

제목: 재정 지원 정책 발행자: 관리부

정책 번호: EXEC-P.2006

개정일: 2016 년 8 월 30 일

유효일: 2016 년 9 월 26 일

이전 버전: 2015 년 2 월 13 일에 발행된 정책

**2016 년 8 월 30 일 이사회 승인**

---

## I. 목적

Rehabilitation Hospital of the Pacific("REHAB")은 추구하는 사명과 가치에 따라, 의학적으로 재활 의료 서비스가 필요하나 개인적 재정 상황에서 그 비용을 지불할 수 없는 환자에게 재정 지원을 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 이 정책의 목적은 그러한 환자에게 재정 지원을 제공하는 차별 없고 공정하며 통일된 방법을 수립하는 것입니다.

다음의 경우에는 이 정책이 적용되지 않습니다.

- 섹션 III.B 에 설명된 대로 의학적으로 필요한 것으로 간주되지 않는 서비스.
- REHAB 지역에서 환자를 치료하거나 환자에게 서비스를 제공할 수 있는 REHAB 이외의 제공자가 제공하는 서비스. 이 정책의 부록 A 에는 REHAB 지역에서 서비스를 제공하는 REHAB 이외의 제공자가 나와 있습니다.

이 정책의 조건은 REHAB 의 재량에 따라 언제든지 변경될 수 있습니다.

## II. 정의

이 정책의 목적상, 아래 용어는 다음과 같이 정의됩니다.

일반적으로 청구되는 금액: 의학적으로 필요한 치료를 보장하는 보험 가입 환자에게 일반적으로 받는 청구액. 일반적으로 청구되는 금액은 전향적 방법에 따라 계산되며, 해당 서비스에 대해 Medicare 및 Medicare 수혜자로부터 받는 총 금액을 바탕으로 결정됩니다.

가족: 함께 거주하며 출생, 결혼 또는 입양으로 관계를 맺고 있는 두 명 이상으로 구성된 그룹. 환자가 어떤 개인을 미국 소득세 신고서에 따른 피부양자라고 주장하는 경우, 이러한 개인은 이 정책의 목적상 피부양자로 간주될 수 있습니다.

가족 소득:

- 수익, 실업 수당, 산재 보상, 사회 보장, 보충적 소득 보장, 공적 지원, 참전 유공자 수당, 유족 급여, 연금 또는 퇴직 소득, 이자, 배당금, 임대료, 사용료, 부동산으로 인한 소득, 신탁 자산, 교육 지원, 위자료, 자녀 양육비, 해당 가정 외부의 지원, 기타 다양한 출처의 지원 등으로 정의되는 소득(세전 기준)을 포함합니다.
- “가족”의 정의에 포함된 모든 개인의 소득을 포함합니다. 동거인 등 친척이 아닌 사람의 소득은 제외합니다.
- 현금 이외의 급부(예: 식료품 할인 구매권 및 주택 보조금)는 제외합니다.
- 자본 이익 또는 손실을 제외합니다.

가족 유동 자산:

- 현금 자산 또는 필요할 때 현금으로 지불할 수 있는 자원을 포함합니다.
- “가족”의 정의에 포함된 모든 개인의 유동 자산을 포함합니다. 동거인 등 친척이 아닌 사람의 유동 자산은 제외합니다.

의료 빈곤: 총 의료비가 가족 소득의 15%를 초과하여 의료비의 일부 또는 전부를 지불할 수 없습니다.

의료 필수: Medicare 에 정의된 대로 “질병, 부상, 건강 상태, 질환 또는 그 증상을 진단하거나 치료하는 데 필요하며 허용되는 의학 수준을 충족하는 의료 서비스 또는 용품”(https://www.medicare.gov/glossary/m.html, 2016 년 8 월).

비보험자: 보험이 없거나 의료 제공자에 대한 지불 의무를 이행하기 위한 제 3 자 지원이 없는 환자.

일부 보험자: 일정 수준의 보험 또는 의료 제공자에 대한 지불 의무를 이행하기 위한 제 3 자 지원이 있지만 자신의 재정 능력을 초과하는 비용을 직접 지불해야 할 수도 있는 환자.

