재무 지원 정책 요약

Yale New Haven Health에서는 일부 환자분들이 의료비 납부에 어려움을 겪고 계신다는 점을 알고 있습니다. 이에 따라 도움을 드리기 위해 다양한 재무 지원 프로그램을 마련했습니다. 환자분들은 재무 지원 신청서를 작성하고 재무 지원 필요성을 확인하기 위한 필수 문서를 제출해야 합니다.

무료 의료

무료 의료 자격 대상에 해당하는 경우는 다음과 같습니다:

- 가구 소득이 연방 빈곤 수준 미만이거나 2.5배와 동일한 경우 및
- 재무 지원 신청서를 작성한 경우

할인 의료

할인 의료 자격 대상에 해당하는 경우는 다음과 같습니다:

- 가구 소득이 연방 빈곤 수준 미만이거나 5.5배와 동일한 경우 및
- 보험에 가입하지 않은 경우 및
- 재무 지원 신청서를 작성한 경우

차등제

차등제 자격 대상에 해당하는 경우는 다음과 같습니다:

- 가구 소득이 연방 빈곤 수준 미만이거나 5.5배와 동일한 경우 및
- 보험에 가입하지 않은 경우 및
- 재무 지원 신청서를 작성한 경우

자주 묻는 질문(FAQ)

프로그램 자격 대상이 되기 위한 최대 소득 수준은 얼마입니까?

각 프로그램의 최대 소득 수준의 자세한 정보는 www.ynhhs.org/financialassistance에서 확인할 수 있습니다.

재무 지원에 대한 다른 자격 조건이 있습니까?

소득 자격 조건을 충족하는 것과 더불어 현재 청구서나 예정된 진료가 있어야 하고 시민 또는 미국 거주자여야 합니다.

재무 지원에서 보장되는 부분은 무엇입니까?

당원 재무 진료 프로그램은 Yale New Haven Health의 청구서에 대해서만 응급 및 기타 의학적으로 필요한 진료를 보장합니다. 보장 의료 제공자의 목록 링크는 www.ynhhs.org/financialassistance에서 확인할 수 있습니다.

자격 대상 기간은 어떻게 됩니까?

무료 의료, 할인 의료 또는 차등제에 대해 승인을 받고 나면 신청 승인일로부터 12개월간 자격이 주어집니다.

신청이 승인되었는지는 어떻게 알 수 있습니까?

당원에서 각 신청에 대해 서면으로 답변합니다. 신청이 기각된 경우 언제든 다시 신청할 수 있습니다. 추가적인 무료 병상 기금은 매년 이용할 수 있습니다.

추가적으로 질문이 있을 경우 누구에게 연락해야 합니까?

자세한 정보를 원하거나 재무 지원 정책(Financial Assistance Policy) 및 신청서 사본을 받으시려면, 또는 신청서 작성에 도움이 필요하시면 Patient Financial and Admitting Services에 855-547-4584번으로 연락해 주십시오.

프로그램 추가 상세정보

제한적 병상 기금

제한적 병상 기금은 개인 기금 기준을 충족하는 개인에게 무료 또는 할인 의료를 제공하기 위해 기부됩니다. 기금 지명자가 판단하는 재무 지원 필요성을 증명하고 기금 수령을 위한 모든 자격 기준을 충족한 경우(각 기금에서 서로 다른 기준 적용) 이러한 청구 금액 인하 또는 면제를 위한 기금을 수령할 자격 대상일 수 있습니다. 제한적 병상 기금 수령에는 구체적인 소득 제한이 없습니다. 자격 여부는 재무 관련 어려움에 따라 기금 지명자가 사례별 기준으로 판단합니다. YNHHS 재무 지원 신청서를 작성한 모든 환자는 자동으로 제한적 병상 기금의 고려 대상이 됩니다.

Yale New Haven Hospital 나와 아기(Me & My Baby) 프로그램

이 프로그램은 Yale New Haven Hospital 환자가 이용할 수 있습니다. 다음에 해당하는 자격 대상에게 출산 전 의료와 일부 출산 후 의료를 무료로 제공합니다.

1. New Haven County에 거주하는 경우.
2. 어떠한 건강 보험에도 가입하지 않은 경우.
3. 가구 소득이 연방 빈곤 수준 미만이거나 2.5배와 동일한 경우(최대 소득표 참조).
4. "나와 아기(Me & My Baby)" 신청서를 작성한 경우.

