

Policy Number: **FIN 004**

Original Date: 01/01/07

Revised: 08/31/07, 06/30/09, 07/14/15, 12/21/15, 01/19/16, 01/22/19,  
06/01/2, 02/21, 02/22, 04/23, 02/24, 10/24, 3/25, 7/25, 04/26

Reviewed:

## 제목: 재정 지원 정책

**정책:** Oneida Health는 무보험자, 저보험자, 정부 프로그램 또는 기타 제3자 보험 적용 대상에서 제외되었거나, 병원 재정 지원법 및 IRC 501(r)항에 따라 의학적으로 필요한 진료비를 지불할 수 없는 뉴욕 주민들에게 재정적 필요에 따라 할인된 서비스를 제공하는 것을 정책으로 삼고 있습니다. 오하이오주에서는 환자의 미납 의료비가 있다는 이유로 의학적으로 필요하다고 합리적으로 예상되는 서비스에 대한 입원 또는 치료를 거부하는 것을 금지합니다.

**목적:** OH는 HHS 빈곤 수준의 400%를 초과하지 않는 개인 또는 가족 소득을 가진 환자에게 할인된 요금으로 또는 무료로 무보험 또는 저보험 환자에게 재정 지원을 제공합니다. 이는 환자의 이민 상태와 무관합니다.

본 정책은 내국세법 제501조(r)항 및 뉴욕주 공중보건법 제2807-k(9-a)항의 재정 지원 정책 요건을 준수하기 위한 것입니다. 본 정책은 (a) 2024년 10월 20일, (b) 2023년 뉴욕주 법률 제57장 Y부 C항 제1항이 발효되는 날 중 더 늦은 날짜에 즉시 발효됩니다.

본 정책에 따라 보장되는 서비스: 다음을 포함하되 이에 국한되지 않는 모든 의학적으로 필요한 서비스

1. 입원한 급성 환자
2. 응급 의료 및 분만법(EMTALA)에 따른 응급 이송을 포함한 응급 서비스
3. 외래 수술 환자
4. 의뢰된 외래 환자
5. 관찰 환자

**참고사항:** 의학적으로 필요하지 않다고 간주되는 서비스는 재정 지원을 받을 수 없습니다.

재정 지원은 개인의 재정적 책임을 대체하는 것으로 간주되어서는 안 됩니다. 재정 지원은 본 정책에 명시된 자격 기준을 충족하는 사람에게만 제공됩니다. 환자는 재정 지원 또는 기타 지불 방식을 받기 위한 OH의 절차를 준수하고, 개인의 지불 능력에 따라 치료 비용을 부담해야 합니다. 건강 보험에 가입할 재정적 능력이 있는 사람은 전반적인 개인 건강을 위한 의료 서비스 이용을 보장하기 위해 wo에 가입하도록 권장됩니다.

오하이오(OH)는 본 정책을 통해 오하이오에 고용되지 않은 의료 제공자 또는 의료진이 제공하는 서비스에 대한 환자의 비용 지불을 지원하지 않습니다. 해당 서비스가 오하이오 병원 시설에서 제공되는 경우에도 마찬가지입니다. 본 정책에 따라 보장되지 않는 의료적으로 필요한 서비스를 제공할 수 있는 독립 의료 제공자 또는 의료진 목록은 다음에서 확인할 수 있습니다.

<https://www.oneidahealth.org/billing-insurance-information/>

**적용 범위:** 이 정책은 Oneida Health(OH)의 모든 이사회 구성원, 임원, 관리자 및 기타 인력 구성원(직원, 연수생, 자원봉사자, 의료 제공자, 컨설턴트, 독립 계약자, 학생 및 임시 근로자("영향을 받는 사람"))에게 적용됩니다. 여기에는 병원 및 모든 부서와 건강 센터, 연장 치료 시설, OH의 제휴 의료 기관(Oneida Medical Services, PLLC, Oneida Medical Practice, PC 및 Genesee Physician Practice, PLLC) 및 OH에 속하는 다른 부서나 기관이 포함됩니다.

## **절차:**

책임감 있는 자원 관리와 OH가 도움이 필요한 사람들에게 적절한 수준의 재정 지원을 제공할 수 있도록, 재정 지원 제공을 위한 다음 절차와 지침이 수립되었습니다. 따라서 본 정책에는 재정 지원에 관한 다음 정보가 포함됩니다.

