	Johns Hopkins Health System(□□ □□□ □□ □□□) □□ □ □□	□□ □□	FIN034H
	□□	□□□	04-01-16
	□□□ □□	□□□	1 of 20
	□□□ □□	□□	10-23-13

정책

본 정책은 **Johns Hopkins Health System Corporation(JHHS) 법인인 Howard County General Hospital(H CGH) 및 Suburban Hospital(SH)에 적용됩니다.**

목적

JHHS는 □□ □□□ □□□□□ 보험에 들지 않았거나, 일부만 보험에 들었거나, 정부 프로그램에 대한 자격이 없거나, 필수적인 의료 치료에 대한 지불 능력이 없는 환자들에게 개인별 재정 상황을 바탕으로 재정적 지원을 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다.

지정된 재정 기준을 충족하고 그러한 지원을 요청하는 환자들에게 빈곤이나 과도한 의료 채무를 고려하여 재정 지원을 제공하는 것이 Johns Hopkins Medical Institutions(존스 홉킨스 의료원)의 정책입니다. 다음 정책 설명문의 목적은 재정적 지원의 자격 기준, 각 신청서를 처리하기 위한 단계, 신청서 처리 방법을 설명하는 것입니다.


JHHS 병원은 가능한 재정 지원을 지역신문에 1년 단위로 게재할 것이며, 환자 등록 사이트, 가입소/영업소 청구 사무실, 각 시설의 응급실에서 활용 가능 여부를 공지할 것입니다. 활용 가능 여부 공지는 각 병원의 웹사이트에 게시되고, 구두 의사소통 중에 언급되며, 또한 환자 고지서를 통해서도 환자에게 발송됩니다. 환자 청구서 발송 및 재정 지원 정보는 입원 환자가 퇴원하기 전에 제공되므로 요청 시 모든 환자들이 사용할 수 있습니다.

환자의 개인적 재정 상황 검토가 진행되어 문서화되어 있는 경우 재정 지원이 연장될 수 있습니다. 의료 재정 빈곤 지원(Medical Financial Hardship Assistance)에 대한 평가는 환자의 기존 의료비와 채무(대손금으로 처리된 모든 계좌 포함), 그리고 예상 의료비의 검토를 포함해야 합니다. 재정 지원 신청 및 의료 재정 빈곤 지원은 계좌가 채권 추심 회사에 넘어가 있는 환자에게 제공될 수 있으며 기타 요구 사항들이 충족되지만 판정이 부여되지 않은 계좌에만 적용됩니다.


진료를 제공하는 의사들에 대한 재정 지원 공지:

HCGH와 SH에서 본 정책에 정의된 응급 처리 및 필수 의료 진료를 제공하는 의사의 목록이 별첨 D에 첨부되어 있습니다. 이 목록은 해당 의사가 본 정책의 적용 대상인지 여부를 나타냅니다. 의사가 본 정책의 적용 대상이 아닌 경우, 환자는 전문의실에 연락하여 의사가 재정 지원을 제공하는지 확인하고 만일 제공하는 경우 의사가 제공하는 재정 지원 정책이 무엇인지 확인해야 합니다.

정의

	Johns Hopkins Health System(□□ □□□ □□ □□□) □□ □ □□	□□ □□	FIN034H
	□□	□□□□	04-01-16
	□□□□ □□	□□□□	2 of 20
		□□	10-23-13

- 의료 채무** 의료 채무는 신청한 JHHS 병원에서 청구한 필수 의료 진료 의료비 중에서 본인 부담금을 의미합니다. 환자가 적격 헬스 플랜을 통해 보험에 가입하여 자격 요건을 충족한 상태가 아닐 경우, 본인 부담금에는 고용인 부담금, 공동보험금 및 가입자 우선 부담금은 포함되지 않습니다. 의료 채무에는 자발적으로 자기 부담으로 등록하기로 결정한 환자의 해당 병원비는 포함되지 않습니다(보험 보장 또는 보험 청구를 채택하지 않음)
- 유동 자산** 현금, 유가 증권, 약속 어음, 주식, 채권, 미국 저축 채권, 당좌 예금, 저축 예금, 뮤추얼 펀드, 양도성 예금, 해약 반환금과 생명 보험 정책, 외상 매출금, 연금 수당, 즉시 현금 전환이 가능한 기타 재산. 환자의 기본 거주지에 있는 15만달러 □□의 세이프 하버(safe harbor) 재산은 현금 전환이 가능한 자산으로 간주되지 않습니다. 기타 부동산 재산은 청산될 대상이 되어야 합니다. 유동 자산은 내국세 수입법에 따라 자격이 있거나 없는 이연 보상계획 등을 포함하여, 국세청)IRS)에서 퇴직 연금 계좌로 과세중립성을 부여하는 퇴직자산을 포함하지 않습니다.
- 직계 가족** 환자가 미성년자인 경우, 직계 가족은 같은 가정에 거주하는, 어머니, 아버지, 미혼 형제, 사생아 또는 양자로 정의됩니다. 환자가 성인인 경우, 직계 가족은 같은 가정에 거주하는 배우자 또는 사생아나 미성년인 미혼 양자로 정의됩니다.
- 필수 의료 진료** 주로 환자의 편의를 위해서가 아니라 의료행위의 허용된 기준에 따라 환자의 상태를 보호하기 위해 반드시 필요한 치료가 생략되면, 환자의 상태에 악영향을 미칠 수 있습니다. 본 정책의 목적을 위한 필수 의료 진료에는 선택적 절차나 미용 시술이 포함되어 있지 않습니다.
- 가계 소득** 가정에 거주하는 직계 가족 모두에 대해, 국세청에서 정의한 환자 또는 □□□ □□당 사자의 임금, 급여 소득, 팁, 이자, 배당금, 기업 배당, 임대 소득, 퇴직/연금 소득, 사회보장연금 혜택, 기타 소득
- 입증 문서** 급여 명세서; W-2; 1099; 산재보상, 사회보장연금 또는 장애인 지급 판정 서신; 은행잔고 증명서 또는 중개 증명서; 소득세 신고; 생명보험 정책; 부동산 평가 및 신용 기관 보고서, 의료 채무 혜택에 대한 설명.
- 적정 의료 보험** 2014년에 시작한, 적정가 보장법안에 따라 건강보험 시장에서 인증받은 보험은, 필수 의료 혜택을 제공하고, 비용부담에 대한 한도를 따르며)보험금 공제, 고용인 부담, 부대비용의 한도액 등), 기타 요건을 충족합니다. 적정 의료 보험에는 각 시장에서 판매되는 인증서가 제공됩니다.

	Johns Hopkins Health System(□□ □□□ □□ □□□) □□ □ □□	□□ □□	FIN034H
	□□	□□□	04-01-16
	□□□ □□	□□□	3 of 20
	□□□ □□	□□	10-23-13

절차

1. 재정 지원의 평가는 여러 방법으로 시작할 수 있습니다:

예:


- 미볼 자기 부담 잔액이 있는 환자가 청구서를 지불할 여유가 없어서 지원을 요청하는 사람들의 미수금을 처리하는 대행사 또는 자기 부담 수금 대행업체에게 통지합니다.
- 환자가 임상 부문에 보험 없이 □□□□ 현재나 이전의 의료 서비스에 관련된 의료비를 지불할 여유가 없다고 진술합니다.
- 의사나 기타 임상직은 입원이나 외래 환자 서비스 중 하나에 해당하는 재정 지원 평가를 환자에게 알려줍니다.

