

뉴욕 주 표준 병원 재정 지원 신청서

귀하가 보험에 가입되어 있지 않거나, 보험금이 소진되었거나, 건강 보험에 가입되어 있으나 지불한 의료비 총액이 소득의 **10%**를 초과함을 증명할 수 있는 경우, 병원 재정 지원 대상이 될 수 있습니다. 병원 재정 지원을 신청하려면 먼저 이 양식을 작성하셔야 합니다. 이 양식은 뉴욕 주 내 모든 병원에서 사용됩니다.

이 신청서는 병원을 이용하는 환자들의 제1언어로 인쇄되어야 합니다.

환자 이름(해당하는 내용 모두 기재)

환자 이름(성, 이름)		
생년월일(월/일/년)		
주소	아파트/동 번호	
시	주	우편번호
연락처 전화번호		
부모/보호자 또는 법정 대리인 이름(환자가 미성년자이거나 의사결정 무능력 성인인 경우)		
이메일 주소(있는 경우)		

가족 정보

가구 내 모든 가족 구성원을 아래에 기재해주세요. 귀하, 귀하의 배우자 또는 동거인, 자녀 또는 기타 부양 가족이 귀하의 가구에 포함됩니다. 예를 들어, 동일한 세금 신고서에 기재되어 있는 사람이 여기에 포함될 것입니다.

총소득이란 세금 공제 **전** 소득을 의미합니다.

총소득은 근로 소득(임금, 급여, 사례금, 자영업 소득), 비근로 소득(사회보장 급여, 장애 급여, 실업 급여), 기여금(가족이나 친구로부터 받은 자금) 및 기타 소득원(임시 지원금, 생활 보조금)으로 구성될 수 있습니다.

이름	관계	총소득 합계(현재)
	본인	

¹ 학교 시스템의 데이터로 보완하고 미 인구조사국(United States Bureau of the Census)의 인구통계 정보로 계산하는 한 해 동안 방문하는 환자의 5% 이상이 의사소통에 사용하는 언어 또는 일차 병원 서비스 지역 인구의 1% 이상이 사용하는 언어가 “제1언어”에 포함됩니다.

--	--	--

병원에서 소득 증명서 제출을 요청할 수 있습니다. 급여 명세서, 고용주 확인서(해당하는 경우) 또는 양식 1040(소득세 신고서)가 여기에 포함될 수 있습니다.

건강 보험 가입 상태

Medicaid, Medicare 또는 직장을 통해 가입했거나 직접 가입한 사보험을 포함해 어떤 형태로든 건강 보험에 가입되어 있나요? 예 아니요

“아니요”로 답한 경우, 이러한 프로그램을 신청하는 데 도움을 받고 싶으신가요?

예 아니요

보장이 불충분한 환자: 보험에 가입되어 있으며 의료비 부담이 큰 환자 보험에 가입되어 있는 경우 지난 12개월 동안 지불한 의료비 계산서를 제출해주시기 바랍니다.

\$

병원에서 의료비 지불 증명서 제출을 요청할 수 있습니다.

환자/책임 당사자: 환자가 아닌 경우, 양식에 서명하는 사람의 이름과 환자 대신 서명할 수 있는 권한(예: 배우자, 부모, 법정 대리인)을 기재하세요.

본인은 본인이 제출하는 정보를 외부 기관에서 검증할 수 있다는 것을 이해합니다. 본인이 아는 한 이 정보가 완전히 사실임을 보증합니다.

정자체 이름	날짜
환자와의 관계	
서명	

필수 자격 요건 및 기준

신청 일정, 환자 권리 및 기밀 유지

- 추심 과정에서 언제든지 재정 지원을 신청할 수 있습니다.
- 귀하의 재정 지원 신청에 대한 결정을 받을 때까지 이 병원에 어떠한 비용도 납부할 필요가 없습니다. 귀하의 신청 절차가 진행 중인 동안에는 병원에서 미납금을 추심으로 넘길 수 없습니다.
- 재정 지원이 거부된 경우 이의를 제기할 권리가 있습니다. 귀하가 받는 병원 통지서에 이의 제기 방법이 기재될 것입니다. 재정 지원 금액에 대해 이의를 제기할 권리도 있을 수 있습니다. 병원에서 결정 서한에 이의 제기 방법을 기재할 것입니다.
- 병원은 최초 청구일로부터 최소 180일 동안은 미납 청구서를 추심 기관으로 보낼 수 없습니다.
- 병원에서 연방 빈곤 수준의 400% 미만 환자를 대상으로 미납 의료비를 회수하기 위한 법적 조치(소송 제기 포함)를 취하는 것이 금지됩니다.
<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>에서 빈곤 기준을 확인할 수 있습니다.
- 이 신청서에 기재된 정보는 병원에서 귀하가 재정 지원 대상자인지 여부를 확인하는 목적으로만 사용되며 법에서 허용하는 한도 내에서 기밀로 유지됩니다.
- 병원은 미납 의료비가 있다는 이유로 귀하에게 필요한 의료 서비스를 거부할 수 없습니다.
- 이 신청서와 관련하여 도움이 필요한 경우 NYC Health + Hospitals의 재정 지원 사무처 844-692-4692로 문의하시기 바랍니다.
- 이 신청서와 관련된 추가 도움이나 결정에 대한 이의 제기에 관한 도움이 필요한 경우 Community Health Advocates(888-614-5400)로 문의하시면 됩니다.

