



# Atlantic Health System

## 관리 정책

**주제:** 저소득, 비보험 및 부분 보험 환자를 위한 재정 지원

**유효일:** 01/26/2023

**주요 책임:** 디렉터 - 환자 재정 서비스

---

### I. 목적:

모든 환자에게 지불 능력에 관계없이 Atlantic Health System, Inc.( “Atlantic Health System” )의 병원 시설에서 제공하는 필수 응급 진료 및 기타 의학적으로 필요한 의료 서비스를 받을 수 있도록 보장하기 위함입니다. 해당 정책은 Morristown Medical Center, Overlook Medical Center, Chilton Medical Center, Newton Medical Center, Hackettstown Medical Center 및 42 C.F.R. 413.65에 따라 공급자 기반으로 지정된 Atlantic Health System 시설을 포함하여 모든 Atlantic Health System 병원에 적용됩니다.

### II. 정책:

Atlantic Health System은 환자의 지불 능력에 관계없이 환자가 병원 시설에서 제공하는 필수 응급 진료 및 기타 의학적으로 필요한 의료 서비스를 받을 수 있도록 보장하는 정책입니다. 하단 섹션 IV에 기술된 다양한 프로그램을 통해 병원비의 전부 또는 일부를 지급할 수 없는 저소득, 비보험 및 부분 보험 환자에게 재정적 지원이 제공됩니다. 해당 정책은 상기 기술된 바와 같이 모든 Atlantic Health System 병원 시설 및 42 C.F.R. 413.65의 공급자 기반 상태를 관리하는 연방 규정에 따라 공급자 기반으로 지정된 Atlantic Health System 시설에 적용됩니다.

재정 지원 및 감액 지원은 응급 진료 또는 기타 의학적으로 필요한 의료 서비스에만 제공됩니다. 의사 진료비, 마취 진료비, 방사선 사진 판독 및 외래 처방을 포함한 일부 서비스는 병원 진료비와 별개이며 Atlantic Health System을 통한 재정 지원을 받을 수 없습니다. 병원 시설에서 응급 진료 또는 기타 의학적으로 필요한 치료를 제공하는 병원 시설 자체를 제외한 모든 공급자의 시설별 목록은 해당 Financial Assistance Policy(재정 지원 정책)( “FAP” )의 대상 공급자와 그렇지 않은 공급자를 명시하여 본 FAP의 부록

A에서 확인할 수 있습니다. 공급자 목록 2는 분기별로 검토되고 필요에 따라 갱신됩니다.

### III. 일반 정보:

- A. Atlantic Health System은 해당 의료 서비스에 대한 비용을 지불할 수 있는 능력과 해당 FAP에 따라 해당 환자들이 재정적 지원을 받을 자격이 있는지에 대한 여부와 정도에 관계없이 응급 진료 및 의학적으로 필요한 의료 서비스가 필요한 모든 뉴저지 거주민에게 의료 서비스, 내원 진료 및 외래 진료를 제공합니다.
- B. Atlantic Health System은 응급실 환자가 치료를 받기 전 비용을 지불하도록 요구하거나, 또는 응급실 또는 채무추심 조치가 비차별적 기준으로 응급 진료의 제공에 지장을 줄 수 있는 기타 영역에서 해당 조치를 허용하는 등 환자가 응급 진료를 받는 것에 지장을 주는 어떠한 조치도 하지 않을 것입니다.
- C. Atlantic Health System의 FAP, 재정 지원 신청 및 Plain Language Summary(일반 언어 요약)("PLS")를 모두 온라인으로 이용할 수 있는 웹사이트는<http://www.atlantichealth.org/financialassistance>입니다.
- D. Atlantic Health System의 FAP, 재정 지원 신청 및 PLS는 영어 및 각 병원 시설의 주요 서비스 영역에서 제공되는 1,000명 이하의 환자들 또는 지역 사회의 5%를 구성하는 영어에 익숙하지 않은 구성원들의 주요 언어로 제공됩니다. FAP, 재정 지원 신청 및 PLS 번역본은 본 FAP의 부록 B에 기재된 언어로 제공됩니다. FAP, 재정 지원 신청 및 PLS가 이용 가능한 번역문에 포함되지 않은 주요 언어를 가진 환자에게 명확하게 전달되도록 상당한 노력을 기울일 것입니다.
- E. FAP, 재정 지원 신청 및 PLS의 종이 사본은 무료 우편으로 제공되며, 하단에 열거된 접수처, 응급실, 재정 상담 사무실 등 병원 시설 전반에 걸쳐 다양한 영역에서 제공됩니다. 재정 지원 신청은 직접 제출하거나, 우편, 팩스 또는 이메일로 제출할 수 있습니다.

