

## 재정 지원 정책 일반 언어 개요

재정 지원이 필요한 환자에게 이를 제공하는 것이 NorthShore University HealthSystem(NorthShore)의 정책입니다. NorthShore는 재정 지원 정책(Financial Assistance Policy, FAP) 기준에 따라 자격이 있는 개인에게 응급 및 의료상 필요한 서비스를 무료 또는 감소된 금액으로 제공합니다. FAP 수급 자격이 있는 환자는 의료상 필요한 치료에 대해 보험이 있는 환자에게 일반적으로 청구되는 금액(Amounts Generally Billed, AGB)보다 더 많이 청구되지 않습니다.

재정 지원의 자격 요건은 소득, 가족 수 및 연방 빈곤 수준(Federal Poverty Level, FPL)을 기준으로 합니다. FPL은 가족의 수에 따라 다양하며 매년 갱신됩니다.

아래 표는 재정 지원 자격 기준의 요약을 제공합니다. 재정 지원 및 추정 수급 자격 기준에 대한 추가 정보는 FAP에서 찾아볼 수 있습니다.

| 재정 지원: | 이용 가능 대상             | FPL       | 설명  | 신청 방법                 |
|--------|----------------------|-----------|---|-----------------------|
| 무료 치료  | 보험이 없는 환자와 보험이 있는 환자 | 0%~200%   | 추정 수급 자격 또는 가족 크기 및 소득(FPL) 기준                                | 추정 수급 자격 증명 또는 신청서 작성 |
| 차등제 할인 | 보험이 없는 환자와 보험이 있는 환자 | 201%~400% | 가족 크기 및 소득(FPL) 기준  | 신청서 작성                |
| 차등제 할인 | 보험이 없는 환자에 한해        | 401%~600% | 가족 크기 및 소득(FPL) 기준. 총 비용이 \$300 이상인 보험이 없는 일리노이 주 주민에게 이용 가능. | 신청서 작성                |

재정 지원 문서(정책, 개요 및 신청서 포함)는 NorthShore 웹 사이트 [www.northshore.org/about-us/billing/financial-assistance](http://www.northshore.org/about-us/billing/financial-assistance) 나 [www.swedishcovenant.org/for-patients-and-visitors/pay-your-bill/hospital-financial-assistance-policy](http://www.swedishcovenant.org/for-patients-and-visitors/pay-your-bill/hospital-financial-assistance-policy) 에서 볼 수 있으며 무료 종이 사본은 병원 등록 창구에 있습니다. 이 문서의 무료 사본은 또한 우편이나 아래 열거된 전화번호로 연락하여 요청할 수 있습니다. 이 문서는 스페인어, 러시아어, 한국어, 아시리아어, 아랍어 및 베트남어로도 제공됩니다, 폴란드어와 몽골어.

추정 수급 자격이 있는 경우가 아니면 신청서는 아래 열거된 주소로 우편으로 또는 병원 재정 카운셀러에게 (지원 문서와 함께) 치료에 대한 첫 번째 청구서 날짜 이후 240일 이내에 가능한 빨리 우편으로 제출되어야 합니다 및 폴란드어.

|  |   |
|--|---|
| 작성된 신청서 제출 방법:   | 도움이 필요하십니까? 저희가 도와드릴 수 있습니다.  |
| <b>우편:</b><br>NorthShore University HealthSystem<br>Patient Financial Services<br>P.O. Box 1006, Suite 330<br>Skokie, IL 60076-9877<br><br><b>팩스</b><br>(847) 982-6957 | (847) 570-5000 번으로<br>전화하시거나<br><br>병원 중앙 등록 창구를 방문하여<br>병원 재정 카운셀러를<br>방문하십시오. |

|   |   |
|---|---|
| 작성된 신청서 제출 방법:  | 도움이 필요하십니까? 저희가 도와드릴 수 있습니다.  |
| <u>직접 제출:</u><br>병원 중앙 등록 창구를 방문하여 병원 재정 카운셀러에게 가져오십시오.   |   |
| <u>Swedish Hospital:</u><br><br><u>우편:</u><br>Swedish Hospital<br>Financial Service Center<br>5145 N. California Ave,<br>Chicago, IL 60625<br><u>팩스:</u><br>(773) 878-6838<br><u>직접 제출:</u><br>재정 서비스 센터를 방문하여 병원 재정 카운셀러에게 제출하십시오. | <u>Swedish Hospital:</u><br><br>(773) 989-3841 번으로 전화하시거나<br><br>또는 재정 서비스 센터를 방문하여<br>병원 재정 카운셀러에게<br>문의하십시오 |