

정책

재정지원 자격 정책

본 정책은 다음 Corewell Health 영역에 해당합니다:

Beaumont Corporate Shared Services, Beaumont Dearborn, Beaumont Farmington Hills, Beaumont Grosse Pointe, Beaumont Medical Group, Beaumont Pharmacy Solutions, Beaumont Royal Oak, Beaumont Taylor, Beaumont Trenton, Beaumont Troy, Beaumont Wayne, Post Acute Care (Beaumont) Corewell Health, Big Rapids (Mecosta County Medical Center), Continuing Care, Corporate, Gerber Memorial (Newaygo County General Hospital Association), Ludington (Memorial Medical Center of West Michigan), Outpatient/Physician Practices, Pennock (Pennock Hospital), Reed City (Reed City Hospital Corporation), SH GR Hospitals (Spectrum Health Hospitals), SHMG, Spectrum Health Lakeland (Lakeland Community Hospital Watervliet; Lakeland Hospitals at Niles and St. Joseph Inc.), United/Kelsey (Spectrum Health United; Spectrum Health Kelsey Hospital), Zeeland (Zeeland Community Hospital)

적용 범위 제한:	해당 없음
참조 번호:	2983
버전 번호:	10
발효일:	11/01/2022
기능 영역:	재정, 환자 접근
부서 영역:	재무, 수입 주기

차별 금지 고지: 모든 개인에게 양질의 의료 서비스를 제공하는 것이 Corewell Health 및 모든 자회사 법인들의 방침입니다. Corewell Health 은 인종, 피부색, 출신 국가, 시민권, 성별, 종교, 연령, 장애, 정치적 신념, 성적 지향, 결혼 또는 가족 상태를 이유로 차별하지 않습니다. 오직 환자의 의료적 필요와 시설에서 요구하는 의료 서비스 및 치료를 제공할 수 있는 용량과 능력에 바탕하여 등록 및 치료 결정이 이루어집니다. 민족, 피부색, 성별, 성, 인종, 출신 국가, 종교, 장애, 연령, HIV 상태, 제대군인 또는 군 복무 상태, 서비스에 대한 결제금 출처 또는 연방, 주, 지역 법에 의해 금지된 다른 근거에 바탕하여 등록 및 치료를 거부하지 않습니다. 환자는 자신의 성적 주체성에 부합하는 방식으로 치료받습니다. 또한, 국민 건강 보험 (“NHSC”) 과 Michigan 주 대출 상환 프로그램 (“MSLRP”) 을 승인한 지역은 해당 서비스에 대한 결제가 Medicare 를 통해 이루어지든, Medicaid 를 통해 이루어지든, 아니면 CHIP 을 통해 이루어지든 관계없이 납부할 수 있는 개인의 능력에 기반하여 개인에 대한 서비스의 제공에 있어 차별하지 않습니다 (또한 프로그램 자격 여부에 바탕하지 않습니다. 또한, 개인의 인종, 피부색, 성별, 출신 국가, 장애, 종교, 연령, 동성애, 성적 정체성을 이유로도 차별하지 않습니다.

더 자세한 내용은 [환자의 권리와 책임](#) (Legacy Beaumont Health), [환자의 권리와 책임](#) (Legacy Spectrum Health Lakeland) 또는 [환자의 권리와 책임](#) (Legacy Spectrum Health West Michigan) 정책을 확인하십시오.

차등제 할인 프로그램 정책은 오직 NHSC 와 MSLRP 가 승인한 영역에만 적용됩니다. [첨부 B](#) 를 확인하십시오.

언어 지원 가용성은 물론 차별 금지에 대한 전체 고지 사항은 [첨부 C](#) 를 확인하십시오.

법인은 해당하는 경우 본 문서에 포함된 관련 문서들을 참조하게 됩니다.
본 문서의 인쇄물은 기한이 지난 것일 수 있으며 관리되지 않는 문서로 간주합니다.

1. 목적

Corewell Health 에서 재정 지원을 받을 적격자를 합리적으로 판단할 수 있도록 절차의 기준을 정하기 위한 것입니다. 또한, 환자 서비스가 제공되는 Corewell Health 사업장과 관계 없이 환자 및 대중에게 재정 지원 이용 가능성을 홍보하고 일관된 지침이 재정 지원 요청들에 적용될 수 있도록 보장하기 위한 것입니다.

본 정책은 재정지원, 요금 제한, 청구 및 징수 활동과 관련하여 병원에 특정 요건을 부과하기 위해 개정된 1986 년 국세법 제 501 조 (r) 의 요건을 충족하기 위해 의도되었습니다. Corewell Health 사업장에서 제공된 서비스에 대해 결제할 수단이 없는 환자는 본 정책의 약관에 따라 재정 지원을 요청할 수 있거나, 재정지원을 받을 수 있습니다.

또한, 본 정책은 특정 Medicare 비용 보고 규칙을 준수하기 위한 의도입니다.

2. 책임

본 Corewell Health 재정지원 자격 정책 (이하 "정책") 은 뒷받침하는 재정지원 자격 부서별 처리 및 교육에서 개괄된 대로 적절하게 지정된 Corewell Health 담당 직원이 관리합니다.

3. 정책 내용

Corewell Health 은 환자/보증인이 아래 섹션 6.6 에 명시된 재정 곤란 지침에 따라 자격을 갖추고 Corewell Health 의 재정지원 자격 부서 프로세스의 관리에 있어 Corewell Health 과 협력하는 상황에서 응급 또는 의료적 필요 치료에 대한 환자의 재정적인 책임을 면제합니다. 요금의 면제에 앞서 재정 필요에 대한 선의의 결정이 이루어져야 합니다.