#### 재정 상담 사무실:

Morristown Medical Center: 100 Madison Avenue, Morristown, New Jersey 07960,  
재정 상담 사무실, 전화번호 # 973-971-4967

Overlook Medical Center: 99 Beauvoir Avenue, Summit, New Jersey 07901, 재정  
상담 사무실, 전화번호 # 908-522-4689

Chilton Medical Center: 97 West Parkway, Pompton Plains, New Jersey 07444, 재정  
상담 사무실, 전화번호 # 973-831-5435

Newton Medical Center: 175 High Street, Newton, New Jersey 07860, 재정 상담  
사무실, 전화번호 # 973-579-8407

Hackettstown Medical Center: 651 Willow Grove Street, Hackettstown, New Jersey  
07840, 재정 상담 사무실, 전화번호 # 908-850-6902

- F. 환자가 FAP, 재정 지원 신청 및 PLS의 종이 사본을 입수하는 데 도움이 필요한 경우 또는 기타 지원이 필요한 경우, Customer Service Department(고객 서비스 부서)의 1-800-619-4024로 연락하거나, 상단 열거된 재정 상담 사무실로 방문하시거나 문의하십시오.
- G. 접수처, 응급실, 재정 상담 사무실 등 공공병원 내에는 환자들에게 재정 지원 가능성을 통고 및 통지하는 표지문 또는 게시물이 알아보기 쉽게 배치될 것입니다.
- H. PLS는 채택 과정의 일부로 모든 환자에게 제공될 것입니다.
- I. Atlantic Health System은 응급 진료 및 기타 의학적으로 필요한 의료 서비스의 전부 또는 일부를 지불할 능력이 없는 적합한 환자에게 재정 지원을 제공하기 위해 최선의 노력하고 있습니다. 해당 자선적 목표를 달성하기 위해서 Atlantic Health System은 지역 사회 서비스 기관 및 비영리 기관과의 협력을 통해 본 FAP, 재정 지원 신청 및 PLS를 지역 사회에 널리 공표할 것입니다.
- J. 환자 또는 그 대리인은 재정적 지원을 요청할 수 있습니다. 환자 또는 그 대리인은 Atlantic Health System 직원이 재정 상담사에게 의뢰하여 의사 또는 기타 의사를 참조할 수 있습니다. 재정 상담원은 이용 가능한 재정 지원 프로그램의 요건을 설명하고 환자가 이용 가능한 재정 지원 프로그램을 받을 자격이 있는지 여부를 판단합니다. 재정적 지원을 요청하는 환자는 재정적 지원을 위한 Atlantic Health System 신청을 완료하고(인증 페이지 포함) 재정적 지원을 고려하기 위해 신청서에 명시된 지원 서류를 제공해야 합니다. 필요에 따라 번역 자료와 통역을 이용하여 영어 의사소통에 제한적인 개인과 유의미한 의사소통을 할 수 있습니다.
- K. 비보험 환자는 최초 퇴원 후 청구서 작성 후 최대 365일 이내에 완료된 재정 지원 신청서를 제출할 수 있습니다. 보험 가입 환자 또는 부분 보험 환자는 보험자의 처리를 반영한 최초 퇴원 후 청구서 작성 후 최대 365일 이내에 완료된 재정 지원 신청서를 제출할 수 있습니다.

