

# **Financial Assistance Documents**

## **FH Zephyrhills**

Submit to: Patient Financial Services

7050 Gall Boulevard

Zephyrhills, FL 33541

Phone: 813-615-7848

Fax: 813-615-7357

[www.floridahospital.com/zephyrhills](http://www.floridahospital.com/zephyrhills)

# 청구 비용 지불을 지원 받는 방법

본 정보는 Adventist Health System 시설 또는 소속 의료진들로부터 서비스를 받는 모든 이들을 위한 것입니다. Adventist Health System 시설 목록은 [www.adventisthealthsystem.com](http://www.adventisthealthsystem.com) 에서 확인할 수 있습니다. 신뢰를 기반으로 한 병원 시스템으로서 저희는 제한된 소득으로 인해 서비스 비용 지불에 어려움이 있는 이들을 포함하여 모든 환자에게 의료 서비스를 제공하고 있습니다. 귀하는 재원 기간 또는 대금 청구 과정 중 아무때나 귀하의 병원비 청구서에 대해 도움을 청할 수 있습니다.

## 지원을 받을 자격

귀하가 응급 서비스 또는 의학적으로 필요한 서비스를 받고 있고 민간 보험사 또는 정부 프로그램으로부터 의료비 보장을 받지 못하는 경우, 재정 지원을 받을 자격이 될 수 있습니다. 지원 금액은 연간 소득 및 가족 규모에 따라 결정됩니다. 연간 소득이 현행 연방 빈곤 지표의 200% 이하인 경우, 청구 금액을 지불하지 않아도 될 수 있습니다.

| 2018 연방 빈곤 지표     |             |
|-------------------|-------------|
| 가족 수              | 빈곤 지표의 200% |
| 1                 | \$24,280    |
| 2                 | \$32,920    |
| 추가 1인당 \$8,640 추가 |             |

귀하의 소득이 빈곤 지표를 충족시키지 못하여 전체 청구 금액을 지불해야 하는 경우에도, 청구 금액 일부에 대한 지원을 받을 자격이 될 수도 있습니다. 또한, 신청서 상의 다른 요인들에 근거하여 자격 요건이 충족될 수도 있습니다.

## 지원 신청 방법

청구서에 대해 직접 방문, 우편 또는 전화를 통해 지원을 신청할 수 있습니다. 신청서를 받으려면, 저희 고객 서비스 부서에 전화하거나, 웹사이트를 방문하거나, 저희 병원의 환자 등록 구역으로 오십시오. 전화번호, 웹사이트 및 주소는 저희 웹사이트의 재정 지원 섹션과 본 문서 인쇄 시 첫 페이지에 있습니다. 본 정보는 웹사이트나 환자 등록 구역에서 영어 외 다른 언어로도 받아 보실 수 있습니다.

## 응급 치료 및 의학적으로 필요한 치료

귀하가 청구된 의료비에 대해 지원을 받을 자격이 되는 경우, 응급 치료 또는 의학적으로 필요한 치료를 받을 때 보험으로 보장을 받는 사람들에게 청구되는 금액보다 더 많은 금액이 청구되지 않습니다. 저희는 보험에 가입된 환자가 지불하는 금액 및 보험사가 지불하는 금액을 비교하여 귀하가 지불해야 할 액수를 결정합니다. 구호 정책에 대한 정보는 저희 웹사이트에서 확인할 수 있습니다.

## 증명 서류

저희 재정 지원 프로그램에 참여하고자 하는 경우, 귀하에게는 정보 및 서류 작업을 정해진 기한에 맞춰 제출할 책임이 있습니다. 귀하는 본인의 의료 보험 혜택, 소득, 자산 및 그 외에 저희가 귀하의 신청 적격성 여부를 판단하는 데 도움이 될 기타 항목에 대한 모든 정보를 공유해야 합니다. 제출 서류에는 은행 입출금 내역서, 소득세 양식 및 수표장 부분 쪽지가 포함될 수 있습니다.

## 수금 활동

최초 청구 일자 이후 100 일 이내에 납부되지 않은 청구서는 수금 대행사에 통보될 수 있습니다. 최초 청구 일자 이후 120 일 이내에 납부되지 않은 청구서는 귀하 또는 귀하의 보증인의 신용 기록에 기록될 수 있습니다. 귀하 또는 보증인은 수금 절차 중 언제든지 신청서를 작성하여 귀하의 청구서에 대한 지원을 신청할 수 있습니다.

## 재정 지원 신청서

(별도의 언급이 없는 한 모든 항목을 작성해야 합니다)

FIN: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

|  |  |                            |                                 |                              |
|--|--|----------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| 환자의 성, 이름  | 생년월일                                     | 사회보장번호                     | *가족 구성원 수                       | 최근 12개월 연간 가계 소득<br>\$       |
| 미성년자인 경우, 보증인의 성, 이름                             | 생년월일                                     | 사회보장번호                     | 보증인의 소득원                        |                              |
| 자동차/보트/RV 포함, 가구 내 차량 (연식/제조사/모델)<br><br>(선택 사항) | 당좌예금(체크)/저축예금(세이빙스) 계좌 잔고<br><br>(선택 사항) | 소유 부동산 및 가치<br><br>(선택 사항) | CD/퇴직연금/ 투자계정 잔고<br><br>(선택 사항) | 기타 자산<br><br>(선택 사항)         |
| 환자 주소  |  | 주택 전화번호                    |                                 | 소득이 \$0인 경우, 한 곳에 체크 표시하십시오. |
| 시, 주, 우편번호                                       |  | 대체 전화 번호                   |                                 | 친척과 동거                       |
| 가정 내 21세 미만의 자녀 수: _____                         |  |                            |                                 | 친구와 동거                       |
|  |  |                            |                                 | 퇴직                           |
|  |  |                            |                                 | 실직                           |
|  |  |                            |                                 | 장애인                          |
|  |  |                            |                                 | 노숙자                          |

