환자 계정 번호

NORTHSIDE HOSPITAL

날짜:

회신:

_____님께,

노스사이드(Northside) 금융 지원 정책의 사본과 금융 지원 프로그램 신청서를 첨부하였습니다. 저희 병원의 금융 지원 프로그램은 가구 총소득을 기준으로 합니다. 가구 총소득은 지난 십이(12) 개월 동안의 총소득을 포함하며, 여기에는 예를 들면, 모든 소득/임금, 실업 수당, 산재 보상, 사회 보장 연금, 생활 보조금, 공적 지원, 연금 또는 퇴직 소득, 위자료 및 자녀 양육비 등을 포함합니다.

본 신청서를 작성하여 소득 및 모든 지출에 관한 증빙 서류와 함께 아래 주소로 보내주시길 바랍니다.

Northside Hospital Business Office
1001 Summit Blvd NE Suite 150
Atlanta, Georgia 30319
주의: Financial Assistance

아래 링크를 통해 온라인으로 신청서를 작성하실 수도 있습니다.
https://northside.patient.fae-app.com/NorthsideHospital

본 사안에 대하여 즉각적으로 관심을 가져 주셔서 감사합니다. 문의 사항이 있으시면, 월요일부터 금요일까지, 오전 9:00에서 오후 4:00 사이에 (404) 851-6500번으로 편하게 연락해 주시길 바랍니다.

감사합니다.

노스사이드 병원
원무과
재정 지원 상담사 드림

금융 지원 고려 대상이 되기 위해서는 반드시 동봉된 양식을 작성하여 수령일로부터 10일 이내에 모든 근거 문서와 함께 회신해 주셔야 합니다. 처리하는 데 30~60일 정도 소요될 수 있습니다.

노스사이드 병원 – 금융 지원 신청서
*****계좌 잔액 $5,000 초과*****

의무 기록/계정 번호:

환자/보증인 성명:_____생년월일 _____

배우자/파트너 성명: _____생년월일 _____

주소: _____

전화: _____ 대체 연락처 번호 _____

거주하는주: _____

보험사: _____

<u>가족 소득 데이터</u>:

	가구 내 가족 구성원 수 작성:	가족 구성원당 월 소득:
미혼 개인	_____	_____
남편/파트너	_____	_____
아내/파트너	_____	_____
자녀(18세 미만)	_____	_____
기타 부양가족	_____	_____
총:	_____	_____

<u>기타 소득</u>:	월 소득 금액 작성
위자료/자녀 양육비	_____
사회 보장/연금	_____
공적 지원/푸드 스탬프	_____
실업/산재 보상	_____
기타 출처(구체적으로 명시)	_____

총소득

<u>월 지출</u>:	지출 금액
임대료 또는 모기지(1차 및 2차)	_____
공과금 표준 공제(전기, 가스, 수도)	_____
건강 보험/생명 보험	_____
병원비 청구서(노스사이드 병원 제외)/약국 내역서	_____
보육/성인 요양	_____

정부 세금 납부 _____

아래 서명인은 본인이 아는 한 본 문서에 기재된 정보가 진실이고 정확하다는 것을 인정합니다. 모든 금융 지원 신청은 재직 증명을 거쳐야 하며, 재정 상태 입증을 위해 필요할 수 있는 신용 조사 기관 보고서, 기타 검증 절차 또는 자료를 확보해야 한다는 점을 유의하시길 바랍니다.

_____ _____

책임 당사자 서명 배우자/파트너 서명

신청이 고려 대상이 되기 위해서는 반드시 수령일로부터 10일 이내에 회신해 주셔야 합니다
다음 서류가 없으면 귀하의 신청이 처리되거나 고려되지 않을 것이라는 점을 유의하시길 바랍니다.

1) **거주 증빙 서류 – 조지아, 앨라배마, 플로리다, 노스캐롤라이나, 사우스캐롤라이나 또는 테네시에 거주한다는 증빙 서류를 제출하십시오**.

다음 서류를 제출해 주시길 바랍니다.