#### IV. 재정 지원 프로그램:

Atlantic Health System 환자는 아래에 기재된 다양한 프로그램에 따라 무료 또는 감액된 비용의 진료를 받을 수 있습니다. 각각의 경우, Atlantic Health System은 제공된 서비스의 총 비용과 동일한 금액, 환자 또는 환자의 보험자가 지불한 순액(있을 경우), 해당 서비스에 대한 정부 보상 또는 지급액을 차감한 금액으로 재정적 지원을 제공한 것으로 간주합니다. Atlantic Health System은 해당 기관에서 제공하는 재정적 지원과 같은 순액(비용 대비 청구 비율을 적용하는 것을 조건으로 하며, 재정 지원이 청구가 아닌 비용에 따라 적절하게 보고되는 경우)을 보고할 것입니다.

## A. 뉴저지 주 프로그램:

### 1. 자선 진료:

해당 프로그램은 환자가 Medicaid(메디케이드)를 받을 자격이 있는 경우, State's Medicaid(주정부 메디케이드) 프로그램에 따라 보장될 수 있는 의학적으로 필요한 서비스에 대한 응급 진료 병원비만 포함합니다. 재정 상담 사무실은 최초 신청서가 접수된 날로부터 늦어도 10 영업일 이내에 신청 자격에 대한 여부를 판단할 것입니다. 신청서가 미완성일 경우(예: 소득/자산 증빙에 대한 요청서가 없거나 불충분) 승인에 필요한 추가적인 서류에 대해 자세한 내용이 기재된 서면 거부 문서가 발행될 것입니다. 비보험 신청자는 최초 퇴원 후 청구서 작성일로부터 최대 365일 이내에 필요한 서류와 함께 자선 진료(Charity Care)를 재신청할 수 있습니다. 보험 가입 신청자 또는 부분 보험 신청자는 보험자의 처리를 반영한 최초 퇴원 후 청구서 작성일로부터 최대 365일 이내에 필요한 서류와 함께 자선 진료(Charity Care)를 재신청할 수 있습니다. 자선 진료(Charity Care)를 받을 자격한 환자는 **부록 C**에 명시된 지침에 따라 무료 진료 또는 총 청구비에서 감액 지원을 받을 수 있습니다.

부적격 신청자는 서비스 및 재정 상황이 변경된 후 재신청할 수 있습니다.

자선 진료(Charity Care)는 다음과 같은 뉴저지 거주민에게 제공되는 주정부 프로그램입니다.

- a. 건강보험에 가입하지 않았거나 의료비의 일부만 부담하는 보험이 있는 경우.
- b. 민간 또는 정부 후원의 대상이 되지 않는 경우(예: 사회보장제도(퇴직 및 장애), Medicaid에 수반되는 생활 보조금(Supplemental Social Security Income, SSI), 또는 Medicaid),
- c. 주정부에서 확립한 소득 및 자산 적격성 기준을 모두 충족하는 경우.

자선 진료(Charity Care)의 대상이 되기 위해 필요한 추가적인 기준은 다음과 같습니다.

- a. 환자들은 다음 사항을 포함하는 자선 진료(Charity Care) 프로그램을 위해 선별될 것입니다. (i)가족 총소득이 연방 빈곤수준의 200% 이하인 환자에 대한 청구비의 100%, (ii)**부록 C**에 명시된 지침에 따라 가족 총소득이 200%를 초과하지만 연방 빈곤수준의 300% 이하인 환자에 대한 청구비의 일부.
- b. 자선 진료(Charity Care) 자격 한도는 개인 자산 한도 \$7,500, 가족 자산 한도 \$15,000입니다. 본 섹션의 목적상, 자산을 고려해야 하는 가족 구성원은 N.J.A.C.10:52-11.8(a)에 다음과 같이 정의됩니다. 성인 신청자의 가족 규모는 신청자, 배우자, 부양하는 미성년자 및 신청자가 법적 책임을 지는 성인을 포함합니다. 미성년자 신청자의 가족 규모는 부모, 부모의 배우자, 미성년자 형제자매 및 신청자의

부모가 법적 책임을 지는 가족의 성인을 모두 포함합니다. 신청자가 배우자 또는 부모로부터 혼자가 되었다는 것을 증명하는 경우에는 그 배우자 또는 부모는 가족 구성원으로서 포함되지 않습니다. 임신한 여성은 2명의 가족 구성원으로 간주됩니다.