### III. 정책

#### A. 지침

재정 지원은 이 정책의 자격 요건을 충족하는 환자의 의학적으로 필요한 서비스에 대해서만 제공됩니다. 재정 지원은 가족 소득을 바탕으로 한 할인된 치료 비용 또는 무료 비용으로 제공됩니다.

재정 지원은 개인적인 책임을 대체하는 것으로는 간주되지 않습니다. 환자는 재정 지원을 받기 위해 REHAB 절차에 협조하고 개인의 지불 능력에 따라 치료 비용을 부담해야 합니다. 환자는 이 정책에 따른 재정 지원 승인을 받기 전에 다른 형태의 지불 방법을 찾기 위한 도움을 받을 수 있습니다.

건강 보험을 구매할 재정 능력이 있는 비보험 개인은 환자의 전반적인 개인 건강과 복지를 위한 의료 서비스 이용을 보장하기 위해 건강 보험 구입을 권장받을 수 있습니다.

REHAB 는 응급 의료 서비스를 제공하지 않으며, 응급실도 없고 응급 의료 상황에서 안정된 치료를 필요로 하는 개인을 받아들이기에 적합한 전문적인 역량도 없습니다. 응급 의료 서비스가 필요한 개인은 42 CFR 482.12(f)(2)에 따라 다른 시설로 이송됩니다.

#### B. 적격 서비스

다음 의료 서비스는 이 정책에 따른 재정 지원 항목에 해당합니다.

- 즉시 치료하지 않으면 개인의 건강 상태에 부정적인 변화를 가져올 수 있는 질환에 대해 REHAB 가 제공하는 재활 서비스; 서비스는 의학적 필요성과 기능적 이득에 따라 의사 및/또는 치료 전문가가 세운 치료 계획에 기반합니다.
- 적격 서비스에는 부록 A 에 나와 있는 대로 REHAB 가 고용한 제공자가 수행하는 서비스가 포함됩니다.

다음 서비스는 이 정책에 따른 재정 지원 항목에 해당하지 않습니다.

- 복지 서비스를 포함하여 의학적으로 꼭 필요한 것은 아닌 서비스
- REHAB 지역에서 환자를 치료하거나 환자에게 서비스를 제공할 수 있는 REHAB 이외의 제공자가 제공하는 서비스. 이 정책의 부록 A 에는 REHAB 지역에서 서비스를 제공하는 REHAB 이외의 제공자가 나와 있습니다. REHAB 이외의 제공자가 수행하는 서비스는 환자에게 별도로 청구될 수 있습니다.

### C. 환자 자격

환자 자격을 결정할 때 연령, 성별, 인종, 성적 취향 또는 종교적 소속이 고려되어서는 안 됩니다.

이 정책에 따라 재정 지원을 받으려면 다음 3 가지 기준을 모두 충족해야 합니다.

1. 유동 자산 테스트: 가족 유동 자산이 \$50,000 이하입니다.
2. 소득 테스트: 가족 소득이 결정 시점에 효력 있는 연방 정부의 하와이주 빈곤 지침선(FPG)의 300% 이하인 환자는 소득 테스트 기준을 충족합니다. 할인율은 다음과 같이 차등제로 계산됩니다.

| <u>가족 소득 수준</u>        | <u>할인율</u> |
|------------------------|------------|
| FPG 의 200% 이하          | 100%       |
| FPG 의 200% 초과, 250% 미만 | 75%        |
| FPG 의 250% 초과, 275% 미만 | 50%        |

FPG 의 275% 초과, 300% 미만

25%

가족 소득이 FPG 의 300%를 초과하는 환자는 총 의료비가 가족 소득의 15%를 초과하는 의료 빈곤에 대한 할인율을 적용받을 자격이 있습니다. 할인율은 일반적으로 청구되는 금액을 초과하지 않습니다.

3. 거주 테스트: 환자는 미국 시민이거나 하와이에 영구적으로 거주하는 합법적 외국인 체류자여야 합니다.

