

Houston Methodist(휴스턴 감리교 병원: HM) 정책 FI49

제목: 재정지원	발효일자: 2016년 1월 1일
적용대상: Houston Methodist Hospitals(휴스턴 감리교 병원: HM)	개정/검토일자 2020년 1월 1일
출처: 수익주기협의회	목표검토일자: 2023년 1월 1일

I. 정책

휴스턴 감리교 병원(Houston Methodist: HM)에서는 건강관리 필요성은 있으나, 여기에 정의한 바와 같이 응급 의료 서비스를 포함하여 개인적인 재정상황에 따라, 필수 의료 서비스에 대한 지불능력이 달리 없는 사람들을 대상으로 하는 재정지원의 제공에 전념하고 있습니다. 고품질의 비용절감효과가 있는 의료 서비스의 제공하려는 HM의 목표에 부합하므로, HM은 빈곤층이 필요한 건강관리 서비스를 받지 못하는 경우가 없도록 힘을 쓰고 있습니다. HM은 환자의 의료비용 지불능력에 상관없이 응급의 의학적 문제(질병)에 대한 차별 없는 의료 서비스를 제공할 것입니다.

이 정책은 재정지원의 신청방법, 적격성 기준, 승인과정, 청구금액의 산출기준, 통지 및 포스팅 요건, 미수금에 대한 회수 절차, 본 정책(부록 C)에 해당/해당되지 않는 의료 서비스 제공자의 목록을 담고 있으며, 또한 이 정책의 쉬운 언어 요약문도 제공합니다(부록 A).

재정지원은 개인 부담금에 대한 대체안으로 고려되지 않습니다. 환자들은 지불능력에 따라 자신들의 의료비용 부담에 기여할 것으로 기대하며, 재정지원을 얻기 위한 재정지원 절차를 준수합니다. 건강보험에 가입할 재정능력이 되는 개인은 건강관리 서비스를 이용할 수 있는 기회를 제공하는 수단으로서 이와 같이 하도록 권장합니다. Houston Methodist Global 환자로서의 자격이 될 환자들은 이 정책에서 제외됩니다.

선량한 재정의 청지기 직분에 부합하고 HM으로 하여금 최대 다수 빈곤층의 건강관리 서비스 제공이 가능하도록 HM 이사회에서는 환자구호를 제공하기 위한 다음의 가이드라인을 수립해 왔습니다.

II. 정의

- 재정지원(Financial Assistance): HM 병원에서 재정지원 승인을 얻은 환자에게 제공하는 무료 또는 할인된 건강관리 서비스
- 경제적 극빈자의 경우: 가족소득이 연방 빈곤 지수(FPL)의 200% 이하인 환자.
- 의료적으로 열악한 경우:

