

재정 지원 방침 개요

Yale New Haven Health는 치료비를 지불하는 것이 어려운 환자들이 있을 수 있다는 것을 이해합니다. 따라서 저희는 도움이 될 수 있는 여러 종류의 재정 지원 프로그램을 마련하였습니다. 환자분들은 재정 지원 신청서를 작성하시고 재정 지원의 필요성을 확인하기 위해 요구되는 서류들을 제출하셔야 합니다.

더욱 자세한 정보를 원하시면 무료로 제공되는 재정 지원 방침 책자와 신청서를 획득하시거나, 신청서 작성에 도움이 필요하시면 Patient Financial and Admitting Services에 855-547-4584로 연락 주시든지, 또는 www.ynhhs.org/financialassistance에 접속 하시거나, **Bridgeport Hospital** 267 Grant Street, Bridgeport, CT, **Greenwich Hospital**, 5 Perryridge Road, Greenwich, CT, **Lawrence + Memorial Hospital** 365 Montauk Avenue, New London, CT, **Westerly Hospital** 25 Wells Street, Westerly, RI, 또는 **Yale New Haven Hospital** 20 York Street, New Haven, CT.에 있는 Admitting 사무실로 방문하시면 됩니다.

무료 진료 (Free care)

아래 조건에 해당되면 귀하께서는 무료 진료를 받으실 수도 있습니다:

- 가족 소득이 연방 극빈자 수준의 2.5 배 이하이며 (최대 소득액이 아래에 열거되어 있습니다)
- 지난 6개월 사이에 주정부 지원 (메디케이드)를 신청하고 주정부의 승인 결정을 서면으로 받았으며, 그리고
- 재정 지원 신청서를 접수하신 경우

할인 진료 (Discounted care)

만일 귀하께서 다음에 해당하신다면 할인 진료를 받으실 수도 있습니다:

- 가족 소득이 연방 극빈자 수준(최대 소득은 아래 표에 제시되어 있음)의 5.5 배 이하인 경우.
- 의료 보험이 없는 경우, 그리고
- 재정 지원 신청서를 접수하신 경우

최대 소득

가족 수	무료 진료	할인 진료
1	\$31,225	\$68,695
2	\$42,275	\$93,005
3	\$53,325	\$117,315
4	\$64,375	\$141,625

*무료 진료: 추가되는 가족 1명 당 \$11,050 추가

*할인 진료: 추가되는 가족 1명 당 \$24,310 추가

한정 침대 기금 (Restricted bed funds)

만약 귀하께서 재정 지원의 필요성을 입증해 보였다고 기금의 추천인이 판단하게 되며, 모든 자금 수혜 적격 기준에 부합한다면 (각 기금은 특유의 기준이 있음) 개별적 기금의 기준에 해당하는 환자에게 무료 혹은 할인 진료를 제공하기 위해 기부된 기금인 한정 침대 기금을 받을 자격이 주어질 수 있으며, 그렇게 된다면 병원비의 감액 혹은 전액이 면제될 수도 있습니다. 한정 침대 기금 수혜 대상에 대해 정해진 수입 기준은 없습니다. 자격은 경제적 곤란에 따라 기금의 추천인에 의해 사례별로 다뤄집니다. YNHHS 재정 지원 신청서를 제출한 모든 환자들은 자동적으로 한정 침대 기금의 수혜 대상으로 고려됩니다.

Yale New Haven Hospital “나와 내 아기” 프로그램 (Yale New Haven Hospital “Me & My Baby” Program)

본 프로그램은 Yale New Haven Hospital 환자들에게 해당됩니다. 자격을 갖춘 분들에게 산전 관리, 분만, 출산 그리고 일부 산후조리 서비스를 무료로 제공합니다. 귀하께서 뉴헤이븐 카운티에 거주하면서 어떤 종류라도 의료보험이 없으며, 가족 소득이 연방 극빈자 수준(최대 소득 표 참조)의 2.5 배 이하이며, 주정부 지원 (메디케이드)를 신청해서 주정부의 승인 결정을 서면으로 받으셨으면 혜택을 받으실 수 있습니다. 추가 정보가 필요하시거나 Yale New Haven Hospital의 나와 내 아기 프로그램의 신청서를 원하시면 Women’s Center에서 본원의 직원에게 문의하시거나, 아니면 **203-688-5470**에 연락 주시기 바랍니다.

