

## 일반 언어 금융 지원 정책

### [일반 언어 금융 지원 정책 링크](#)

Hackensack Meridian *Health*는 지불 능력에 관계없이 모든 환자가 필요한 의료 서비스를 받을 수 있도록 최선을 다하고 있습니다. 우리는 병원에서 서비스를 받고 있는 환자분 중 재정적 어려움을 겪고 있는 적격 개인에게 재정 지원을 제공하는 정책을 오랫동안 지속하고 있습니다. 이 약속은 공감, 형평성 및 포용의 핵심 가치를 반영하며, 연령, 성별, 인종, 국적, 경제적 지위, 성적 지향, 종교적 신념과 관계없이 모든 환자에게 적용됩니다.

HMH Hospitals Corporation(이하 "병원")의 재정 지원 정책 및 재정 지원 정책(자선 치료/메디케이드(이하 "FAP"))은 HMH Hospitals Corporation이 자격을 갖춘 환자를 대상으로 응급 치료 또는 기타 의학적으로 필요한 건강 관리 서비스를 부분 또는 전액 할인 금액으로 제공하기 위해 마련되었습니다. 재정 지원을 원하는 환자는 아래에 요약된 프로그램을 신청해야 합니다.

### 적격 서비스

병원에서 제공하고 병원에서 청구하는 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 의료 서비스. FAP는 병원에서 청구하는 서비스에만 적용됩니다. 다른 제공업체(예: 의사나 검사실)로부터 별도로 청구되는 기타 서비스는 FAP의 적용 대상이 아닙니다.

### 적격 환자

적격 서비스를 받는 환자 중, 완전한 재정 지원 신청서(관련 서류/정보 포함)를 제출한 자로서, 병원으로부터 재정 지원 대상자로 결정된 자.

## 자격 기준

소득이 HHS 빈곤 소득 지침의 백분율(소득 단계별 기준)	환자 부담금 비율(주 메디케이드 요금 대비)
200% 이하	0%
200% 초과 225% 이하	20%
225% 초과 250% 이하	40%
250% 초과 275% 이하	60%
275% 초과 300% 이하	80%
300% 초과	100%

웹사이트: 개인은 다음 웹사이트에서 재정 지원에 대한 정보를 온라인으로 볼 수 있습니다:

<https://www.hackensackmeridianhealth.org/en/Pay-Bill/Financial-Assistance>

## 신청 방법

FAP 및 관련 신청서는 다음과 같이 얻을 수 있습니다.

## 응용 프로그램

개인은 재정 지원 요건을 충족하는지 확인하기 위해 초기 심사를 완료하거나 신청서를 작성/서명하여 재정 지원을 신청할 수 있습니다.(참고: 재정 지원 부서는 병원별로 운영되므로, 여러 장소에서 서비스를 받은 경우 해당 장소별로 별도의 신청서를 제출해야 합니다.) 신청서는 다음 방법 중 하나에 의해 무료로 제공됩니다:

## 우편, 전화 또는 대면

다음 주소로 편지를 보내거나, 월요일부터 금요일까지 금융 지원 부서를 직접 방문하여 문의하실 수 있습니다. 시간은 아래 병원의 위치 또는 전화에 따라 다릅니다.

**Bayshore Medical Center (Attn: Financial Assistance Department)**

727 N. Beers Street  
Holmdel, NJ 07733  
732-902-7080

**Carrier Clinic Behavioral Health Facility - (Non-Charity Care Facility)**

(Attn: Patient Financial Services)  
252 County Road 601  
Belle Mead, NJ 08502  
551-996-3990

**Hackensack Meridian Health - Long Term Acute Care Hospital (LTACH) (Non-Charity Care Facility)**

(Attn: Financial Assistance Department)  
530 New Brunswick Avenue  
Perth Amboy, NJ  
732-902-7080

**Hackensack Meridian JFK Johnson Rehabilitation Institute**

(Attn: Financial Assistance Department)  
80 James Street, 3rd Floor  
Edison, NJ 08818  
예약으로 내원한 환자  
732-321-7534

**Hackensack Meridian Johnson Rehabilitation Institute at Ocean University Medical Center**

(Attn: Financial Assistance Department)  
425 Jack Martin Boulevard  
Brick, NJ 08724  
732-902-7080

**Hackensack Meridian Johnson Rehabilitation Institute at Riverview Medical Center**

(Attn: Financial Assistance Department)  
1 Riverview Plaza  
Red Bank, NJ 07701  
732-902-7080

