

NYS 통합 병원 재정 지원 신청서

보험에 가입하지 않았거나, 보험 혜택이 소진되었거나, 건강 보험이 있지만 소득의 10% 이상에 해당하는 의료비 지출 증명이 있는 경우 병원비 납부를 위한 병원 재정 지원 자격이 있을 수 있습니다. 이 양식을 작성하면 병원 재정 지원 요청이 시작됩니다. 이 양식은 New York 주의 모든 병원에서 사용됩니다.

환자 이름(해당되는 정보 작성)

환자 이름(이름, 중간 이름, 성)		
생년월일(월월/일일/연연연연)		
주소	아파트/호수	
도시	상태	우편번호
연락처 전화번호		
부모/보호자 또는 법적 대리인 이름(환자가 미성년자 또는 무능력한 성인인 경우)		
이메일 주소(있는 경우)		

가족 정보:

아래에 귀하의 가구 내 모든 가족 구성원을 기재해 주십시오. 귀하의 가구에는 본인, 배우자 또는 동거인, 자녀나 기타 피부양자가 포함됩니다. 예를 들어, 이들은 동일한 세금 신고서에 기재된 모든 사람을 말합니다.

총 소득은 **세금 공제 전** 소득을 의미합니다.

총 소득은 근로 소득(임금, 급여, 팁, 자영업 수입), 비근로 소득(사회 보장, 장애, 실업 급여), 기부금(가족이나 친구로부터의 자금), 그리고 기타 소득원(임시 지원 및 보충 보장 소득)으로 구성될 수 있습니다.

성명	관계	총 소득(현재)
	본인	

병원은 소득 증명으로서 서류 제출을 요청할 수 있습니다. 서류의 예로는 급여 명세서, 해당되는 경우 고용주의 편지, 또는 양식 1040이 있습니다.

건강 보험 상태

Medicaid, Medicare 또는 고용주를 통해 가입했거나 직접 구입한 민영 보험 등 어떤 형태의 건강 보험이라도

가지고 계십니까? 예 아니요

‘아니요’라고 답하셨다면, 이러한 프로그램 중 하나를 신청하는 데 도움을 원하십니까?

예 아니요

보장이 불충분 보험 환자: 보험이 있지만 의료비 부담이 높은 사람들. 보험이 있는 경우, 지난 12개월 동안

\$

병원은 지불한 의료비 증명으로서 서류 제출을 요청할 수 있습니다.

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

본인은 제출한 정보가 외부 출처를 통해 확인될 수 있음을 이해합니다. 본인은 이러한 정보가 본인이 아는 한 사실이며 완전함을 증명합니다.

이름(정자체로 기입)	날짜
환자와의 관계	
서명	

최소 자격 요건 및 지침

신청 일정, 환자 권리 및 기밀 유지

- 추심 과정 중 언제든지 재정 지원을 신청할 수 있습니다.
- 재정 지원 신청에 대한 결정을 받기 전까지 이 병원에 어떠한 지불도 할 필요가 없습니다. 병원은 귀하의 신청이 대기 중인 동안 계정을 추심 기관으로 전달할 수 없습니다.
- 재정 지원이 거부된 경우, 귀하는 이의를 제기할 권리가 있습니다. 이의 제기 방법에 대한 정보는 귀하가 받는 병원의 통지서에 포함될 것입니다. 귀하는 재정 지원 금액에 대해 이의를 제기할 권리가 있을 수 있습니다. 병원은 결정 편지에 이의 제기 방법에 대한 정보를 포함할 것입니다.
- 병원은 첫 번째 청구서 발행 후 최소 180일 동안 미지불 청구서를 추심 기관에 보낼 수 없습니다.
- 병원은 연방 빈곤 수준의 400% 미만인 환자들에 대한 미지불 의료비를 회수하기 위해 소송 제기를 포함한 법적 조치를 취하는 것이 금지되어 있습니다. 빈곤 지침은 다음에서 찾을 수 있습니다. <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- 이 신청서에 제공된 모든 정보는 재정 지원 자격을 결정하기 위해 병원에서만 사용되며 법률이 허용하는 범위 내에서 기밀로 유지됩니다.
- 병원은 미지불 의료비가 있다고 해서 의학적으로 필요한 서비스를 거부할 수 없습니다.
- 이 신청서 작성에 도움이 필요하시면, NYC Health + Hospitals의 재정 지원 사무실 1-844-NYC-4NYC(1-844-692-4692)로 문의하십시오.
- 이 신청서 작성에 추가 도움이 필요하시거나 결정에 이의를 제기하는 데 도움이 필요하시면, Community Health Advocates에 연락하실 수 있습니다. 전화: 888-614-5400.

자격 요건

공중 보건법에서 요구하는 것보다 더 높은 소득 수준의 환자들에게 지불 할인 자격을 부여하거나 자격이 있는 환자들에게 더 큰 할인 혜택을 제공하는 것은 병원의 재량에 달려 있으며 이를 제한하는 규정은 없습니다. 또한, 이민 상태는 재정 지원 결정을 위한 자격 기준이 아닙니다.