- 경계점 #1 - 가족소득이 연방 빈곤 지수(FPL)의 201% - 500% 사이 구간인 경우.
- 경계점 #2 - 가족소득이 연방 빈곤 지수(FPL)의 500%를 초과하고 계정 지불잔액이 가족소득의 10%를 초과한 경우.
- Presumptive Charity(추정 자선 의료지원): Financial Assistance Application(재정지원신청서: FAA)가 완전히 작성되지 않는 경우, HM에서는 재정지원 적격성(즉, 전자식 평점 모델)을 얻기 위해 독립적인 제 3자 지급인을 활용하여 비보험환자들을 일상적으로 검진할 예정입니다. 본 검진에서 제공하는 정보에는 예상 수입 및 가족구성원 수가 들어갑니다.
- Federal Poverty Level(연방 빈곤 지수: FPL): 어느 개인이 빈곤의 경계에 처한 것으로 간주하는 수입 수준. 본 수입 수준은 가족 단위의 크기별로 달라집니다. 빈곤 기준은 United States Department of Health and Human Services(미국 보건복지부: HHS)에서 매년 업데이트하여 Federal Register(미연방 관보)에 발표됩니다. 이와 같이 발표된 지침에 나타난 빈곤 기준은 총소득에 해당됩니다.
- 계정 지불잔액: 제 3자 지원 일체를 신청한 후의 미지불액.
- 가족: 미 인구조사국의 정의를 이용하여 함께 거주하고 출생, 결혼, 또는 입양으로 친족관계가 된 2인 이상의 단체. 미 국세청(IRS) 규칙에 따르면, 환자가 소득세 신고서에서 누군가를 피부양인으로 주장할 경우, 재정지원 결정목적을 위해 피부양인으로 간주될 수 있습니다.
- Family income(가족소득): 가족소득은 세전 기준으로 미 인구조사국 정의를 이용해 결정하되, 연방 빈곤 기준선(FPL)을 산출할 때 다음의 소득을 이용합니다:
 - 수입, 실업급여, 종업원 상해보험, 사회보장, 생활보조금(SSD), 공적 부조, 퇴역군인 연금, 유가족 연금, 연금 또는 퇴직급여, 이자 및 배당금(자본 손익 제외), 렌트비, 로열티, 재산소득, 신탁, 교육지원, 이혼수당(위자료), 자녀양육비, 가구 외부 지원금, 및 기타 제반 수입원
 - 비현금 혜택(식품 구입권 및 주택보조금과 같은)은 산입하지 않음
 - 가족과 함께 거주할 경우, 전체 가족의 소득을 포함합니다. 동거인과 같은 비친척은 산입하지 않습니다.
- Houston Methodist Global: 다음 환자들에게 의료 서비스를 제공하는 Houston Methodist의 법인:
 - 해외 시민권자,
 - 유효한 여권의 소지자,
 - 해외에 영구거주하는 미국 은퇴자, 또는
 - 1년에 6개월 이상을 해외에서 근무하는 미국 시민권자.
- 부담금 총액(Gross Charges): 지불금, 약정상 조정 또는 할인 적용 전의 서비스에 대한 부담금
- 일반 청구액(AGB) 퍼센티지: HM 병원이 필수 의료행위 또는 응급 서비스에 대하여 Medicare 및 민간 보험회사로부터 수령하는 평균 지불액 퍼센티지(부록 B 참고). AGB 퍼센티지는 각 HM

병원에 대하여 전년도에 처리된 청구건들을 포함하는 특백 방식을 활용해 매년 12 월 31 일로부터 120 일 이내에 산출합니다.

- Emergency Medical Conditions(응급의 의학적 문제(질병)): Social Security Act(사회보장법) (42 U.S.C. 1395dd) 섹션 1867 에 규정되어 있는 바에 따라 정의함.
- Medically necessary(필수 의료행위): Medicare 의 정의와 같음(질병이나 부상의 진단 또는 치료에 타당하며 필요한 서비스 또는 항목).

III. 절차

A. **적격성 기준:** 가족소득에 기초한 재정지원을 요구하는 대상자들은 재정지원신청서(FAA)를 작성해야 합니다. 재정지원 수혜자격은 다음과 같이 자격이 되는 부모에 대하여 고려됩니다:

1. 이 정책의 기준에 의하여 결정된 바와 같이 재정적 극빈자의 경우,
2. 이 정책의 기준에 의하여 결정된 바와 같이 의료적으로 열악한 경우,
3. 본 정책의 기준에 의거하여 추정 수혜자격을 갖춘 자.

B. **수혜자격이 되는 서비스:** 다음의 건강관리 서비스들은 재정지원에 적격입니다:

1. 응급실 환경에서 제공된 응급 필수 의료 서비스,
2. 신속하게 치료되지 않을 경우, 개인 건강상태의 불리한 변화(역전)로 이어질 건강이상에 대한 서비스,
3. 비응급실 환경에서 생명을 위협하는 환경에 대한 대응으로 제공된 비선택적 서비스, 및
4. HM 의 재량으로 사례별 평가를 받은 필수 의료 서비스.

C. **수혜자격 프로세스:** 적격성 처리과정 재정상 필요분은 다음 항목들을 포함할 수도 있는 개인 심사과정에 따라 결정될 것입니다:

1. Presumptive Eligibility(추정 수급자격: PE): 특정한 경우에는 작성된 FAA 가 없이 재정지원을 결정하는 데 적절한 정보가 있을 수 있습니다. 추정에 의한 재정지원은 각 서비스 일자에 대하여 평가나 재평가될 예정입니다. HM 이 추정에 의한 재정지원을 결정하는 데 사용할 수 있는 몇 가지 공급원의 실례는 다음과 같습니다:
 - a) 노숙자 또는 노숙자 클리닉에서 의료 서비스 받음
 - b) 저소득층 여성, 유아, 및 아동을 위한 식량 및 영양지원 프로그램(WIC)에 대한 참가
 - c) 식품 구입권(푸드 스탬프) 적격성
 - d) 저소득층/저가 임대주택이 유효한 주소로 제공됨