추정되는 재정 지원 자격: 위의 3 가지 기준을 사용해도 재정 지원에 대한 환자의 자격을 결정하기에 충분하지 않은 경우, REHAB 는 다른 출처를 사용하여 이 정책에 따른 자격과 할인 금액을 결정할 수 있습니다. 추정 자격은 다음을 포함하는 환자의 특정 상황에 따라 결정될 수 있습니다.

- 무주택자 또는 노숙자 쉼터에서 도움을 받는 사람
- WIC(Women, Infants and Children) 프로그램, 식료품 할인 구매권, 학교 급식 보조 프로그램, 저소득층/보조금 지원 주택 등 주, 연방 또는 지방 재정 지원 프로그램의 적격자
- 환자가 알려진 재산 없이 사망함.

#### D. 신청 및 검토 프로세스

환자/환자의 보증인은 REHAB 의 요청에 따라 재정 지원 신청서(부록 B)를 작성하고 개인 정보, 재정 정보, 기타 정보 및 서류를 제출해야 합니다.

잠재적으로 Medicaid/Quest 자격이 있는 것으로 확인된 환자는 Medicaid/Quest 를 신청해야 하고 Medicaid/Quest 신청을 완료하는 데 필요한 정보를 제공하기 위해 전적으로 협조해야 합니다.

REHAB 는 제출된 재정 지원 신청서와 증빙 서류를 검토하고 섹션 III.C 환자 자격에 명시된 기준에 따라 자격을 결정합니다.

환자는 자격 결정을 서면으로 통지받게 됩니다. 재정 지원 자격 유지 기간은 결정일로부터 6 개월입니다. 6 개월 후, 환자는 이 정책에 따른 재정 지원을 다시 신청해야 합니다. 재정 지원의 필요성은 자격 결정과 관련된 추가 정보가 알려질 때 언제든지 재평가될 수 있습니다.

위에 설명된 할인율은 결정일 당시 환자의 미불 잔고 그리고 결정일로부터 6 개월 동안의 향후 잔고에 적용됩니다. 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자는 의학적으로 필요한 치료를 보장하는 보험 가입 환자에게 일반적으로 청구되는 금액 이상을 지불할 필요가 없습니다.

의학적으로 필요한 서비스를 제공하기 전에 재정 지원 요청과 재정적 필요에 대한 결정이 내려지는 것이 바람직하지만 반드시 그래야 하는 것은 아닙니다. 그러나 결정은 수금 주기의 어느 시점에서나 이루어질 수 있습니다.

이 정책에 관한 정보와 재정 지원 신청서 작성에 대한 도움은 환자 재정 서비스 부서(226 North Kuakini Street, Honolulu, Hawaii 96817)에서 받을 수 있으며 (808)544-3340 번으로 전화하여 요청해도 됩니다.

#### **E. 환자와 지역사회에 대한 재정 지원 정책 알림**

REHAB 는 ECA(Extraordinary Collection Activities)를 수행하기 전에 이 정책 및 재정 지원의 가용성을 알리기 위한 합당한 노력을 기울일 것입니다. 재정 지원의 가용성에 대한 통지는 다음을 포함하는 다양한 수단(여기에 제한되지 않음)으로 이루어집니다.

- REHAB 가 선정한 병원 시설의 입원 및 등록 구역, 환자 재정 서비스 부서 및 기타 공공 장소에 있는 안내판에 눈에 잘 띄도록 게시합니다.
- 환자 청구서에는 환자에게 재정 지원의 가용성 그리고 추가 정보를 얻는 방법을 알려주는 일반적인 표현이 포함됩니다.

- 정책, 재정 지원 신청서, 재정 지원 요약서(쉽게 설명된 요약서)(부록 C) 등의 정보는 REHAB 의 인터넷 웹 사이트에도 공개해야 하며 요청 시 우편 등의 방법으로 무료로 제공해야 합니다.
- 그러한 통지와 요약 정보는 REHAB 의 지역사회 봉사 활동을 통해 REHAB 가 봉사하는 지역사회 내의 다른 장소에도 배포해야 합니다.

ECA 에 참여하기 전에 환자가 이 정책에 따른 재정 지원을 받을 자격이 있는지를 결정하기 위해 다음과 같이 합당한 노력을 기울일 것입니다.