- A. 재정 지원 자격
- B. 환자 재정 지원 지침
- C. 본 정책에 따른 적용 가능한 의료 서비스
- D. 재정 지원 신청 방법 및 결정
- E. 재정 지원 관련 서류
- F. 추정 재정 지원 자격
- G. 환자 및 대중에게 본 정책 안내
- H. 청구 및 징수 정책
- I. 규제 요건
- J. Oneida Health 재정 상담 사무소 연락처

### **A. 재정 지원 자격**

뉴욕주 거주자는 다음과 같은 경우 재정 지원을 받을 수 있습니다. (a) OH 시설에서 응급 의료 또는 기타 의학적으로 필요한 서비스를 받는 경우; (b) 무보험, 저보험, 정부 프로그램 또는 기타 제3자 보험 적용 대상이 아니거나, 응급 의료 또는 기타 의학적으로 필요한 서비스 비용을 지불할 수 없는 경우; (c) 본 정책에 명시된 환자 재정 지원 지침을 충족하는 경우. 뉴욕주 비거주자의 응급 의료 또는 기타 의학적으로 필요한 서비스에 대한 재정 지원 자격은 사례별로 결정되며 고위 경영진의 승인이 필요합니다. 재정 지원은 본 정책에 따라 개별적인 재정적 필요성을 판단하여 결정되며, 연령, 성별, 인종, 피부색, 출신 국가, 종교, 사회적 또는 이민자 지위, 성적 지향, 성 정체성, 배우자 관계, 신체 장애 또는 정신적 장애는 고려되지 않습니다.

재정 지원은 (a) 환자가 Oneida Health의 평가에 따라 자격이 있는 Medicaid 또는 기타 공공 보험 프로그램에 신청하려는 의향이 있어야 하며, (b) 환자가 OH의 신청 요건에 전적으로 협조해야 합니다. 여기에는 재정적 필요성 판단에 필요한 개인 정보, 재정 정보 또는 기타 정보 공개가 포함됩니다.

OH는 신청을 검토할 때 다음과 같은 권리를 보유합니다.

- 1. 서비스 제공 전후 및/또는 청구 및 징수 주기 중 언제든지 재정 지원 자격 여부를 검토합니다.
- 2. OH 병원 시설 방문 또는 입원 시 재정 지원 신청서 또는 이전에 제공된 정보의 확인을 요청합니다.
- 3. 사례별로 정책의 모든 측면에 대한 어려움 수정을 수행합니다.
- 4. 외부 자료의 정보를 활용하여 가족 규모 및/또는 가족 소득 확인을 확인합니다.

### **B. 환자 재정 지원 지침**

재정 지원 자격은 현재 가족 소득을 기준으로 하며, 가족 소득이 현재 연방 빈곤 기준(FPG)의 400% 이하인 개인에게 제공됩니다. 재정 지원을 받을 수 있는 현재 최대 가족 소득은 예시를 위해 아래 표에 명시되어 있습니다.

**가구/가족 규모 최대 가족 소득(2025년 연방 빈곤 기준의 400%)\***

1	\$63,840
2	\$86,560
3	\$109,280
4	\$132,000
5	\$154,720
6	\$177,440
7	\$200,160

\* 2026 년은 예시를 위해 표시되었으며, 필요에 따라 매년 금액이 업데이트됩니다.

가족 소득이 FPG의 200% 이하인 환자는 응급 의료 또는 의학적으로 필요한 서비스를 무료로 받을 수 있습니다.

Oneida Health는 신청서 검토 시점에 유효한 FPG를 사용하여 재정 지원 자격을 결정합니다(위 표 참조). Oneida Health는 미국 보건복지부에서 매년 발표하는 FPG를 기반으로 FPG 소득 지침을 업데이트하며, 매년 3월 1일 또는 발표일로부터 30일 중 늦은 날짜부터 적용됩니다.

이 정책에 기술된 다른 자원의 가용성 또는 주법에 따라 허용되는 경우, 가족 소득이 FPG의 400% 이하인 환자는 재정 지원을 받을 자격이 있을 수 있습니다.

1. 가족 소득이 FPG(가정 소득 기준)의 200% 이하인 환자는 응급 의료 또는 의료적으로 필요한 서비스를 무료로 받을 수 있습니다.
2. 가족 소득이 FPG의 200% 초과 400% 이하인 환자는 아래 표에 명시된 바와 같이 응급 의료 또는 의료적으로 필요한 서비스에 대한 할인 혜택을 받을 수 있습니다. 재정 지원 자격이 있는 환자는 AGB(연간 재정 지원 금액)를 초과하여 청구되지 않습니다.