- e) 환자가 확인된 부동산 없이 사망함
- f) Community Scholars Program(지역사회 연구원 프로그램) 또는 제 3 자 제공업체(예: 기존의 재정지원 프로그램에 따라 환자들이 지역사회 의뢰를 받을 것으로 추정된 수급자격의 가능성)의 기타 승인된 프로그램 수용, 그리고 환자들은 재정적 극빈자 할인에 대한 수혜자격이 될 것입니다.
- g) Medicare 를 통한 1 차 보험 보장 및 Medicaid 를 통한 2 차 보험 보장에 모두 이중 수혜자인 환자,
- h) 투병기간이나 소진한 급여혜택으로 인해 Medicaid 에서 청구를 거부한 Medicaid 수급자인 환자, 및
- i) 제 3 자 전자식 평점 모델(즉, Experian(익스피리언)).
 - 전자식 평점 모델(ESM). 환자가 FAA 를 작성하지 않거나 재정지원 수급자격 결정에 필요한 증빙자료를 제공하지 않을 경우, 해당 계정은 가족소득 및 가구내의 가족 수에 기초하여 평점을 박탈하는 ESM 을 이용해 가려낼 수도 있습니다. ESM 평점이 해당 계정의 재정지원 적격성을 가리킬 경우, 할인이 적용될 것입니다.

2. FAA(FAA - 부록 D) 작성으로 완결하는 신청 프로세스.

D. 재정지원의 신청방법

1. 재정지원을 신청하려면, 환자는 아래와 같이 Financial Assistance Application(재정지원신청서: FAA)를 무료로 구할 수 있습니다:
 - a. 의료 서비스 제공 전 또는 그 시점에 재정 상담사와 논의함,
 - b. HM 의 웹사이트 www.HoustonMethodist.org/Billing 에서 다운로드함,
 - c. HM 의 집중형 영업사무소로 월-금요일 7:00 a.m. - 7:00 p.m., 토요일 8:00 a.m. - 12:00 p.m.까지 사이에 전화 832-667-5900 번 또는 무료 전화 877-493-3228 번으로 연락하거나,
 - d. 우편주소:

Houston Methodist(휴스턴 감리교 병원: HM)
 Centralized Business Office(집중형 영업사무소)
 Attn(앞): Financial Assistance Unit(재정지원 담당과)
 701 S. Fry Road
 Katy, TX 77450
2. 일단 환자가 FAA 를 입수하면, 해당 양식은 완전하게 작성해야 하며, 필요한 증빙자료는 수집해 첨부하고, 모든 문건은 다음과 같은 방식으로 제출해야 합니다:

a. 우편주소:

Houston Methodist(휴스턴 감리교 병원: HM)
Centralized Business Office(집중형 영업사무소)
Attn(앞): Financial Assistance Unit(재정지원 담당과)
701 S. Fry Road
Katy, TX 77450

b. Patient Access(환자접근) 팀에 직접 가서 제출합니다. 아니면,

c. 832-667-5995 번으로 팩스합니다.

3. 재정지원 신청 및 재정상 필요분의 결정이 비응급의 필수 의료 서비스의 제공에 앞서 일어나면 좋으나 요구사항은 아닙니다. 그러나, 결정은 언제든 내려질 수 있습니다. 최종 재정평가가 1 년 이상 이전에 완료된 경우, 또는 환자의 재정지원에 대한 적격성과 관련된 추가 정보가 언제라도 알려질 경우, 재정지원의 필요성은 각 차후 서비스에 대하여 업데이트됩니다.

4. 인간 존엄성 및 청지기 의식에 대한 HM 의 가치는 신청 및 승인과정에 반영될 것입니다. 재정지원 신청은 신속하게 처리되며 HM 은 FAA 를 수령한 지 30 일 이내에 서면으로 환자 또는 신청인에게 통지할 예정입니다. 작성된 FAA 및 이 정책의 기타 조항에 기초하여 재정지원은 승인 또는 거부될 것입니다(예: 이하 참고). 추정 검진의 경우, 승인 또는 거부에 상관없이 환자에게는 서면 통지서가 발급되지 않습니다.

a. 거부 결정: 이의제기는 본 공문에 열거된 특정 거부 사유에 대한 추가하거나 명확히 해명하는 정보를 제공하는 것으로 고려할 것입니다. 이의제기는 전화, 팩스 및 우편으로 접수합니다.