충분히 읽은 다음 서명하십시오. 본인은 본인이 제공한 정보가 본인이 아는 한 사실이고 정확함을 보증합니다. 본인은 본 병원비 청구서 지불에 대한 지원을 받기 위해, 개별적으로 또는 병원 직원의 도움을 받아 연방, 주, 지방 정부 및 민간 출처를 통해 이용 가능한 모든 지원을 신청합니다. 요청된 정보를 제공하는 데 병원 측 의료진과 협력하지 않으면, 가능한 재정 지원에 대한 신청이 거부될 수도 있음을 알고 있습니다. 이에 의하여, 본인은 Medicaid 프로그램의 공인 대리인이 본인의 Medicaid 신청 상태와 관련된 모든 정보, 그리고 신청이 승인되지 않은 경우 불승인 사유를 병원 측 의료진에게 공개하도록 허가합니다. 본인은 상기 출처로부터 받은 모든 자금을 병원 측 의료진에게 양도합니다. 이 자금은 본 병원비 청구서 지불에 도움을 주기 위해 제공된 것입니다. 본인은 본인의 이익을 위해, 그리고 본인의 직계 가족, 공인 대리인, 의사, 카운슬러(성직자 포함) 및 변호사를 위해, 병원 측 의료진이 본인에게 제공한 서비스와 관련된 문제에 대해 본인과 병원 측 의료진 사이에 있었던 모든 서면 정보 교환 및/또는 구두 논의 내용을 극비로 보존 및 관리하는 데에 동의합니다. 본인이 제출한 정보가 신용보고기관을 포함한 병원 측 의료진의 확인을 거쳐야 하며, 연방 및/또는 주 기관 및 요구가 있을 경우 기타 기관에 의해 검토를 받아야 함을 알고 있습니다. 본인은 본인의 고용주가 병원 측 의료진에게 본인의 소득 증명서를 공개하도록 허가합니다. 본인은 본인이 제공한 정보가 사실이 아닌 것으로 입증된 경우, 본인의 병원 측 의료진이 본인의 재정 상태를 재평가하고 어떤 조치든 적절한 조치를 취할 것임을 알고 있습니다. 플로리다 주 법령 s.817.50 (1). 이 주의 병원으로부터 물품, 제품, 상품 또는 서비스를 고의로 횡령 또는 그러한 행위를 시도하는 자는 s.775.082 또는 s.775-083에 언급된 대로 2급 경범죄로 유죄 처벌을 받을 수 있습니다. 지원을 받을 자격이 되려면, 가계 소득을 입증하는 문서가 적어도 한 부 필요합니다. 입증 문서에는 최근 년도의 소득 신고서, 현행 W-2, 공증된 증명 서류 등이 포함될 수 있습니다. 입증 문서가 제공되지 않는 경우 지원 요청이 거부됩니다. 미납금은 추후 징수 조치의 대상이 됩니다.

이 신청서와 관련하여 도움이 필요할 경우 (407) 303-0500번으로 전화하십시오.

신청자 / 보증인 서명 \_\_\_\_\_ 작성 일자 \_\_\_\_\_

\* 가구 내 인원 수를 계산할 때 아래에 해당하는 사람만 포함합니다. 1) 가정 내에 거주하는 혈족, 2) 가정 내에 거주하는 혼인에 의해 맺어진 친척, 3) 가정 내에 거주하는 합법적 입양에 의한 친척.

공무원

|  |                               |                               |                                   |             |               |
|--|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------------|---------------|
| 공무원                                    |                               |                               |                                   |             |               |
| Reason for Service                     |                               | GAI                           | DOS                               | Family Size | Total Charges |
| <input type="checkbox"/> 1.0x          | <input type="checkbox"/> 1.5x | <input type="checkbox"/> 2.0x | <input type="checkbox"/> 25% Rule |             |               |
| \$                                     | \$                            | \$                            | \$                                |             |               |
| Recommendation for account disposition |                               |                               |                                   |             |               |
| Finance Committee Disposition          |                               |                               |                                   |             |               |
| _____                                  |                               | _____                         | _____                             |             |               |
| Manager                                | Date                          | Director                      | Date                              |             |               |

목적

Adventist Health System(AHS)은 서비스 지역 내에 거주하는 이들의 다양한 요구를 충족시키는 동시에 양질의 의료 서비스를 제공함에 있어서 우수성을 위해 매진하고 있습니다. AHS 는 연령, 성별, 지리적 위치, 문화적 배경, 신체적 운동성 또는 지불 능력에 상관 없이 누구나 응급 치료 또는 기타 의학적으로 반드시 필요한 긴급 치료를 이용할 수 있어야 한다는 관점을 고수하고 있습니다. AHS 는 의료 서비스 제공을 위해 노력하고 있으나, 경우에 따라 개인이 자신이 받은 서비스에 대해 재정적으로 지불을 할 수 없게 되기도 한다는 사실을 인정합니다. 본 정책은 내국세입법(Internal Revenue Code) 섹션 501(r)과 그에 따라 발표된 규정들을 준수하기 위한 것이므로, 해당 규정들에 따라 해석 및 적용되어야 합니다. 본 정책은 섹션 501(r) 하의 규정들에 따라 AHS 의 각 의료 시설 이사회에 의해 채택되어 왔습니다.