<b>FPG 대비 가족 소득 비율</b>	<b>무보험 환자 책임(AGB의 %)</b>	<b>미보험 환자 책임(환자 부담 비용의 %)</b>
<b>200% or less</b>	\$0	\$0
<b>201% to 250%</b>	5%	5%
<b>251% to 300%</b>	10%	10%
<b>301% to 350%</b>	15%	15%
<b>351% to 400%</b>	20%	20%
<b>401% to 500%</b>	100%	100%

Oneida Health는 재무부 규정 1.501(r)-5항에 정의된 바와 같이, 모든 면세 병원 시설에 대해 Medicaid 요율을 "Look-Back" 방식으로 활용하여 AGB를 계산합니다. Oneida Health에 고용된 의사가 Oneida Health 병원 시설에서 제공하는 서비스에 대한 AGB는 Medicare 요율을 활용한 "Look-Back" 방식으로 계산됩니다.

Oneida Health에서 사용하는 현재 AGB 비율에 대한 추가 정보와 Oneida Health가 이러한 비율을 계산한 방식에 대한 정보는 본 정책 J항에 명시된 전화번호와 주소를 사용하여 고객 서비스 담당자에게 문의하시면 무료로 확인하실 수 있습니다.

2025년 빈곤을 대비 소득 비율							
가구 규모	100%	133%	150%	200%	250%	300%	400%
1	\$15,960	\$21,227	\$23,940	\$31,920	\$39,900	\$47,880	\$63,840
2	\$21,640	\$28,781	\$32,460	\$43,280	\$54,100	\$64,920	\$86,560
3	\$27,320	\$36,336	\$40,980	\$54,640	\$68,300	\$81,960	\$109,280
4	\$33,000	\$43,890	\$49,500	\$66,000	\$82,500	\$99,000	\$132,000
5	\$38,680	\$51,444	\$58,020	\$77,360	\$96,700	\$116,040	\$154,720
6	\$44,360	\$58,999	\$66,540	\$88,720	\$110,900	\$133,080	\$177,440
7	\$50,040	\$66,553	\$75,060	\$100,080	\$125,100	\$150,120	\$200,160

**C. OH 재정 지원 정책에 따른 적용 의료 서비스**

1. 응급 의료 서비스(EMTALA에 따른 이송 포함, OH 내 모든 장소에 내원한 환자 포함)가 응급실에서 제공되는 경우를 포함합니다.
2. 의학적으로 필요한 서비스

의학적 필요성에 대한 판단은 환자의 지불 능력과 관계없이 해당 의료 서비스를 제공하는 의료 전문가의 책임입니다. OH는 응급 의료 서비스 이용을 방해하는 어떠한 행위도 하지 않습니다.

OH는 본 정책에 따른 환자의 자격 여부와 관계없이 응급 의료 서비스를 제공합니다. OH는 응급실 환자에게 응급 질환 치료를 받기 전에 비용을 지불하도록 요구하지 않으며, 응급 의료 서비스 제공을 방해할 수 있는 경우 응급실 또는 기타 구역에서 차별 없이 채무 추심 활동을 허용하지 않습니다.

**D. 재정 지원 신청 방법 및 결정**

1. 환자는 퇴원 후 첫 청구서에 기재된 날짜로부터 90일 이내에 재정 지원을 신청하는 것이 좋습니다. 단, 오하이오(OH)는 환자가 오하이오(OH) 병원 시설에서 받은 응급 의료 또는 기타 의학적으로 필요한 서비스에 대한 미납금이 있는 경우 언제든지 재정 지원 신청을 접수합니다. 환자가 입원 또는 외래 진료를 받고 병원 시설을 떠난 후에 제공된 청구서는 "퇴원 후" 청구서로 간주됩니다.
2. 환자는 신청서를 제출하거나 재정 상담사와의 상담을 통해 재정 지원을 신청할 수 있습니다. 환자는 신청서를 작성하고 필요한 모든 서류를 제출해야 합니다. 신청서는 다음과 같이 받을 수 있습니다.
  - a. 오하이오(OH) 웹사이트 주소: <https://www.oneidahealth.org/financial-assistance/>에서 온라인으로 받을 수 있습니다.
  - b. 각 오하이오(OH) 지역 등록 데스크 또는 응급실에서 받을 수 있습니다.
  - c. 오하이오(OH) 지역 재정 지원 부서((315) 361-2230)에 연락하여 재정 상담사와의 상담을 요청하십시오.
3. 환자는 우편으로 또는 오하이오(OH) 지역 등록 데스크를 직접 방문하여 신청서를 제출해야 합니다. 또는 재정 지원 사무실((315)361-2230)로 전화하여 상담을 예약할 수 있습니다.