E. **청구액:** 본 정책에 따라 일단 진료의 수급자격이 확인되면, 잔여 계정의 지불잔액 일체는 아래에 열거한 환자에게로 청구될 것입니다.

1. 재정적 극빈자는 총 지불액의 100% 할인이 주어지고, 환자에게는 청구되지 않으며, 해당 할인건은 재정지원으로 분류됩니다.

2. 의료적으로 열악한 환자의 경계점 #1 은 총 연간 가족소득 또는 AGB 퍼센티지의 5% 미만으로 청구됩니다.

3. 의료적으로 열악한 환자의 경계점 #2 는 총 연간 가족소득 또는 AGB 퍼센티지의 5% 미만으로 청구됩니다.

F. **체납 시의 회수 조치:** 환자가 청구액(위의 섹션 III, E)을 지불하지 않는 경우, HM 관리부서에서는 자체로 수립한 회수정책을 따르게 되며, 여기에는 연납 옵션도 포함됩니다. HM 은 결코 급여 압류(차압), 주요 주거에 대한 사적인 선취특권(유치권), 신용조회기관 통보 또는 기타 법적 조치와 같은 비정상적인 회수조치를 취하지 않습니다. HM 의 회수정책 사본은 섹션 III, D.1 에 수록된 조치들 가운데 하나를 거쳐 무료로 입수할 수 있습니다.

G. **재정지원 통지 및 공고 요건:** 재정지원에 관한 통지는 여러 가지 수단으로 이루어지며, 이에 국한되지는 않으나 다음과 같은 수단들이 포함될 수 있습니다: 환자 청구서, 응급실 및 긴급의료센터, 입원상태 양식, 입원 및 등록 부서, 및 기타 HM 에서 택할 수 있으므로 기타 공공 장소에 통지내용의 제공. HM 은 또한 이 재정지원 정책의 요약본을 병원 웹사이트, 환자가 접근, 이용하는 장소에 비치하는 브로셔 및 HM 이 활동하는 커뮤니티 내의 기타 장소에 공개하고 널리 홍보할 수도 있습니다. 이와 같은 통지 및 요약 정보는 HM 이 서비스를 제공하는 대상 주민집단이 사용하는 주요 언어로 다양하게 제공될 것입니다. 재정지원에 대한 환자의 의뢰는 HM 의 직원 또는 의료진 누구나 가능합니다. 재정지원 신청은 환자 또는 그 가족, 가까운 친구, 또는 환자의 동료가 할 수도 있으며 해당 개인정보보호법의 적용을 받습니다.

H. **규제 요건:** 본 정책을 실행하는 과정에서 HM 은 본 정책에 관련하여 수행하는 활동에 적용되는 연방, 주, 및 지역 법, 규칙, 및 규정을 준수할 것입니다.

I. **권위 있는 참고자료:**

1. 2010 년도 제정 미 환자보호 및 의료비용 합리화법(오바마케어: PPACA),
2. 미 세법(IRC) 섹션 501(r) (4)-(r)(6),
3. 연납 옵션 정책(FI86), 및
4. 회수정책(FI85).

IV. 절차 및 적절한 일자의 검토를 검토 또는 승인하는 협의회 또는 위원회

수익주기협의회 권장사항

Houston Methodist(휴스턴 감리교 병원: HM) 이사회 승인사항

V. **승인 임원의 성명** Marc L. Boom, M.D.

직함: 사장 겸 최고경영책임자(CEO)

최고행정책임자(CAO) 인가사항:

(파일상 원래 서명)

M. Boom

사장

최고경영책임자(CEO)

Houston Methodist(휴스턴 감리교 병원: HM)

일자

부록 A

쉬운 언어 요약본

Houston Methodist(휴스턴 감리교 병원: HM)의 Financial Assistance Policy(재정지원정책)

Houston Methodist 은 비보험, 일부 보험만 적용되는 경우, 정부 프로그램에 무자격자, 그렇지 않더라도 응급 사례이면서 개인적인 재정상황으로 인해 필수 의료 서비스에 대하여 지불능력이 없는 사람들을 대상으로 하는 자선(구호) 의료 제공에 전념하고 있습니다.