4. 철학

응급 처치나 의료적으로 필요한 처치는 금전적 의무가 아니라 치료에 기반하여 이루어집니다. 재정지원에 대한 판단은 입증 가능한 금전적인 필요를 토대로 결정되며 이용 가능한 경우 환자와 보증인의 협력으로 받을 수 있습니다. 재정지원을 신청하는 모든 환자와 보증인은 1차 납부자가 누구인지와 상관없이 동일한 재정지원 절차를 따르게 됩니다.

의학적 필요 치료는 진단받았거나 가장 적절한 수준의 치료를 고려하여 의학적으로 필요하다고 진단받거나 합리적으로 의심되는 질병 또는 상해를 식별 또는 처리하는 데 필요한 서비스로서 정의됩니다. 환자의 의학적 상태에 따라, 치료받기 가장 적절한 환경은 집, 의사 사무실, 외래 병원, 장기 요양시설, 재활치료원, 호스피스 병동이 될 수 있습니다. 의료적으로 필요한 서비스가 되기 위해서는 서비스가 다음에 해당해야 합니다.

- 질환이나 상해를 치료하기 위해 필요해야 합니다.
- 환자의 상태에 대한 진단 및 치료와 부합해야 합니다.
- 모범적인 의료 수칙의 기준을 따라야 합니다.
- 환자나 주치의의 편의를 위해서 이루어지는 것이 아니어야 합니다.
- 환자의 금전적 상황이나 가족 상황이 아닌 환자의 의료적 상태에 따라 환자에게 가장 적합한 수준의 치료여야 합니다.

응급 처치는 "의학적 필요" 로 간주합니다.

5. 응급 치료 정책

Corewell Health 은 결제 능력이나 재정지원 자격 여부와 관계없이 개인에게 응급 치료를 제공합니다. 의학적으로 응급한 상태는 즉각적인 치료를 받지 않을 경우에 환자의 건강이 위험한 상태가 되고 신체 기관이나 부위에 심각한 장애를 초래할 수 있는 급성 증상이 있는 건강 상태의 돌발적인 발병으로 나타날 수 있습니다.

법인은 해당하는 경우 본 문서에 포함된 관련 문서들을 참조하게 됩니다.

본 문서의 인쇄물은 기한이 지난 것일 수 있으며 관리되지 않는 문서로 간주합니다.

Corewell Health 은 응급 의학적 치료를 찾는 개인을 저해하는 행동을 하지 않을 것이며, [응급 의료적 치료 및 적극적 노동법 \(EMTALA\)](#) (Legacy Beaumont Health) 정책 또는 [응급 의료적 상태/치료/이전 정책\(응급 의료적 치료 및 적극적 노동법 - EMTALA\)](#) (Legacy Spectrum Health) 정책에 적혀 있는 대로 치료받기 전 채무 징수 또는 서비스에 대한 선 결제 요구 없이 제공될 것입니다.

6. 정책

6.1. 거주 요건

건강 개선, 인류에 키우기, 희망을 불어넣기라는 당사의 사명을 유지하기 위해, Corewell Health 은 재정지원 고려 대상을 Michigan 주에서, 또는 해당 병원의 지역사회 보건 필요 평가에서 해당 병원이 서비스를 제공하는 “지역사회”로 포함된 지역 사회에 최소 6개월 거주를 입증하는 신청자로 제한합니다. 응급 치료가 필요한 환자, 다른 보건 서비스 제공자의 서비스 지역에서 이용할 수 없는 의학적으로 필요한 치료를 추구하는 환자는 이 제한에서 제외합니다.

