원(Helen Hayes Hospital)에 부여합니다.

환자/보증인 서명: _____

날짜: _____