신청서를 제출한 후, 환자는 신청 진행 상황에 대한 서면 통지를 받을 때까지 모든 청구서/명세서를 무시할 수 있습니다. 환자는 신청서 제출 후 삼십(30)일 이내에 재정 지원 자격에 대한 서면 통지를 받게 됩니다. 재정 지원 신청서가 접수되면 적용되는 모든 ECA(급여 수급 자격)는 정지됩니다.

환자가 재정 지원 자격이 있는 것으로 간주되는 경우, 미납 금액, 금액 결정 방식 및 적용 비율이 명시된 업데이트된 청구서가 제공됩니다. 환자가 지불한 금액 중 미납 금액으로 결정된 금액을 초과하는 금액은 그에 따라 환불됩니다.

재정 지원 자격에 대한 모든 결정은 서면으로 전달됩니다. 재정 지원 거부 통지에는 거부 사유와 거부에 대한 이의 제기 방법이 설명되어 있습니다.

4. 불완전한 신청서가 접수되는 경우, 오하이오(OH)는 재정 지원 자격 결정을 위해 필요한 추가 정보 또는 서류를 설명하는 서면 통지를 발송합니다. 환자는 통지 후 삼십(30)일 이내에 추가 정보 또는 서류를 제출해야 합니다. 환자는 미납된 청구서에 대한 정기적인 후속 통지를 받게 될 것입니다.

5. 이의신청은 결정 통지일로부터 삼십(30)일 이내에 제기할 수 있습니다. 이의신청에 대한 결정은 이의신청 접수일로부터 삼십(30)일 이내에 내려집니다. 환자는 이의신청 결과를 서면으로 통보받습니다.

#### **E. 재정 지원 서류**

**환자가 재정 지원 자격을 갖추도록 돕기 위해 환자 또는 환자의 보증인에게 다음 서류의 일부 또는 전부를 제출하도록 요청드릴 수 있습니다**

1. 신청서;
2. 주소 증명서;
3. 전년도 세금 보고서;
4. 최근 2개월 이상의 급여 명세서;
5. 저축 및 당좌 예금 계좌의 최근 3개월 이상의 은행 거래 내역서;
6. 저보험 환자의 경우, 지난 12개월 동안 응급 의료 또는 기타 의료상 필요한 서비스 제공과 관련하여 누적된 본인 부담 의료비 지불 증빙 서류.
  - a. 오하이오주(OH)의 본인 부담 의료비: 해당 비용에 대한 증빙 서류를 제출하십시오.
  - b. 증빙 서류를 제출할 수 없는 경우, 서비스를 받은 장소의 이름, 생년월일, 해당 서비스를 받은 대략적인 날짜 및 기타 정보를 오하이오주(OH)에 제출하십시오.
7. 기타 가족 소득 증빙 서류.

지원자가 가족 소득을 증명하는 나열된 서류를 하나도 가지고 있지 않은 경우, 지원자는 병원 시설의 재정 상담 사무실(315)361-2230으로 전화하여 자격을 입증하기 위한 다른 증거를 제공할 수 있는지 확인할 수 있습니다.

OH는 또한 다음을 수행할 수 있습니다.

1. 관련 연방법 및 주법이 허용하는 한도 내에서 의료비 지불 목적으로 특별히 조달된 기타 환자 소득을 고려합니다.
  2. 재정 지원 대상 잔액이 모두 평가되도록 환자의 이전 서비스에 대한 미납 청구서를 검토합니다.
- OH는 본 정책 및 신청서에 명시된 내용 이외의 서류를 요청하지 않습니다. 비응급 서비스는 재정 지원 요청 전에 예약할 수 있습니다. 그러나 일반적으로 서비스를 받기 전에 재정 지원 자격 심사가 필요합니다.