- 운전면허증 또는 조지아주, 앨라배마주, 플로리다주, 노스캐롤라이나주, 사우스캐롤라이나주 또는 테네시주에서 발급한 기타 거주 증명 신분증 또는
- 조지아, 앨라배마, 플로리다, 노스캐롤라이나, 사우스캐롤라이나 또는 테네시 거주를 확증하는 기타 문서.

2) 소득 증빙 서류 – 제출하는 모든 양식에 있는 귀하의 사회 보장 번호는 검게 칠해서 가려 주십시오.

다음 서류 중 하나를 제출해 주시길 바랍니다.

- 개인 및 기업 당좌예금과 보통예금의 최신 입출금 내역서
- 급여 지급 주기를 확인할 수 있는 최근 급여 명세서
- 당해 연도 W-2 양식 및/또는 최근 연도 세금 신고서
- 고용주로부터 받은 임금에 대한 서면 확인서
- 지난 12개월 동안 환자의 총소득 상태를 입증할 수 있는 공공복지 기관 또는 기타 정부 기관으로부터 받은 서면 확인서
- 사회 보장 수여 서신
- 연금 또는 퇴직 소득 확인서
- 위자료 및/또는 자녀 양육비 법원 명령 또는 이혼 판결 실업 급여 통지서
- 주 정부 고용 종료 통지서 및 실업 급여 신청 상태
- 공증받은 지원 서신: 환자가 총소득이 없는 경우, 환자에게 생필품(의식주)을 제공하는 개인 또는 단체가 작성한 서면 문서를 제출해야 합니다.
- 의료 빈곤 상태로 인하여 지원을 요청하는 환자는 자산 증빙 서류를 제출해야 할 수 있습니다
- 현재 수업 일정표 사본, 등록 정보, 사진이 부착된 학생증 사본으로 정의되는 학생 신분 확인서

소득 또는 기타 지원 수단이 없는 경우, 필수 생활비를 위한 주요 지원을 제공하는 개인 또는 단체로부터 받은 서신이나 문서를 제출해 주십시오.

3) 임대료/모기지, 건강 보험, 병원비 청구서/약국 내역서 및 보육비 사본. 위에 나열된 모든 지출에 관한 명세서의 증빙/사본을 첨부해 주십시오. 이러한 문서가 없으면, 귀하의 신청은 고려 대상이 되지 않을 것입니다.

월급에서 공제된 항목은 포함하지 마십시오. 추가 참고 사항이나 의견이 있는 경우, 서신을 첨부하십시오.

4) 건강 보험이 있는 경우, 유효한 보험 카드의 사본을 제출해 주십시오.
(앞면 및 뒷면)

재정 지원 프로그램(FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM) 정책

노스사이드 병원(Northside Hospital, Inc.) 및 비과세 계열사들(이하 "노스사이드")은 비영리 의료기관으로서 자선 사명을 완수하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 보험에 가입하지 않았거나, 부분적으로만 가입하고, 노스사이드 시설에서 제공하는 의료 서비스를 지불하기에는 재원이 한정적이거나 불충분하여 의료 서비스를 받을 재정적 형편이 안 되는 환자는 노스사이드 재정 지원 프로그램을 통한 재정 지원 자격 대상이 될 수 있습니다.

1. **재정 지원은 의료적으로 필요한 서비스에 제공됩니다.** 재정 지원은 (i) 조지아, 앨라배마, 플로리다, 노스캐롤라이나, 사우스캐롤라이나 또는 테네시에 거주하고, (ii) 노스사이드 시설에서 응급 또는 의료적으로 필요한 서비스를 받은 환자를 대상으로 합니다. 의료적으로 필요한 서비스는 치료하지 않을 경우 환자의 건강이나 행복에 지속적으로 위협이 되는 부상, 질병, 질환 또는 증상의 평가, 진단 또는 치료를 목적으로 제공되는 입원 또는 외래 의료 서비스를 말합니다. 각 재정 지원 요청은 독립적으로 검토되며, 정상 참작 사유가 있는 경우에는 보조금이 제공될 수도 있습니다.