Greenwich Hospital 외래환자 진료소 (Greenwich Hospital Outpatient Clinic)

Greenwich Hospital Outpatient Clinic은 진료소 회원 신청서를 제출하시고 승인을 받은 분들에게 무료 또는 할인 진료를 제공합니다. 만약 귀하께서 의료보험이 없으시고, 주정부 지원 (메디케이드)의 자격이 되지 않으며, Greenwich에 거주하고 가족 소득이 연방 극빈자 수준의 4 배 이하라면 자격이 되실 수 있습니다. 추가 정보가 필요하시거나 신청서를 원하시면 203-863-3334로 연락 주시기 바랍니다.

프로그램들에 대한 유의사항

재정 지원 자격에 부합하려면 귀하께서는 필히 미국 시민권자 혹은 영주권자이어야 합니다. 응급 치료 혹은 의학적으로 필요한 진료만 프로그램에 해당됩니다. 이 프로그램들은 오직 Yale New Haven Health 청구서만 결제합니다. 이런 의료 서비스를 제공하는 제공자들의 목록과 그들이 FAP (재정지원방침)를 따르는지 아닌지의 여부를 보여주는 웹사이트의 링크를 FAP에서 찾아보실 수 있습니다. 일반적으로 재정 지원 수혜 자격을 갖춘 환자에게 응급 치료 또는 의학적으로 필요한 진료에 대한 보험을 가입한 환자들보다 더 많은 금액을 청구하지 않습니다. Yale New Haven Health는 각 신청서들마다 서면으로 답신합니다. 만약 귀하의 신청서가 거부된다면, 언제라도 재신청 하실 수 있습니다. 추가적인 무료 침대 기금은 매년 마련이 됩니다. 재정 지원 방침서, 재정 지원 방침의 개요와 신청서의 번역본이 영어 구사 능력이

한정적인 분들을 위해 일부의 특정 언어로 준비되어
있습니다.

도움이 필요하신 경우 전화번호 1-855-547-4584 으로 연락
주십시오.

재정 지원 신청은 어떻게 합니까?

환자들의 지원 신청 절차가 용이해지도록 Yale New Haven Health는 대부분의 재정 지원 프로그램을 위해 같은 신청서를 사용합니다. 만일 귀하께서 Yale New Haven Hospital의 환자이며 나와 내 아기 프로그램에 신청하기를 원하시면, Women's Center의 직원에게 203-688-5470으로 연락 주시기 바랍니다. 만일 귀하께서 Greenwich Hospital의 환자이며 외래환자 진료소에 신청하기를 원하시면 203-863-3334로 연락 주시기 바랍니다.

유의 : 재정 지원 프로그램의 자격을 위해 귀하께서는 반드시 현재의 청구서를 가지고 계시거나 진료 예약이 되어 있어야 합니다.

무료 진료 프로그램 : 1, 2, 3 과 4 단계를 따르시기 바랍니다.

할인 진료 프로그램 : 2, 3 과 4 단계를 따르시기 바랍니다.

1 단계: 주정부 의료 지원 신청

무료 진료를 위한 자격을 갖추려면, 반드시 귀하께서 거주하고 계시는 주에서 의료 지원 (메디케이드) 신청을 하고 유효한 승인 결정을 서면으로 받으셔야 합니다. 귀하께서 정보를 제공하지 않으셨든지, 협조하지 않으셔서 거부된 결정은 "유효"하지 않습니다.