2. 각 임상 부문이나 사업 부문은 재정 지원 신청서를 처리하도록 책임져야 할 담당자나 담당자들을 지정하게 됩니다. 이러한 직원은 재무상담사, 자기 부담 수금 전문가, 행정 직원, 고객 서비스 담당자 등이 될 수 있습니다.


3. 지정된 직원은 환자들과 만나 재정 지원을 요청하는 환자들이 지원할 수 있는 예비 기준을 충족하는지 확인할 수 있습니다.

- a. 모든 병원 신청서는 영업일 기준 2일 이내에 처리되어 자격 여부가 결정됩니다. 이러한 절차를 촉진하기 위해 각 신청자는 메디케이드(Medicaid) 규정에서 정의한 대로, 가족의 수와 소득에 대한 정보를 제공해야 합니다. 신청자가 절차를 완료할 수 있도록, 최종 자격 결정에 필요한 서류에 기록될 조건부 승인서가 제공됩니다.
- b. 수신한 신청서들을 검토하기 위해 JHHS 환자 재정 서비스 부서로 전송합니다; 서면으로 된 자격 여부 결정서가 환자에게 발급됩니다.
- c. HCGH에서, 병원에 제출한 모든 지원 서류를 완비한 신청서는 적절한 서명 당국의 절차를 통해 승인됩니다. 일단 서명을 하여 신청서가 승인이 되면, 환자에게 서면으로 된 적격성 결정서를 우편으로 보내기 위해 승인된 신청서를 JHHS 환자 재정 서비스 부서로 전송합니다.

4. 최종 자격을 결정하기 위해서는, 다음 조건이 충족되어야 합니다:


	Johns Hopkins Health System(□□ □□□ □□ □□□) □□ □ □□	□□ □□	FIN034H
	□□	□□□	04-01-16
	□□□ □□	□□□	4 of 20
		□□	10-23-13

- a. 자격 요건을 충족하지 못할 것이라고 재무 담당자가 손쉽게 결정할 수 있지 않는 한, 환자는 적정 의료 보험을 통해 의료 지원 또는 보험 보장을 신청해야 하고 의료 지원팀 또는 지정 대리인과 적극적으로 협조해야 합니다. 환자가 의료 지원을 반드시 신청해야 하는지 결정하는 데 환자 소개 설문지)별첨 B)가 사용됩니다. 환자가 현행 의료 지원 제약 보험이나 QMB 보험을 보유하고 있는 경우, 전체 의료 지원 혜택을 부여받을 수 있다고 재무 담당자가 믿을 만한 이유가 없는 한 환자는 의료 지원을 다시 신청할 필요가 없습니다.
 - b. 모든 보험 혜택이 소진된 상태여야 합니다.
5. 가능한 한, 메릴랜드 주의 모든 JHHS 병원에서는 하나의 신청 절차가 있게 됩니다. 환자는 다음을 제공해야 합니다:
- a. 완성된 재정 지원 신청서)별첨 A) 및 환자 개요 설문지)별첨 B).
 - b. 가장 최근의 연방소득세 신고서 사본)결혼한 경우는 별도로 신고, 또한 메디케이드 규정에서 정의한 대로 가구 소득의 일부로 간주되는 다른 사람의 소득세 신고서 사본과 배우자의 소득세 신고서 사본).
 - c. 가장 최근의 급여 명세서 사본 3장)고용된 경우) 또는 메디케이드 규정에서 정의한 대로 가구 소득의 일부로 간주되는 다른 사람의 기타 소득 증거.
 - d. 의료 지원 결정 통지서)해당하는 경우).
 - e. 장애 소득 증명서)해당되는 경우).
 - f. 기타 지정된 비용에 대한 합당한 증거.
 - g. 미국 이외의 시민들은 재정 지원 신청서)별첨 A)를 작성해야 합니다. 또한, 재무상담사는 환자의 거주 국가에 있는 미국 영사관에 문의해야 합니다. 미국 영사관은 환자의 순자산 정보를 제공할 수 있는 위치에 있어야 합니다. 그러나, 환자의 재정적 건전성을 지원하는 상세한 정보의 수준은 국가에 따라 달라질 수 있습니다. 미국 영사관에서 정보를 입수한 후, 재무상담사는 Revenue Cycle 의 국장 및 HCG H 의 CFO 또는 PFS 이사 및 SH 의 CFO를 만나 추가 정보가 필요한지 결정해야 합니다.
 - h. 실업자의 경우, 실업 보험소, 현재의 재정 보조원 등으로부터 받은 증서와 같은 타당한 실업 증거.
6. 환자는 불충분한 보험이나 과도한 의료 채무 중 하나를 통해 재정 지원을 받을 수 있습니다. 환자가 적정


	Johns Hopkins Health System(□□ □□□ □□ □□□) □□ □ □□	□□ □□	FIN034H
	□□	□□ □□	04-01-16
	□□□ □□	□□ □□	5 of 20
		□□	10-23-13

의료 보험을 통해 가입한 보험이 자격 요건을 충족하지 않는 한, 의료 채무는 JHHS 병원에서 청구한 의료비에 대한 고용인 부담, 공동 보험, 보험금 공제를 제외한 부대비용으로 정의됩니다. 환자가 필요한 모든 정보를 제출하면, 재무상담사는 JHMI 지침에 따라 최종 자격 결정을 내리기 위해 신청서를 검토하고 분석해서 환자 재정 서비스 부서에 전달합니다. HCGH에서 재무상담사는 JHMI 지침에 따라 검토하고 최종 자격 결정을 내릴 수 있도록 Revenue Cycle 국장에게 전달합니다.