다음 개인은 자격이 있습니다.

- 건강 보험이 없는 저소득층 개인 또는
- 보장이 불충분한 보험 가입자(지난 12개월 동안 누적된 본인 부담 의료비가 해당 개인의 연간 총소득에서 10% 이상인 경우) 또는
- 건강 보험 혜택을 소진하고 전액 지불 능력이 없음을 증명할 수 있는 개인 또는
- 병원의 재량에 따라, 코페이 및/또는 공제액을 지불할 수 없음을 증명할 수 있는 개인은 감액 또는 할인된 지불을 요청할 수 있습니다.

연방 빈곤 수준의 400%까지의 개인은 재정 지원을 받을 자격이 있습니다.

연방 빈곤 수준(2024)			
가구원 수	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 갱신: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

최소 할인율

재정 지원 자격이 있는 경우, 귀하의 소득에 따라 다음과 같은 차등제에 따라 청구액이 감액됩니다.

소득 수준	납부액
연방 빈곤 수준(FPL) 200% 미만	모든 청구액 면제
연방 빈곤 수준(FPL) 200% - 300%	보험 미가입 환자: Medicaid가 해당 서비스에 지불했을 금액의 최대 10%까지 차등 적용. 보장이 불충분한 보험 환자: 해당 환자의 보험 비용 분담에 따라 지불되었을 금액의 최대 10%까지.
연방 빈곤 수준(FPL) 301% - 400%	보험 미가입 환자: Medicaid가 해당 서비스에 지불했을 금액의 최대 20%까지 차등 적용. 보장이 불충분한 보험 환자: 해당 환자의 보험 비용 분담에 따라 지불되었을 금액의 최대 20%까지.

병원은 자격이 있는 환자에게 더 큰 할인을 제공하거나 더 높은 소득 수준의 환자에게 지불 할인을 제공하기로 선택할 수 있습니다.

할부 계획

할부 계획은 감액된 요금을 한 번에 모두 지불할 수 없는 환자에게 제공됩니다. 월별 지불액은 귀하의 월 총소득에서 5%를 초과할 수 없으며, 미지불 잔액에 대해 환자에게 부과되는 이자율은 2%를 초과할 수 없습니다.

가구 소득 증명 요청

환자, 배우자 및 모든 피부양자(예: 자녀)에 대한 소득 정보를 포함해 주십시오. 예를 들어, 이는 가구 소득 계산에서 동일한 세금 신고서에 있는 모든 사람(세금 신고자, 배우자 및 세금 피부양자)을 포함합니다.

다음은 귀하의 소득을 증명하는 데 사용할 수 있는 문서 목록입니다. 이 모든 문서를 제공할 필요는 없습니다. 소득이 없는 경우 가구 소득이 없다는 진술서를 제공할 수도 있습니다.

NY State of Health Marketplace의 자격 결정 페이지를 제공할 수도 있습니다. 이 문서가 있는 경우, 아래 나열된 다른 소득 정보를 병원에 제공할 필요가 없습니다.

가구 수령액:	월 금액:	신청자 제공 가능 서류:
임금	\$	급여 명세서 한 건, 또는 회사 레터헤드에 서명 및 날씨가 있는 고용주의 편지, 또는 가장 최근에 제출한 소득세 신고서를 제공해 주십시오.
사회보장 급여	\$	수여 통지서/증명서 사본, 또는 미국 사회보장국의 서신, 또는 연간 급여 통지서. 사회보장 급여 통지서 사본을 요청하려면 1-800-772-1213으로 전화하거나 www.ssa.gov 를 방문하십시오.
실업 보상금	\$	NYS 노동부에서 발급한 수여 통지서/증명서, 또는 월별 혜택 명세서, 또는 거래 내역 출력물이 첨부된 급여 직불카드 사본, 또는 NYS 노동부의 공식 서신, 또는 NYS 노동부 웹사이트 (www.labor.state.ny.us)에서 출력한 수급자 계정 정보 중 하나를 제출하시면 됩니다.
장애 지급금	\$	수여 통지서/증명서 사본, 또는 사회보장국의 서신, 또는 연간 급여 통지서 사본. 급여 통지서 사본을 요청하려면, 1-800-772-1213으로 전화하거나 www.ssa.gov 를 방문하십시오.
산재 보상금	\$	수여 통지서 사본 또는 수표 명세서.

위자료/자녀 양육비	\$	법원 명령 사본, 또는 3개월분의 현금화된 수표/영수증.
배당금/이자	\$	분기 배당금 명세서 또는 1개월 명세서.
다른	\$	임대 수입, 단기 아르바이트 현금 등과 같은 비임금 소득 금액(있는 경우)을 명시한 편지.
소득 없음	\$	소득이 없다는 서명된 진술서.