AHS 는 지불 능력, 재정 지원을 받을 수 있는 자격 요건 또는 제삼자 보험 보장의 이용 가능성에 구애받지 않고 차별 없이 개별 환자에게 응급 치료 또는 기타 의학적으로 반드시 필요한 긴급 치료를 제공합니다. 제삼자 보험 보장을 이용할 수 없는 경우, 재정 지원 용도로 이용 가능하도록 매년 자금 배정이 이루어지고 있습니다. 가능한 곳이라면 어디서든, 가입 전 또는 가입 시점에 재정 카운슬러가 재정 지원에 대한 적격성 결정에 착수할 것입니다. 본 정책에서는 AHS 병원 조직 또는 상당한 관련이 있는 독립체(AHS 병원 조직이 소유 지분을 보유하고 있으며 응급 치료 또는 기타 의학적으로 필요한 치료를 제공하는 파트너 관계)가 개인의 재정적 어려움을 근거로 하여 무료 치료를 제공해야 할 상황들을 밝히고 있습니다.

재정 지원 정책은 응급 서비스 또는 기타 의학적으로 필요한 긴급 서비스를 받은, 자격이 되는 본인 부담 개인 환자 및 자격이 되는 개인 환자이면서 보험금을 제하고도 지불 잔액이 남은 환자에 대해, 재정적 어려움에 근거한 재정 지원 지침을 제공합니다. 재정 지원 정책은 또한 의학적으로 필요한 서비스를 받은 모든 본인 부담 환자에게 청구될 수 있는 금액에 대한 지침도 제공합니다. 재정적 어려움을 근거로 한 재정 지원의 경우, 사례별로 AHS 의료 시설의 자유재량에 의해 결정할 수 있는 경우를 제외하고, 긴급을 요하지 않는 절차에 대해서는 할인이 제공되지 않습니다.

긴급을 요하는 서비스란 즉각적인 치료를 하지 않는 경우 다음과 같은 결과를 초래하는 의학적 상태를 말합니다.

- 해당 개인의 건강이 심각하게 위협한 상태가 됨
- 신체 기능에 심각한 손상을 유발하거나 신체 기관에 심각한 기능 장애를 유발.

정책

본 정의에 의해 보장 대상으로 간주되는 환자 유형에 포함되는 경우는 다음과 같으며, 단, 이들 유형에만 국한하지 않습니다.

- 응급 병동 외래 환자
- 응급 병동 입원 환자
- 이전 응급실 방문과 관련된 IP/OP 추적 진료 환자.

AHS 의료 시설에서 응급 치료 또는 기타 의학적으로 필요한 치료를 제공하지만 AHS 의료 시설 소속이 아닌 모든 의료진 목록에 대해서는 본 정책의 부록을 참조하십시오. 여기에는 본 재정 지원 정책에 의해 보장이 되는 의료진과 그렇지 않은 의료진들이 구체적으로 명시되어 있습니다. 본 정책 부록에 있는 의료진 목록은 AHS 의료 시설 웹사이트에서 온라인으로도 확인할 수 있습니다. AHS 의료 시설의 환자 금융 서비스 부서(Patient Financial Services Department)에서 서류 사본을 무료로 얻을 수 있습니다.

의료진 목록은 분기별로 업데이트되며, 신규 또는 누락 정보, 오류 수정 정보가 추가되고 쓸모 없게 된 정보가 삭제됩니다. 가장 최근 업데이트 날짜는 의료진 목록에 포함됩니다.

AHS 의료 시설에서는 해당 시설에서 응급 치료 또는 의학적으로 필요한 치료를 제공하는 개별 의사, 진료팀 또는 기타 독립체에 대해 병원과의 계약 또는 환자에게 제공한 치료에 대한 청구서 발송에 사용된 이름으로 명부를 작성할 수 있습니다.

- A. 응급 치료 또는 의학적으로 필요한 긴급 치료의 경우, 환자가 다음 상태 중 어느 하나에 해당하면 재정 지원을 고려할 수 있습니다.
1. 이용 가능한 제삼자 보험 보장이 없음.
  2. 환자에게 이미 지원 자격이 있으나(예: Medicaid), 특정 서비스들은 보장되지 않음.
  3. Medicare 또는 Medicaid 혜택을 다 사용했으며, 환자가 더 이상 지불 능력이 없음.
  4. 환자가 보험에 가입되어 있으나, 보험금을 제한 후 지불 잔액과 관련하여 재정적 어려움을 근거로 하여 지원을 받을 자격이 됨.
  5. 환자가 지역 및/또는 주의 구호금 수령 요건을 충족함.
  6. 환자들이 본 정책에 제시된 지침에 따라 재정 지원을 신청할 수 있음.

- B. 재정 지원 정책, 재정 지원 신청서 및 재정 지원 정책을 쉽게 작성한 요약본은 내용이 명료하며 개인들이 이용할 수 있습니다. 이들 문서는 다국어 지원 서비스법(Language Assistance Services Act)에 따라 AHS 서비스 지역에 적절한 언어, 그리고 AHS 의료 시설에서 서비스하는 커뮤니티 구성원의 5%와 개인 1,000 명 중 수가 적은 쪽을 구성하며 영어 구사 능력이 제한적인 집단의 모국어로 작성되며, 치료가 계속되는 동안 어느 시점에서든 제공됩니다(본 정책의 이후 내용에서 상기 기준을 충족시키는 영어 구사 능력이 제한적인 집단을 LEP 특성 집단이라고 표현).
1. 웹사이트: AHS 의료 시설들은 각 웹사이트에 아래 문서의 완전한 최신 버전을 눈에 잘 띄는 곳에 게시할 것입니다.
    - a. 재정 지원 정책(Financial Assistance Policy, FAP)
    - b. 재정 지원 신청서(Financial Assistance Application Form, FAA Form)
    - c. 재정 지원 정책 - 쉽게 작성한 요약본(Plain Language Summary, PLS)
    - d. AHS 시설의 재정 카운슬러 문의처
  2. FAP, FAA 양식 및 PLS 사본은 웹사이트에서 입수할 수 있으며 LEP 특성 집단의 모국어로 된 사본을 구할 수 있는 방법도 웹사이트에 명시되어 있습니다.
  3. 모든 입원 및 등록 구역(응급 병동 포함)을 포함하여 AHS 의료 시설 내 공개적인 장소에 눈에 잘 띄게 안내판이 설치됩니다. 재정 지원 이용 정보를 나타내는 모든 안내판에는 다음 내용들이 포함됩니다.
    - e. FAP, PLS 및 FAA 양식을 구할 수 있는 의료 시설의 웹사이트 주소
    - f. 개인이 FAP, FAA 양식 또는 PLS 사본을 얻거나 FAP, PLS 또는 신청 절차에 대한 자세한 정보를 얻기 위해 전화하거나 방문할 수 있는 전화번호와 물리적 위치(방 번호).
  4. LEP 특성 집단에 속하는 개인이 FAP, FAA 양식 또는 PLS 사본을 구할 수 있는 방법 및 장소에 대한 연락처 정보. 각 AHS 의료 시설은 요청이 있을 경우 무상으로 FAP, FAA 양식 및