- a. 신청서가 거부된 경우, 해당 환자는 신청서의 재검토를 요청할 권리가 있습니다. 재무상담사는 재검토를 위해 최종 평가 및 결정을 내리는 HCGH CFO나 PFS 이사, SH CFO에게 신청서와 첨부 파일을 전달합니다.
 - b. 환자의 재정 지원 신청이 과도한 의료 채무를 기반으로 하거나 재무상담사 또는 지정된 사람이 확인한 정상 참작의 가능성이 있는 정황들이 있을 경우, 재무상담사는 Revenue Cycle 국장과 HCGH의 CFO 또는 PFS 국장과 SH의 CFO에게 신청서 및 첨부 파일을 전달하게 됩니다. 본 위원회는 신청서를 승인하거나 거부할 수 있는 의사 결정 권한이 있습니다. Revenue Cycle 국장과 HCGH의 CFO 또는 PFS 국장과 SH의 CFO가 검토한 재정 지원 신청서는 신청이 완료된 것으로 간주된 날로부터 늦어도 30일 이내에 최종 결정이 내려질 것으로 예상됩니다. Revenue Cycle의 국장과 HCGH의 CFO 또는 PFS 국장과 SH의 CFO는 JHHS 지침을 기반으로 재정적 요구를 결정하게 됩니다.
7. 각 진료과에는 재정 지원의 선택 사항이 제공되지 않은 특정한 선택적 절차를 지정하기 위한 선택 사항이 있습니다.
 8. 자발적 자기 부담으로 등록된 환자에게 제공되는 서비스는 재정 지원이 되지 않습니다.
 9. 보조금 또는 기타 외부 규제 당국에 의존하여 프로그램을 운영하는 부서(예: 정신과 프로그램)는 정부 지원 신청 절차와 관련된 소득 범위를 계속 사용할 수 있습니다.
 10. 환자가 재정 지원을 받도록 승인되면, 재정 지원 보험은 결정된 달로부터 그 다음 6개월 동안 효력이 발생됩니다. 환자가 재정적 어려움으로 인하여 여유율 수당을 승인받는 경우 재정 지원 기간의 초기부터 보증금 결제(a good-faith payment)를 하는 것이 좋습니다. 소득 수준이 부록 B에 제시된 의료 재정 빈곤 소득 그리드 이내에 해당하는 환자와 보험에 들지 않은 환자의 요청 시, JHHS는 환자가 납부 계획을 세울 수 있게 합니다. 이러한 방침을 통해 개발된 납부 일정은 일반적으로 2년 이상 지속되지 않습니다. 특별한 상황에서는 지정된 책임자의 승인으로 납부 일정이 연장될 수 있습니다.

	Johns Hopkins Health System(□□ □□□ □□ □□□) □□ □ □□	□□ □□	FIN034H
	□□	□□ □□	04-01-16
	□□ □□ □□	□□ □□	6 of 20
		□□	10-23-13

11. 재정 지원 자격 추정. 환자가 재정 지원을 받을 자격이 있는 것으로 나타나지만, 재정 지원서가 파일에 없는 경우가 있습니다. 재정 지원을 받는 환자에 대한 증거를 충분히 제공하는 정보는, 환자나 다른 출처로부터 충분히 제공됩니다. 재정 지원에 대한 환자의 자격을 입증하는 증거가 없는 경우, JHHS는 재정 지원 자격 및 진료 비율의 절감 가능성을 결정하는 기준으로 추정 소득액을 계산하기 위해 외부 기관을 사용할 수 있는 권리가 있습니다. 일단 결정되면, 추정상 정황의 고유의 성질로 인해, 계좌의 잔액을 100% 탕감하는 것이 재정 지원을 부여할 수 있는 유일한 방법입니다. 추정상 재정 지원 자격은 환자가 서비스를 받는 특정일을 포함해야 하고 6개월 동안 효력을 발휘하지 않습니다. 추정상 자격은 개인 생활 환경에 기초하여 결정될 수 있습니다. 메디케이드나 CHIP의 자격이 되지않는 한, COMAR 10.37.10.26 A-2의 의료서비스 비용 검토위원회에서 제시한 자산 조사 결과에 따라 지급하는 사회 서비스 프로그램의 수혜자/수령자가되는 환자는 서비스 날짜로부터 30일 이내에 등록 증명서를 제출하면 제공되는 무료 진료에 대한 추정상 자격이 있는 것으로 간주됩니다. 환자나 환자의 대표가 추가 30일을 요청하는 경우 이러한 30일은 60일로 확장될 수 있습니다. 부록 A-1은 위에 제시한 추정상 자격을 충족하는 환자를 지정한 규정 외에도 생활 환경의 목록을 제공합니다.
12. 재정 지원 신청은 당좌 계정과 미지급 병원 계정을 보유한 환자만이 제출할 수 있습니다.
12. 실업자이며 보험이 없는 것으로 표시되는 환자가 추정상 재정 지원 자격 기준)부록 A-1 참조)을 충족하지 않는 한 재정 지원 신청서)별첨 A)가 제출되어야 합니다. 환자가 COBRA 보험에 대한 자격이 있는 경우, 재무상담사가 COBRA 보험료를 지불하는 환자의 재정 능력을 검토해야 하며 Revenue Cycle 의 국장과 HCGH 의 CFO 또는 PFS 국장과 SH 의 CFO가 추천을 해야 합니다. 서비스의 사용을 보장하는 수단으로 그리고 전반적인 개인의 건강을 위해, 건강 보험에 가입할 수 있는 재정 능력이 있는 개인을 가입하도록 격려해야 합니다.
13. 환자 가적정 의료 보험에서 보험 적용을 받고 있으며 필수 의료 진료로 인한 의료비의 부대비용)고용인 부담 및 보험금 공제) 지원을 요청하고 연방 빈곤 지침에서 200% 미만에 해당하면 재정 지원 신청서를 제출해야 합니다.
14. 환자 계정이 미수금 처리 대행 회사에 배정되어 있고, 환자 또는 보증인이 재정 지원을 요청하거나 재정 지원을 받을 자격이 있는 것으로 보이면, 미수금 처리 대행 회사는 PFS를 통보해야 하고 PFS에서 검토하고 결정을 내릴 수 있도록 완성한 신청서를 반환하는 지침을 동반한 재정 지원 신청서를 환자/보증인에게 전달해야 하며 PFS에서 지시를 더 하는 45일 동안 계정을 보류해야 합니다.
15. 서비스를 받기 시작한 날짜 2010년 10월 1일 이후, 2년 기간 내에 환자가)서비스를 시작한 날짜에 해당하는 자격 기준을 사용) 무료 치료를 받을 수 있다고 확인되면, 해당 환자는 환자/보증인으로부터 수령된 \$2

	Johns Hopkins Health System(□□ □□□ □□ □□□) □□ □ □□	□□ □□	FIN034H
	□□	□□ □□	04-01-16
	□□ □□ □□	□□ □□	7 of 20
		□□	10-23-13

5 이상을 환불받아야 합니다. 환자나 보증인의 무료 진료 자격을 결정할 수 있는 정보가 병원의 문서에 충분히 제시되어 있지 않은 경우, 2년의 기간 중 처음 정보를 요청한 날짜로부터 30일이 감소될 수 있습니다. 환자가 병원 서비스에 대한 부대비용을 지불해야 하며 자산 조사 결과에 따라 지급하는 건강 보험에 등록된 경우, 환자나 보증인은 건강 보험에 대한 재정적 자격을 상실하는 결과를 초래할 수 있는 자금을 환불받지 않아야 합니다.

- 이러한 재정 지원 정책은 유산이 있는 사망한 환자에게는 적용되지 않지만 사망한 환자가 소유한 자산으로 인해 공개되어야 합니다. Johns Hopkins는 사망자의 부동산을 요구할 것이며 이러한 요구는 부동산 관리 및 해당 사유지 그리고 신탁의 대상이 될 것입니다.

참조

JHHS 재정 정책 및 절차 설명서

정책 번호 FIN017 - 서명 당국: 환자 재정 서비스

정책 번호 FIN033 - 할부 결제

자선 관리 및 대손금, AICPA 건강 관리 감사 안내


메릴랜드 규정집 COMAR 10.37.10.26, 이하 참조

메릴랜드 보건법 일반 19-214, 이하 참조

공보의 연방 빈곤 지침)매년 갱신)

책임 - HCGH, SH

¹참고: 재정 지원, 환자 개요 설문지, 의료 재정 빈고용 표준화된 신청서가 개발되었습니다. 주문에 대한 자세한 정보는, 환자 재정 서비스 부서에 문의하십시오. 본 정책에 별첨 A, B, C로 사본이 첨부되어 있습니다.