6.2. 개요

- 6.2.1.** 재정지원을 요청하기 전에 환자/보증인 및 Corewell Health 은 섹션 6.3 에 자세히 개괄되어 있는 모든 합리적인 형태의 제삼자 결제를 추구합니다.
- 6.2.2.** Corewell Health 의 정책은 다른 승인된 결제 약정이 이루어지지 않은 한 서비스에 앞서 또는 진술이 최초로 제시되는 때 실험/임상 연구, 선택적 미용 서비스, 비만 관련 수술 절차를 포함하되 이에 국한되지 않는 비응급, 비의학적 필요 치료에 대한 결제 해결책이 필요합니다. Corewell Health 은 보험회사에서 승인받지 못했거나 보장하지 않는 비응급 치료와 관련된 결제 해결책도 마찬가지로 요구합니다.
- 6.2.3.** 금전적으로 결제할 수 없거나 Corewell Health 에 의해 잠재적으로 결제에 재정적인 문제가 있을 것으로 파악된 환자/보증인은 해당하는 경우 평가를 위해 적합하게 배정된 Corewell Health 직원에게 안내받습니다. Corewell Health 직원은 결제 불가능 여부를 확인하기 위해 재정지원 신청서 절차를 진행할 수 있습니다. 환자/보증인은 재정지원 신청서를 작성하도록 요청받을 수 있습니다. 신청서에 기재된 정보를 확인하기 위해 신용 보고서를 입수할 수 있지만 재정지원 자격 대상 여부를 판단하기 위한 단독 용도로만 사용되지 않습니다. 재정지원 신청 전체 또는 일부는 재정지원 자격 있다고 추정되고 결과적으로 확인되고, Corewell Health 정책 및 절차에 부합하는 환자/보증인에 대해서는 면제될 수 있습니다. 추정 자격 심사 과정 중, Corewell Health 은 제삼자가 개발한 계산 모델을 사용해 환자 가정의 수입을 가정할 수 있으며, 이때 환자가 보고한 주소 근방 주변인들의 신용 보고 정보, 자가 보고 데이터, 마케팅 데이터 출처 및 평균 소득을 사용합니다. 추정 자격 심사의 기타 예시로는 노숙자로 간주되거나 유산 없이 사망한 개인이 포함될 수 있습니다.
- 6.2.4.** 재정지원 신청 절차의 결과로서, 지원 자격 요건이 만족하지 않으면, 환자/보증인은 즉각 급여 할인, 결제 계획 등과 같은 할인 및/또는 기타 결제 옵션에 자격이 있는 경우 [청구 및 징수 정책](#) (Legacy Beaumont Health) 또는 [잔액 청구 및 징수 정책](#) (Legacy Spectrum Health) 및 해당 절차에 따라 결제 처리할 것을 요청받을 것입니다.
- 6.2.5.** 재정적 곤란 지침이 적용될 수 있는 것으로 보이면 환자/보증인은 신청서에 있는 기재되어 있는 입증 문서를 제공하라고 요청받을 수 있으며 그에 따라 해당 신청서를 처리합니다.
- 6.2.6.** 환자의 계정은 결정 결과에 따라 문서 작업이 이루어집니다.
해당 결정(해당되는 경우, 해당 개인이 자격이 되는 지원을 포함) 및 해당 결정에 대한 근거를 안내하기 위해 합리적인 노력을 기울이게 됩니다.

법인은 해당하는 경우 본 문서에 포함된 관련 문서들을 참조하게 됩니다.

본 문서의 인쇄물은 기한이 지난 것일 수 있으며 관리되지 않는 문서로 간주합니다.

6.2.7. 신청서에 따른 모든 해당 및 지원 문서는 [문서 보관 정책 및 절차](#) (Legacy Beaumont Health) 또는 [기록 관리, 보관 및 파기 정책](#) (Legacy Spectrum Health) 에 따라 보관됩니다.

6.3. 제삼자 결제 출처

재정지원을 요청하기 전에 환자/보증인 및 Corewell Health 은 Medicaid 와 건강보험 마켓플레이스 등록을 포함하되 이에 국한되지 않은 합리적인 형식의 제삼자 결제를 추구합니다.

Corewell Health 은 다음 사항에 대한 조사, 확인, 면담, 양도를 요청할 권리를 갖습니다.

- 제삼자 보험 출처로부터 받는 모든 혜택.
- 환자/보증인이 자격이 되어 받을 수 있는 주 또는 연방 지원 프로그램에서 받는 모든 혜택.
- 기타 자선 단체에서 받는 모든 혜택.
- 지연되는 소송 관련 펀드.

재정지원은 최후의 계정 해결 과정입니다. 따라서, 환자/보증인은 위의 해당 프로그램의 모든 내용에 따라 모든 책임을 다해야 하고 재정지원을 받기 전 이용 가능한 인적 자원을 활용해야 합니다. 요청한 정보를 제공하지 못하거나 위의 프로그램 중 하나에 참여하지 못한 환자/보증인은 재정지원이 거부될 수 있습니다.

6.4. 재정지원 적합성

Corewell Health 은 재정지원의 적합성과 관련하여 환자와 대중에게 광범위하게 홍보하기 위한 조치를 실행해왔습니다. 홍보 방법으로는 Corewell Health 웹사이트(섹션 6.5 에 참조되어 있음)에 게시된 정보뿐 아니라 각 병원 응급실, 등록 장소 및 기타 공공 지역의 사인을 포함하되 이에 국한되지 않습니다. 또한, Corewell Health 은 신청서 절차를 완료하는데 개인적 도움뿐 아니라 환자 입원이나 퇴원 절차의 일환으로 재정지원 자격 정책에 대한 간단한 요약본을 제공합니다.

환자는 첫 번째 퇴원 후 청구서를 받은 날로부터 최소 120 일 동안 재정지원 자격 정책에 대해 통보받게 됩니다. 환자의 결제 잔액은 첫 번째 퇴원 후 청구서를 받은 날로부터 최소 240 일 동안(“신청 기간”) 재정지원 평가를 받을 수 있습니다. Corewell Health 이 신청 기간에 재정지원 신청서를 접수하면, 신청이 완료되었든 그렇지 않은, 재정지원 자격과 관련한 결정이 내려질 때까지 모든 징수 작업을 중단합니다.

일부 서비스는 Corewell Health 의 재정지원 자격 정책 및 절차를 활용하지 않는 제공업체를 통해 Corewell Health 내 환자들에게 제공될 수 있습니다. 본 제공업체의 목록은 [첨부 A](#) 의 가장 최신 버전에서 확인할 수 있으며, 시간이 지나면서 정보가 바뀌는 경우 정기적으로 업데이트됩니다.

6.5. 재정지원 식별 및 신청 절차

재정지원 자격 절차의 목표는 환자/보증인의 결제 능력을 확인하는 것입니다. 현 재정지원 신청서와 간단한 정책 요약본 아니라 재정지원 자격 정책 무료 사본은 모든 Corewell Health 지역에서 이용할 수 있습니다. 또한, 다음에서도 무료 사본을 받을 수 있습니다.