PLS 의 서류 사본을 의료 시설 내 공개적인 장소(응급 병동, 모든 입원 및 등록 구역 포함)에서 제공하며, 우편으로도 발송해 드립니다. 이러한 서류 사본은 영어뿐만 아니라 LEF 특성 집단의 모국어로도 이용 가능합니다. PLS 서류 사본은 접수 또는 퇴원 절차의 일부로 환자에게 제공됩니다.

5. 재정 카운슬러 방문: 재정 카운슬러는 본인 부담(self-pay)으로 분류된 AHS 병원에 입원한 모든 개인에게 개인별 재정 상담을 제공하고자 노력할 것입니다. 영어 구사 능력이 제한적인 개인들과의 의미 있는 의사소통을 위해 명시된 바와 같이 통역을 활용할 수 있습니다. 재정 지원 자격 기준 및 할인 정보를 얻을 수 있습니다.
6. PLS 문서의 경우, 재정 지원을 필요로 할 가능성이 높은 커뮤니티 구성원들에게 전달되도록 타당한 계획을 통해 AHS 의료 시설에서 서비스를 제공하는 커뮤니티 구성원들에게 배포되어야 합니다. 저소득 인구의 의료 서비스 요구를 처리하는 커뮤니티 내 단체에 PLS 사본을 배포하는 것이 그러한 예가 될 수 있습니다.

C. AHS 및 서비스를 받는 개인은 제각기 재정 지원 규정과 관련된 일반적인 절차에 대해 책임을 갖습니다.

1. AHS 의 책임:

- a. AHS 는 재정 지원을 받을 수 있는 적격성을 평가하고 결정하기 위한 재정 지원 정책을 보유하고 있습니다.
- b. AHS 는 다수의 참여를 장려하는 방식으로 모든 개인에게 재정 지원의 가용성을 널리 알리고 전달하는 수단을 보유하고 있습니다.
- c. 환자 금융 서비스 및 등록 구역(Patient Financial Services and Registration areas)에서 근무하는 AHS 직원들은 AHS 의 재정 지원 정책을 이해하며, 해당 정책과 관련된 질문을 적절한 병원 대표에게 전달할 수 있습니다.
- d. AHS 는 AHS 를 대신하여 수급하는 제삼자 대리인들과의 모든 계약에, 이들 대리인들이 AHS 재정 지원 정책을 따르도록 규정하는 법적 구속력이 있는 계약서 조항들을 포함하도록 요구합니다.

- e. AHS 의 수익 사이클 관리 부서(Revenue Cycle Department)에서는 재정 지원 제공, 재정 지원을 운영하는 정책/절차, 그리고 비용 청구 및 수금 절차에 대해 조직적인 관리감독을 제공합니다.
- f. 개인의 재정 지원 요청을 접수한 후, AHS 는 타당한 기간 내에 해당 개인에게 적격성 여부에 대한 결정 내용을 통보합니다.
- g. AHS 는 납입 방식에 대해 선택할 수 있는 옵션들을 제공합니다.
- h. AHS 는 AHS 의 결정에 대해 이의를 제기하고 재검토를 요청할 수 있는 개인의 권리를 인정하고 존중합니다.
- i. AHS 는 재정 지원의 제안, 신청 및 제공을 입증하는 문서를 최소 7 년 동안 보존합니다(청구 업무 대행사에게도 보존하도록 요구).
- j. AHS 는 미국 보건복지부(U.S. Department of Health and Human Services)에서 발행한 연방 빈곤 지표에 대한 최신 개정 정보를 주기적으로 검토하고 정책에 통합시킵니다.

2. 개별 환자의 책임

- a. 재정 지원 정책에 의거하여 청구 금액의 100% 삭감이 고려되려면, 해당 개인은 AHS 에 협력하여 Medicare, Medicaid, 제삼자 책임 보험 등과 같은 의료비 지불에 이용할 수 있는 기존의 기타 재원을 신청하는 데 필요한 정보와 서류를 제공해야 합니다.
- b. 재정 지원 정책에 의거하여 청구 금액의 100% 삭감이 고려되려면, 해당 개인은 적격성 여부를 결정하는 데 필요한 재정 정보 및 기타 정보를 AHS 에 제공해야 합니다(여기에는 필수 신청 양식을 작성하고 정보 수집 및 평가 과정에 최대한 협조하는 것도 포함됨)
- c. 재정상의 어려움에 근거해 청구 금액을 100% 삭감 받을 자격이 안 되는 본인 부담 환자의 경우, 해당 치료에 대해 보험에서 보장이 되는 개인에게 일반적으로 청구되는

금액을 초과하지 않도록 청구되며, 병원과 협력하여 합당한 납부 계획을 수립합니다.