건강 보험 혜택을 모두 소진한 환자를 제외한 무보험 환자에 대한 승인된 재정 지원 신청서는 12개월 동안 유효하며, 이후 서비스 자격 심사에 사용될 수 있습니다. 재정 지원 심사는 해당 12개월 동안 환자의 재정 지원 자격 관련 정보가 변경될 경우 언제든지 재평가될 수 있습니다. 재정 지원은 환자가 응급 의료 또는 기타 의학적으로 필요한 서비스에 대해 지불하지 않은 미지불 계정에 승인된 수준으로 적용됩니다.

## F. 추정 재정 지원 자격

Oneida Health의 통상적인 노력에도 불구하고 환자 또는 환자의 보증인이 청구 및 추심 주기 동안 Oneida Health와 연락을 취하지 않을 경우, 환자가 재정 지원 할인을 받을 수 있는 경우가 있습니다. 이러한 경우, Oneida Health는 환자의 신용 상태 또는 향후 신용 획득 능력에 영향을 미치지 않는 소프트 신용 조회를 활용하여 재정 지원 자격을 추정적으로 판단할 수 있습니다. 환자가 추정 재정 지원 자격이 있다고 판단되면, 환자는 계좌 잔액에 대한 할인을 받을 수 있습니다.

환자가 재정 지원 자격이 있다고 추정되는 경우, Oneida Health는 환자에게 재정 지원 할인의 근거와 추가 재정 지원 평가를 위한 신청서 제출 방법을 서면으로 통지합니다. 또한, PLS 사본도 환자에게 제공됩니다.

## G. 환자 및 일반 대중을 위한 재정 지원 프로그램 안내

OH는 환자 청구서, 응급실, 입원 및 등록 부서, 병원 사무실, 진료소, 환자 재정 상담실 등 다양한 수단을 통해 재정 지원 가능 여부를 공고합니다. OH 병원 시설 웹사이트에도 관련 정보가 게재되어 있습니다. 또한, OH는 지역 사회 저소득층의 건강 요구를 충족하는 지역 공공 기관 및 비영리 단체에 재정 지원 프로그램 요약물을 제공합니다. OH는 재정적 필요에 따라 자격이 있다고 판단되는 환자에게 보험 가입 여부와 관계없이 할인된 가격으로 서비스를 제공한다는 내용을 명확하고 눈에 잘 띄는 문구로 서면으로 안내하며, 신청서 링크와 추가 지원을 위해 연락할 수 있는 무료 전화번호를 제공합니다.

재정 지원 의뢰는 의사, 간호사, 재정 상담사, 사회복지사, 사례 관리자, 성직자, 종교 후원자를 포함한 OH 직원 또는 의료진을 통해 가능합니다. 재정 지원 요청은 환자 본인, 가족, 가까운 친구 또는 관련자가 할 수 있으며, 관련 개인정보 보호법이 적용됩니다. OH는 무보험 환자가 입원 중인 경우, 퇴원 전에 연락하여 지불 프로그램 및 재정 지원에 대한 정보를 포함한 재정 상담을 제공하도록 노력할 것입니다.

신청서와 PLS는 영어 및 선호 언어로 제공됩니다. OH는 모든 번역의 정확성을 보장합니다.

OH는 신청서와 PLS가 번역되지 않은 언어를 사용하는 사람, 읽기에 어려움이 있는 사람, 시각 및/또는 청각 장애가 있는 사람을 포함하여 무료 통역 서비스를 필요로 하는 모든 사람에게 추가적으로 제공합니다. OH는 직원이 환자에게 이 서비스가 도움이 될 수 있다는 사실을 알게 되는 경우, 환자에게 해당 사실을 알립니다.

등록, 퇴원 및 재정 상담 과정에서 환자분들께는 재정 지원 가능 여부가 서면으로 안내되며, 이는 환자분들이 선호하는 언어로 제공됩니다. 모든 환자분들께는 PLS(재정 지원 안내)가 접수 과정의 일환으로 제공됩니다.

## H. 청구 및 추심 정책

OH가 미납 시 취할 수 있는 조치는 별도의 추심 정책에 명시되어 있습니다. 해당 추심 정책에는 OH가 지불을 받기 위해 사용하는 조치, 절차 및 기간에 대한 정보도 포함되어 있으며, 여기에는 ECA를 개시하기 전에 개인이 본 재정 지원 정책에 따라 적격 여부를 판단하기 위해 OH가 기울이는 합리적인 노력이 포함됩니다. 추심 정책에는 OH가 개인의 재정 지원 적격 여부를 판단하기 위해 합리적인 노력을 기울였는지 여부를 판단할 최종 책임이 있는 사무소 또는 담당자에 대한 정보도 포함되어 있으며, 따라서 개인에 대해 ECA를 개시할 수 있습니다. 본 추심 정책은 OH 웹사이트(<https://www.oneidahealth.org/patients-visitors/>)에 게시되어 있으며, 직접 방문 또는 우편으로 요청 시 해당 OH 사업부(315) 361-2087에 연락하여 인쇄본을 받아볼 수 있습니다.