가족소득이 연방 빈곤 기준선(FPL)의 200% 이하인 환자들은 무료 혜택을 받을 자격이 되며, 가족소득이 FPL 200%를 초과하지만 500% 이상은 아닌 경우는 할인가액으로 서비스를 받을 자격이 됩니다. 이 할인요율은 Houston Methodist 가 민간보험, 및 Medicare 로부터 받을 평균 금액을 초과하지 않기 위한 선이며, 가입자우선부담금(공제금액), 본인부담금, 및 공동보험 일체를 포함합니다. 가족소득이 FPL 의 500%를 초과하는 환자들은 할인 서비스의 수혜자격이 될 가능성이 있습니다.

귀하는 응급 및 필수 의료 서비스에 대하여 의료 서비스 전의 선지불 또는 지불약정이 필요하지 않습니다. 단, 할인금액을 지불해야 할 경우, 그리고 의료 서비스가 제공된 후 할인액 전액을 지불할 수 없을 경우, Houston Methodist 는 이 할인금액에 대한 회수를 시도할 것입니다. Houston Methodist 는 귀하의 지불을 요구하는 월별 청구서를 보낼 것입니다. 해당 할인금액을 일시불로 지불할 수 없는 경우, Houston Methodist 는 무이자 연납 옵션을 제공합니다. 미지불 상태로 남아 있는 할인금액 일체는 제 3 자 미수금 회수 대행사에게 의뢰되어 추가로 회수를 시도하게 됩니다. 제 3 자 미수금 회수활동에는 개인자산에 대한 선취특권(유치권), 법적 조치나 신용조회기관 통지가 포함되지 않습니다.

Houston Methodist 의 재정지원정책, 재정지원 신청서 양식 및 회수정책의 무료 사본은 Houston Methodist 의 웹사이트 www.houstonmethodist.org/billing 에 실려 있으며, 본원의 입원 및 등록처에서도 이용이 가능합니다. 집중형 영업사무소(국내) 전화 832-667-5900, (무료 전화) 877-493-3228 번을 이용하거나 우편을 통해서도 신청이 가능합니다:

Houston Methodist(휴스턴 감리교 병원: HM)
Centralized Business Office(집중형 영업사무소)
Attn(앞): Financial Assistance Unit(재정지원 담당과)
701 S. Fry Road
Katy, TX 77450

이 쉬운 언어 요약본, 재정지원정책, 재정지원 신청서 및 회수정책은 위에 수록한 연락처에서 다양한 언어로 이용할 수 있습니다.

Houston Methodist 의 재정지원 담당과는 질의응답, 재정지원정책에 관한 정보의 제공, 및 신청과정에서 지원활동을 위해 여러분을 기다리고 있습니다. 재정지원 담당과는 월-금요일 7:00 a.m. - 7:00 p.m. 및 토요일 8:00 a.m. - 12:00 p.m.까지 사이에 전화 877-493-3228 번을 통해 이용하시기 바랍니다.

일단 재정지원신청서 양식을 작성하면, 필요한 증빙서류 일체를 첨부하고 위에 실린 주소를 확인하여 재정지원 담당과로 우송하거나, 832-667-5995 번을 이용해 재정지원 담당과 앞으로 팩스합니다.

표본

일반청구액(AGB) 산출 워크시트

일반청구액 퍼센티지의 연간 산출
Houston Methodist Hospitals(휴스톤 감리교 병원: HM)

관련 측정기간: 2019 년 1 월 1 일 - 2019 년 12 월 31 일

A	관련 기간 동안 지불한 청구건의 Medicare 진료행위별 수가제(Fee-for-Service) 허용액	\$
B	관련 기간 동안 지불한 청구건의 민간보험 허용액	\$
C	관련 기간 동안 A 및 B 에 수록된 청구건에 대해 환자가 지불한 공동(본인)분담금, 공동보험, 및 가입자우선부담금(공제액)	\$
D	총보험 허용액 및 환자지불액(위의 A+B+C)	\$
E	위의 D 에서 제공한 의료 서비스에 대하여 병원비 총액	\$
F	병원 고유의 일반청구액(AGB) 퍼센티지 (D/E)	%

각 Houston Methodist(HM) 병원의 현행 일반청구액(AGB) 퍼센티지 목록이 필요할 경우, 섹션 III D.1 에 수록된 개인 전원에게 연락하시기 바랍니다. 이 정보는 귀하에게 무료로 제공될 것입니다.