메디케이드는 Department of Social Services (DSS) 사무실에서 신청하실 수 있습니다. 커네티컷 거주민으로써 가까운 DSS 사무실을 찾기 원하시면 1-800-842-1508으로 연락 하시거나, www.accesshealthct.com에서 온라인으로 신청하실 수도 있습니다. (로드 아일랜드: 1-855-840-4774) Yale New Haven Health에서 직원이 신청서 작성을 도와드릴 수도 있습니다. 도움이 필요하시면, 1-855-547-4584로 연락 주시기 바랍니다.

DSS에서 서면 승인을 받으시면, 무료 진료를 신청하실 수 있습니다. 승인서가 6개월이 지난 것은 받을 수 없습니다.

2 단계: 신청서 작성

신청서의 모든 질문에 답변과 서명을 하신 다음 날짜를 적어주시기 바랍니다. 만약 질문이 귀하의 가족에게 해당되지 않으면 "N/A"(해당 없음)라고 빈 칸에 적어주시기 바랍니다.

3 단계: 신청서에 소득증명 문서 첨부 소득증명 문서는 신청서를 작성하는 시기에 귀하 가족의 소득이 얼마인지 보여주는 문서입니다. 사용 가능 문서의 유형은 오른쪽에 있는 일람표를 참고하시기 바랍니다.

4 단계: 신청서를 우편으로 발송 포함서류: 1) DSS로부터 받은 주정부 지원 자격 결정 통지, 그리고 3) 소득증명 문서를 아래 주소로 발송:

Yale New Haven Health
SBO, Attn: Financial Assistance
PO BOX 1403
New Haven, CT 06505

다음의 문서들은 소득 증명을 위해 사용할 수 있습니다:

<p>가족 수입이 아래와 같으시면...</p>	<p>이 문서들의 사본을 소득증명 문서로 첨부하실 수 있습니다: (최신 연방세금보고서를 제외하고는 6개월이 지난 문서는 사용하지할 수 없습니다.)</p>
<p>급여 (월급이나 시급을 받을 경우)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 최근 지급된 수표의 부분 쪽지 두(2) 장, 또는 - 회사 편지지에 일한 시간과 시간당 급여(세금 공제 전)를 기록한 고용주로부터의 편지
<p>자영업자 소득 (자영업자인 경우)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 최신 연방세금보고서 (반드시 본인 서명이 있어야 함)
<p>혜택 수당 (사회보장, 재향군인, 산재보상, 실직수당, 연금, 은퇴기금, SSI, 위자료)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 최신 혜택 수여 편지, 또는 - 혜택 내역서, 또는 - 보관용 수표
<p>임대 소득</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 임대차계약서 사본이나 임대 금액을 보여주는 합의서, 또는 - 본인이 직접 작성한 연간 임대료 수입액이 적힌 편지
<p>이자, 배당금, 또는 연금</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 최신 연방세금보고서, 또는 - 매 지불금의 금액과 횟수 그리고 현재까지 지불된 금년도 총액을 나타내는 금융기관의 내역서

만약 소득이 없으시면	<ul style="list-style-type: none"> - 귀하께 경제적 후원을 해주는 사람의 편지, 혹은 - 만약 경제적 후원을 해주는 사람이 없으시면, 본인의 서명과 날짜를 포함하는 자신의 현재 재정 상태를 설명하는 편지를 발송
--------------------	--

재정 지원 프로그램 신청서 (Application for Financial Assistance Programs)



Yale New Haven Health는 대부분의 재정 지원 프로그램을 위해 같은 신청서를 사용합니다. 본 신청서를 작성하시면 무료 진료, 할인 진료, 그리고 침대 기금 프로그램의 고려 대상이 됩니다. 재정 지원을 신청하는 방법은, 2 페이지를 참고하시기 바랍니다. 본 신청서에 대해 질문이 있으시면 1-855-547-4584 에 연락 주시기 바랍니다.