## I. 규제 요건

Oneida Health는 본 정책에 따라 수행되는 활동에 적용되는 모든 연방, 주 및 지방 법률, 규칙 및 규정을 준수합니다.

## J. Oneida Health 재정 상담 사무소

Oneida Health에서 제공하는 재정 지원에 대한 추가 정보를 원하시거나 재정 지원 신청에 도움을 받으시려면 아래 주소 또는 전화번호로 문의해 주십시오.

- Oneida Health
- 재정 지원 부서
- 315-361-2230
- 7840 Oxbow Road, Canastota, NY 13202

Oneida Health 재정 지원 정책

기타 관련 정책/절차:

이전 정책 번호:

참고: 2016년 발효된 IRS 법전 501(r)항, 뉴욕주 공중보건법 2807-k항; 공중보건법 180-c항; 일반 상법 359-g항 및 519-a항 기준:

양식: 재정 지원 쉬운 언어 요약(01242)

재정 지원 신청서(01913)

계약 서비스 비용 지불(01519)

승인: 오하이오주 기업 규정 준수 위원회, 이사회 재무 위원회

## 부록 1

### 정의

\*일반 청구 금액("AGB"): 응급 의료 또는 기타 의료적으로 필요한 서비스에 대해 해당 치료를 보장하는 보험에 가입한 개인에게 일반적으로 청구되는 금액으로, 해당 치료의 총 청구 금액에 AGB 비율을 곱하여 계산합니다.

\*AGB 비율: 재무부 규정 1.501(r)-5항에 정의된 "회고법"을 사용하여 응급 의료 또는 기타 의료적으로 필요한 서비스에 대해 계산된 금액입니다.

\*신청: 재정 지원 또는 진료소 슬라이딩 수수료 할인 프로그램 신청서(해당되는 경우). 인쇄본, 전자 양식 또는 전화 인터뷰를 통해 제출할 수 있습니다.

\*비용 분담: 저보험 환자가 보험 적용 후 납부해야 하는 총 금액으로, 공제액, 본인 부담금, 공동 보험금, 보험 적용 후 잔액을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

\*응급 의료: 병원 또는 의사가 신중한 임상적 판단을 내려 응급 질환을 보이는 환자에게 제공하는 의료 서비스입니다.

\*응급 의료: 사회보장법(42 U.S.C. 1395dd) 제1867조(응급 의료 치료 및 활동 분만법(EMTALA))으로도 알려짐)에 정의된 바와 같이, 즉각적인 의료 처치를 받지 않을 경우 다음과 같은 결과가 발생할 것으로 합리적으로 예상될 정도로 심각한 급성 증상으로 나타나는 질환입니다. (i) 개인의 건강을 심각하게 위협하게 하는 경우; (ii) 신체 기능의 심각한 손상; 또는 (iii) 신체 기관의 심각한 기능 장애. EMTALA는 또한 진통을 겪고 있는 임산부를 응급 의료 상태로 정의합니다.

\*특별 징수 조치(ECA): Oneida Health가 재무부 규정 1.501(r)-6항에 따라 취할 수 있는 법적 또는 사법적 절차가 필요한 징수 조치로, 여기에는 (1) 개인에 대한 민사 소송 제기, (2) 주거용 부동산이 아닌 개인의 재산에 질권 설정, (3) 개인의 은행 계좌 또는 기타 개인 재산 압류가 포함됩니다.

\*가족: 출생, 혼인(법적 사실혼 배우자 포함), 또는 입양으로 친족 관계에 있는 두 명 이상의 동거인 집단입니다. 환자가 소득세 신고서에 부양가족으로 신고하는 경우, 본 정책의 목적상 부양가족으로 간주될 수 있습니다. Oneida Health는 기재된 가족 구성원에 대한 재정적 책임을 확인할 권리가 있습니다.