법인은 해당하는 경우 본 문서에 포함된 관련 문서들을 참조하게 됩니다.
본 문서의 인쇄물은 기한이 지난 것일 수 있으며 관리되지 않는 문서로 간주합니다.

- Legacy Beaumont Health
 - <https://www.beaumont.org/patients-families/billing/financial-assistance>
 - (248) 577-9205 로 전화
 - patient_financial_resources@beaumont.org 로 이메일
- Legacy Spectrum Health Lakeland
 - <https://www.spectrumhealthlakeland.org/patient-visitor-guide/patient/billing/financial-assistance>
 - (844) 408.4103 로 전화
 - SHLfinancialcounseling@spectrumhealth.org 로 이메일
- Legacy Spectrum Health West Michigan
 - <https://www.spectrumhealth.org/affording-care/financial-assistance>
 - (800) 968.0145 로 전화
 - FinancialCounseling@spectrumhealth.org 로 이메일

각 개인은 재정지원 신청서를 작성하고 신청의 일환으로 Corewell Health 에서 요청하는 정보를 제공해야 합니다. Corewell Health 은 섹션 6.6 에서 정해진 재정 곤란 관련 지침을 바탕으로 재정지원을 결정합니다. Corewell Health 은 신청서에서 설명하는 급여 명세서, 연방 소득세 신고서 및 기타 모든 소득 및 자산 확인 출처 사본을 요청할 수 있습니다. 완전한 신청 정보를 제공할 수 없는 경우 지원 자격이 있는 환자들을 사전에 미리 효율적으로 파악하기 위해, 또는 필요한 데이터를 얻고 환자의 지불 능력을 자동으로 분석하기 위해 기술이나 다른 공공 문서를 활용할 수 있습니다. 여기에 사용하는 공공문서에는 파산 신청서, 사망 신고서, 유산 신청서가 있습니다. 지원 자격 추정에 사용하기 위해 기술을 활용하는 경우, 신청의 일환으로 요구되는 정보를 획득하기 위해 사용합니다. 추정 자격은 파산 보호가 확인되었거나, 유산 없이 사망했거나 웰터 기록이나 기타 수용소의 기록에 따라 노숙자임이 확인된 신청자에게 부여됩니다. 신청자는 제삼자 보험, 주, 연방 또는 섹션 6.3 에서 언급한 기타 자선 프로그램에서 받는 혜택을 신청하는데 보조하거나 협조할 것을 요청받을 수 있습니다.

Medicaid 수혜자인 환자는 자선 치료 조정의 형태로 100% 재정지원 자격이 된다고 볼 수 있습니다.

Corewell Health 은 지원 중복을 피하기 위해 재정지원 자격 판단을 파트너 조직에 위임할 수 있습니다. 파트너 조직은 자격 목적 또는 자신들이 서비스를 제공하는 대상의 성격에 의해 본 정책의 지침을 채택하고 최소한의 신청서 요구사항을 충족할 것입니다. 위임이 이루어지는 경우, Corewell Health 은 본 정책 준수를 보장하기 위해 정기적으로 조직의 결정 문서를 검토하게 됩니다.

6.6. 재정 곤란 지침 자격

재정지원 적합성 확인에서 국민 건강 보험 (“NHSC”) 에서 승인한 실행 장소 또는 Michigan 주 대출 상환 프로그램 (“MSLRP”)에서 승인된 실행 장소에서 치료받은 환자를 제외하고, Corewell Health 은 요청받았거나 이전에 받은 서비스와 관련해 Corewell Health 에 환자/보증인의 변제 능력을 평가합니다.

Corewell Health 은 결제 능력 평가 시 다음과 같은 정보를 평가합니다.

- 소득 수준
- 순자산
- 고용 상태
- 기타 재정 의무
- 의료 서비스 청구서의 금액 및 빈도

신용 보고서가 위 정보 확인을 위해 확보될 수 있습니다. Corewell Health 은 소득 적합도 자격에 현 미연방 빈곤 지침 (FPG) 기준을 사용합니다. 금액 또는 별도의 미불 금액에 대한 재정 부채(무료 치료)를 면제하기 위한 적격

법인은 해당하는 경우 본 문서에 포함된 관련 문서들을 참조하게 됩니다.

본 문서의 인쇄물은 기한이 지난 것일 수 있으며 관리되지 않는 문서로 간주합니다.

소득은 보건복지부에서 매년 발행하는 현 FPG (현 지침은 <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> 를 참조)에서 규정한 빈곤 기준의 250% 입니다.

환자/보증인의 가계 소득을 포함한 재정 기록을 요청하지만, 제삼자에게 해당 책임을 전가하기 위한 것이 아니라, 제삼자가 직접적으로 신청자의 재정 상황에 어떻게 영향을 미치는지 판단하기 위한 것입니다. 미국 인구조사국 (USCB) 의 정의대로 가계는 출생, 결혼, 입양 또는 함께 거주(동거와 같은 비관련 관계는 포함되지 않음)를 하는 두 명 이상의 관련 가족 구성원 그룹이며, 같은 가정에 거주하는 모든 관련된 개인은 한 가계의 구성원으로 간주합니다. Corewell Health 은 한 가정에 거주하는 개인이 아니라 별도로 단독 부양하는 것을 결합 가구로 간주합니다. 또한, 건강 상태로 인한 임시 거주 상태는 해당되지 않습니다.