2. **재정 지원 자격 결정 과정**. 노스사이드 재정 지원 프로그램에 따른 재정 지원 대상이 되려면, 환자는 입원 전에 전화로 또는 응급실에서 구두 검진을 받거나, http://www.northside.com/billingandcollections에 있는 노스사이드 재정 지원 신청서(Northside's Financial Assistance Application)를 작성하고 환자의 재정 지원 자격을 뒷받침하는데 필요한 재정 및 기타 정보를 노스사이드에 제공해야 합니다. 환자는 조지아, 앨라배마, 플로리다, 노스캐롤라이나, 사우스캐롤라이나 또는 테네시에 거주하고 있음을 증빙하는 자료를 제출해야 합니다. 특정 상황에서 해당 주가 아닌 곳에 거주하거나 미국 시민권자가 아닌 사람도 재정 지원 자격이 될 수 있습니다.

   해당되는 경우, 다음과 같은 자료를 제출하도록 환자에게 요청할 수 있습니다.

   참조: 환자는 증빙 서류에 나와있는 자신의 SSN(사회보장번호)를 수기로 삭제하도록 요청됩니다. 환자의 SSN이 기재된 증빙 서류를 접수한 직원은 해당 SSN을 검게 칠해서 보이지 않게 합니다.

   - 개인 및 비즈니스 체킹 및 세이빙 계좌에 대한 가장 최근의 은행 명세서
   - 급여 지급 횟수가 포함된 최근 급여 명세서
   - 금년도 W-2 양식 및/또는 최근 연도 소득 신고서
   - 고용주가 발행한 서면 급여 확인서
   - 공공복지기관 또는 기타 정부 기관이 발행하고, 지난 12개월 동안 환자의 총소득(Gross Income)을 증명할 수 있는 서면 확인서
   - 사회보장 수급을 증명하는 서신(Social Security Award Letter)
   - 연금 또는 퇴직 소득 증빙 확인서
   - 이혼 수당 및/또는 자녀 양육비 법원 명령 또는 이혼 판정
   - 실업 급여 통지서
   - 주 퇴직 통지서 및 실업 급여 신청 상태
   - 공증된 부양 증명서(Letter of Support): 소득이 없는 환자는 생계비(식비, 주거비, 의료비)를 제공하는 사람이나 단체에서 발행하는 서면 문서를 제출해야 합니다

- 현재 수업 시간표, 등록 정보 및 학생의 사진이 있는 신분증 등의 학생 신분 확인서
- 월 지출 내역(*예:* 유틸리티, 자동차 할부금, 보험료, 대출 상환금, 신용카드)
- 의학적 빈곤을 이유로 지원을 요청하는 경우, 환자는 자산 증빙 서류를 제출해야 할 수 있습니다.
- 건강 보험에 가입되어 있는 경우, 건강 보험 카드의 사본(앞면 및 뒷면)을 제출합니다

환자의 재정 지원 신청서와 증빙 재정 정보 또는 지원 자격 결정에 필요한 기타 문서들을 접수한 후, 노스사이드는 요청 접수로부터 30일에서 60일 사이에 판정에 대해 서면으로 통지합니다. 불완전하게 작성된 신청서는 거부되며, 신청자에게 누락된 정보에 대한 안내문이 발송됩니다. 노스사이드는 누락된 정보를 접수한 후에 신청서를 재검토하게 됩니다. 재정 지원이 거부된 신청자는 서면으로 재심 청구(Appeal Request)를 제출하여 이의를 제기할 수 있습니다. 재심 양식은 재정 지원 거부 통지서와 함께 제공됩니다.

환자가 긴급하게 서비스가 필요한 경우, 노스사이드는 우선적으로 해당 재정 지원 요청을 처리하기 위해 환자와 협력할 것입니다.

노스사이드는 재정 지원 프로그램의 지침을 충족하고 해당 신청서를 작성한 환자에 맞게 재정 지원을 제공합니다. 또한 해당되는 정부 또는 기타 지원 프로그램의 이용 가능성을 환자와 협의하고 그러한 프로그램에 대한 자격 평가를 지원할 수 있습니다.