Yale New Haven Hospital 나와 아기(Me & My Baby) 프로그램에 대한 자세한 정보가 필요하거나 신청서를 요청해야 하는 경우 의료 제공자에게 요청하거나 **203-688-2481**번으로 전화해 주십시오.

Greenwich Hospital 외래 환자 클리닉

Greenwich Hospital 외래 환자 클리닉에서는 클리닉 멤버십에 신청하고 승인된 개인에게 무료 또는 할인 의료를 제공합니다. 보험이 없는 경우, 그리고 주 정부 지원(State Assistance (Medicaid))의 자격 대상이 아닌 경우 다음에 해당하면 자격 대상일 수 있습니다:

1. Greenwich 거주민인 경우.
2. 가구 소득이 연방 빈곤 수준 미만이거나 4배와 동일한 경우.

자세한 정보를 원하거나 신청서를 받으시려면 **203-863-3334**번으로 전화해 주십시오.

프로그램에 대한 참고 사항

재무 지원 자격 대상인 환자는 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 진료에 대해 보험이 있는 환자에게 일반적으로 청구되는 금액 이상을 청구받지 않습니다. 재무 지원 정책, 재무 지원 정책 요약과 신청서의 번역본은 영어 능력이 제한적인 일부 사람들이 이용할 수 있습니다.

재무 지원은 어떻게 신청하나요?

재무 지원을 쉽게 신청할 수 있도록 Yale New Haven Health에서는 대부분의 지원 프로그램에 대해 하나의 신청서를 사용합니다. 신청하려면 다음과 같은 단계로 진행하십시오.

1단계: 신청서를 작성하십시오.
모든 질문에 답하고 신청서에 서명과 날짜를 기입하십시오. 질문이 본인의 가구에 해당하지 않는 경우 작성 공란에 "N/A"(해당 없음)를 기재해 주십시오.

2단계: 신청서에 소득 증명 자료를 첨부하십시오. 소득 증명 자료는 신청서 작성 시점에 본인의 가족 소득이 얼마인지 보여주는 문서입니다. 사용할 수 있는 문서의 유형은 오른쪽 표에서 확인하십시오.

3단계: 신청서를 우편으로 발송하거나 직접 방문하여 제출하십시오.
제출 서류는 다음과 같습니다:

1. 작성과 서명 및 날짜 기입을 완료한 신청서
2. 소득 증명 자료

우편:

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

방문:

아래 병원 지점 중 한 곳에 방문해 주십시오.

Bridgeport Hospital
267 Grant Street, Bridgeport, CT

Bridgeport Hospital – Milford Campus
300 Seaside Ave, Milford, CT

Greenwich Hospital
5 Perryridge Road, Greenwich, CT

Lawrence + Memorial Hospital
365 Montauk Avenue, New London, CT

Westerly Hospital
25 Wells Street, Westerly, RI

Yale New Haven Hospital
20 York Street, New Haven, CT

Yale New Haven Hospital – St. Raphael Campus
20 York Street, New Haven, CT

자세한 정보를 원하거나 재무 지원 정책의 무료 사본을 받거나 신청서 작성에 도움이 필요한 경우

전화:
855-547-4584
월요일~금요일 오전 7시 30분~오후 5시

온라인:
www.ynhhs.org/financialassistance

소득 증명 자료로 사용할 수 있는 문서:

가구의 소득 출처가 다음인 경우...	이러한 문서의 사본을 소득 증명으로 첨부할 수 있습니다: (이러한 문서는 6개월이 지나지 않은 문서(더 오래전 날짜일 수 있는 가장 최근 연방 소득 신고서는 제외)여야 합니다.)
급여 (직무에 대한 월급을 받거나 시간제 급여를 받는 경우)	– 가장 최근 급여 명세서 2부, **또는** – 회사 레터헤드가 인쇄되어 있고 본인의 근무 시간과 시간당 급여(세전)를 명시한 고용주의 서신
자영업 소득 (자영업자인 경우)	– 가장 최근 연방 소득 신고서(본인이 서명)
혜택 (사회 보장 연금, 재향 군인, 산재 보상, 실업, 연금, 은퇴 기금, SSI, 위자료)	– 가장 최근 혜택 수혜 서신, **또는** – 혜택 명세서, **또는** – 수표 명세서
임대 소득	– 임대료가 나와 있는 임대차계약서 또는 서면 합의서 사본, **또는** – 연간 수령하는 임대료 금액을 명시한 본인 작성 서신
이자, 배당금 또는 연금 지급액	– 가장 최근 연방 소득 신고서, **또는** – 지급액의 액수와 빈도 및 올해 현재까지 지급한 금액을 명시한 금융 기관 내역서
소득이 없는 경우	– 본인의 상황을 뒷받침하는 개인의 서신, **또는** – 이러한 상황을 뒷받침할 사람이 없는 경우 현재 재무 상황을 설명하는 서명 및 날짜 기입된 서신