	Johns Hopkins Health System(□□ □□□ □□ □□□) □□ □ □□	□□ □□	FIN034H
	□□	□□ □□	04-01-16
	□□ □□ □□	□□ □□	8 of 20
		□□	10-23-13

재무상담사)사전 가입/가입/입원/ 외 지원 자격에 대한 현재의 기준을 이해합니다.

래 환자) 고객 서비스 관리자

가입 담당자

예정 환자 식별; 필요한 경우 신청 절차 시작. 환자의 필요에 따라 신청

재정 지원용 신청서를 수용하도록 지서의 작성이나 특정 양식 프로그램의 사용을 지원.

정된 모든

재무 담당자

예비 신청서가 접수된 날, 적격성 결정을 위해 환자 재정 서비스 부서에 전송.

예비 신청서)별첨 A), 환자 개요 설문지)별첨 B), 의료 재정 빈곤 신청서)별첨 C)가 제출된 경우, 적격성을 결정할 수 있도록 검토. 현재 입원중인 환자의 경우 예비 신청서의 접수 2일 이내에, 환자의 최근 주소로 결정 우편을 발송. 환자 계정에 주석 표기.


특정 기준에 부합하는 환자이기 때문에, 재정 지원 신청서가 필요하지 않은 경우, 환자 계정에 주석을 표기하고 관리직원이 검토하도록 전달.

검토하고 신청서의 최종 작성을 확인.

적절하게 관리할 수 있도록 완성된 최종 신청서를 제공.

모든 해당 환자 계정 주석에 있는 업무를 증거 서류로 입증.

소급 후보 식별; 최종 신청 처리 시작.

	Johns Hopkins Health System(□□ □□□ □□ □□□) □□ □ □□	□□ □□	FIN034H
	□□	□□ □□	04-01-16
	□□ □□ □□	□□ □□	9 of 20
		□□	10-23-13

관리직원)감독자/책임자/대표이사) 작성된 최종 신청서 검토; 신청서가 필요하지 않은 해당 계정을 모니터링; 환자의 자격을 결정; 완성된 신청서를 접수한 날로부터 30일 이내에 최종 결정을 서면으로 환자에게 통지. 환자가 인화된 비용으로 치료를 받을 자격이 있는 경우, 가장 유리한 할인 요금을 신청.

자격이 없는 환자가 후보 신청서, 별첨 C를 제출하지 않은 경우 의료 재정 빈곤 프로그램에 따른 고려 [부록 B 참조 - 의료 재정 빈곤 지원 지침], 할부 결제, 은행 대출 등 사용할 수 있는 다른 대안을 조언

재정 관리직원)수석 대표이사/보조 회계 담당자, 계열사에 해당) CP 대표이사 및 경영 직원

추정상 자격이 있는 수신자에게는 통지가 발송되지 않음. JHHS 재정 정책 번호 FIN017에 제정된 서명 당국에 따라 신청할 필요가 없고 자동으로 탕감하지 않는 계정 및 재정 지원 신청서를 검토 하고 승인: 환자 재정 서비스.

후원자

CFO(HCGH, SH)
 Revenue Cycle 의 국장(HCGH)
 PFS 국장(SH)


REVIEW CYCLE

2년

승인

_____ JHH 및 JHHS의 재정 상무/회계 담당자와 CFO


_____ 날짜

	Johns Hopkins Health System(□□ □□□ □□ □□□) □□ □ □□	□□ □□	FIN034H
	□□	□□□	04-01-16
	□□□ □□	□□□	10 of 20
		□□	10-23-13

부록 A

재정 보조 프로그램 자격 지침

1. 재정 지원을 요청하는 각 환자는 JHM/재정 지원 신청서)또한 메릴랜드 주 통일 재정 지원 신청서라고도 함) 별첨 A, 환자 개요 설문지, 별첨 B를 작성해야 합니다. 환자가 의료 재정 빈곤에 고려되기를 희망하는 경우, 의료 재정 빈곤 신청서, 별첨 C를 제출해야 합니다.
2. 접수일 기준 2일 이내에 가족 수와 가구 소득을 알리는 예비 신청서)메디케이드 규정에서 정의한 대로)가 접수되며 적격성 결정이 이루어집니다.
3. 자격 요건을 충족하지 못할 것이라고 재무 담당자가 손쉽게 결정할 수 있지 않는 한, 환자는 의료 지원을 신청해야 하고 의료 지원팀이나 지정 대리인과 적극적으로 협조해야 합니다. 환자가 의료 지원을 반드시 신청해야 하는지 결정하기 위해 환자 개요 설문지)별첨 B 참조)가 개발되었습니다. 환자가 현행 의료 지원 제약 보험이나 QMB 보험을 보유하는 경우, 환자가 전체 의료 지원 혜택을 부여받을 수 있다고 재무 담당자가 믿을 만한 이유가 없는 한 의료 지원을 다시 신청할 필요는 없습니다.
4. 최종 신청서와 함께 소득 증명을 제공해야 합니다. 수용되는 증명서들은 다음과 같습니다:
 - (a) 전년도 소득세 신고서;
 - (b) 현재 급여 명세서;
 - (c) 고용주로부터 서신, 또는 실업 상태를 확인하는 실업자 증명서;
그리고
 - (d) JHM 계열사 및/또는 환자 재정 서비스 부서에서 획득한 신용 기관 보고서.
 - (e) 미국 이외의 시민인 경우, 재무상담사는 환자의 거주 국가에 있는 미국 영사관에 문의해야 합니다. 미국 영사관은 환자의 순자산 정보를 제공할 수 있는 위치에 있어야 합니다. 그러나, 환자의 재정적 건전성을 지원하는 상세한 정보의 수준은 국가에 따라 달라질 수 있습니다. 재무상담사는 미국 영사관에서 정보를 입수한 후 추가 정보가 필요한지 결정하기 위해 Revenue Cycle 국장 및/또는 CFO를 만나야 합니다.
5. 환자의 최대 가정)남편과 아내, 동성 결혼 커플) 소득)메디케이드 규정에서 정의한 대로) 수준이 각 계열사의 표준)연방 빈곤 지침 관련)을 초과하지 않고 JHHS 계열사 청구서를 충족할 수 있는 \$10,000 초과 유동 자산을 보유하고 있지 않으면 재정 지원을 받을 수 있습니다.
6. 재정 지원이 적용되기 전에 모든 자금원을 사용할 수 있어야 합니다. 여기에는 보험, 의료 지원, 그리고 환

	Johns Hopkins Health System(□□ □□□ □□ □□□) □□ □ □□	□□ □□	FIN034H
	□□	□□ □□	04-01-16
	□□ □□ □□	□□ □□	11 of 20
		□□	10-23-13

자가 받을 수 있는 모든 기타 재정 지원 혜택 프로그램이 포함되어 있습니다. 미국 이외의 시민이 의료 지원을 받을 수 없는 경우, 의료 지원 결정 통지는 필요하지 않습니다.