다른 주의 Medicaid 보장 상태로 응급실에서 서비스를 받은 환자는 진료비를 전액 면제받을 수 있습니다. 또한 자신의 Medicaid 플랜 네트워크 소속이 아닌 병원의사의 진료를 받은 환자는 진료비 전액 할인을 받을 수 있습니다.

연간 가구 소득이 연방 빈곤 소득 수준(Federal Poverty Income Level)의 300퍼센트 이하인 환자는 노스사이드 재정 지원 프로그램 지침을 충족할 경우, 진료비를 전액 면제받을 자격이 됩니다. 소득, 자산, 부채 및 비용을 평가하여 재정 지원을 승인합니다. 보험에 가입되어 있거나, 제3차 책임 청구권을 가진 환자는 모든 지불 재원을 전부 사용하고도 잔액이 남아있을 경우, 재정 지원을 신청할 자격이 있습니다. 또한, 제3자 지불 재원으로 지불한 후에도 관련되거나 직접 관련되지 않은 모든 의료 기관의 의료 또는 병원 청구서가 환자에게 중대한 경제적 어려움을 주는 경우, 노스사이드는 재량으로 의료 서비스를 받을 재정적 능력이 부족한 환자에게 진료비 할인을 제공할 수 있습니다.

네트워크 소속이 아닌 보험으로 내원한 환자는 응급실에서 제공되는 서비스에 대해서만 재정 지원 자격이 있습니다. 환자가 신청서에서 네트워크 소속이 아닌 보험 정보를 숨긴 것으로 판정될 경우, NSH는 재정 지원 승인을 취소할 수 있습니다.

또는 특정한 경우에, 자체 재량으로 공개된 환자 정보(*예:* 주정부 지원 처방 프로그램 참여, 여성 영유아(WIC) 프로그램 참여, 보충영양지원 프로그램(SNAP, 구 푸드 스탬프) 참여, 학교 급식 보조 프로그램 자격 또는 기타 주 또는 지역 지원 프로그램 자격)를 바탕으로 환자의 재정 지원 자격을 확인하기 위해 제3자 기관을 활용할 수 있습니다. 제3자 기관에 의해 재정 지원 수령 자격이 있다고 확인된 환자는 재정 지원 신청서를 작성할 필요가 없습니다.

환자의 상항이 변하여 자격이 무효로 되는 경우를 제외하고, 모든 재정 지원 승인은 6개월간 유효합니다. 또는 환자의 재정 상황이 재정 지원 프로그램 지침을 계속 충족하는지 확인하기 위해, 노스사이드가 정보를 요청할 수 있습니다.

노스사이드는 모든 신청서, 증빙 서류, 커뮤니케이션 및 제3자를 통해 확보한 환자 정보를 최우선적으로 기밀로 다룹니다.

3. **일반적으로 청구되는 금액**. 노스사이드는 재정 지원 자격이 되는 환자에게 일반적으로 청구되는 금액(Amounts Generally Billed, "AGB")을 초과하여 청구하지 않습니다.
    - AGB는 계약 할인이나 공제를 하기 전에 서비스에 대해 일률적으로 적용되는 의료비 전액 ("총 청구액, Gross Charges") 에 AGB 퍼센트를 곱하여 계산됩니다.
    - AGB 퍼센트는 (i) 지난 12개월 동안 Medicare Fee-For-Service 및 모든 1차 지급자 민간 보험사가 응급 및 의학적으로 필요한 서비스에 대해 전액 지불한 청구서의 합계를 (ii) 이러한 청구에 대한 관련 총 청구액의 합계로 나눠서 계산됩니다.
    - 노스사이드의 현행 AGB 퍼센트는 32%입니다. 그러므로, 환자가 노스사이드 시설에서 받은 서비스에 대해 재정 지원 자격이 되는 경우, 대부분의 환자에게 총 청구액의 32%가 부과됩니다(예: 환자에 대한 총 청구액이 $10,000인 경우, 이 서비스에 대해 대부분의 환자에게 $3,200가 부과됩니다).