병원 서비스 매뉴얼(Hospital Services Manual), N.J.A.C.10:52 et seq.의 자선 진료 섹션(Charity Care Section)에 따라 요구되는 문서에는 다음이 포함됩니다.

- a. 적합한 환자 및 가족 신분 증명 서류. 해당 서류에는 운전면허증, 사회보장카드, 외국인등록증, 출생증명서, 급여명세서, 여권, 비자 등이 포함됩니다.
- b. 서비스 제공일 현재 뉴저지 거주 증명서(참고: 상황에 따라 응급 치료는 거주 요건의 예외). 해당 서류에는 운전면허증, 유권자 등록증, 조합원증, 보험 또는 복지플랜 신분증, 학생증, 공과금 청구서, 연방 소득세 신고서, 주 소득세 신고서 또는 실업급여 명세서가 포함됩니다.
- c. 총소득 증명서. 해당 서류에는 환자의 총소득을 결정하기 위해 병원이 요구하는 세부사항(다음 중 하나)이 포함되어야 합니다.
  - i. 이전 12개월 동안의 실질적인 총소득.
  - ii. 이전 3개월 동안의 실질적인 총소득.
  - iii. 서비스 제공 직전 달의 실질적인 총소득
- d. 서비스 제공일 현재 자산의 증명서. 이들은 주식, 채권, 개인은퇴계좌(IRA), 양도성예금증서(CD), 당좌 계좌, 저축 계좌 또는 비주거지의 자본과 같은 현금으로 쉽게 전환할 수 있는 항목입니다.

## 2. N.J.S.A.26:2H-12.52의 감액 진료 대상 :

가족 총소득이 연방 빈곤수준의 500% 미만인 뉴저지 거주자 비보험 환자는 FAP의 섹션 IV.C.에 따라 감액 진료를 받을 수 있습니다. 자선 진료(Charity Care)에 적용 가능한 서류 요건 및 상기 섹션 A.1의 서류 요건은 본 섹션의 자격 판정에 적용됩니다. 단, 개인 및 가족 자산 기준은 본 섹션의 감액 진료 대상에는 적용되지 않습니다.

## 3. 치명적인 질병 아동 구제 기금 프로그램:

뉴저지 주의 치명적인 질병 아동 구제 기금 프로그램은 심각한 질병을 앓고 있는 어린이 가정에 재정 지원을 제공합니다. 자격, 대상 비용 및 지원 신청에 대한 정보는 <http://www.state.nj.us/humanservices/cicrf/home/>에서 확인할 수 있습니다.

## 4. 뉴저지 범죄 피해자 보상 사무소:

뉴저지 주는 범죄 피해자들에게 특정 범죄 행위로 인한 손실과 특정 의료비를 포함하는 비용을 보상하기 위해 뉴저지 주 범죄 피해자 보상 사무소를 설립하였습니다. 자격, 대상 비용 및 지원 신청에 대한 정보는 <http://www.nj.gov/oag/njvictims/application.html>에서 확인할 수 있습니다.

## B. 본인 부담:

### 1. 뉴저지 거주민

자선 진료(Charity Care) 또는 기타 유형의 연방 또는 주정부 기금의 재정 지원 프로그램을 받기 위해 적격하지 않은 비보험 환자는 다음과 같이 청구됩니다.

- i. 내원 환자: 의료적으로 필요한 내원 진료를 받는 환자에게는 적절한 Medicare DRG 비용과 제공받은 서비스에 대한 15%의 비용이 청구됩니다.
- ii. 외래 환자: Morristown Medical Center와 Overlook Medical Center에서 외래 진료를 받는 환자는 병원비에서 40% 감액된 비용이 청구됩니다. Newton Medical Center patients 환자는 88%의 감액 지원, Chilton Medical Center 외래 환자는 82.4%의 감액 지원, Hackettstown Medical Center 외래 환자는 89%의 감액 지원을 지원받습니다.