- d. 재정상의 어려움에 근거해 청구 금액을 100% 삭감 받을 자격이 안 되는 본인 부담 환자의 경우, 자신의 진료비 청구서에 대한 납부 계획을 이행하기 위해 성실히 노력해야 합니다. 개인은 재정 상태에 변화가 있는 경우 AHS 에 즉시 통보할 책임이 있으며, 그렇게 해야 재정 상태 변화의 영향을 재정 지원 제공, 의료비 청구서 또는 납부 계획 준비 등에 적용되는 재정 지원 정책에 대비하여 평가할 수 있습니다.

D. 재정 지원 적격성 여부 결정 및 재정 지원 신청 절차는 공정하고 일관성 있으며 시기적절해야 합니다.

1. *개인의 재정 지원 수령 자격 가능성 식별.* 재정 지원 요청은 최초의 퇴원 후 대금 청구서(post-discharge billing statement)가 해당 개인에게 우편이나 전자 요금 고지 형태로 발송된 날짜 이후 최장 240 일까지 인정됩니다.

- a. 등록 및 사전 등록 절차를 통해 재정 지원이 필요한 개인들에 대한 식별 과정을 진행시킵니다.
- b. 재정 카운슬러는 모든 본인 부담 입원 환자에 대해 입원 기간 중 또는 퇴원 시점에 만나기 위해 최선의 노력을 다합니다.
- c. AHS 의료 시설의 PLS 는 FAA 양식과 함께 해당 의료 시설에 접수 또는 퇴원 시 모든 개인에게 제공됩니다.
- d. 모든 대금 청구서에는 AHS 의료 시설의 FAP 에 따라 재정 지원 이용 정보에 대해 수취인에게 알리고 다음 내용을 포함하는 눈에 잘 띄는 안내문을 동봉합니다. 1) FAP 및 재정 지원 신청 절차에 대한 정보를 제공할 수 있는 AHS 의료 시설의 사무실 또는 부서 전화 번호, 2) FAP, FAA 양식 및 PLS 사본을 구할 수 있는 웹사이트 주소.
- e. AHS 의료 시설의 FAP 및 FAA 양식과 절차에 대해 도움을 받을 수 있는 방법에 대해 개인에게 구두로 알리기 위한 합당한 시도 또한 이루어집니다.

f. 개인에게는 PLS 사본과 함께 적어도 한 부의 안내문(취할 수 있는 조치에 대한 통보)이 제공됩니다. 이 안내문은 자격이 있는 개인의 경우 재정 지원을 이용할 수 있음을 알리기 위한 문서이며, 병원에서 해당 개인에 대한 불리한 정보를 소비자신용보고기관/신용평가기관에 보고하는 조치를 취할 수 있으며, 해당 개인이 FAA 양식을 제출하지 않았거나 명시된 기한까지 지불해야 할 금액을 납부하지 못한 경우 그 밖의 다른 명시된 특별 징수 조치를 취할 수 있다는 내용이 명시되어 있습니다. 이러한 기한은 최초의 퇴원 후 대금 청구서가 개인에게 발송된 날로부터 120 일 이후여야 합니다. 안내문은 해당 안내문에 명시된 기한보다 적어도 30 일 전에 해당 개인에게 제공되어야 합니다.

2. 재정 지원 요청. 재정 지원 요청은 여러 출처로부터 접수될 수 있습니다(환자, 가족, 커뮤니티 단체, 교회, 수금 대행사, 간병인, 관청 등 포함).

- a. 제삼자로부터 접수된 요청의 경우 재정 카운슬러에게 보내집니다.
- b. 재정 카운슬러는 해당 제삼자와 협력하여 신청 과정 중에 개인에게 도움이 될 이용 가능한 자원들을 제공합니다.
- c. 요청 시, 추정 청구 금액에 대한 설명서를 요청한 개인에게 추정 청구 금액 명세서(estimated charges letter)가 제공됩니다.

3. 적격성 기준

- a. 신청 가능한 청구 금액으로부터 100% 삭감을 받을 자격이 되려면(즉, 본인 부담 환자의 경우 전액 탕감, 그리고 보험금을 제한 후 청구 금액에서 환자 부담분에 대한 전액 탕감), 해당 개인의 가계 소득이 현재 연방 빈곤 지표의 200% 이하여야 합니다. 가계 소득이 현재 연방 빈곤 지표의 200%를 초과하는 본인 부담 환자의 경우, 해당 치료 비용을 보장하는 보험을 가진 개인에게 일반적으로 청구되는 금액 이하로 청구됩니다.
- b. 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 치료에 대해 FAP 자격이 되는 개인에게 청구되는 금액의 경우, 각각의 특정 AHS 병원에서 그러한 치료를 보장하는 보험을 가진 개인들에게 일반적으로 청구되는 금액(AGB)을 기준으로 책정됩니다.

각 AHS 의료 시설에서는 AGB 를 결정할 때, AGB 비율을 결정하고 그 비율을 개인에게 제공된 서비스에 대한 총 청구 금액과 곱하여 정합니다. 모든 AHS 의료 시설은 AGB 결정을 위해 §1.501(r)-5(b)(3)에 명시된 대로 룩백 방법 (look-back method)을 활용합니다. 관련 AHS 병원의 환자 금융 서비스 팀원에게 본 정책의 부속 문서에 나와 있는 전화 번호로 연락하면, 관련 AHS 의료 시설의 AGB 비율과 AGB 비율 결정 방법에 대한 설명이 있는 정보지를 무료로 얻을 수 있습니다.