4. **청구 및 징수.** 환자가 노스사이드 시설에서 받은 서비스에 대한 비용의 전부 또는 일부를 지불할 책임이 있는 경우, 노스사이드는 환자에게 청구하고 징수합니다. 환자가 120일 안에 청구 금액을 납부하지 않는 경우, 노스사이드는 1차 미수금 처리 대행사에 환자의 계정을 의뢰합니다. 그 다음에 1차 미수금 처리 대행사가 환자를 대상으로 대금 회수 절차를 진행합니다. 이 과정에서 1차 미수금 처리 대행사는 환자의 자산과 납부 능력을 분석하고 2차 미수금 처리 대행사에 대한 의뢰를 포함하여 추가 조치를 취할지에 대해 노스사이드에 권고할 수 있습니다.

5. **재정 지원 프로그램(FAP)의 적용을 받지 않는 노스사이드 제공자.** 노스사이드 시설에서 의사, 의사 보조, 마취전문 간호사 또는 기타 전문가에 의해 제공된 특정 서비스는 노스사이드의 FAP로 보장되지 않습니다. 특히 아래 제공자의 해당 과에서 제공되는 서비스는 재정 지원 프로그램으로 보장되지 않습니다.

    - Emergency Department Physician Services, Cherokee Emergency Services LLC, 또는 Gwinnett Emergency Specialists, Pc에서 제공하는 응급실 서비스
    - Pathology & Lab Medicine (PALM) 또는 Gwinnett Pathology 의료진이 제공하는 병리학과 서비스
    - Northside Radiology 의료진 또는 North Metropolitan Radiology 의료진이 제공하는 방사선과 서비스

- Neonatology (Pediatrix), Georgia Perinatal 컨설턴트, Maternal-Fetal Specialists (MEDNAX) 또는 Gwinnett Neonatology에서 제공하는 신생아 및 출생 전 서비스
- Neuropsychiatric 컨설턴트가 제공하는 정신과 서비스

6. **노스사이드 재정 지원 프로그램에 관한 추가 정보.** 노스사이드는 노스사이드의 웹사이트, 노스사이드 응급실, 등록 구역 및 대기실에 이 정책의 사본을 게시하여 대중들에게 이 정책을 널리 알릴 것입니다. 노스사이드는 또한 입원 전 환영문에서 정책과 신청서를 찾을 수 있도록 웹사이트에 참조 링크도 포함할 것입니다. 또한 다음과 같은 방법으로 노스사이드 재정 지원 신청서와 재심 양식을 구할 수 있습니다.

    - 각 병원 캠퍼스의 중앙 입원 접수처(Main Admissions Office)에 위치한 재무상담과(Financial Counseling Department)에서 사본 요청
    - 노스사이드 웹사이트 http://www.northside.com/billingandcollections에서 사본 입수
    - 월요일부터 금요일까지, 오전 9시에서 오후 4시 사이에 노스사이드의 재정상담실(Financial Counseling Offices)에 연락하거나 직접 방문:
        - Atlanta Financial Counseling Office – (404) 851-8589, 주소: 1000 Johnson Ferry Road, Atlanta, Georgia 30342
        - Cherokee Financial Counseling Office – (770) 720-5484, 주소: 201 Hospital Road, Canton, Georgia 30114
        - Duluth Financial Counseling Office – (678) 312-3200, 주소: 3620 Howell Ferry Rd, Duluth, GA 30096
        - Forsyth Financial Counseling Office – (770) 844-3246, 주소: 1200 Northside Forsyth Drive, Cumming, Georgia 30041
        - Gwinnett Financial Counseling Office - (678) 312-4406, 주소: 1000 Medical Center Boulevard, Lawrenceville, GA 30046

작성한 모든 재정 지원 신청서는 우편으로 아래 주소로 보내주십시오.

Northside Hospital Business Office
Attention: Financial Assistance
1001 Summit Blvd NE Suite 150
Atlanta, Georgia 30319