자격

병원은 아래에 명시된 것보다 높은 소득 수준에서 환자가 납부 할인 대상인지 여부를 확인할 수 있으며, 대상 환자에게 공중보건법에서 요구하는 것보다 더 할인해 줄 수 있습니다. 그리고 이민자 지위는 재정 지원을 결정하기 위한 자격 기준이 되면 안 됩니다.

다음과 같은 개인이 재정 지원을 받을 수 있습니다.

- 건강 보험에 가입되어 있지 않은 저소득자 또는
- 보장이 불충분한 보험 가입자(지난 12개월 동안 누적된 본인 부담 의료비가 연소득 총액의 10퍼센트를 넘는 경우) 또는
- 건강 보험 급여금이 소진되었고, 전액을 납부할 수 없음을 증명할 수 있는 개인 또는
- 병원의 재량에 따라, 본인 부담금을 지불할 수 없음을 증명할 수 있는 개인은 감액 또는 할인을 요청할 수 있습니다.

연방 빈곤 수준의 400% 이하 개인은 재정 지원을 받을 수 있습니다.

연방 빈곤 수준(2026)			
가구 규모	200%	300%	400%
1인	\$31,920	\$47,880	\$63,840
2인	\$43,280	\$64,920	\$86,560
3인	\$54,640	\$81,960	\$109,280
4인	\$66,000	\$99,000	\$132,000
5인	\$77,360	\$116,040	\$154,720
6인	\$88,720	\$133,880	\$177,440
7인	\$100,080	\$150,120	\$200,160

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

최소 할인율

재정 지원 대상자는 차등 할인제에 따라 소득을 기준으로 다음과 같이 청구액이 감액됩니다.

소득 수준	납부
연방 빈곤 수준 200% 미만	청구액 전액 면제
연방 빈곤 수준 200%~300%	미보험 환자: Medicaid에서 납부했을 서비스 금액의 10%까지 차등 할인 적용 보장이 불충분한 환자: 환자의 보험 비용 분담에 따라 납부되었을 금액의 최대 10%까지
연방 빈곤 수준 301%~ 400%	미보험 환자: Medicaid에서 납부했을 서비스 금액의 20%까지 차등 할인 적용 보장이 불충분한 환자: 환자의 보험 비용 분담에 따라 납부되었을 금액의 최대 20%까지

병원에서 유자격 환자에게 더 많이 할인해줄 수도 있고 소득 수준이 더 높은 환자에게 할인을 제공해줄 수도 있습니다.

분할 납부 계획

감액된 금액을 일시에 전액 납부할 수 없는 환자는 분할 납부할 수 있습니다. 월 납부액이 월 총소득의 5%를 초과할 수 없으며, 미납 잔액(있는 경우) 이월이 2%를 초과하면 안 됩니다.

가구 소득 증빙 자료 요청

환자, 그 배우자 및 부양 가족(예: 자녀)의 소득 정보를 제공하시기 바랍니다. 예를 들어, 동일한 세금 신고서에 기재되어 있는 사람(세금 신고자, 배우자, 납세 부양가족)이 여기에 포함될 것입니다.

다음은 귀하의 소득을 증명하는 자료로 사용할 수 있는 문서 목록입니다. 이러한 서류를 모두 제출할 필요는 없습니다. 소득이 없는 경우에는 무소득 가구 증명서도 제출할 수 있습니다.

NY State of Health 마켓플레이스에 있는 자격 결정 페이지를 제출할 수도 있습니다. 이 서류가 있는 경우에는 아래에 열거된 기타 소득 정보를 병원에 제출할 필요가 없습니다.

가구에 다음과 같은 소득이 있는 경우	월 금액	신청자가 제출할 수 있는 서류
급여	\$	급여 명세서 1부 또는 회사 공식 문서에 작성하고 서명과 날짜가 적힌 고용주 확인서 또는 최근에 제출한 소득세 신고서를 제출하시기 바랍니다.
사회 보장 급여	\$	재정 판정 통지서/증명서 사본 또는 미 사회보장국(U.S. Social Security Administration) 통지문 또는 연간 지급 증명서. 1-800-772-1213로 전화하거나 www.ssa.gov 에서 사회 보장 급여 확인서 사본을 요청할 수 있습니다.
실업 수당	\$	재정 판정 통지서/증명서 사본 또는 뉴욕 주 노동부(NYS Department of Labor) 월 지급 증명서 또는 출력 내용이 있는 직불 카드 사본 또는 뉴욕 주 노동부 통신문 또는 뉴욕주 노동부 웹사이트(www.labor.state.ny.us)에 있는 수혜자 계정 정보 출력본
장애 수당	\$	재정 판정 통지서/증명서 사본 또는 미 사회보장국 통지문 또는 연간 지급 증명서. 1-800-772-1213로 전화하거나 www.ssa.gov 에서 급여 확인서 사본을 요청할 수 있습니다.
근로자 보상	\$	재정 판정 통지서 또는 급여 명세서 사본
배우자/자녀 부양비	\$	법원 명령서 사본 또는 3개월치 현금화 수표/영수증
배당금/이자	\$	분기별 배당금 명세서 또는 1개월치 명세서
기타	\$	비임금 소득액을 명시한 서류(예: 임대 소득, 단기 작업에서 받은 현금)
무소득	\$0	서명을 한 무소득 증명서