7. 자발적 자기 부담 환자가 되기로 선택한 환자는 자발적 자기 부담으로 등록한 모든 계정에서 빚진 금액에 대한 재정 보조를 받을 수 없습니다.
8. 재정 지원은 미용 시술, 편의 물품, 의학적으로 필요하지 않은 개인 숙박시설과 같은 필수가 아닌 서비스에는 적용되지 않습니다. 병원비가 아닌 요금은 환자의 책임으로 남게 됩니다. 가입이 “선택 가입”인지 또는 “의료상 필수 가입”인지에 대한 질문이 발생하는 경우, 환자를 인정한 전문의는 상담을 받게 되고 또한 병원에서 임명한 전문의가 본 문제를 지시하게 됩니다.
9. 신청서가 만족스럽게 작성되어 제출된 경우 각 계열사는 해당 날짜로부터 30일 이내에 재정 지원에 대한 최종 자격 여부를 결정하게 됩니다. 재무상담사가 최종 자격 결정서를 발급하게 됩니다.
10. 모든(개시잔액계정) 환자의 계정에 최종 자격 결정서가 작성됩니다. 환자에게 결정 통지서가 발송됩니다.
11. 재정 지원의 자격 결정은 재정 지원 신청서(별첨 A)의 제출을 바탕으로 이루어지며 결정 통지서 발급일을 기준으로, JHM 계열사에 제공된 모든 필수 서비스에 대해 6개월 동안 유효하게 유지됩니다. 현재 하나의 JHM 계열사로부터 재정 지원을 받고있는 환자는 다른 계열사로부터 재정 지원을 다시 신청하지 않아도 됩니다.
12. 재정 지원 자격에 대한 모든 결정은 전적으로 JHHS 계열사의 재량에 따라 해야 합니다.

예외

상무, 재정/CFO는 개별 상황에 따라 예외의 경우를 지정할 수 있습니다.

진료비의 할인 또는 면제 재정 지원 그리드


재정 지원 수당을 결정하기 위한 도표
 2015년 2월 1일 부터 시효

가족 구성원의 수	소득 수준*	수당 범위에 대한 소득의 상한				
1	\$23,540	\$25,894	\$ 28,248	\$30,602	\$32,956	\$35,310
2	\$31,860	\$35,046	\$38,232	\$41,418	\$44,604	\$47,790
3	\$40,180	\$44,198	\$48,216	\$52,234	\$56,252	\$60,270
4	\$48,500	\$53,350	\$58,200	\$63,050	\$67,900	\$72,750
5	\$56,820	\$62,502	\$68,184	\$73,866	\$79,548	\$85,230
6	\$65,140	\$71,654	\$78,168	\$84,682	\$91,196	\$97,710
7	\$73,460	\$80,806	\$88,152	\$95,498	\$102,844	\$110,190
8*	\$81,780	\$89,958	\$98,136	\$106,314	\$114,492	\$122,670
**각 구성원에 해당하는 금액	\$8,120	\$8,932	\$9,744	\$10,556	\$11,368	\$12,180
제공 수당:	100%	80%	60%	40%	30%	20%

*빈곤 지침의 200%

**8명 이상으로 구성된 가정 단위

예: 연간 가구 소득 \$54,000
 가족의 수 # 4
 해당되는 빈곤 소득 수준 \$47,700
 수당 범위에 대한 소득 상한 \$57,240(60% 범위)
 (\$54,000가 소득의 상한 미만인 경우; 환자는 재정 지원을 받을 자격이 있습니다.)


	Johns Hopkins Health System(□□ □□□ □□ □□□) □□ □ □□	□□ □□	FIN034H
	□□	□□ □□	04-01-16
	□□ □□ □□	□□ □□	13 of 20
		□□	10-23-13

부록 A-1


추정상 재정 지원 자격

환자가 재정 지원을 받을 자격이 있는 것으로 나타나지만, 재정 지원서가 파일에 없는 경우가 있습니다. 재정 지원을 받는 환자에 대한 증거를 충분히 제공하는 정보는, 환자나 다른 출처로부터 충분히 제공됩니다. 재정 지원에 대한 환자의 자격을 입증하는 증거가 없는 경우, JHHS는 재정 지원 자격 및 진료 비율의 절감 가능성을 결정하는 기준으로 추정상 소득액을 계산하기 위해 외부 기관을 사용할 수 있는 권리가 있습니다. 일단 결정되면, 추정상 정황의 고유의 성질로 인해, 계좌의 잔액을 100% 탕감하는 것이 재정 지원을 부여할 수 있는 유일한 방법입니다. 추정상 재정 지원 자격은 환자가 서비스를 받는 특정일을 포함해야 하고 6개월 동안 효력을 발휘하지 않습니다. 추정상 자격은 다음과 같은 개인 생활 환경에 기초하여 결정될 수 있습니다:

- 현행 의료 지원 제약 보험
- QMB 보험(의료보험 수혜자)/ SLMB 보험(저소득 의료보험 수혜자)
- 노숙자
- 이러한 프로그램의 범위를 넘어 응급실에 제공되는 서비스를 위한 의료 지원 및 메디케이드 관리 의료(Medicaid Managed Care)
- 메릴랜드 공중 보건 시스템 구급 청원 환자
- Chase Brexton Health Center(체스터 브렉스톤 보건 센터)에 현행 등록자(부록 C 참조)(HCGH 환자에 적용)
- 여성, 유아, 어린이 프로그램(WIC)에 참가*
- 보충 영양 지원 프로그램(SNAP) 또는 식권 지급(Food Stamp) 수혜 자격*
- 무료 점심 또는 할인 점심 프로그램에 있는 어린이 및 가구*
- 저소득 가구 에너지 지원 프로그램 참가*
- FPL 200% 미만에서 재정적 수혜를 받을 수 있는 다른 주나 지역의 지원 프로그램에 대한 수혜 자격
- Suburban Hospital(시외 병원)과 협력하는 기관을 통해 Suburban Hospital로 보내진 환자들(부록 E 참조)
- 알려진 부동산없이 사망한 환자
- 보건부 맘(moms) - 의료 지원이 적용되지 않는 일반 외래 환자의 방문
- 과거에 거주한 주에 따라 제정된 자격 기준을 충족하는 것으로 판단되는 환자, 의료 지원 프로그램에만 해당
- 장애 기준을 충족하지는 않지만 의료 지원에 대한 재정적 요건을 충족하여 SRT를 통해 귀환되는 환자

	Johns Hopkins Health System(□□ □□□ □□ □□□) □□ □ □□	□□ □□	FIN034H
	□□	□□ □□	04-01-16
	□□ □□ □□	□□ □□	14 of 20
	□□ □□ □□	□□	10-23-13

*이러한 생활 환경은 COMAR 10.37.10.26 A-2에 명시되어 있습니다. 환자가 추가 30일을 요청하지 않는 한 치료 후 30일 이내에 이러한 프로그램에 등록 증명서를 제출해야 합니다.