- 4 회의 월별 청구서가 환자/보증인에게 제공됩니다. 각 청구서에 환자/보증인에게 재정 지원의 가용성 그리고 추가 정보를 얻고 신청하는 방법을 알려주는 일반적인 표현이 포함되어 있습니다. 네 번째 월별 청구서(마지막 서면 통지)에서는 재정 지원의 가용성을 설명하고, REHAB 가 지불을 받기 위해 시작하는 ECA 를 식별하고, ECA 가 시작되기까지의 기한(마지막 서면 통지일 이후 최소 30 일)을 포함합니다. 재정 지원 요약서(쉽게 설명된 요약서)는 네 번째 월별 청구서와 함께 제공됩니다.
- ECA 를 시작하기 최소 30 일 전에 환자에게 재정 지원의 가용성 그리고 추가 정보를 얻고 신청하는 방법을 구두로 알리기 위해 시도합니다.
- 합당한 노력을 기울이는지를 관리자가 살펴봅니다. ECA 는 관리자의 사전 승인 그리고 합당한 노력이 이루어졌다는 확인 없이는 시작되지 않습니다.

재정 지원 자격을 결정하기 위한 합당한 노력이 이루어졌음을 관리자가 확인한 후, REHAB 는 ECA 를 시작할 수 있습니다. 여기에는 수금 대행사 및/또는 신용 조사 대행사에 미납 신고를 하고 소송을 제기하는 것이 포함됩니다. ECA 는 첫 번째 월별 청구서(퇴원 후 청구서)가 제공된 후 120 일이 되기 전에는 시작되지 않습니다.

ECA 가 시작된 후, 환자/보증인이 이 정책에 따른 재정 지원을 신청하고자 한다는 통지를 REHAB 가 받으면 REHAB 는 재정 지원 요약서(쉽게 설명된 요약서), 재정 지원 신청서, 작성된 재정 지원 신청서의 제출 기한에 대한 서면 통지를 제공합니다. 기한은 서면 통지일로부터 30 일 후 또는 첫 번째 월별 청구서(퇴원 후

청구서) 이후 240 일입니다. ECA 가 시작된 후에 작성된 재정 지원 신청서를 받으면 해당 ECA 는 검토 프로세스 도중에 중단됩니다. 서면 통지에 명시된 기한까지 작성된 재정 지원 신청서를 받지 못하면 REHAB 는 ECA 를 계속할 수 있습니다.

재정 지원이 승인되고 나중에 환자가 REHAB 에서 치료한 부상/질병에 대해 보상을 받았다는 사실이 드러나면 해당 환자는 REHAB 에 상환해야 합니다. 예를 들어, 어떤 환자가 재정 지원을 받고 이후에 자동차 사고로 입은 부상에 대해 합의금을 받았으며 REHAB 가 환자의 부상을 치료한 경우, 해당 환자는 REHAB 청구서에 대해 지불할 책임이 있으며 모든 재정 지원 조정금을 상환해야 합니다.

**첨부 자료:**

- 부록 A – 이 정책의 적용 대상이 되는 서비스를 제공하는 의사와 적용 대상이 아닌 서비스를 제공하는 의사
- 부록 B – 재정 지원 신청서
- 부록 C – 재정 지원 요약서(쉽게 설명된 요약서)

