

신청서를 7840 Oxbow Road, Canastota, NY 13032, Attention Financial Counselor로 보내주세요.

뉴욕주 병원재정 지원 신청서

보험에 가입하지 않았거나, 보험이 소진되었거나, 건강 보험이 있지만 총 소득의 10%를 넘는 의료비 지불 증빙이 있는 경우 병원 재정 지원을 받아 청구서를 지불할 수 있습니다. 이 양식을 작성하면 병원 재정 지원 요청이 시작됩니다. 이 양식은 뉴욕 주의 모든 병원에서 사용합니다.

이 신청서는 병원에서 진료를 받는 환자들이 사용하는 주요 언어로 인쇄되어야 합니다.

환자 이름(해당되는 모든 정보)

환자 이름(이름, 중간 이름, 성)		
생년월일 (mm/dd/yyyy)		
주소	아파트/유닛 #	
도시	상태	지퍼
연락처 전화번호		
부모/보호자 또는 법적 대리인 이름(환자가 미성년자 또는 무능력한 성인인 경우)		
이메일 주소 (있는 경우)		

가족 정보:

아래에 귀하의 가구에 있는 모든 가족 구성원을 나열해 주십시오. 귀하의 가구에는 귀하 자신, 귀하의 배우자 또는 동거 파트너, 그리고 자녀 또는 다른 부양가족이 포함됩니다. 예를 들어, 여기에는 동일한 세금 보고서에 나열된 모든 사람이 포함됩니다.

총소득은 세금을 공제하기 전 소득을 의미합니다.

총 소득은 근로 소득(임금, 급여, 팁, 자영업 소득), 노동 소득(사회 보장, 장애 및 실업 수당), 기부금(가족이나 친구로부터 받은 기금), 기타 소득원(임시 지원 및 보충 보장 소득)으로 구성될 수 있습니다.

전체 이름	관계	총 총수입(현재)
	본인	

병원에서는 소득 증빙 서류 제출을 요청할 수 있습니다. 증빙 서류로는 급여 명세서, 해당되는 경우 고용주의 서한 또는 1040 양식 등이 있습니다.

1 "1차 언어"에는 연간 환자 방문의 최소 5%에서 사용되는 언어 또는 1차 병원 서비스 지역 인구의 1% 이상이 사용하는 언어가 포함됩니다. 이는 미국 인구조사국에서 제공하는 인구통계 정보에 학교 시스템의 데이터를 추가하여 계산한 것입니다.

신청서를 7840 Oxbow Road, Canastota, NY 13032, Attention Financial Counselor로 보내주세요.

건강 보험 상태

고용주를 통해 Medicaid, Medicare 또는 개인 보험을 포함한 건강 보험이 있습니까? 아니면 직접 구매했습니까? 예 아니요

"아니요"라고 답한 경우, 이러한 프로그램에 지원하는 데 도움이 필요하신가요?

예 아니요

미보험 환자: 보험이 있고 의료비가 높은 사람들. 보험이 있는 경우 지난 12개월 동안 지불한 의료비 견적을 제공하세요..

\$

병원에서는 지불된 의료비를 증빙하는 서류를 제출하도록 요청할 수 있습니다.

환자/책임 당사자: 환자가 아닌 경우, 양식에 서명하는 사람의 이름과 환자를 대신하여 서명할 수 있는 권한을 나열하세요(예: 배우자, 부모, 법적 대리인).

제가 제출한 정보가 외부 소스에서 검증될 수 있음을 이해합니다. 저는 제가 아는 한 정보가 사실이고 완전함을 증명합니다.

이름 인쇄	날짜
환자와의 관계	
서명	

최소 자격 및 지침

신청 일정, 환자 권리 및 기밀 유지

- 징수 과정 중 언제든지 재정 지원을 신청할 수 있습니다.
- 재정 지원 신청에 대한 결정을 받을 때까지 이 병원에 어떠한 지불도 할 필요가 없습니다.

병원은 신청이 보류 중인 동안 계정을 징수에 넘길 수 없습니다.

재정 지원이 거부된 경우 항소할 권리가 있습니다. 항소 방법에 대한 정보는 귀하가 받는 병원 통지에 포함됩니다. 재정 지원 금액에 대해 항소할 권리가 있을 수 있습니다. 병원은 결정서에 항소 방법에 대한 정보를 포함합니다.

병원은 첫 번째 청구서 이후 최소 180일 동안 미납 청구서를 징수 기관에 보낼 수 없습니다.

병원은 연방 빈곤 수준의 400% 미만인 환자의 미납 의료비를 회수하기 위해 소송 제기를 포함한 법적 조치를 취하는 것이 금지됩니다. 빈곤 가이드라인은 여기에서 확인할 수 있습니다:

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

이 신청서에 제공된 모든 정보는 병원에서 재정 지원 자격을 결정하는 데만 사용되며 법이 허용하는 범위 내에서 기밀로 유지됩니다.

병원은 미납 의료비가 있다는 이유로 의학적으로 필요한 서비스를 거부할 수 없습니다.

이 신청과 관련하여 도움이 필요하면 Oneida Health 재정 지원 사무실(315-361-2230)로 연락하세요.