	Johns Hopkins Health System (존스 홉킨스 의료체계) 정책 및 절차	보험증권번호 FIN034H
	주제	발효일 04-01-16
	재정적 지원	페이지 20의 15
		대체 10-23-13

부록 B
 의료 재정 빈곤 지원 지침

목적

이러한 지침은 재정 지원의 추가 결정을, 별도로 제공하기 위한 것입니다. 본 결정은 재정 지원을 신청하는 모든 환자에게 제공됩니다.

의료 재정 빈곤 지원은 본 정책의 주요 단원에 따른 재정 지원의 대상이 아닌 환자, 그리고 다음과 같은 상향의 환자에게 적용됩니다:

- 1.) 12개월 이상 동안 발생한 의료 채무가 가구 소득의 25%를 초과하여 의료 재정 빈곤이 생성되는 환자; 그리고
- 2.) 본 지원 수준에 부합하는 소득 기준을 충족하는 환자.


재정 지원 기준에 따라 저렴한 비용으로 진료를 받을 수 있으며 또한 의료 재정 빈곤 지원 지침에 따라 자격이 되는 환자의 경우, JHHS는 가장 유리한 할인 요금을 적용할 것입니다.

의료 재정 빈고는 12개월 기간에 걸쳐 가계에서 발생하는 필수 의료 진료에서 가구 소득의 25%를 초과하는 의료 채무로 정의됩니다.

의료 채무는 신청이 이루어진 Hopkins 병원에서 청구하는 필수 의료 진료에 대한 의료비의 부대비용으로 정의되며, 환자가 연방 빈곤 지침의 200% 이하에 해당하지 않는 한, 위에서 언급한 부대비용은 고용인 부담, 공동보험, 보험금 공제를 포함하지 않습니다.

환자/보증인은 또한 메릴랜드 주 통일 재정 지원 신청서)별첨 A)로 알려진 JHM/재정 지원 신청서, 그리고 환자의 개요 설문지)별첨 B)를 제출할 때, 의료 재정 빈곤 지원 신청서)별첨 C)를 제출하여 이러한 결정이 이루어지도록 요청할 수 있습니다. 환자의 보증인은 신청한 날짜 이전 12개월 동안의 가구 소득에 대한 재정 서류와 가구 소득 중 최소한 25%의 의료 채무를 증명하는 서류를 반드시 제출해야 합니다.

일단 환자가 의료 재정 빈곤 지원을 받도록 승인되면, 의료 재정 빈곤 지원 보험은 최초로 서비스를 받는 달부터 시작해서 다음 12개월 동안 효력이 발생하게 됩니다. 환자와 같은 가구에 거주하는 직계 가족 구성원들을 포함합니다. 인하된 의료비로 필수 의료 진료를 처음 받은 날짜로 시작하여 12개월 동안 동일한 병원에서 후속 진료를 추구하면 환자와 직계 가족은 필수 의료 진료에 대해 인하된 의료비를 유지할 수 있습니다. 보험은 선택적 가입이나 선택 또는 미용 시술 절차에 적용되지 않아야 하지만, 같은 가구에 거주하는 환

	Johns Hopkins Health System (존스 홉킨스 의료체계) 정책 및 절차	보험증권번호 FIN034H
	<u>주제</u>	발효일 04-01-16
	재정적 지원	페이지 20의 16
		대체 10-23-13

자나 환자의 직계 가족이 병원에 등록하거나 가입할 때는 필수 의료 진료를 인하된 비용으로 받을 수 있도록 자격을 통보해야 합니다.


의료 재정 빈곤 지원 신청서에 대한 일반 조건:

1. 환자의 소득이 연방 빈곤 수준의 500% 이하입니다.
2. 환자가 보험 보장을 모두 소진했습니다.
3. 자발적 자기 부담으로 등록을 결정한 환자 계좌의 잔액이 의료 재정 빈곤 지원을 향한 의료 채무로 참작되지 않습니다.
4. \$10,000를 초과하는 유동 자산을 보유하고 있지 않은 환자/보증인은 JHHS 계열사 청구서를 충족할 수 있습니다.
5. 환자가 다음의 어느 사항에도 적합하지 않습니다:
 - 의료 지원
 - JHM 계열사를 통해 사용할 수 있는 다른 형태의 지원
6. 환자가 JHM 재정 지원 프로그램에 적합하지 않거나 적합하지만 의료 재정 빈곤 프로그램이 더 유리할 수 있습니다.
7. 계열사는 환자에게 입증 서류를 업데이트해서 제출하도록 요청할 수 있는 권리가 있습니다.
8. 재정 지원으로 처리되지 않는 금액을 지불할 수 있도록 허용된 최대 기간은 3년입니다.
9. 연방 차원에서 승인받은 메디케이드 환자가 메디케이드에서 승인하지 않지만 의료 재정 빈곤 지원 프로그램으로 처리될 수 있는 치료를 받아야 하는 경우, 여전히 JHHS 의료 재정 빈곤 지원 신청서를 제출해야 하지만 입증 서류는 중복해서 제출하지 않습니다.

고려할 요인들

의료 재정 빈곤 지원 신청서 평가에 다음과 같은 요인들이 고려됩니다:

- 신청서를 작성한 JHHS 취급시설에서 재정 빈곤 지원 신청이 이루어진 날짜 이전 12개월에 걸쳐 발생한 의료 채무.
- 유동 자산)\$10,000의 잔여 잔금)

	Johns Hopkins Health System (존스 홉킨스 의료체계) 정책 및 절차	보험증권번호 FIN034H
	<u>주제</u>	발효일 04-01-16
	재정적 지원	페이지 20의 17
		대체 10-23-13


- 재정 빈곤 지원 신청서 제출일 이전 12개월 동안의 가구 소득
- 지원 서류

예외

부사장, 재정/CFO, 지명된 사람은 개별 상황에 따라 예외의 경우를 지정할 수 있습니다.

평가 방법 및 절차

1. 재무상담사가 의료 재정 빈곤 지원 신청서 및 환자/책임 당사자가 제출한 부수적인 기록 문서를 검토하게 됩니다.
2. 그런 다음 재무상담사는 본 프로그램에 따라 특별하게 고려할 수 있는 자격 여부를 결정하기 위해 의료 재정 빈곤 지원 참고 자료지(신청서의 하단에 있음)를 완성하게 됩니다. 통지 및 승인 절차는 본 정책의 재정 지원 프로그램 단원에 설명한 동일한 절차를 사용하게 됩니다.


	Johns Hopkins Health System (존스 홉킨스 의료체계) 정책 및 절차	보험증권번호 FIN034H
	주제	발효일 04-01-16
	재정적 지원	페이지 20의 18
		대체 10-23-13

의료 재정 빈곤 그리드

수당 범위에 대한 가구 소득의 상한

재정 지원 수당을 결정하기 위한 도표 <p style="text-align: center;">2015년 2월 1일 부터 시효</p>			
가족 구성원의 수	소득 수준*		
가족 구성원의 수	FPL 300%	FPL 400%	FPL 500%
1	\$ 35,310	\$ 47,080	\$ 58,850
2	\$ 47,790	\$ 63,720	\$ 79,650
3	\$ 60,270	\$ 80,360	\$ 100,450
4	\$ 72,750	\$ 97,000	\$ 121,250
5	\$ 85,230	\$ 113,640	\$ 142,050
6	\$ 97,710	\$ 130,280	\$ 162,850
7	\$ 110,190	\$ 146,920	\$ 183,650
8*	\$ 122,670	\$ 163,560	\$ 204,450
제공 수당:	50%	35%	20%

*8명 이상으로 구성된 가족 단위, FPL 300%로 추가되는 각 구성원 당 \$12,480 추가, FPL 400%에서 \$16,640 추가, FPL 500%에서 \$20,800 추가.