- c. 의료 서비스에 대한 AHS 의료 시설의 FAP 에 따라, 재정 지원에 대한 자격이 되는 개인에 대한 청구 금액은 해당 치료에 대한 총 청구 금액보다 적습니다.
- d. 200%의 최대 재정 지원 한계점을 시장 특유의 상황(경쟁 및 대민 관계 포함)을 고려하여 확장해야 할 필요가 있는 경우, 해당 독립체의 대표가 Adventist Health System Senior Hospital Finance Group (SHFG) Committee 에 승인을 위해 이의를 제기해야 합니다.
- e. 앞에서 약술한 바와 같이 소득 수준 평가에 더하여, 선택적인 자산 조사(asset means test) 또한 재정 지원 적격성 검토를 위해 적용될 수 있습니다. 자산 조사는 Medicare 환자에게만 의무 사항입니다. 비 Medicare 환자에 대한 자산 조사는 선택 사항입니다. 본 정책의 목적을 위해, 환자 부담 금액은 아래 금액 중 더 큰 값을 초과하지 않는 한도 내에서 환자 몫의 100%입니다. 1) 이용 가능 자산의 칠 퍼센트(7%) 또는 2) 재정 지원 정책에 의거한 필수 납입금. "이용 가능 자산(Available Assets)"이란 현금, 현금 등가물, 그리고 퇴직 연금 투자 대상이 아닌 것으로 정의됩니다.
- f. 개인의 소득을 결정할 때 다음 조건들을 적용합니다.
  - i. 가족 규모 및 소득에는 아래와 같이 해당 가정 내 직계 가족 구성원 및 기타 부양 가족이 모두 포함됩니다.
    1. 성인, 그리고 기혼자의 경우 배우자.
    2. 성인 또는 배우자의 미성년 자녀 또는 입양 자녀.
    3. 법원에 의해 성인 또는 배우자에게 법적 부양

책임이 주어진 미성년자.

4. 50%가 넘는 부양비를 가족에 의존하는 18 세 이상 학생(책임을 지고 있는 성인의 현재 소득 신고서 필요).
  5. 50%가 넘는 부양비를 가족에 의존하는 기타 피부양자(책임을 지고 있는 성인의 현재 소득 신고서 필요).
- g. 소득은 개인재무제표를 사용하거나 신청자의 최근 W-2 양식, 최근 1040 양식, 은행 입출금 내역서 또는 신고 소득을 입증하는 기타 서류 사본을 구하여 증명할 수 있습니다.
- h. 소득 증명 및 이용 가능 자산을 입증하는 서류는 추후 참조를 위해 환자 파일에 보관해야 합니다.
- i. 추가적인 경비, 채무 및 소득 확인을 위해 신용 평가 보고서를 작성하여 해당 개인의 재정 상태를 충분히 파악하는 데 도움을 받을 수 있습니다. 재정 지원 적격성의 정당성 입증을 위해 제삼자 평가 툴(scoring tool)을 사용할 수도 있습니다.
- j. 재정 지원 신청서 양식은 최초의 퇴원 후 대금 청구서가 환자에게 발송된 후 또는 환자의 재정 상태 변화가 확인된 후 최장 240 일 이내에 제출하면 검토 대상이 됩니다. 재정 지원 신청의 경우, 최종 신청 승인일 이후 삼(3) 개월까지 발생한 서비스 일자에 대해서는 반복할 필요가 없습니다.
- k. 추정에 의거한 적격성: 보험에 가입되어 있지 않고 다음 중 한 가지 이상의 항목에 해당되는 개인의 경우, 작성된 재정 지원 신청서가 없어도 가장 관대한 재정 지원을 받을 자격이 있는 것으로 간주될 수 있습니다.
- 개인이 노숙자인 경우
  - 개인이 사망했고, 병원비를 지불할 수 있는 알려진 재산이 없는 경우
  - 개인이 중범죄로 감금된 경우
  - 개인이 현재는 Medicaid 수혜 자격이 되지만, 해당 의료서비스 일 당시에는 해당되지 않았던 경우
  - 개인이 강력범죄피해자보상법(Violent Crimes Victims Compensation Act) 또는 성폭력피해자보상법(Sexual Assault Victims Compensation Act)에 의거하여 지원을

받을 자격을 주로부터 부여받은 경우

- 개인이 **Scorer®** 애플리케이션을 기준으로 지불 위험도 점수가 "D" 또는 "E"에 해당하는 경우. **Scorer** 애플리케이션은 개인을 다양한 경제력 그룹으로 분류하기 위해 고안된 툴입니다. 이 점수는 신용평가기관, 인구 통계 데이터베이스 및 병원별 자료에서 데이터를 통합하여 개인들을 각각의 경제력 범주로 추론 및 분류하는 알고리즘들로 이루어집니다. **Scorer** 애플리케이션을 활용하는 대신, 신용평가기관 점수 또한 병원 재량에 의해 추정에 의거한 적격성 여부를 결정하는 데 사용할 수 있습니다.
- 개인이 최종적으로 재정 지원 신청을 승인 받은 날로부터 직전 3개월 이내에는 언제든지 재정 지원에 대해 자격이 있는 것으로 결정되었던 경우.

본 정책에 따라 재정 지원을 받을 자격이 되는 것으로 추정되는 개인의 경우, 해당 개인이 작성한 재정 지원 신청 양식을 제출한 것처럼 본 섹션 D와 본 정책 전체에 걸쳐 기술되어 있는 동일한 조치가 적용됩니다.

4. 재정 지원 신청 방법

a. **AHS** 재정 지원 신청 양식(**AHS Financial Assistance Application Form**). 재정 지원 신청을 위해서, 개인은 **AHS** 재정 지원 신청 양식을 작성합니다. 해당 개인은 소득 증명 서류를 포함하여 적격성 검증에 필요한 모든 입증 데이터를 제공합니다. 용인되는 서류 양식에 대해서는 **CWF 50.1** 재정 지원 이행 지시사항(**Financial Assistance Implementation Instructions**)을 참조합니다.

b. **AHS** 병원 웹사이트에서, 우편에 의한 무료 사본 신청을 통해, **AHS** 병원의 환자 금융 서비스 부서에 연락하거나, 혹은 **AHS** 병원의 환자 입원/등록 장소에서 직접 사본을 요청하는 방법으로 **AHS** 재정 지원 신청 양식 사본을 입수할 수 있습니다.

c. 작성한 **AHS** 재정 지원 신청 양식은 처리를 위해 환자 금융 서비스 부서에 제출합니다. 소득 및 이용 가능 자산에 대한 입증 서류도 요구됩니다. 뿐만 아니라, **Medicare** 수혜자들은 연방법에 따라 추가 자산 조사를 받아야 합니다. 개인의 전체 재원(가족 소득 수준, 자산(**Medicare** 환자에게 요구되는 대로) 및 기타 관련 정보 포함하되, 이러한 것들에만 국한하지는 않음)을 근거로 한



개인의 적격성 여부 결정을 위한 검토가 완료됩니다.