이 신청과 관련하여 추가적인 지원이 필요하거나 결정에 대한 항소에 도움이 필요한 경우, Community Health Advocates(888-614-5400)에 문의하세요.

신청서를 7840 Oxbow Road, Canastota, NY 13032, Attention Financial Counselor로 보내주세요.

적임

아래에 명시된 것보다 높은 소득 수준에서 지불 할인에 대한 환자 자격을 확립하거나 공중 보건법에서 요구하는 것보다 더 큰 지불 할인을 적격 환자에게 제공하는 병원의 능력을 제한하는 것은 없습니다. 또한, 이민 상태는 재정 지원을 결정하는 데 있어서 자격 기준이 되어서는 안 됩니다.

다음 개인이 자격이 있습니다.

- 건강 보험이 없는 저소득 개인; 또는
- 보험 미가입자(지난 12개월 동안 누적된 자기부담 의료비가 해당 개인의 연간 총 소득의 10%를 초과하는 경우); 또는
- 건강 보험 혜택을 모두 소진했으며 전체 비용을 지불할 수 없음을 입증할 수 있는 경우; 또는
- 병원의 재량에 따라 공제금 및/또는 공제금을 지불할 수 없음을 입증할 수 있는 개인은 감면 또는 할인된 지불을 요청할 수 있습니다.

연방 빈곤수준의 400%까지인 개인은 재정 지원을 받을 수 있습니다.

매년

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

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

최소 할인을

재정 지원 자격이 있는 경우, 귀하의 요금은 다음과 같이 소득에 따라 슬라이딩 요금 규모로 감소됩니다.

소득 수준	지불
FPL 200% 이하	모든 비용을 면제합니다
200% - 300% FPL	무보험 환자: Medicaid에서 해당 서비스에 대해 지불했을 금액의 최대 10%까지 슬라이딩 스케일. 미보험 환자: 해당 환자의 보험 비용 분담에 따라 지불했을 금액의 최대 10%.
301% - 400% FPL	무보험 환자: Medicaid에서 해당 서비스에 대해 지불했을 금액의 최대 20%까지 슬라이딩 스케일. 미보험 환자: 해당 환자의 보험 비용 분담에 따라 지불했을 금액의 최대 20%까지.

병원에서는 자격을 갖춘 환자에게 더 큰 할인 혜택을 제공하거나, 소득 수준이 높은 환자에게 지불 할인 혜택을 제공할 수 있습니다.

할부 결제 계획



신청서를 7840 Oxbow Road, Canastota, NY 13032, Attention Financial Counselor로 보내주세요.
할인된 요금을 한꺼번에 지불할 수 없는 환자에게는 할부 지불 계획이 제공됩니다. 월 지불액은 총 월 소득의 5%를 초과할 수 없으며, 미지급 잔액에 대해 환자에게 부과되는 이자율은 2%를 초과할 수 없습니다.

신청서를 7840 Oxbow Road, Canastota, NY 13032, Attention Financial Counselor로 보내주세요.

가계소득 증빙서류 요청

환자, 배우자 및 부양가족(예: 자녀)의 소득 정보를 포함하세요. 예를 들어, 이는 동일한 세금 신고서에 있는 모든 사람(세금 신고자, 배우자 및 세금 부양가족)을 가계 소득 계산에 포함합니다.

다음은 소득을 증명하는 데 사용할 수 있는 문서 목록입니다. 이러한 모든 문서를 제공할 필요는 없습니다. 소득이 없는 경우 가계 소득 없음 명세서를 제공할 수도 있습니다.

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

가구가 다음을 받는 경우:	월 금액:	지원자는 다음을 제공할 수 있습니다.
임금	\$	회사 레터헤드에 서명하고 날짜를 적은 급여 명세서 또는 고용주의 서한 1부 또는 가장 최근에 제출한 소득세 신고서를 제공해 주십시오.
사회보장 지급	\$	수상 편지/증명서 사본, 미국 사회보장청의 서신 또는 연간 혜택 편지. 사회보장 혜택 편지 사본을 요청하려면 1-800-772-1213으로 전화하거나 www.ssa.gov 를 방문하세요.
실업수당	\$	NYS 노동부에서 발급한 수상 증명서/증서 사본 또는 월별 혜택 명세서, 또는 직접 지불 카드 사본(인쇄물 포함), 또는 NYS 노동부에서 발급한 서신, 또는 NYS 노동부 웹사이트에서 발급한 수혜자 계좌 정보 인쇄본(www.labor.state.ny.us).
장애인 수당	\$	수상 편지/증명서 사본, 사회보장청의 서신, 또는 연간 혜택 편지 사본. 혜택 편지 사본을 요청하려면 1-800-772-1213으로 전화하거나 www.ssa.gov 를 방문하세요.
근로자 보상	\$	수상 통지서 또는 수표 뿌리 사본.
위자료/자녀부양비	\$	법원 명령 사본 또는 현금화된 수표/영수증 3개월치.
배당금/이자	\$	분기별 배당금 보고서 또는 1개월 보고서.
다른	\$	임대 수입, 잡일로 인한 현금 등 비임금 수입(있는 경우)의 금액을 명시한 편지.
수입 없음	\$0	소득이 없음을 나타내는 서명된 진술서.