	Johns Hopkins Health System (존스 홉킨스 의료체계) 정책 및 절차	보험증권번호 FIN034H
	주제	발효일 04-01-16
	재정적 지원	페이지 20의 19
		대체 10-23-13

부록 C(HCGH에만 해당)
CHASE BREXTON(체이스 브렉스톤) 환자를 위한 재정 지원

목적


Chase Brexton Health Services, Inc.(체이스 브렉스톤 의료 서비스 주식회사)는 Baltimore City(볼티모어시), Baltimore County(볼티모어 카운티), Howard County(하워드 카운티)를 근거지로 차별 대우가 없는 광범위한 의료, 심리, 사회복지 서비스를 제공하는 커뮤니티 기반의 비영리 조직입니다. Chase Brexton은 지불 능력에 관계 없이 모든 사람에게 서비스를 제공합니다. Chase Brexton은 무보험 가입자나 일부 보험 가입자, 메디케어 및 메디케이드(Medicare and Medicaid) 가입자, 상업 보험 가입자들을 진료합니다. Chase Brexton에는 제한된 자산을 가진 사람들이 적용할 수 있는 자격 및/또는 적절한 프로그램, 최저 비용의 진료 수혜 자격을 결정하기 위해 환자와 함께 작업하는 사례 관리자가 있습니다.

이러한 절차는 Howard County General Hospital(하워드 카운티 종합 병원) 등록 사이트, 확인 및 일정계획, 환자 재정 서비스를 위한 것입니다. Chase Brexton Health Services의 수혜를 받을 수 있는 환자의 치료에 대한 개요를 설명합니다. 이전에 Chase Brexton에서 재정 지원 자격을 심사받은 환자를 수용하기 위한 HCGH의 정책입니다. 지원을 신청할 필요가 없는 환자들은 본 프로그램의 참여에 대해 HCGH에 통지해야 합니다.

입원 환자/외래 환자의 사례

Howard County General Hospital의 재무상담사가 Chase Brexton의 모든 입원 환자의 의료 지원 가능성에 대해 심사하게 됩니다. Howard County General Hospital의 사내 의료 지원 신청 절차 사회복지사가 예약을 합니다. 의료 지원이 접수되면, 청구서를 결제하기 위해 의료 지원에 회부하게 됩니다. 환자가 의료 지원을 받을 수 없는 경우, 해당 사례에 FAR.PENDIN, FARB20, FARN40, FARN50, FARN70 FARN80, FAR100의 보험이 배정되고 최종 청구서가 발행될 때 재정 지원/자선 진료 수당 규정으로 청구가 자동으로 탕감됩니다. 보험 규정 배정은 자격이 되는 환자의 자선 진료 수준을 기초로 합니다.

보험의 표시:	자선 진료	환자의 결제:
FAR.PENDIN	대기중인 확인	
FARB20	요금의 20%	요금의 80%
FARN40	요금의 40%	요금의 60%
FARN50	요금의 50%	요금의 50%
FARN70	요금의 70%	요금의 30%
FARN80	요금의 80%	요금의 20%

	Johns Hopkins Health System (존스 홉킨스 의료체계)	보험증권번호	FIN034H
	정책 및 절차	발효일	04-01-16
	<u>주제</u>	페이지	20의 20
	재정적 지원	대체	10-23-13


FAR100

요금의 100%

요금의 0%

절차

1. 환자가 HCGH의 서비스를 받기 위해 나타나서 Chase Brexton 보건소와 관계가 있다고 진술하는 경우, 등록 직원은 Meditech(메디텍)에 FAR.PENDIN의 보험 규정을 입력합니다. 환자가 최근 6개월 영업일 이내의 시스템에 존재하고 Chase Brexton의 자선 진료 특정 수준에 부합하는 환자로 확인된 경우 접수 담당자는(FARB20, FARN40 등)의 보험 규정을 앞당길 수 있습니다.
2. 수석 재무상담사는 FAR 규정에 등록된 모든 환자의 보고서를 매일 받습니다.
3. 수석 재무상담사는 환자의 Chase Brexton 보건소 현행 상태와 수혜받을 수 있는 자선 진료의 수준을 확인하기 위해 모든 보고서를 매일 검토하게 됩니다.
4. 수석 재무상담사는 환자의 잔고(해당하는 경우)를 수금하고 적당한 수준의 자선 진료를 반영하기 위해 보험 규정을 갱신하는 책임을 집니다.
5. 수석 재무상담사는 자선 진료를 받을 수 있는 수준의 환자를 메디텍에 입력하고 양식을 작성하는 책임을 집니다.
6. 수석 재무상담사는 등록 오류를 식별해서 수정 조치를 취하기 위해 가입 책임자에게 전달하는 책임을 집니다. 이러한 계정은 자기 부담이나 다른 보험으로 적절하게 변경됩니다.

	Johns Hopkins Health System (존스 홉킨스 의료체계) 정책 및 절차	보험증권번호 FIN034H
	주제	발효일 04-01-16
	재정적 지원	페이지 20의 21
		대체 10-23-13

부록 D(Suburban Hospital에만 해당)

몽고메리 카운티(MONTGOMERY COUNTY)의 저소득 무보험 환자를 위한 지역 기반의 프로그램과 재정 지원

목적

Suburban Hospital은 일차 의료 서비스 및/또는 지역 전문의와 병원 기반의 진료를 연결하는 지역 기반 프로그램과 몽고메리 카운티의 여러 의사들과 협력하고 있습니다. 이러한 협력 프로그램과 계약을 바탕으로, Suburban Hospital은 필수 의료 진료를 감당할 수 있거나 없는 환자들에게 입원 및 외래 진료 이용을 제공합니다.


정책

Suburban Hospital은 의료적 필수 관리를 위해 다음과 같은 공급자들의 자선 단체 추천을 수용합니다: Catholic Charities, Mobile Med, Inc., Montgomery County Cancer Crusade, Primary Care Coalition, Project Access, Proyecto Salud. 상기에 언급된 지역 프로그램들 중 자격 요건 하나를 충족하는 환자들에게 진료가 제공됩니다.

환자는 100% 무료 진료에 대한 추정 승인을 받을 수 있도록 위의 프로그램들 중 하나에 등록하여 생성되는 진료 추천 프로그램을 제공해야 합니다. Suburban Hospital은 연방 빈곤 지침에서 최대 250% 이하인 지정된 프로그램들의 자격 요건을 기준으로 한 소득을 사용하여 환자의 등록 추천 프로그램에 있는 이러한 추천들을 수용하게 됩니다.