5. **미납(Non-Payment)의 경우, 취할 수 있는 조치:** 최초의 퇴원 후 대금 청구서가 개인에게 발송된 날짜부터 시작하여 120 일 기간 후, AHS 시설은 소비자신용보고기관 또는 신용평가기관에 개인에게 제공된 치료에 대한 미불 채무를 통보하거나, 특별 징수 조치(ECA)로 간주되는 부채 판매 조치를 이행할 수 있으며(본 정책의 섹션 F.6 참조), 그렇지 않은 경우, 아래의 통보가 해당 개인에게 ECA 를 개시하기 적어도 30 일 전에 제공된 후에만 기타 지정된 ECA 에 관여할 수 있습니다. 1) PLS 와 함께 서면 통보가 개인에게 제공됩니다. 이 서면 통보는 자격이 되는 개인이 재정 지원을 이용할 수 있음을 명시하며 약정된 기한 후에 개시될 수 있는 특정 ECA 또한 명시되어 있습니다(기한이 서면 통보가 제공된 후 30 일 이후라야 함). 2) AHS 의료 시설의 FAP 및 개인이 재무 지원 신청 절차에 도움을 받을 수 있는 방법에 대해 개인에게 구두로 통보하기 위한 합당한 시도가 이루어집니다.

a. **재정 지원 신청서 미제출의 경우:**

재정 지원 신청서가 최초의 퇴원후 대금 청구서 발송일 이후 120 일 이내에 제출되지 않았고 서면 통보 상의 약정 기한이 지난 경우, AHS 시설은 ECA 에 착수할 수 있습니다.

b. **미완성 재정 지원 신청서가 제출된 경우:**

개인이 최초의 퇴원후 대금 청구서 발송일 이후 240 일 동안(신청 기간) 미완성된 재정 지원 신청서를 제출한 경우, AHS 병원은 다음 조치를 취해야 합니다.

i. 모든 ECA 를 일시 중지시킵니다.

- ii. 재정 지원 정책 또는 재정 지원 신청서에 의거하여 적정한 시간 내에 제출해야 하는 필수 추가 정보 및/또는 서류에 대한 설명이 있는 서면 통보를 해당 개인에게 제공합니다. 또한 이 통보서에는 FAP 에 대한 정보를 제공해 줄 수 있는 AHS 의료 시설 사무실이나 부서의 전화 번호 및 물리적 위치를 포함한 연락처 정보가 포함되며, 더불어, 재정 지원 신청 절차에 도움을 줄 수 있는 의료 시설 사무실이나 부서의 연락처 정보, 혹은 AHS 의료 시설이 재정 지원 신청 절차에 도움을 줄 수 없는 경우, 그것을 대신할 수



있는 비영리 단체나 정부 기관 연락처도 포함됩니다.

- iii. iii. 재정 지원 신청서가 앞서 언급된 합당한 기한까지 작성되지 않은 경우, 병원은 ECA 를 개시 또는 재개할 수 있습니다. AHS 의료 시설에서 제공한 개인의 신체적 상해에 대한 치료의 결과로 빚지게 된 잠재적 금액에 상당하는 보험금(자동차, 책임, 생명 및 건강)을 압류할 수 있는 선취특권이 징수 절차와 관련하여 허용됩니다. FAP 자격이 되는 개인에 대해 그 외 다른 개인적 심사나 선취특권은 제기되지 않습니다.

c. *완전한 재정 지원 신청서를 제출한 경우:*

개인이 완전한 재정 지원 신청서를 신청 기간(최초 퇴원 후 대금 청구서가 발송된 후 240 일 이내)에 제출한 경우, AHS 병원은 다음 조치를 취해야 합니다.

- i. 모든 ECA 를 일시 중지시킵니다.
- ii. 완전하게 작성된 AHS 재정 지원 신청서에 대한 심의가 이루어지는 동안 모든 징수 활동을 중단합니다. 재정 지원 절차가 완료될 때까지 징수 활동을 중단하도록 환자의 계정에 관련 정보가 입력됩니다. 해당 계정이 수금 대행사에 넘어가 있는 경우, 수금 대행사에는 결정이 내려질 때까지 징수 활동을 유예하도록 통보됩니다. 이 통보는 해당 계정의 관련 정보에 기록됩니다.
- iii. 개인의 재정 지원 적격성에 대해 결정을 내리고 문서화합니다.
- iv. 해당 개인에게 시기적절하게, 즉, 완전하게 작성된 재정 지원 신청서 접수 후 보통 60 일 이내에 적격성 여부에 대한 결정 결과 및 그러한 결정에 대한 근거를 서면으로 통보합니다.
- v. 해당 개인에게 대금 청구서를 제공합니다(지불 잔액이 \$0 인 대금 청구서의 경우 불필요). 이 청구서는 FAP 적격인 개인으로서 빚진 금액을 나타내며, 해당 치료에 대한 AGB 관련 정보를 얻을 수 있는 방법과 AHS 의료 시설에서 해당 개인이 지불해야 하는 금액을 결정하는 방법에 대한 설명을 포함합니다.
- vi. 초과 납입금이 있는 경우 해당 개인에게 환불합니다.
- vii. 해당 개인에 대해 취해진 모든 ECA 를 취소하기 위해 모든 합리적으로 이용 가능한 조치를 취합니다.
- viii. FAP 부적격으로 결정된 개인에게는 서면 거부 통보를