1. 환자 정보:

성 _____ 이름 _____

거리 주소 _____

생년월일 _____

도시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

전화번호 _____

임신중이시라면, 출산 예정일은 언제입니까? _____

의무기록 번호 (가능하신 경우) _____

거주 상태: 미국 시민 미국 거주 비자(학생, 취업, 방문) 미국 시민 아님

2. 가족 정보: 배우자 와/또는 같이 살고 있는 부양 자녀 정보를 기입하시기 바랍니다. 결혼하지 않은 파트너는 포함하지 마시기 바랍니다. 만약 칸이 더 필요하시면, 별도의 서류를 첨부해 주시기 바랍니다.

가족 이름	신청인과의 관계	생년월일

3. 소득 정보:

본인과 배우자의 소득 정보를 반드시 제공하셔야 합니다. 모든 수입원을 다 포함하셔 합니다. 수입원은 다음 것들을 포함할 수 있으나 이에 국한하지 않습니다: 급여/월급, 위자료, 소셜 시큐리티, 실직 수당, 임대 수입, 산재 보상금, 그리고 자녀 양육비. 만약 소득이 없으시면, 신청서에 후원에 관한 편지를 첨부하세요. (2 페이지의 설명 참고)

가족 이름	수입원	세금 공제 전 액수	무직 / 소득 없음
		\$ _____ <input type="checkbox"/> 주 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 월	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> 주 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 월	<input type="checkbox"/>

4. 의료 보험:

메디케어나 메디케이드 또는 외국 보험을 포함해서 보험 혜택을 받고 있는 의료보험이 있습니까?

예 아니오

만일 답이 예이면, 보험카드의 앞과 뒷면을 복사해서 이 신청서에 첨부하시든지 또는 아래에 기입하십시오:

보험 계약자:	보험회사:	보험증권 번호:
보험 계약자:	보험회사:	보험증권 번호:

5. 서명하시기 전 자세히 읽어보시기 바랍니다:

아래에 서명함으로써, 본인은 본 신청서와 첨부 문서의 내용이 진실됨을 이에 증명합니다.

- 본 서류 양식에 기재된 부정확, 불완전, 또는 허위인 정보는 본인의 재정 지원 신청이 거부되는 결과를 초래할 수 있음을 이해합니다.
- 본인은 Yale New Haven Health 가 모든 정보를 확인하는 것을 허락합니다.
- 본인은 Yale New Haven Health 가 본인의 신용 정보 조회를 하는 것을 허락합니다.
- 본인은 본 신청서의 혜택 범위에 속하는 서비스로 인하여 소송 배상금을 포함하는 그 어떤 지급을 받을 경우 본인의 재정 지원 전액을 반환할 것에 동의합니다.
- 본인은 재정 지원 수혜 자격에 변화를 줄 수 있는 그 어떤 변경사항이라도 Yale New Haven Health 에 알릴 것에 동의합니다.
- 본인은 재정 지원 신청과 관련하여, 본인의 자격 판단을 위해 Yale New Haven Health 가 (HIPAA 개인정보 규정, 42 CFR Parts 160부터 164 까지에서 정의된 용어로서의) 보호된 건강정보를 공개할 수도 있음을 이해합니다.
- 본인은 그러한 공개가 HIPAA 개인정보 규정에서 정의된 대로, 지불 목적을 위한 것임을 이해합니다.

신청인 또는 법적 후견인의 서명

날짜

신청인 또는 법적 후견인의 활자체 이름

귀하께서 메디케이드 신청에 대한 유효한 서면 승인서와 소득 증명서 또는, 귀하의 재정
후원 신청에 관한 편지를 신청서에 첨부하시는 것을 꼭 기억하시기 바랍니다.

작성 완료된 신청서는 아래 주소로 발송:

Yale New Haven Health
SBO, Attn: Financial Assistance
PO BOX 1403,
New Haven, CT 06505