**S:정책:exec:exp2006**(2016 년 9 월 26 일)



## **부록 A**

이 정책의 적용 대상이 되는 서비스를 제공하는 의사와 적용 대상이 아닌 서비스를  
제공하는 의사



## 부록 A

이 정책의 적용 대상이 되는 서비스를 제공하는 **REHAB** 제공자 목록

2025년 10월 1일 기준

- None

이 정책의 적용 대상이 아닌 서비스를 **REHAB** 지역에서 제공하는 **REHAB** 이외의 제공자 목록

2025년 10월 1일 기준

- Ashman, Kenji, PA-C
- Badalucco, Laura, PA-C
- Bhatt, Ajay, MD
- Burdick, Daniel, MD
- Dadds, Ryan M., PA-C
- Katahara, Patrick, PA-C
- Kollarova, Tamara, MD
- Kosut, Shephard, MD
- Lamport-Hughes, Nancy, Ph.D.
- Lee, Eugene M.C., MD
- Lu, Katrina, APRN-Rx
- Mun, Eluned, DNP, APRN-Rx
- Muraoka, Nicholas, DO
- Nakamura, Erin, PA-C
- Nishikawa, Owen, MD
- Nomura, Ryan YA, MD
- Oishi, Stephen M., MD
- Okada, Jeffrey, MD
- Oshiro, Shari Ann, MD
- Pien, Brian, MD
- Sandoval, Sanders, APRN-Rx
- Shin, Michael, MD
- Shinha, Takashi, MD
- Stearns, Fay, APRN-Rx
- Uyeno, Brent, MD
- Wang, Jordan SFT, MD
- Wong, Russell, MD
- Yamamoto, Kent S., MD
- Yeoh, Jeffrey KC, MD



## **부록 B**

### 재정 지원 신청서



안녕하세요.

Rehabilitation Hospital of the Pacific(REHAB)은 추구하는 사명과 가치에 따라, 의학적으로 재활 의료 서비스가 필요하나 개인적 재정 상황에서 그 비용을 지불할 수 없는 환자에게 재정 지원을 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 저희 재정 지원 프로그램 하에서 자격 요건을 충족하는 비보험자 및 일부 보험 환자는 의학적으로 필요한 적격 치료에 대한 비용 지불에 도움이 되는 재정 지원을 받을 수 있습니다.

REHAB 의 재정 지원 프로그램은 재정 지원 정책(FAP)에 설명된 대로 적격 서비스에만 적용됩니다. REHAB 이외의 제공자가 REHAB 지역에서 제공하는 서비스는 FAP 의 적용 대상이 아니며 환자에게 별도로 청구될 수 있습니다.

미국 시민이거나 하와이에 영구적으로 거주하는 합법적 외국인 체류자여야 자격이 있습니다. 귀하의 가족 자산과 소득을 검토하여 재정 지원 제공에 대한 정책 지침을 충족하는지 여부를 살펴볼 것입니다. 충족하면 REHAB 청구액이 할인됩니다. 실제 할인 금액은 귀하의 가족 소득에 따라 달라집니다.

신청하려면 이 재정 지원 신청서 항목을 모두 작성하십시오. 귀하의 응답을 증빙하는 최신 서류를 신청서에 첨부해야 합니다. **재정 지원-서류 점검표**(첨부)에 요청된 정보가 자세히 나와 있습니다.

귀하가 저희와 공유하는 정보는 이 신청서 용도로만 사용될 것입니다. 또한 기밀 정보로 취급됩니다.

작성된 신청서와 증빙 서류 사본을 REHAB Hospital 1 층에 있는 환자 재정 서비스 부서에 제출하거나 다음 주소로 우편 발송해 주십시오.

Rehabilitation Hospital of the Pacific  
ATTN: Patient Financial Services  
226 North Kuakini Street  
Honolulu, HI 96817

궁금한 점이 있으면 (808) 544-3340 번으로 REHAB 의 환자 재정 서비스 부서에 문의하십시오.

## 재정 지원 - 서류 점검표

신청서 제출 시, 재정 지원 신청서 증빙에 필요한 다음 서류의 사본(해당하는 경우)을 첨부하십시오.

- ☐ 운전 면허증, 출생 증명서 및/또는 기타 사진이 붙어 있는 신분증이나 외국인 등록증
- ☐ 가장 최근의 연방 및 주 소득세 신고서
- ☐ 가족 소득을 보여주는 서류. 다음을 포함합니다.
  - 급여 명세서 또는 w-2
  - 사회 보장 명세서 또는 지급 증명서
  - 공적 자금 지원을 보여주는 서류 또는 지급 증명서
  - 실업 수당에 대한 피보험자 자격 결정 통지서
  - 산재 보상금 지급 증명서
  - 연금/퇴직 수당 월별 명세서
  - 참전 유공자 수당 월별 명세서
  - 자녀 양육비 또는 위자료 지급 증명서
  - 임대 소득에 대한 월별 명세서
- ☐ 가족 병원비 미납 금액을 보여주는 다른 병원, 의사, 실험실 등의 최근 명세서
- ☐ 가족 유동 자산을 보여주는 서류. 다음을 포함합니다.
  - 잔고, 이자 소득 및 배당금을 보여주는 금융 기관의 월별 명세서
  - 기타 가족 유동 자산을 보여주는 서류
- ☐ 하와이 주에서 제출한 Medicaid 신청서 및 승인/거부 통지서

위 서류 중 아무것도 제출할 수 없으면 이러한 서류를 제출하지 못하는 이유에 대한 서면 설명서를 작성된 신청서와 함께 제공하십시오.