\*가족 소득: 가족 소득에는 임금, 급여, 실업 수당, 산재 보상, 사회 보장, 보충적 사회 보장 소득(SSI), 공적 지원, 재향군인 수당, 유족 수당, 연금 또는 퇴직 소득, 부동산 임대료, 개인 사업에서 발생하는 이익 및 수수료, 이자, 배당금, 임대료, 로열티, 상속, 신탁, 위자료, 자녀 양육비 및 기타 수입원이 포함됩니다. 가족 소득은 세전 기준으로 산정되며 양도소득 또는 손실은 제외됩니다. 가족과 함께 거주하는 경우, 모든 가족 구성원의 소득이 고려될 수 있습니다(친척 관계가 없는 가구 구성원은 제외). 푸드 스탬프 및 주택 보조금과 같은 비현금 혜택은 소득으로 간주되지 않습니다.

\*재정 지원: 본 정책에 따라 응급 의료 또는 기타 의학적으로 필요한 서비스에 대한 진료비를 지불할 여유가 없는 사람에게 Oneida Health가 제공하는 할인 혜택입니다.

\*총액: Oneida Health 기관에서 환자 진료 및 기타 서비스를 제공하는 데 드는 총액으로, 총액에서 공제되기 전 정해진 요율을 기준으로 합니다.

\*보증인: 진료비 지불 책임이 있는 사람입니다. 보증인은 항상 환자 본인입니다. 단, 환자가 무능력한 성인 또는 미성년자(18세 미만)인 경우 보증인은 환자의 부모 또는 법적 보호자입니다.

\*의학적으로 필요한 서비스: 의사가 신중한 임상적 판단을 통해 질병, 부상, 질환 또는 그 증상을 평가, 진단 또는 치료할 목적으로 환자에게 제공하는 의료 서비스로, (a) 일반적으로 허용되는 의료 행위 기준에 부합하고, (b) 임상적으로 적절하며, (c) 환자의 편의를 주로 위한 것이 아닙니다.

\*정책의 쉬운 언어 요약("PLS"): 병원 시설이 재정 지원 및 클리닉 슬라이딩 수수료 할인을 제공한다는 사실을 개인에게 알리고, 다음 정보를 명확하고 간결하며 이해하기 쉬운 언어로 제공하는 서면 진술서입니다. 문서의 주제와 내용을 고려하여 최대한 많은 정보를 초등학교 5학년 읽기 수준으로 작성해야 합니다.

1. 정책에 따라 제공되는 자격 요건 및 지원에 대한 간략한 설명
2. 정책에 따른 지원 신청 방법에 대한 간략한 요약
3. 정책 및 신청서 사본을 받을 수 있는 웹사이트 주소(또는 URL) 및 실제 위치
4. 우편으로 정책 및 해당 신청서의 무료 사본을 받는 방법에 대한 지침
5. 정책에 대한 정보 및 신청 절차 지원을 제공할 수 있는 병원 시설 사무실 또는 부서의 연락처 정보(전화번호 및 실제 위치 포함)
6. 해당되는 경우, 정책, 신청서 및 일반 언어 요약("PLS")의 다른 언어 번역본 제공 가능 여부에 대한 진술; 그리고,
7. 재정 지원 자격이 있는 개인이 응급 의료 또는 기타 의학적으로 필요한 서비스에 대해 AGB(연방 의료 지원 기준)를 초과하여 청구될 수 없다는 진술.

\*선호 언어: (a) 연간 환자 방문의 최소 5% 동안, 의료 제공자와의 효과적인 의사소통에 필요한 수준의 영어를 말하거나, 읽거나, 쓰거나, 이해할 수 없는 환자가 의사소통하는 데 사용하는 언어, 또는 (b) (i) 거주자 1,000명 또는 (ii) 1차 병원 서비스 지역 인구의 1% 초과 중 적은 쪽을 구성하는 비영어권 개인이 사용하는 언어.

\*보험 미가입자: 환자는 무보험이 아니며, 지난 12개월 동안 응급 의료 또는 기타 의학적으로 필요한 서비스에 대해 누적된 본인 부담 의료비가 개인 연간 총소득의 10%를 초과합니다.

\*무보험: 환자가 건강 보험이 없거나, 건강 관리 관련 지불 의무를 충족하는 데 도움이 되는 제3자 지원이 없거나, 환자가 건강 보험 혜택을 모두 소진했지만 이 정책의 자격 기준에 따라 전체 비용을 지불할 수 없음을 입증할 수 있는 경우입니다.