### 2. 주 이외의 환자 및 외국인 환자

- a. 내원 환자: 의료적으로 필요한 내원 진료를 받는 환자는 적절한 Medicare DRG와 제공받은 서비스에 대한 25%의 비용이 청구됩니다.
- b. 외래 환자: Morristown Medical Center와 Overlook Medical Center에서 외래 진료를 받는 환자는 병원비에서 40% 감액된 비용이 청구됩니다. Newton Medical Center patients 환자는 88%의 감액 지원, Chilton Medical Center 외래 환자는 82.4%의 감액 지원, Hackettstown Medical Center 외래 환자는 89%의 감액 지원을 지원받습니다.

## C. 일반 청구 금액

가족 총소득이 연방 빈곤수준의 500% 미만인 뉴저지 거주자이며 연방 또는 주정부 기금의 재정 지원 프로그램(자선 진료 제외)에 해당되지 않는 비보험 환자는 섹션 IV에 따라 계좌에 감액을 적용할 것입니다. 재정 지원 신청서를 제출하고 환자가 해당 섹션에 따라 재정 지원을 받을 자격이 있다고 판단될 경우, AGB 또는 15%가 더해진 적절한 Medicare 비용 중 더 적은 금액이 청구됩니다.

Atlantic Health System은 각 병원 시설에 대해 Look-Back 방법을 사용하기로 선정하였습니다. AGB 비율(병원 시설별)은 다음과 같습니다.

Morristown Medical Center: 24.6%  
Overlook Medical Center: 24.7%  
Chilton Medical Center: 19.6%  
Newton Medical Center: 12.7%  
Hackettstown Medical Center 18.2%

각 병원 시설은 내부 수익 코드(Internal Revenue Code) 섹션 501(r)에 따라 Look-Back Method를 사용하여 각각의 AGB 비율을 산출하였습니다. AGB 비율은 12개월 동안 허용된 모든 청구액을 이러한 청구액과 관련된 총 비용으로 나눈 값에 기초하여 산출되었습니다. 모든 병원 시설에 대해 다음과 같은 납부자 믹스가 선택되었습니다. Medicare 행위별 수가제 + 모든 민간 의료보험자.

AGB 비율은 매년 연말 120일 이내에 갱신됩니다. 산출된 AGB 비율로 인해 환자가 지불해야 하는 비용보다 **적은 금액**이 발생하는 경우, 환자는 AGB에 따라 산출된 비용에 대해서만 책임을 집니다.

산출된 AGB 비율로 인해 환자가 지불해야 하는 비용보다 **많은 금액**이 발생하는 경우, 환자는 위에서 설명한 재정 지원 프로그램에 따라 산출된 비용에 대해서만 책임을 집니다.

## V. 청구 및 징수 정책

본 섹션에서는 Atlantic Health System의 청구 및 징수 정책과 절차에 대해 설명하고, 재정 지원 감액 적용 후 남은 잔금에 대한 청구서를 포함하여 의료비를 납부하지 않을 경우 취할 수 있는 조치를 설명합니다. Atlantic Health System을 대리하는 징수 기관 및 변호사에게는 해당 FAP 사본이 제공될 예정입니다.

각 청구서에는 환자가 FAP에 대한 정보와 재정 지원 신청에 대한 도움을 받을 수 있는 특정 병원 시설의 재정 상담 사무실 전화번호와 함께 재정 지원 가능 여부에 대한 알아보기 쉬운 안내문이 포함됩니다. 또한 청구서에는 FAP, 재정 지원 신청 및 PLS의 사본을 받을 수 있는 웹사이트 주소가 포함됩니다.