**환자 정보**

|                 |           |                                                                |              |
|-----------------|-----------|----------------------------------------------------------------|--------------|
| 환자 이름:          | 사회 보장 번호: | 생년월일:                                                          | 환자/보증인 집 전화: |
| 보증인 이름:         | 사회 보장 번호: | 생년월일:                                                          | 환자/보증인 휴대폰:  |
| 환자/보증인의 영구 주소지: |           | 미국 시민: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |              |
|                 |           | 환자/보증인 이메일:                                                    |              |

**가구에 속한 가족 구성원**

|     |     |       |           |
|-----|-----|-------|-----------|
| 이름: | 관계: | 생년월일: | 사회 보장 번호: |
| 이름: | 관계: | 생년월일: | 사회 보장 번호: |
| 이름: | 관계: | 생년월일: | 사회 보장 번호: |
| 이름: | 관계: | 생년월일: | 사회 보장 번호: |

**고용 정보**

|                   |     |
|-------------------|-----|
| 환자/보증인의 고용주 및 주소: | 직책: |
| 배우자의 고용주 및 주소:    | 직책: |

**가족 유동 자산: 모든 가족 구성원의 총 유동 자산 목록(증빙 서류 사본 첨부 필수)**

|                    |                    |                 |               |
|--------------------|--------------------|-----------------|---------------|
| 은행/CU 당좌 예금 계좌: \$ | 은행/CU 저축 예금 계좌: \$ | 단기 금융 시장 계좌: \$ | 현금 보유액: \$    |
| 투자(주식/채권): \$      | 기타(구체적으로): \$      | 기타(구체적으로): \$   | 기타(구체적으로): \$ |

**가족 소득: 모든 가족 구성원의 총 소득 목록(증빙 서류 사본 첨부 필수)**

|               |           |                |               |
|---------------|-----------|----------------|---------------|
| 임금/급여: \$     | 사회 보장: \$ | 공적 지원/실업: \$   | 산재 보상: \$     |
| 연금/퇴직: \$     | 임대: \$    | 자녀 양육비/위자료: \$ | 참전 유공자 수당: \$ |
| 기타(구체적으로): \$ |           |                |               |

**가족 의료비: 모든 가족 구성원의 총 의료비 목록(증빙 서류 사본 첨부 필수)**

|                 |           |         |          |
|-----------------|-----------|---------|----------|
| 제공자(병원/의사/실험실): | 채무 금액: \$ | 서비스 유형: | 서비스 연/월: |
| 제공자(병원/의사/실험실): | 채무 금액: \$ | 서비스 유형: | 서비스 연/월: |
| 제공자(병원/의사/실험실): | 채무 금액: \$ | 서비스 유형: | 서비스 연/월: |

**추가 정보**

Medicaid 또는 기타 재정 프로그램에 신청했습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 신청한 경우, 신청일: \_\_\_\_\_

신청 결과(구체적으로): \_\_\_\_\_

REHAB 에서 받는 서비스와 관련하여 미결된 소송, 합의, 지원금이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

설명: \_\_\_\_\_

**지원자 진술서:** 본인은 상기 정보가 본인이 아는 한 진실되고 정확함을 증명합니다. 본인은 제공된 모든 정보를 REHAB 가 확인할 수 있음을 알고 있습니다. 본인은 어떤 정보든 거짓으로 드러날 경우, REHAB 의 재정 지원을 받을 자격이 없어지며 제공받은 서비스에 대한 요금을 지불할 책임을 지게 됨을 알고 있습니다.