각 기업실체에 대한 AGB 산출에 필요한 반면, HM 에서는 가장 낮은 기업실체의 AGB 를 어림잡아 적용합니다.

부록 C

본 정책의 적용을 받는/받지 않는 의료 서비스 제공자 목록

의료기관/단체/개업의	보장급여 여부 예/아니오
Houston Methodist Hospital(휴스턴 감리교 병원: HM)	예
Houston Methodist Sugar Land Hospital(HM 슈거랜드 병원)	예
Houston Methodist Willowbrook Hospital(HM 윌로브룩 병원)	예
Houston Methodist West Hospital(HM 웨스트 병원)	예
Houston Methodist Baytown Hospital(HM 베이타운 병원)	예
Houston Methodist Clear Lake Hospital(HM 클리어레이크 병원)	예
Houston Methodist Continuing Care Hospital(HM 지속치료병원(CCH))	예
Houston Methodist The Woodlands Hospital(HM 더 우드랜즈 병원)	예
Houston Methodist Imaging Center(HM 영상 센터): Cinco Rand	예
Houston Methodist Imaging Center(HM 영상 센터): Cypress	예
Houston Methodist Imaging Center(HM 영상 센터): Kirby	예
Houston Methodist Imaging Center(HM 영상 센터): Pearland	예
Houston Methodist Imaging Center(HM 영상 센터): Sienna Plantation	예
Houston Methodist Imaging Center(HM 영상 센터): Spring	예
Houston Methodist Imaging Center(HM 영상 센터): Spring Brandi	예
Houston Methodist Imaging Center(HM 영상 센터): The Woodlands	예
Houston Methodist Imaging Center(HM 영상 센터): Voss	예
Houston Methodist Emergency Center(HM 응급 센터): Cinco Randi	예
Houston Methodist Emergency Center(HM 응급 센터): Cypress	예
Houston Methodist Emergency Center(HM 응급 센터): Kirby	예
Houston Methodist Emergency Center(HM 응급 센터): Pearland	예
Houston Methodist Emergency Center(HM 응급 센터): Sienna Plantation	예
Houston Methodist Emergency Center(HM 응급 센터): Spring	예
Houston Methodist Emergency Center(HM 응급 센터): The Woodlands	예
Houston Methodist Emergency Center(HM 응급 센터): Voss	예
Houston Methodist Primary Care Group(HM 1 차 의료 그룹)	아니오
Houston Methodist Specialty Physician Group(HM 전문의 그룹)	아니오
Non-Houston Methodist Physician Groups(Private MDs)(비 HM 의사 그룹(개인 주치의))	아니오
마취학: US Anesthesia Partners(전미 마취의 협회)	아니오
마취학: Space City Anesthesia	아니오
응급의학과 의사(EP): EmergiGroup Physician Associates	아니오
응급의학과 의사(EP): Kirby Emergency Physicians	아니오
응급의학과 의사(EP): San Jacinto Emergency Physicians	아니오
응급의학과 의사(EP): West Houston Emergency Physicians	아니오
응급의학과 의사(EP): Woodlands Emergency Physicians	아니오
입원환자 전담의: Medical Clinic of Houston, LLP	아니오
입원환자 전담의: Houston Hospitalist Joint Venture	아니오
입원환자 전담의: Houston InPatient Physician Associates	아니오

입원환자 전담의: Medical Center of Houston Physician Consultants, PLLC	아니오
입원환자 전담의: Medical Center Hospitalist Associates, PLLC	아니오
입원환자 전담의: Houston Methodist Academic Hospitalist Group	아니오
입원환자 전담의: UTS	아니오
입원환자 전담의: XpertMD	아니오
입원환자 전담의: TeamHealth	아니오
입원환자 전담의: OB Hospitalist Group	아니오
입원환자 전담의: Questcare Obstetrics, PLLC	아니오
입원환자 전담의: Envision OB/Gyn Hospitalist	아니오
입원환자 전담의: Vanguard	아니오
영상: MASTOS Imaging Associates	아니오
신생아: Texas Children's Physician Services	아니오
병리학: Methodist Pathology Associates, PLLC	아니오
방사선학: Houston Radiology Associated	아니오