절차

- 환자는 SH의 서비스를 예약 또는 방문할 때 상기 프로그램들 중 하나에서 추천서를 등록 증명서로 제공해야 합니다.
- 일단 추천서가 접수되면, 스케줄러 또는 접수 담당자가 □□□ 추천 파트너 프로그램의 지정된 보험 니모닉을 계정을 적용합니다.
- 환자로부터 추천서가 접수되지 않은 계정은, 자기 부담으로 등록됩니다. 환자는 30일 이내에 파트너 프로그램들 중 하나에서 등록 증명서나 추천서를 제출해야 합니다. 환자의 요청에 따라 추가 30일이 허용됩니다.
- 재무상담사 및/또는 접수 담당자는 메릴랜드 메디케이드 등록을 확인하기 위해 수혜 자격 또는 메릴랜드 EVS 시스템을 실시간으로 확인합니다. 등록되면, 메디케이드가 우선하고 무료 진료 추정 승인은 적용되지 않습니다.

	Johns Hopkins Health System (존스 홉킨스 의료체계)	보험증권번호	FIN034H
	정책 및 절차	발효일	04-01-16
	<u>주제</u>	페이지	20의 22
	재정적 지원	대체	10-23-13

5. 파트너 프로그램 중 하나에 지정된 보험 니모닉을 사용하는 각 병원 계정은 자선 단체 조정 중심의 프로그램이 적용되기 이전 기존의 추천 프로그램에 대한 최종 검토 대상이 될 것입니다. 100% 무료 진료에 대한 추정 승인은 단일 진료 에피소드(계정)에만 적용됩니다.

별첨 A

메릴랜드주 통일 재정 지원 신청서
(Maryland State Uniform Financial Assistance Application)

신청자에 관한 정보

이름

이름

성

사회 보장 번호

혼인 여부:

미혼

기혼

별거

미국 시민:

예

아니오

영주권자:

예

아니오

집 주소

전화

시

도

우편번호

국가

고용주 이름

전화

직장 주소

시

도

우편번호

가구 구성원:

이름

나이

관계

이름

나이

관계

이름

나이

관계

이름

나이

관계

이름

나이

관계

이름

나이

관계

이름

나이

관계

이름

나이

관계

의료 지원을 신청했습니까

예

아니오

'예'라면, 신청한 날짜는 언제입니까? _____

'예'라면, 어떻게 결정되었습니까? _____

주나 군에서 어떤 종류의 지원을 받습니까?

예

아니오

별첨 A

I. 가구 소득

모든 출처의 월별 소득액을 기입하십시오. 소득, 자산, 경비의 증거를 제공해야 할 수 있습니다. 소득이 없는 경우, 주거 및 음식을 제공하는 사람의 지원 편지를 제공해 주시기 바랍니다.

	월별 금액
직장	_____
퇴직금/연금	_____
사회 보장 혜택	_____
생활 보호 혜택	_____
장애 급여	_____
실업 수당	_____
퇴역군인 수당	_____
이혼 수당	_____
임대 재산소득	_____
파업 수당	_____
군인 배당	_____
농업 또는 자영업	_____
기타 소득원	_____
합계	_____

II. 유동 자산

	현재 잔액
당좌 예금 계좌	_____
예금 계좌	_____
주식, 채권, 예금증서, 금융 시장	_____
기타 계좌	_____
합계	_____

III. 기타 자산

다음 항목 중 어느 하나를 소유하고 있다면, 종류와 근사치를 기입하십시오.

집	대출 잔액	근사치	_____
자동차	제조	연도	근사치
추가 차량	제조	연도	근사치
추가 차량	제조	연도	근사치
기타 재산		근사치	_____
합계			_____

IV 월별 지출

	금액
임대 또는 담보	_____
공과금	_____
자동차 할부금	_____
신용카드(들)	_____

별첨 A

자동차 보험

건강 보험

기타 의료비

기타 경비

합계 _____

결제하지 않은 기타 청구서가 있습니까?

예

아니오

어떤 서비스의 경우입니까? _____

결제 방식을 계획한 경우, 월별 지급액은 얼마입니까? _____

재정 지원을 추가 연장하도록 요청하는 경우, 병원은 추보 결정을 내리기 위해 추가 정보를 요청할 수 있습니다. 본 양식에 서명함으로써, 제공된 정보가 사실이며 어떠한 변경이 이루어지면 10 일 이내에 병원에 통보할 것임을 증명합니다.

신청자 서명

날짜

환자와의 관계

별첨 B

환자 재정적 지원
환자 개요 설문지

병원 이름: _____

환자 이름: _____

환자 주소: _____

(우편번호 포함)

진료 기록 #: _____

1. 환자의 나이가 어떻게 됩니까? _____
2. 환자가 미국 시민이거나 영주권자입니까? 예 또는 아니오
3. 환자가 임산부입니까? 예 또는 아니오
4. 가정에 거주하는 21세 이하의 자녀가
환자에게 있습니까? 예 또는 아니오
5. 환자가 시각 장애인이거나 잠재적으로 12개월 이상
유급 직업을 수행할 능력이 없습니까? 예 또는 아니오
6. 환자가 현재 SSI 또는 SSDI 혜택을 받고 있습니까? 예 또는 아니오
7. 환자(결혼한 경우, 배우자)에게
다음 금액을 초과하지 않지만 현금으로 전환할 수 있는
전체 은행 계좌나 자산이 있습니까? 예 또는 아니오

가계 규모:

개별: \$2,500.00

2명: \$3,000.00

추가되는 각 가족 구성원, \$100 추가

(예: 4인 가족의 경우, 총 유동 자산이 \$3,200 미만이라면, '예'라고 응답합니다.)

별첨 B

8. 환자가 메릴랜드 주의 거주자입니까? 예 또는 아니오
메릴랜드의 거주자가 아니라면, 환자가 거주하는 주는 어디입니까? _____
9. 환자가 노숙자입니까? 예 또는 아니오
10. 환자가 WIC에 참여합니까? 예 또는 아니오
11. 환자가 식권 지급(Food Stamps)을 받습니까? 예 또는 아니오
12. 현재 환자의 보유 사항:
- 의료 지원 제약에만 해당 예 또는 아니오
 - QMB 보험/ SLMB 보험 예 또는 아니오
 - PAC 보험 예 또는 아니오
13. 환자가 고용되어 있습니까? 예 또는 아니오
아닌 경우, 실업자가 된 날짜. _____
COBRA 보험 보장을 받을 수 있습니까? 예 또는 아니오

별첨 C

의료 재정 빈곤 신청서

병원 이름: _____

환자 이름: _____

환자 주소: _____

(우편번호 포함)

진료 기록

#: _____

날짜: _____

본 신청서 날짜의 이전 12개월 동안 가정 수입: _____

본 신청서 날짜의 이전 12개월 동안 Johns Hopkins Hospital(고용인 부담, 공동보험, 보험금 공제 제외)에서 발생한 의료 채무:

서비스 날짜

채무액

제출된 모든 문서는 본 신청서의 일부가 됩니다.

본인의 지식, 정보, 믿음 한도에서 신청서에 제출된 모든 정보는 진실되고 정확합니다.

별첨 C

신청자의 서명

날짜: _____

환자와의 관계

내부용: 검토: _____ 날짜: _____

수입: _____

수입의 25%= _____

의료 채무: _____

여유율: _____

절감: _____

미납금: _____

월별 지급액: _____

지급 기간

계획: _____ 월