**Hackensack University Medical Center**

100 First Street, Suite 300  
Hackensack, NJ 07601  
551-996-4343

**Jane H Booker Family Health Center**

1828 W Lake Avenue #202  
Neptune, NJ, 07753  
732-902-7080

**Jersey Shore University Medical Center**

1945 Route 33  
Neptune, NJ, 07753  
732-902-7080

**JFK University Medical Center** (Attn: Financial Assistance Department)

80 James Street, 3rd Floor  
Edison, NJ 08818  
예약으로 내원한 환자  
732-321-7534

**Ocean University Medical Center** (Attn: Financial Assistance Department)

425 Jack Martin Boulevard  
Brick, NJ 08724  
732-902-7080

**Old Bridge Medical Center** (Attn: Financial Assistance Department)

One Hospital Plaza  
Old Bridge, NJ 08857  
732-902-7080

**Palisades Medical Center** (Attn: Financial Assistance Department)

7600 River Road  
North Bergen, NJ, 07047  
201-854-5092

**Raritan Bay Medical Center** (Attn: Financial Assistance Department)

530 New Brunswick Avenue  
Perth Amboy, NJ  
732-902-7080

**Riverview Medical Center** (Attn: Financial Assistance Department)

1 Riverview Plaza  
Red Bank, NJ 07701  
732-902-7080

**Southern Ocean Medical Center** (Attn: Financial Assistance Department)

1140 Route 72 W  
Manahawkin, NJ 08050  
732-902-7080

자선 치료 신청서는 <https://www.hackensackmeridianhealth.org/en/Pay-Bill/Financial-Assistance>를 클릭하여 Hackensack Meridian Health 웹사이트에서 인쇄할 수도 있습니다.

## 사용 가능한 언어

재정 지원 정책, 신청서 및 쉬운 설명 자료는 병원이 주로 서비스를 제공하는 지역에서 영어에 능숙하지 않은 인구(LEP)가 전체 인구의 5% 또는 1,000명 중 더 적은 수를 차지하는 경우, 그들의 주요 언어로 제공됩니다.

## 신청 절차 요약

환자는 가구 소득, 가구 자산, 가족 규모를 요청하는 서면 신청서를 작성합니다.

뉴저지주 운전면허증, 공과금 청구서 또는 기타 지원 서신의 형태로 거주 증명서가 필요합니다.

신청서는 완전성과 정확성을 위해 검토됩니다.

누락된 정보에 대해 환자에게 요청합니다.

신청 승인 또는 거부가 전송되었습니다.

완료된 신청서는 위의 주소 중 하나로 금융 지원 부서로 보낼 수 있습니다.

재정 지원 자격 결정 - 일반적으로 가족 소득이 연방 정부 연방 빈곤 가이드라인(Federal Poverty Guidelines, FPG)의 600% 이하일 때 슬라이딩 척도를 사용하여 재정 지원을 받을 수 있습니다.

재정 지원 자격은 자격을 갖춘 개인이 치료 비용을 전액 또는 일부 지원받으며, 보험 가입자에게 부과되는 금액이 "일반적으로 부과되는 금액"(AGB)을 초과하지 않는 것을 의미합니다. (AGB는 내국세법(IRC) 제501(r)조에 따라 국세청(IRS)이 정의한 바와 같습니다.) 소득이 FPG의 최대 500%인 경우, 가족 소득과 FPG에만 기반한 재정 지원 수준이 결정됩니다.

참고 - FPG 이외의 다른 기준(예: 현금 또는 현금으로 전환될 수 있는 기타 자산의 가용성 및 월별 가계 지출 대비 초과 월간 순이익)도 고려되며, 이로 인해 이전 기준에 예외가 발생할 수 있습니다. 가족 소득이 보고되지 않으면 일일 요구 사항 충족 방법에 대한 정보가 필요합니다. 병원 재정 지원 부서는 제출된 신청서를 검토하고 병원 재정 지원 정책에 따라 재정 지원 자격을 결정합니다. 불완전한 신청서는 고려되지 않지만, 신청자에게 통지하고 누락된 서류/정보를 제공할 기회가 주어집니다.(참고: 재정 지원 부서는 병원별로 운영되므로, 여러 장소에서 서비스를 받은 경우 해당 장소별로 별도의 신청서를 제출해야 합니다.)

전화 또는 위 주소에 위치한 재정 지원 부서(월요일에서 금요일, 오전 8시부터 오후 4시까지)를 방문해 지원을 받을 수 있습니다.