



## 쉬운 언어 요약(PLS)- 재정 지원 방침(FAP)

HMH Carrier Clinic 재정 지원 방침은 환자에게 환자와 가족의 재원을 바탕으로 전체 또는 부분적으로 할인된 응급 또는 기본적인 의료서비스를 제공합니다. 재정 지원이 필요한 환자는 아래에 요약된 방침 규정에 따라 반드시 재정 지원(FAP) 신청서 작성을 완료해야 합니다.

### 적격 환자/서비스

적격 서비스는 HMH Carrier Clinic에서 제공하는 모든 기본 의료서비스를 포함합니다. 적격 환자는 재정 지원 신청서(필수 요청 서류 포함)를 제출하고 재정 지원에 대한 적격자로 확인된 모든 환자를 포함합니다.

재정 지원 자격은 제출된 신청서와 재정 증명 서류를 검토한 후 결정됩니다.

### 신청 방법

신청서 종이 사본을 작성하여 재정 지원을 신청할 수 있습니다. 종이 신청서는 다음 방법으로 무료 제공됩니다.

- **우편으로:** 다음 주소로 우편을 발송하여 재정 지원 신청서 사본 요청: HMH Carrier Clinic 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502, Attn: Patient Financial Services
- **직접 방문:** 행정부 건물(Patient Financial Services Dept), 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502 (방문 시간: 월~금 오전 8시~오후 4시 30분)
- **전화로:** 환자 재정 서비스 부서(Patient Financial Services Dept)에 전화(908-281-1522) 문의
- **웹사이트:** <https://carrierclinic.org/2019/08/09/carrier-clinics-financial-assistance-policy/>

신청서를 작성한 후 환자 재정 서비스 부서(주소: 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502)로 보내주십시오

### 사용 언어:

재정 지원 방침, 청구 및 수금 정책, 쉬운 언어 요약(PLS), 적격/비적격자 목록, 재정 지원 신청서는 영어로 무료 제공되며, 비 영어권 국가의 언어의 경우(1차 서비스 영역 내에서 영어 구사 능력 보유자가 1,000명 중 5% 미만일 때) HMH Carrier Clinic에서 해당 국가의 주 사용 언어로 제공합니다. 무료 번역본은 다음 웹사이트 주소에서 제공해드립니다: <https://carrierclinic.org/2019/08/09/carrier-clinics-financial-assistance-policy/>

### 적격자 결정

재정 지원이 필요한 환자는 가계 가용자원(AHR, Available Household Resources)을 비롯한 재정 지원 신청서에 제공된 정보를 바탕으로 인화된 금액 지원에 대한 자격이 주어집니다. AHR은 환자가 거주하는 가정의 총 가용자원을 나타냅니다. 연방 빈곤 지표(Federal Poverty Guidelines) 기준에 100% 해당하거나 기준 미만의 AHR 환자의 경우, 가족구성원 수에 따라 적격 의료서비스 금액의 100%까지 차감할 수 있는 자격이 주어집니다. 응급 또는 그 외의 다른 기본 의료서비스 이용 시, 적격 환자는 보험 가입 환자의 일반청구금액(Amounts Generally Billed, AGB)보다 더 높은 비용을 부담하지 않습니다.

- 다른 도움이나 지원, 질문 사항은 행정부 건물에 있는 환자 재정 서비스 부서를 방문하여 문의해주시기 바랍니다. (방문 시간: 월~금 오전 8시~오후 4시 30분, 주소: 252 County Road 601 Belle Mead NJ 08502, 전화: 908-281-1522)