환자의 임상 기록, 행동 및/또는 사회적 기록은 결제 능력 평가에 고려되지 않습니다.

6.7. 통일성

Corewell Health 내에서 본 정책의 통일된 적용을 보장하기 위해, 다음 사항을 모든 관련 Corewell Health 시설에 적용합니다.

- 모든 비용은 일반 요금 절차에 따라 환자 계정에 기록됩니다. 요금이 청구 및 징수 기록 유지 목적의 기초가 되지만, 비용(요금이 아닌)은 재정지원을 평가하는 중요한 보고 단위가 됩니다.
- 서비스는 더 낮은 수수료로 “다운코드” 되지 않습니다.
- “직업상의 예외”를 활용하지 않습니다.
- Corewell Health 은 인종, 피부색, 출신 국가, 시민권, 성별, 종교, 나이, 장애, 정치적 신념, 동성애, 결혼이나 가족 상태를 이유로 차별하지 않습니다.
- 본 정책의 기준을 만족하고 재정지원이 승인된 환자는 섹션 6.9 에서 설명된 승인 기간 동안 응급 또는 의학적 필요 치료를 무료로 받을 수 있습니다. Corewell Health 이 본 정책에 따라 재정지원 자격이 되는 환자에게 비용을 청구하지 않기 때문에, Corewell Health 은 자선 병원에 적용되는 “일반적으로 청구되는 금액” 과 총액 미만의 제한을 완전히 준수합니다.

6.8. 신청서 승인 절차

6.8.1. 모든 재정지원 결정은 재정지원 자격 부서 절차와 교육에 따라 적합한 직원이 승인해야 합니다.

6.8.2. 지원 문서는 모든 재정지원 결정을 동반해야 하며 위의 섹션 6.2.7 에서 설명한 대로 확보해야 합니다.

6.9. 승인 기간

재정지원 자격 정책에 따라 이루어진 모든 재정지원 신청 승인은 최소 90 일 동안 효력이 있으며 후속 응급 또는 의학적 필요 치료를 포함합니다. 재정 상태의 변화나 제삼자 결제자 자격의 추가 시 승인 기간이 변경되어 추가 검토가 필요할 수 있습니다.

6.10. 항소 절차

정책 조항에 따라 재정지원이 거부된 개인은 결정 검토를 요청할 수 있습니다. 검토는 승인을 위해 다음 단계 권한에서 수행합니다. 환자 접근 내 관리 수준을 넘는 항소 진행은 수익 주기 담당 Corewell Health SVP 또는 그 지정인이 선정한 Corewell Health 선임 리더십 패널이 담당하게 됩니다.

법인은 해당하는 경우 본 문서에 포함된 관련 문서들을 참조하게 됩니다.

본 문서의 인쇄물은 기한이 지난 것일 수 있으며 관리되지 않는 문서로 간주합니다.

6.11. 미결제 상황에서 징수 노력

환자/보증인이 본 정책의 재정지원을 신청하지 않았거나 자격이 되지 않는 경우, Corewell Health 은 아래 나열된 정책에서 설명된 미결제 상황 시 취할 수 있는 징수 행동을 할 수 있습니다:

- [청구 및 징수 정책](#) (Legacy Beaumont Health)
- [환자 책임 잔액 청구 및 징수 정책](#) (Legacy Spectrum Health)

본 정책 무료 사본은 다음에서 얻을 수 있습니다.

- Legacy Beaumont Health:
 - <https://www.beaumont.org/patients-families/billing/financial-assistance>
 - (248) 577-9205 로 전화
 - patient_financial_resources@beaumont.org 로 이메일
- Legacy Spectrum Health Lakeland:
 - <https://www.spectrumhealthlakeland.org/patient-visitor-guide/patient/billing/financial-assistance>
 - (844) 408.4103 로 전화
 - SHLfinancialcounseling@spectrumhealth.org 로 이메일
- Legacy Spectrum Health West Michigan:
 - <https://www.spectrumhealth.org/affording-care/financial-assistance>
 - (800) 968.0145 로 전화
 - FinancialCounseling@spectrumhealth.org 로 이메일

별도의 서면 통지는 징수 조치가 시작되기 최소 30 일 전 개인에게 제공됩니다.

6.12. 일반 청구 금액 계산의 근거 (AGB)

Corewell Health (실질적으로 관련된 법인 포함) 은 응급 및 기타 의료적 치료가 보험으로 보장되는 환자에게 일반적으로 청구되는 금액 (AGB) 보다 응급 및 기타 의료적 치료에 대해 재정지원 정책 ("FAP") 유자격 환자들에게 더 많이 청구하지 않습니다. Corewell Health 은 본 정책의 재정지원 자격 기준을 만족하는 모든 환자에게 응급 및 의료적 치료를 무료로 제공합니다. Corewell Health 은 소급법을 사용하여 이전 (12) 개월 기간 역년 동안 민간 보험과 함께 Medicare 행위별 수가제에서 허용하는 응급 및 기타 의료적 필요 치료에 대하여 부담하는 청구 금액 총합계를 나누어 각 병원 시설에 AGB 백분율로 계산합니다. Corewell Health 은 AGB 계산 설명과 백분율의 현재 사본을 웹사이트에 게시합니다:

- [billing-percentages-english.pdf \(beaumont.org\)](#) (Legacy Beaumont Health)
- [amounts-generally-bill-agb-table2019-english.pdf \(spectrumhealthlakeland.org\)](#) (Legacy Spectrum Health Lakeland)
- [spectrum-health-amounts-generally-billed-table.pdf \(contentstack.io\)](#) (Legacy Spectrum Health West Michigan)

Michigan 주법에 따라, Corewell Health 은 Medicare 환급율 115% 을 초과하고 FPG 250% 이하인 가계 소득의 환자에게는 비용을 청구하지 않습니다.