재무 지원 프로그램 신청서

Yale New Haven Health에서는 대부분의 재무 지원 프로그램에 대해 하나의 신청서를 사용합니다. 이 신청서를 작성하면 무료 의료, 할인 의료, 차등제 및 병상 기금 프로그램 지원의 고려 대상이 됩니다. 재무 지원 신청 방법 안내는 2페이지를 참조하십시오. 이 신청서에 대해 궁금한 점이 있는 경우 855-547-4584번으로 전화해 주십시오.

Yale NewHaven Health

1. 환자 정보:

성 _____ 이름 _____

거리 주소 _____ 생년월일 _____

시 _____ 주 _____ 우편 번호 _____ 전화번호 _____

의료 기록 번호(있는 경우) _____

2. 가족 정보:

가구에 거주하고 있는 배우자 및/또는 피부양 자녀를 나열하십시오. 결혼하지 않은 파트너는 포함하지 마십시오. 더 많은 공간이 필요한 경우 별도 문서를 첨부하십시오.

가족 구성원 이름	신청인과의 관계	생년월일

3. 소득 정보:

본인 및 배우자에 대한 모든 소득원 정보를 포함해 주십시오. 본인 및 배우자에 대한 소득 정보를 반드시 제출해야 합니다. 소득원에는 급여/월급, 위자료, 사회 보장 연금, 실업 급여, 임대료 소득, 산재 보상 및 양육비 등을 포함하되 이에 국한되지 않습니다. 소득이 없는 경우, 신청서에 이를 뒷받침하는 서신을 첨부하십시오. (2페이지의 안내 참조)

가족 구성원 이름	소득원	세전 소득 금액	실업 / 소득 없음
		$_____ ☐ 주간 ☐ 격주간 ☐ 월간	☐
		$_____ ☐ 주간 ☐ 격주간 ☐ 월간	☐
		$_____ ☐ 주간 ☐ 격주간 ☐ 월간	☐

4. 건강 보험:

Medicare 또는 Medicaid를 비롯한 건강 보험 증권 또는 외국 보험으로 보장을 받고 계십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

예인 경우, 이 신청서에 보험 카드의 앞면과 뒷면 복사본을 첨부하거나 다음을 입력해 주십시오:

보험증권 소유자:	**보험사:**	**증권 번호:**
보험증권 소유자:	**보험사:**	**증권 번호:**

5. 서명하기 전에 주의 깊게 읽어주십시오:

아래에 서명함으로써 본인은 이 신청서와 첨부 서류에 명시한 모든 내용이 진실임을 증명합니다.

- 본인은 이 양식의 부정확하거나 불완전하고 거짓된 모든 정보는 재무 지원 신청서의 거부로 이어질 수 있음을 이해합니다.
- 본인은 Yale New Haven Health에서 모든 정보를 입증할 수 있도록 허가합니다.
- 본인은 Yale New Haven Health에서 본인의 신용 정보를 요청할 수 있도록 허가합니다.
- 본인은 이 신청서에서 보장하는 서비스에 대한 법정 소송으로부터 수여금을 비롯한 어떠한 지급액이라도 수령한다면 재무 지원 수여금의 전액을 상환하는 것에 동의합니다.
- 본인은 재무 지원 자격 여부를 변경할 수 있는 모든 변경 사항을 Yale New Haven Health에 통지할 것에 동의합니다.
- 본인은 재무 지원에 대한 신청서와 관련하여 Yale New Haven Health에서 자격 여부를 판단하기 위해 본인에 대한 보호 대상 건강 정보(HIPAA 개인정보 보호 규칙, 42 CFR 파트 160~164에서 정의한 용어)를 공개해야 할 수도 있음을 이해합니다.
- 본인은 이러한 공개가 모두 HIPAA 개인정보 보호 규칙에서 정의된 지급 목적임을 이해합니다.

_____ _____

신청하는 개인 또는 법적 보호자의 서명 날짜

_____

신청하는 개인 또는 법적 보호자의 정자체 성명

재무 지원 신청서에 소득 증명 자료 또는 본인의 상황을 뒷받침하는 서신을 꼭 첨부해 주십시오.

작성 완료한 신청서 우편 발송:

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