- A. 통지 기간: Atlantic Health System 은 환자 잔금이 확인되는 대로 환자들에게 잔금을 청구할 것입니다. 보험 미가입 환자의 경우 최초 퇴원 후 청구서는 120 일 통지 기간의 시작을 나타내며, 이 기간 동안 환자에 대한 특별 징수 조치(“ECA”)(아래 정의)를 개시할 수 없습니다. 보험 가입 환자 또는 부분 보험 환자의 경우, 보험자의 처리를 반영한 최초 퇴원 후 청구서는 환자에 대해 ECA 를 개시할 수 없는 120 일의 통지 기간의 시작을 나타냅니다(“120 일의 통지 기간”).
- B. 환자가 지불을 연체할 경우, 재정 지원이나 신규 또는 개정된 지불 플랜이 필요한지 판단하기 위해 청구서를 논의하라는 통지가 환자에게 전송됩니다. Atlantic Health System 은 지불 플랜을 요청하고 수립하는 환자를 수용할 수 있습니다.
- C. 120 일 통보기간 종료 후에도 지급을 받지 못한 경우, 환자가 재정 지원을 신청하지 않거나 병원 시설의 재정 상담 사무실 또는 병원 시설의 고객 서비스 부서에서 대체 지불 플랜에 대해 협의하지 않은 경우, 환자의 계좌는 징수 기관에 인계됩니다. Atlantic Health System 은 10 일 이내에 지불을 받지 못할 경우 환자의 계좌가 해당 징수 기관에 인계된다는 사실을 서면으로 환자에게 알립니다(“최종 통지”). 최종 통지는 대상 환자에게 재정 지원이 제공된다는 것을 환자에게 알려주고, 환자가 FAP 에 대한 정보와 재정 지원 신청 절차에 대한 지원을 받을 수 있는 특정 병원 시설의 재정 상담 사무실 전화번호를 포함합니다. 또한 청구서에는 FAP, 재정 지원 신청 및 PLS 사본을 받을 수 있는 웹사이트 주소가 포함됩니다.

- D. Atlantic Health System 은 Atlantic Health System 의 대리(“제 3 자”)를 위한 징수 기관과 변호사가 120 일의 통지 기간 후 체납 환자 계좌에 대한 ECA 를 개시할 수 있도록 승인할 수 있습니다. 계좌가 제 3 자에게 참조되면 제 3 자는 환자가 FAP 에 따라 재정 지원을 받을 자격이 있는지 여부를 판단하기 위한 합리적인 노력이 이루어졌는지, ECA 를 개시하기 전 다음과 같은 조치를 취했는지 확인합니다.
1. 환자에게 다음과 같은 서면 통지(“30일 서한”)가 제공됩니다. (a) 대상 환자에 대한 재정 지원이 제공됨을 나타냅니다. (b) 제3자가 진료비를 받기 위해 개시하는 ECA를 나타냅니다. (c) 해당 ECA가 개시될 수 있는 기한을 명시합니다(통지서 제출일로부터 30일 이내에 기한이 정해져 있는 경우).
  2. 30일 서한에는 FAP의 간단한 요약본이 포함됩니다.
  3. Atlantic Health System 및/또는 제3자는 환자에게 FAP에 대해 구두로 통지하고 환자가 재정 지원 신청 절차를 통해 도움을 받을 수 있는 방법을 알리기 위해 상당한 노력을 기울이고 있습니다.
- E. 환자가 FAP 에 따라 재정적 지원을 받을 자격이 있는지 여부를 결정하기 위해 합리적인 노력을 기울인 것이 확인되면, 제 3 자는 환자를 대상으로 다음과 같은 ECA 를 개시하여 진료비를 받을 수 있습니다.
1. 다음을 포함하되 이에 한정되지 않는 법적 또는 사법적 절차를 필요로 하는 조치는 다음과 같습니다.
    - a. I.R.C. 섹션 501(r)에서 달리 규정된 경우를 제외하고 환자의 재산에 대한 선취특권 부여.
    - b. 환자에 대한 민사소송 개시.