6.13. 심각한 재정 부담

법인은 해당하는 경우 본 문서에 포함된 관련 문서들을 참조하게 됩니다.

본 문서의 인쇄물은 기한이 지난 것일 수 있으며 관리되지 않는 문서로 간주합니다.

Corewell Health 은 개인별 심각한 경우를 검토할 권한이 있으므로 심각한 건강상의 사건이 환자와 가족에게 심각한 재정 부담의 결과를 낳을 수 있다는 것을 알고 있습니다. 최근 240 일 이내에 누적된 의료비와 향후 90 일 이내에 발생할 것으로 예상되는 의료비를 감안해 금전적 의무 감소에 대한 검토가 이뤄집니다. 심각한 재정 부담은 연간 가정 소득에서 25% 이상의 재정 부담을 야기하는 것을 말합니다.

7. 개정

Corewell Health 은 사전 서면 통보 없이 언제든지 본 정책을 변경, 개정, 수정, 삭제할 권한이 있습니다.

본 정책의 모든 개정은 Corewell Health 의 회장 및 최고 경영자 및 그 위임자에게 위임합니다. 본 정책 첨부 및 재정지원 신청서, 간단한 요약문 등 정책 관련된 지원 문서의 모든 개정은 Corewell Health 등록 및 재정 카운슬링 선임 감독관에게 위임합니다.

8. 대체 및 교체한 정책: 본 정책은 본 정책 발효일로부터 다음 정책인 Spectrum Health Hospital Group Financial Assistance Eligibility Policy #SH-ADMIN-FIN-001; Lakeland Health Financial Assistance Policy CORP #176; Spectrum Health Financial Assistance Eligibility Policy #2983; Beaumont Health Financial Assistance Policy #9349605.

9. 참조

[환자 권리 및 책임](#) (Legacy Beaumont Health)

[환자 권리 및 책임](#) (Legacy Spectrum Health Lakeland)

[환자 권리 및 책임](#) (Legacy Spectrum Health West Michigan)

[청구 및 수집 정책](#) (Legacy Beaumont Health)

[환자 책임 잔액 청구 및 수집 정책](#) (Legacy Spectrum Health)

[응급 의료적 치료 및 적극적 노동법 \(EMTALA\)](#) (Legacy Beaumont Health)

[응급 의료적 상태/치료/이전 정책\(응급 의료적 치료 및 적극적 노동법 - EMTALA\)](#) (Legacy Spectrum Health)

[문서 보관 정책 및 절차](#) (Legacy Beaumont Health)

[기록 관리, 보관 및 파기 정책](#) (Legacy Spectrum Health)

10. 정책 개발 및 승인

문서 소유자

Kyleigh Hafeli (Spec, Project)

기록인

Sarah Clark (Dir Sr, Regist & Financial Couns)

검토인

Amy Assenmacher (SVP, Finance Revenue Cycle), Celeste McIntyre (SVP, Corporate Controller), Courtney Guernsey (Dir Sr, Patient Financial Services), Darryl Elmouchi (SVP, President SHWM), Hardik Dalal (SVP, Finance SHWM), Loren Hamel (SVP, President, SHL & Strat Advisor BSHS), Matthew Cox (Chief Financial Officer), Paul Konopacki (VP, Finance LKD), Steffany Dunker (Managing Counsel)

Corewell Health Beaumont 리/리: Benjamin Schwartz, MD (President, BSHS Beaumont Health), Christopher Flores (SVP Finance)

법인은 해당하는 경우 본 문서에 포함된 관련 문서들을 참조하게 됩니다.

본 문서의 인쇄물은 기한이 지난 것일 수 있으며 관리되지 않는 문서로 간주합니다.

승인자

Christina Freese Decker (President & CEO)

11. 키워드

지원, 빈곤, 자격, 자선, 해결책, 직업상의 예의, 자선 진료, 환자 재정지원방침 fap

법인은 해당하는 경우 본 문서에 포함된 관련 문서들을 참조하게 됩니다.
본 문서의 인쇄물은 기한이 지난 것일 수 있으며 관리되지 않는 문서로 간주합니다.

Corewell Health 재정지원 자격 정책 - 첨부 A

Corewell Health의 재정지원 자격 정책("정책")은 Corewell Health 법인 (정책에 나열됨) 및 해당 법인들에 의해 고용된 모든 제공업체만 포함합니다.

Legacy Beaumont Health

정책에 포함되지 않은 제공업체 목록은 [여기](#) 를 클릭해 당사 웹사이트에서 확인할 수 있습니다.

Legacy Spectrum Health Lakeland

Legacy Spectrum Health Lakeland 와 관련하여, 정책은 다음 법인들을 포함합니다. Lakeland Hospitals at Niles & St. Joseph, Inc., Lakeland Community Hospital, Watervliet (collectively, the Lakeland Health Hospitals), Pine Ridge: A Nursing and Rehabilitation Center, Center for Outpatient Services, Paw Paw Lake Medical Center Xray, Lakeland Outpatient Rehabilitation Services, Lakeland Cardiology, Lakeland Homecare, Home Infusion Services, Inc., Lakeland Heart & Vascular and Lakeland Cardiothoracic. Also covered by this Policy, are the Lakeland Hospital Watervliet owned physician clinics: Coloma Medical Center, Stagg Medical Center, Community Medical Center at Watervliet, Community Bone & Joint, as well as Southwestern Medical Clinic Physicians, Inc. - Niles and Lakeland Medical Practices – Hospitalists.