부록 D



재정지원 신청서

지시사항: 아래의 빈 칸 전체를 기입하시기 바랍니다. 어느 항목이 적용대상이 아닐 경우에는 해당사항 없음(N/A)을 써넣으시기 바랍니다. 귀하의 현재 상황에 해당하는 다음 항목들의 사본을 첨부합니다: 1. 연간 누계 소득정보를 반영하는 최근 급여 지불수표 2. 전체 첨부자료 포함한 최근 소득세 신고서 3. 사회보장 수표 또는 자격안내 통지문 또는 직점 입근할 경우의 은행거래내역서 4. 실업수당 통지문 5. 해리스 헬스 시스템(Harris Health System) 골드 카드, 실업상태이거나 수인 및/또는 생활비에 있어서 타인의 피부양인일 경우, 세무신고서에 피부양인으로 오른 경우에는 보증서 및 세무신고서 사본을 첨부하시기 바랍니다. 본 신청서를 작성하면서 문의사항이 있거나 도움이 더 필요하실 경우, 중앙사무소(Centralized Business Office)로 전화 877-493-3228 번을 이용해 월-금 오전 7 시-오후 7 시, 토 오전 8 시-정오까지 연락하시기 바랍니다.

작성된 신청서 및 증빙서류는 환자접근(Patient Access) 팀으로 제출하시거나 (832) 667-5995 번으로 팩스, 그렇지 않으면, 주소 701 S. Fry Road; Katy, TX 77450 휴스톤 갈리코 병원, 중앙사무소 재정지원부서 앞(Houston Methodist, Centralized Business Office; Attn: Financial Assistance Unit)으로 우송하시기 바랍니다.

_____ 환자 성명(정자체로 쓰시기 바랍니다) _____ 사회보장번호의 마지막 4 자리 숫자

_____ 배우자/ 부모/후견인 성명(정자체로 쓰시기 바랍니다) _____ 사회보장번호

_____ 자택 주소 _____

_____ 전화번호 _____ 생년월일 _____ 혼인 여부 _____

_____ 신청 서비스(들): _____

_____ 계정번호: _____ 서비스 일자: _____

_____ 자택에서 거주하는 18 세 미만의 자녀 수: _____ 피부양인 성명

_____ 직계 _____

_____ 계자녀 _____

_____ 비친족 _____

_____ 후견인 대상 _____

_____ 환자 _____ 배우자 /기타 _____

- | | |
|---|---|
| <p>종업원</p> <p><input type="checkbox"/> 풀타임 종업원</p> <p><input type="checkbox"/> 파트타임 종업원</p> <p><input type="checkbox"/> 실업/퇴직/장애인</p> <p><input type="checkbox"/> 직장 복귀 불가능</p> <p><input type="checkbox"/> 주부</p> | <p>고용주</p> <p><input type="checkbox"/> 풀타임 종업원</p> <p><input type="checkbox"/> 파트타임 종업원</p> <p><input type="checkbox"/> 실업/퇴직/장애인</p> <p><input type="checkbox"/> 직장 복귀 불가능</p> <p><input type="checkbox"/> 주부</p> |
|---|---|

_____ 가족소득 총액* \$ _____ /월 (소득증빙자료를 신청서와 함께 발송하시기 바랍니다)

* 연체 급여, 농가 또는 자영업, 공공부조, 사회보장, 실업/종업원 상해보상, 퇴역, 파업 수당, 이혼수당(위자료), 자녀양육, 퇴역군인 분할금, 연금, 배당금 수입, 이자, 임대 부동산, 및 기타 제반 수입원을 포함합니다.

본인은 상기 정보가 본인이 알고 있는 한도 내에서는 사실이며 정확함을 증명하는 바입니다. 위에서 요구한 정보 일체를 제공하지 못할 경우에는 본 프로그램 하의 구제금융 일체의 실격으로 간주될 수 있음을 이해합니다. 이 외에도, 해당되는 경우, 본인은 정부보조금의 신청, 이와 같은 보조금의 획득을 위한 적절한 조치, 및 본인의 신청 결과를 HM 에 알릴 예정입니다. 본인(지회)은 HM 에 동의서를 제출하여 본인(지회)이 작성한 진술서(들)의 확인을 위해 출처를 불문하고 정보를 입수하는 바입니다.

_____ (환자/신청인의 서명) _____ (일자)

개정일자 01-01-2020