미지급 잔금이 합계 800달러 이상인 경우에만 조치를 취할 수 있습니다.
  2. ECA에는 개인 상해 판결금, 합의금 또는 타협금에 대한 선취특권이나 파산 청구권은 포함되지 않습니다.
- F. 미완료된 재정 지원 신청이 접수된 경우, Atlantic Health System은 FAP 적격성 판단에 필요한 추가 정보 또는 문서를 설명하는 서면 통지를 환자에게 제공합니다. Atlantic Health System은 제3자에게 미완료된 재정 지원 신청이 제출되었음을 통지하고, 제3자는 30일 기간 동안 진료비를 받기 위해 ECA를 중지합니다.
- G. Atlantic Health System은 완료된 재정 지원 신청을 받은 경우 다음 사항을 보장합니다.
1. 환자에 대한 ECA가 중단됩니다.
  2. 적시에 적격 여부를 판단하고 문서화합니다.
  3. Atlantic Health System은 환자에게 최종 결정과 해당 근거를 서면으로 통지합니다.
  4. FAP 적격 환자에 의해 지불될 금액(해당하는 경우), 해당 금액의 결정 방법 및 적용 가능한 AGB 비율을 나타내는 갱신된 청구서가 제공됩니다.



5. FAP 적격 환자가 지불해야 하는 금액을 초과하는 금액은 그에 따라 환불됩니다(해당하는 경우).
6. 제3자는 판결을 취소하거나 부담금 또는 선취특권을 해제하는 등 채무 회수를 위해 환자에 대해 취해진 ECA를 철회하기 위해 모든 합리적인 조치를 취합니다.

H. 병원 시설 중 하나가 추정적 적격 판정을 내릴 경우 다음이 요구됩니다.

1. 환자가 FAP에 따라 제공되는 가장 관대한 지원보다 적은 지원을 받을 자격이 있다고 추정적으로 판단될 경우, Atlantic Health System은 다음을 수행합니다.
  - a. 추정적인 FAP 적격성 판정의 근거를 환자에게 알리고 보다 관대한 지원을 신청하는 방법을 통지합니다.
  - b. ECA의 개시를 승인하기 전에 환자에 대해 보다 관대한 지원을 신청할 수 있는 합리적인 기간을 부여하여 산출된 감액 비용을 제공합니다.
  - c. 완료된 재정 지원 신청서가 접수된 경우 환자의 FAP 적격성 상태를 다시 확인합니다.

증빙 서류

국세청, 26 CFR Part 1, 53 및 602, 자선병원에 대한 추가 요건, 자선병원에 대한 지역 보건 요구 평가, 섹션 4959의 소비세 신고서의 요건 및 신고 시기, 최종 규칙, N.J.S.A. 26:2H-12.52, N.J.A.C. 10:52

검토/승인 요약:	AHS 정책감독위원회(APOC) 및 AHS 이사회		
개시일:	11/08/2004	APOC 승인일:	01/04/2023
최종 개정일:	02/23/2022	AHS 이사회 승인일:	01/25/2023

## 부록 A

### 공급자 목록

Atlantic Health System, Inc. (“Atlantic Health System”) Financial Assistance Policy(재정 지원 정책)(“FAP”)은 Atlantic Health System의 자회사인 AHS Hospital Corp.이 청구하는 Atlantic Health System 병원 또는 공급자 기반 외래 시설에서 제공되는 응급 진료 또는 기타 의학적으로 필요한 진료에 적용됩니다.

또한 FAP는 Practice Associates Medical Group, P.A. d/b/a Atlantic Medical Group (“AMG”) 의사가 Atlantic Health System 병원에서 제공하는 응급 진료 또는 기타 의학적으로 필요한 내원 환자의 진료에도 적용됩니다. FAP는 AMG 의사가 Atlantic Health System 병원 외에서 제공하는 진료에 대해 청구하는 전문 진료비에는 적용되지 않습니다.

다른 공급자는 Atlantic Health System 병원 및 외래 시설에서 귀하의 진료에 참여할 수 있습니다. 이러한 공급자가 상기 구체적으로 열거되지 않은 경우, Atlantic Health System 재정 지원 정책을 따르지 않습니다. 귀하는 이러한 공급자에 의해 개별적으로 청구되며 그에 따라 지불 동의를 해야 합니다.