본인은 REHAB 청구액을 지불하기 위해 본인에게 자격 있는 재정 지원을 신청함으로써(Medicaid/Quest 신청 포함) REHAB 에 전적으로 협조한다는 데 동의합니다. 본인은 재정 지원을 신청하기 전에 다른 모든 보험 및 제 3 자 지불 출처를 청구액에 적용해야 함을 알고 있습니다. 본인은 합의, 판결, 보험 등 이 청구액에 적용되는 모든 출처의 금액을 REHAB 에 할당하거나 지불할 것입니다.

본인은 이 재정 지원이 REHAB 가 제공하는 의학적으로 필요한 적격 서비스에만 해당함을 알고 있습니다. 또한 본인은 REHAB 가 언제든지 어떤 이유로든 재정 지원 범위를 철회할 수 있음을 알고 있습니다.

이름(정자): \_\_\_\_\_ 서명: \_\_\_\_\_ 신청일: \_\_\_\_\_ 환자와의 관계: \_\_\_\_\_

## 부록 C

재정 지원 요약서  
(쉽게 설명된 요약서)



## 재정 지원 프로그램

Rehabilitation Hospital of the Pacific(REHAB)은 추구하는 사명과 가치에 따라, 의학적으로 재활 의료 서비스가 필요하나 개인적 재정 상황에서 그 비용을 지불할 수 없는 환자에게 재정 지원을 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 저희 재정 지원 프로그램 하에서 자격 요건을 충족하는 비보험자 및 일부 보험 환자는 의학적으로 필요한 적격 치료에 대한 비용 지불에 도움이 되는 재정 지원을 받을 수 있습니다.

### 재정 지원을 받을 수 있는 자격 요건

재정 지원을 받을 자격이 있는지 알아보려면 재정 지원 신청서를 작성하십시오. 저희는 제공되는 정보를 검토하여 귀하가 이 프로그램에 따라 지원을 받을 자격이 있는지 또는 저희가 귀하의 신청을 도울 수 있는 다른 정부 프로그램이 있는지를 확인합니다.

일반적으로 REHAB는 귀하가 다음 경우에 해당하면 적격 서비스에 대한 전체 재정 지원을 제공합니다.

- 가족 유동 자산이 \$50,000 이하입니다. 그리고
- 가족 소득이 현재 연방 정부 의 하와이주 빈곤 지침선의 200% 이하입니다. 그리고
- 귀하가 미국 시민이거나 하와이에 영구적으로 거주하는 합법적 외국인 체류자입니다.

의료비를 지원하는 다른 할인 혜택도 저희 프로그램에서 적용될 수 있습니다.

### 재정 지원에 대한 자세한 정보를 얻거나 찾아보는 방법

저희 재정 지원 정책 (FAP), 재정 지원 신청서 또는 이 요약서를 다음과 같이 무료로 얻을 수 있습니다.

- **직접 방문** : REHAB Hospital(Nuuanu, 226 North Kuakini Street) 1층에 있는 환자 재정 서비스 부서
- **전화** : 환자 재정 서비스 담당자에게 (808) 544-3340 번으로 전화 (월~금, 오전 8시 ~ 오후 4시 30분)
- **온라인** : <https://www.rehabhospital.org/how-does-billing-work>
- **이메일** : FAProgram@rehabhospital.org

저희가 재정 지원 신청서 작성을 도와드릴 수 있습니다.

작성된 신청서와 증빙 서류 사본을 환자 재정 서비스 부서 (226 North Kuakini Street, Honolulu, Hawaii 96817)로 보내 주십시오.

### 질문이 있으신가요?

재정 지원에 대해 궁금한 점이 있으면 (808) 544-3340 번으로 REHAB의 환자 재정 서비스 부서에 문의하십시오.

REHAB의 재정 지원 프로그램은 FAP에 설명된 대로 적격 서비스에만 적용됩니다. REHAB 이외의 제공자가 REHAB 지역에서 제공하는 서비스는 FAP의 적용 대상이 아니며 환자에게 별도로 청구될 수 있습니다.

재정 지원을 받을 자격이 있는 환자는 의학적으로 필요한 치료를 보장하는 보험 가입 환자에게 일반적으로 청구되는 금액 이상을 지불할 필요가 없습니다.

