

NATIONWIDE CHILDREN'S HOSPITAL

재정 지원 정책(FAP)에 대해 쉽게 설명한 개요

재정 지원 프로그램

** 본 문서 뒷면의 신청서 참조 **

Nationwide Children's Hospital에서는 재정 지원 프로그램 또는 의료 서비스 보장 프로그램(HCAP)을 받을 자격이 있는 사람에게 기본적이고 의학적 필요에 의한 서비스를 무료 또는 할인가로 제공합니다. 환자는 재정 지원을 고려하기 전에 반드시 해당 지역의 소속 부서와 가족 서비스에 적용되는 지원 수단을 포함한 모든 방법을 동원해야 합니다. 지원 대상 자격은 총 소득(세금 공제 전)과 부양 가족 수에 따라 결정됩니다. 자격 조건에 부합하는 환자에게는 응급 또는 기타 의학적 필요에 의한 의료 서비스에 대한 대가로 보험에 가입한 환자에게 부과하는 일반 청구 금액(AGB) 이상의 금액을 부과하지 않습니다. 재정 지원 자격은 인종, 신념, 민족, 국적, 나이, 성별, 성적 지향성, 성 정체성, 종교 또는 장애 여부에 상관없이 모든 환자에게 적용됩니다.

자격 조건:

연방 정부 지정 저소득층 소득의 400% 이하
메디케이드(Medicaid) 수령인이면 안 됨 - 메디케이드(Medicaid) 적용 대상이 아닌 의학적 필요에 의한 의료 서비스를 받는 메디케이드(Medicaid) 수령 대상자에게는 재정 지원 프로그램에 의거하여 지원을 제공합니다. 오하이오주 거주자 - 비응급 의료 서비스에 대한 재정 지원을 요청하는 오하이오주 비거주자의 경우 치료를 받기 전에 재정 지원을 미리 승인받아야 합니다.

재정 지원을 신청하는 과정에 도움이 필요하신가요?

전화: 614-722-2055

700 Children's Drive에 문의하거나 다른 임의 지점에서 환자 서비스 이용 담당자(Patient Access Representative)와 상의하여 도움을 청하시기 바랍니다. 또는 FAP 사본, FAP를 쉽게 설명한 요약본 및 재정 지원 신청서를 영어 또는 기타 언어 버전으로 신청하면 무료로 받아보실 수 있습니다. 이러한 문서는 www.NationwideChildrens.org/Financial-Assistance에서도 확인하실 수 있습니다.

의료 서비스 보장 프로그램(HCAP)

** 본 문서 뒷면의 신청서 참조 **

HCAP는 연방 정부에서 요청한 DSH(Disproportionate Share Hospital) 프로그램의 오하이오 버전입니다. 본 프로그램은 병원 청구용으로만 진행됩니다. 모든 보험 회사와 제3 지불자는 HCAP에 신청하기 전에 청구해야 합니다. 재정 지원은 해당 환자가 지불해야 하는 청구서의 일부만 제공될 수도 있습니다.

자격 조건:

연방 정부에서 지정한 저소득층 소득 수준 이하
메디케이드(Medicaid) 지원을 받을 수 없는 자
오하이오주 거주자

HEALTHY START AND HEALTHY FAMILIES

전화: 614-722-2070 또는 1-800-324-8680

Healthy Start and Healthy Families는 가구, 어린이(19세 이하), 임신 여성을 상대로 무료 및 저렴한 비용으로 의료 지원 서비스를 제공합니다. 보장 범위에는 의사 방문, 병원 진료, 임신 관련 의료 서비스, 약 처방, 시력 치료, 치과 치료, 약물 남용, 정신 치료 서비스 등 다양한 항목이 포함됩니다.

자격 조건:

연방 정부 지정 저소득층 소득(FPL)의 206% 이하에 해당하는 가구 중 보험에 가입하지 않은 어린이에 대한 Healthy Start
연방 정부 지정 저소득층 소득(FPL)의 156% 이하에 해당하는 가구 중 보험에 가입하지 않은 어린이에 대한 Healthy Start

2021 저소득층 가이드라인

가족 수	소득 100% FPL	소득 150% FPL	소득 200% FPL	소득 300% FPL	소득 400% FPL
1	\$12,880	\$19,320	\$25,760	\$38,640	\$51,520
2	\$17,420	\$26,130	\$34,840	\$52,260	\$69,680
3	\$21,960	\$32,940	\$43,920	\$65,880	\$87,840
4	\$26,500	\$39,750	\$53,000	\$79,500	\$106,000
5	\$31,040	\$46,560	\$62,080	\$93,120	\$124,160
6	\$35,580	\$53,370	\$71,160	\$106,740	\$142,320
각 추가 인원 에 대한 부과 금액	\$4,540	\$6,810	\$9,080	\$13,620	\$18,160

NATIONWIDE CHILDREN'S HOSPITAL
HCAP 및 재정 지원 신청서

각 환자에 대하여 별도 신청서를 **제출해야** 합니다

여기에 등록 스티커 부착
 또는
 서비스 날짜: _____

환자 이름:	보호자 이름:
주소, 시/주:	전화 번호:

- | | | |
|---|-------------------|---|
| 1) 의료 서비스를 받을 당시에 해당 환자가 오하이오 거주자였습니까? | 예 _____ 아니요 _____ | 3번, 4번 또는 5번 문항에 예 라고 답변한 경우 이 신청서에 보험 증서, 메디케이드(Medicaid) 또는 DA 카드의 사본을 부착 해 주십시오. |
| 2) 의료 서비스를 받을 당시에 해당 환자가 미국 시민권자였습니까? | 예 _____ 아니요 _____ | |
| 3) 의료 서비스를 받을 당시에 해당 환자가 의료 보험에 가입한 상태였습니까? | 예 _____ 아니요 _____ | |
| 4) 의료 서비스를 받을 당시에 해당 환자가 메디케이드(Medicaid)로 보장을 받았습니까? | 예 _____ 아니요 _____ | |
| 5) 의료 서비스를 받을 당시에 해당 환자가 장애 보조(Disability Assistance)를 받았습니까? | 예 _____ 아니요 _____ | |

소득에는 총(세금 공제 전) 임금, 임대 수입, 실업 급여, 사회 보장 혜택, 공공 지원 등이 포함됩니다.
 가족 구성원에는 거주하는 지역과 관계없이 아래에 기재된 모든 구성원이 포함됩니다.

가족 구성원 이름	나이	생년월일	환자와의 관계	소득 출처 또는 회사 이름	서비스 지원 날짜 이전 3개월치 소득	서비스 지원 날짜 이전 12개월치 소득
			환자 본인			
			부모			
			부모			

소득 증빙 서류 첨부 여부를 체크하십시오:

- 급여 명세서 사본 고용주 서신
 제공할 수 없음

소득을 \$0으로 신청한 경우 귀하(또는 환자)가 재정적으로 어떻게 생활하고 있는지에 대해 간략한 설명해 주십시오:

하기에 서명함으로써 본 신청서 및 첨부 서류에 명시한 모든 내용이 사실임을 확인합니다.

지원자 서명

날짜

이 양식을 첨부자료와 함께 다음 주소로 보내주십시오:

Nationwide Children's Hospital
Patient Accounts – F.A. Dept
700 Children's Drive
Columbus, OH 43205
614-722-2055
팩스: 614-355-2266

이메일:

Children'sPatientAccounts@NationwideChildrens.org