해당 공급자 목록은 필요에 따라 분기별로 검토되며 갱신됩니다. FAP 또는 해당 공급자 목록에 관한 문의는 고객 서비스부 전화번호 1-800-619-4024로 문의하십시오. 페이지 11/12

## 부록 B

FAP, 재정 지원 신청 및 PLS 번역본은 영어 및 다음 언어로 제공됩니다.

아랍어  
아르메니아어  
중국어  
프랑스 크리올어  
그리스어  
구자라트어  
힌디어  
이탈리아어  
일본어  
한국어  
폴란드어  
포르투갈어  
러시아어  
세르보크로아티아어  
스페인어  
타갈로그어

**소득 기준**  
**자선 진료 및 감소된 자선 진료 자격 기준**  
**유효일: 2022년 3월 15일**

환자는 소득과 자산 기준을 모두 충족해야 합니다

**소득 기준**

연간 총소득이 다음 범위 이내일 때  
환자가 부담하는 비용의 비율

	환자 부담 청구비의 0%	환자 부담 청구비의 20%	환자 부담 청구비의 40%	환자 부담 청구비의 60%	환자 부담 청구비의 80%	환자 부담 청구비의 100%
가족 규모	<=200%	>200<=225%	>225<=250%	>250<=275%	>275<=300%	>300%
1	\$27,180 이하	\$27,181 에서 \$30,578 까지	\$30,579 에서 \$33,975 까지	\$33,976 에서 \$37,373 까지	\$37,374 에서 \$40,770 까지	\$40,771 이상
2	\$36,620 이하	\$36,621 에서 \$41,198 까지	\$41,199 에서 \$45,775 까지	\$45,776 에서 \$50,353 까지	\$50,354 에서 \$54,930 까지	\$54,931 이상
3	\$46,060 이하	\$46,061 에서 \$51,818 까지	\$51,819 에서 \$57,575 까지	\$57,576 에서 \$63,333 까지	\$63,334 에서 \$69,090 까지	\$69,091 이상
4	\$55,500 이하	\$55,501 에서 \$62,438 까지	\$62,439 에서 \$69,375 까지	\$69,376 에서 \$76,313 까지	\$76,314 에서 \$83,250 까지	\$83,251 이상
5	\$64,940 이하	\$64,941 에서 \$73,058 까지	\$73,059 에서 \$81,175 까지	\$81,176 에서 \$89,293 까지	\$89,294 에서 \$97,410 까지	\$97,411 이상
6	\$74,380 이하	\$74,381 에서 \$83,678 까지	\$83,679 에서 \$92,975 까지	\$92,976 에서 \$102,273 까지	\$102,274 에서 \$111,570 까지	\$111,571 이상
7	\$83,820 이하	\$83,821 에서 \$94,298 까지	\$94,299 에서 \$104,775 까지	\$104,776 에서 \$115,253 까지	\$115,254 에서 \$125,730 까지	\$125,731 이상
8	\$93,260 이하	\$93,261 에서 \$104,918 까지	\$104,919 에서 \$116,575 까지	\$116,576 에서 \$128,233 까지	\$128,234 에서 \$139,890 까지	\$139,891 이상

구성원이 8명 이상인 가정의 경우 각 추가 가족 구성원에 대해 각 열의 최대 금액에 다음 금액을 더합니다.					
	\$9,440	\$10,620	\$11,800	\$12,980	\$14,160
* 임신부는 가족 구성원 2명으로 계산됩니다.					
20%에서 80% 비용 연동 범위의 환자가 연간 총소득의 30%(즉, 다른 당사자가 납부하지 않은 청구서)를 초과하는 적격한 본인부담 의료비를 부담하는 경우, 30%를 초과하는 금액은 병원 지급 지원(자선 진료)으로 간주됩니다.					

## 자산 기준

개인 자산은 \$7,500를 초과할 수 없으며 가족 자산은 \$15,000를 초과할 수 없습니다.

2022년 3월 15일