위에 나열된 제공업체들을 제외하고, 본 정책은 Corewell Health 또는 자회사인 Legacy Spectrum Health Lakeland 또는 해당 독립 제공업체에게 임대되는 모든 Legacy Spectrum Health Lakeland 제공업체가 고용하지 않은 독립 제공업체에 의해 임대되는 서비스에는 적용되지 않습니다. 또한, 본 정책은 Southwestern Medical Clinic Physicians, Inc. (Niles 사업장 제외) 또는 Lakeland Medical Practices (Hospitalists 제외) 라는 이름으로 운영되는 Caring Circle, Lakeland Health 제휴 내과 클리닉에는 적용되지 않습니다.

Legacy Spectrum Health West Michigan

위에 나열된 제공업체에 더하여, 본 정책에 포함되지 않는 제공업체 목록은 [여기](#) 를 클릭해 당사 웹사이트에서 확인할 수 있습니다.

법인은 해당하는 경우 본 문서에 포함된 관련 문서들을 참조하게 됩니다.

본 문서의 인쇄물은 기한이 지난 것일 수 있으며 관리되지 않는 문서로 간주합니다.

국민 건강 보험과 미시간주 대출 상환 조정 수수료 할인 프로그램 - 첨부 B

다음은 Corewell Health NHSC & MSLR 가 승인한 영업 장소에만 적용됩니다

정책: 필요가 있는 대상에게 무료 또는 할인된 서비스를 이용할 수 있도록 합니다. Corewell Health 국민 건강 보험 (“NHSC”) 또는 Michigan State 주 대출 상환 프로그램 (“MSLRP”) 이 승인한 영업 장소에서 치료받는 환자는 수입과 가족 규모의 NHSC 요구사항을 바탕으로 재정지원을 평가하며 다른 요소를 토대로 평가하지는 않습니다.

목적: Corewell Health NHSC & MSLRP 현장에서 의료 서비스를 찾는 모든 환자는 결제 능력 상관없이 치료받아야 합니다. 금융 결제 수단 부족으로 서비스를 거절하지 않습니다. 본 프로그램은 자신의 의료 서비스 비용을 결제할 수단이 없거나 제한된 대상(보험에 들지 않았거나 부분 보험만 있는)에게 무료 또는 할인된 치료를 제공하기 위해 설계되었습니다.

NHSC 또는 MSLRP 가 승인한 영업 장소에서 치료받은 환자는 [현 NHSC/MSLRP 기밀 재정지원 신청서](#) 를 사용할 수 있습니다. NHSC 또는 MSLRP 가 승인한 장소에서 치료받은 신청자는 재정지원 자격 대상이 되기 전에는 제삼자 보험, 주, 연방, 기타 자선 프로그램 혜택을 신청할 필요가 없습니다.

Corewell Health NHSC & MSLRP 가 승인한 영업 장소는 서비스 비용을 지급할 수 없는 모든 사람에게 조정 수수료 할인 프로그램을 제공합니다. NHSC 또는 MSLRP 승인 현장에서는 결제 능력이 없다는 이유로 서비스 접근을 거부하지 않습니다. Corewell Health 은 개인의 결제 능력에 따라 프로그램 적합성을 결정하며 개인의 인종, 피부색, 성별, 출신 국가, 장애, 종교, 나이, 성적 지향 또는 성 정체성에 따라 차별하지 않습니다. 연방 빈곤 지침 (“FPG”) 은 적격성을 결정하기 위해 조정 수수료 편성 (SFS) 을 만들고 매년 업데이트하는 데 사용됩니다. 하지만, NHSC 또는 MSLRP 가 승인한 실행 장소에서 치료받고 빈곤 수준(현 지침은 <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> 를 참조)이 250% 이하인 환자는 조정 수수료 할인 프로그램과 함께 NHSC 또는 MSLRP 가 승인한 현장에서 지속해서 제공하는 서비스에 모든 재정 부채(무료 진료)가 면제됩니다.

절차

조정 수수료 할인 프로그램을 제공할 때 다음을 따라야 합니다.

1. 알림: Corewell Health 은 조정 수수료 할인 프로그램에 대한 내용을 다음을 통해 환자에게 알립니다.
 - 지급 정책 정보는 서비스 기간 동안 모든 환자가 이용할 수 있습니다.
 - 조정 수수료 할인 프로그램 알림은 등록 시 각 환자에게 제공됩니다.
 - 조정 수수료 할인 프로그램 가용성에 대한 정보는 Corewell Health 이 전송한 수집 알림에 포함됩니다.
 - 당사 조정 수수료 할인 프로그램 설명과 당사 신청서 양식은 Corewell Health 웹사이트에서 이용할 수 있습니다.
 - Corewell Health 은 진료 대기실에 조정 수수료 할인 프로그램 안내를 비치합니다.
2. 할인 요청: 할인 서비스 요청은 환자, 가족 구성원, 사회 서비스 직원 또는 기존 재정 곤란을 알고 있는 대상이 할 수 있습니다. 조정 수수료 할인 프로그램은 진료 방문 시에만 이용할 수 있습니다. 정보와 양식은 접수창구와 사업장 사무실에서 받을 수 있습니다.