제공하며, 여기에는 거부 사유와 함께 이의 제기를 위한 절차와 문의처 정보를 포함시킵니다. 개인이 재정 지원 거부 결정에 동의하지 않는 경우, 해당 개인은 거부 통보서를 받은 후 45 일 이내에 서면으로 이의를 제기할 수 있습니다. 이의 제기 시에는 해당 건에 대한 평가에 도움이 될 수 있는 추가 관련 정보를 함께 제출해야 합니다. 거부에 대한 이의 제기 건은 한 달에 한 번씩 재정 지원 위원회(Financial Assistance Committee)에서 검토합니다. 재정 지원 위원회에서 내린 결정은 위원회 검토 후 60 일 이내에 당사자에게 전달되며, 이것은 위원회의 최종 결정을 나타냅니다.

- ix. 완전한 FAA 양식 접수 시, AHS 의료 시설은 해당 개인이 Medicaid 지원 신청서를 제출한 경우, Medicaid 적격성이 결정되는 때까지 FAP 에 따른 해당 개인의 적격성 여부 결정을 미룰 수 있습니다.

E. 환자 금융 서비스의 책임

1. 재정 지원 위원회(Financial Assistance Committee): 환자 금융 서비스를 통해 처리한 재정 지원 신청 개요 및 그 결과로 얻은 권고 사항을 병원의 재정 지원 위원회에서 월 1 회 검토합니다. 재정 지원 위원회는 모든 재정 지원 권고 사항들을 검토하며, 케이스별 검토가 필요한, 결정하기 힘들거나 일반적이지 않은 요청에 대해 집중 검토를 실시합니다.
2. \$10,000 를 초과하는 재정 지원 제공의 경우, 재정 지원 위원회의 승인이 있어야 합니다.
3. 재정 지원 위원회의 검토 및 승인 후, 승인된 재정 지원은 환자 금융 서비스에 의해 해당 개인의 계정에 적용됩니다.
4. 환자 금융 서비스는 개인의 FAP 적격성 여부 및 ECA 와 관련된 병원 측의 조치 이행 여부를 결정하기 위해 병원이 합당한 노력을 했는지를 판단할 책임이 있습니다.
5. 수금 서비스를 위해 AHS 와 계약을 체결한 청구 업무 대행사는 모든 청구 및 수금 문제와 관련하여 본 재정 지원 정책을 따릅니다.
6. 개인의 부채를 다른 당사자에게 판매하는 것(아래에 기술된 바와 같이 비 ECA 판매는 제외)은 ECA 로 간주되며, 위의 섹션 D 에서 요약 설명한 필수 단계가 완료될 때까지 개시되어서는 안 됩니다.

제안된 부채 판매 계약은 관련된 AHS 지역 CFO의 승인을 받아야 하며, 계약 이행 전에 AHS 계약 검토 절차(Contract Review Process)를 따르도록 해야 합니다.

특정 부채 판매의 경우, ECA 로 간주되지 않습니다. 비 ECA 부채 판매의 경우, AHS 의료 시설이 해당 부채 구매자와 법적 구속력이 있는 서면 계약을 체결해야 합니다. 이 계약에는 다음 항목들이 규정되어 있습니다.

- a. 구매자는 어떠한 ECA 에도 관여해서는 안 됩니다.
- b. 구매자가 IRS 설정 비율을 초과하여 부채에 대해 이자를 부과하는 것은 금지되어 있습니다.
- c. 부채는 해당 개인이 FAP 자격이 되는 것으로 결정되면 AHS 의료 시설에서 반환 또는 취소할 수 있습니다.
- d. 부채가 취소 또는 반환되지 않는 경우, 구매자는 해당 개인이 FAP 자격이 되는 개인으로서 직접적인 책임이 있는 것보다 더 많이 지불하지 않도록 보장해야 합니다.

F. 개인별 납부 계획

- 1. AGB 가 청구된 본인 부담 환자의 납부 계획은 개별 환자와는 별도로 수립됩니다. 모든 수금 활동은 채무 징수 관행을 관장하는 연방법 및 주법에 따라 시행됩니다. 해당 개인이 제삼자 금융 대행사에서 부과하는 이자를 부담하는 장기 납입 방식에 참여하기로 자발적인 선택을 한 경우를 제외하고, 납입이 이루어지는 동안에는 계정 잔고에 이자가 붙지 않습니다.
- 2. 개인이 별도로 수립한 납부 계획의 조건을 준수한다면, 징수 조치는 취해지지 않을 것입니다.

G. 기록 관리

- 1. 문서 또는 전자적 형태로 된 기록은 모든 신청서 및 워크시트 사본과 함께 재정 지원 승인 내용을 반영하도록 보존됩니다.
- 2. 처리된 신청서 및 재정 지원 제공과 관련된 요약 정보는 7년 동안 보존됩니다. 요약 정보에는 AHS 에서 재정 지원을 신청한 환자 번호, 재정 지원을 받은 환자 수, 각 환자에게 제공된 재정 지원 금액 및 각 환자에 대한 전체 청구서 등이 포함됩니다.
- 3. 재정 지원 비용은 Community Benefit Report 에 매년 보고됩니다. 재정 지원(Charity Care)의 경우, 가장 최근의 가용 운영비, 그리고 관련 비용 대 청구 금액 비를 사용하여 제공된 치료에 대한

비용(청구 금액이 아님)으로 보고됩니다.

- H. 법률 종속성: 재정 지원 제공은 현재 또는 향후 연방, 주 또는 지방 법률에 종속될 수 있습니다. 해당 법률은 본 정책보다 더 엄격한 요건을 부과하는 수준으로 적용됩니다.