법인은 해당하는 경우 본 문서에 포함된 관련 문서들을 참조하게 됩니다.

본 문서의 인쇄물은 기한이 지난 것일 수 있으며 관리되지 않는 문서로 간주합니다.

3. 관리: 조정 수수료 할인 프로그램은 환자 접근 재정지원 검토팀이 관리합니다. FAP 와 조정 수수료 할인 프로그램 정책 및 절차에 대한 정보를 환자에게 제공합니다. 직원이 신청서 작성에 도움을 줍니다. 치료 서비스를 찾거나/제공받는 모든 사람의 존엄성과 기밀을 존중합니다.
4. 신청서 완료: 환자/책임이 있는 당사자는 NHSC 및 MSLRP 기밀 재정지원 신청서를 전부 완료해야 합니다. 필요한 경우 환자/신청서에 책임이 있는 당사자에게 직원이 도움을 줄 수 있습니다. 신청서에 서명함으로써 개인은 신청서에 기재된 소득을 확인할 수 있습니다.
5. 자격 대상: 할인은 소득과 가족 규모로만 적용합니다.
 - a. 가족은 출생, 결혼, 입양 또는 함께 거주하는 두 명 이상의 관련 가족 구성원 그룹이며, 모든 관련된 개인(관련된 하위 가족 구성원 포함)은 한 가계의 구성원으로 간주합니다. Corewell Health 은 가족 규모를 계산할 때 비혈연 가족 구성원도 포함합니다.
 - b. 소득에는 총 월급, 급여, 팁, 사업 및 자영업 소득, 실업 수당, 사회 보장, 추가 보장 소득, 보훈 수당, 유족급여, 연금 또는 퇴직소득, 이자, 배당금, 로열티, 임대부동산, 부동산 및 신탁에서 받는 소득, 위자료, 양육비, 가구 외부에서 받는 지원 및 기타 출처가 포함됩니다.
6. 소득 확인: 신청자는 이전 해의 W-2, 가장 최근 급여 명세서, 고용주 편지 또는 Form 4506-T (W-2 가 제출되지 않았다면) 중 하나를 제공해야 합니다. 자영업자는 가장 최근 3 개월 소득과 사업 비용에 대한 세부 사항을 제출해야 합니다. 적합한 정보가 프로그램 적합성 결정에 이용되어야 합니다. 소득 신고서를 이용할 수 있습니다. 서면 확인을 제공할 수 없는 환자는 서명된 소득 명세서를 제공해야 합니다.
7. 할인: 빈곤의 250% 이하의 소득이 있는 NSHC 또는 MSLRP 가 승인한 사업장의 환자는 의료서비스에 대해 전체 100% 할인을 받습니다(예: 무상 치료). NHSC & MSLRP 가 승인한 사업장 환자는 결정일로부터 90 일 동안 이 할인 자격이 되며 매 90 일마다 다시 신청을 해야 합니다.
8. 신청자 알림: 조정 수수료 할인 프로그램 결정은 해당 시, 거부 사유를 서면으로 신청자에게 제공합니다. 프로그램 신청서는 재정 상황이 현저하게 바뀌지 않는 한, 신청일 전 6 개월 동안 처리되지 않은 환자 잔액과 승인일 이후 90 일 내 발생한 모든 잔액을 처리합니다. 신청자는 90 일 이후 만료된 후 재신청을 하거나 가족 소득에 큰 변화가 있는 경우 언제든지 신청할 수 있는 옵션이 있습니다. 신청자가 재신청을 하면, 소급 기간은 6 개월 이하 또는 마지막 신청서 만료일 중 짧은 것으로 합니다.
9. 결제 거부: 환자가 구두로 결제를 거부하거나 서비스 비용을 결제하지 않고 건물을 나가면, 환자는 지급 의무에 관련해 서면으로 연락을 받게 됩니다. 환자가 조정 수수료 편성을 신청하지 않았다면, 조정 수수료 할인 프로그램 가용성에 대한 정보가 알림에 포함됩니다. 환자가 지급 노력을 하지 않거나 60 일 이내로 응답하지 않으면, 이는 결제 거부해 해당합니다. 이때, Corewell Health 는 환자에게 결제 계획을 제공하거나, 요금을 면제하거나, 환자를 징수하도록 하는 등의 옵션을 탐색할 수 있습니다. Corewell Health 의 청구 및 징수 정책은 FPG 의 250% 이상의 NHSC & MSLRP 환자에게 해당합니다. 위에서 설명한 대로, 250% FPG 이하의 환자는 치료비가 청구되지 않으며 징수 정책의 대상도 되지 않습니다.

법인은 해당하는 경우 본 문서에 포함된 관련 문서들을 참조하게 됩니다.

본 문서의 인쇄물은 기한이 지난 것일 수 있으며 관리되지 않는 문서로 간주합니다.

10. 기록 유지: 조정 수수료 할인 프로그램 결정에 관련된 정보는 프로그램 관리자가 보관합니다. 신청서 승인, 거부에 대한 세부 사항은 사례 관리 시스템에 의해 보관되고 프로그램 관리자가 모니터링합니다.
11. 정책 및 절차 검토: SFS 는 현 연방 빈곤 지침을 기반으로 업데이트됩니다. Corewell Health 은 또한 정책과 절차의 가능한 변화를 검토하고 자격을 갖춘 환자들이 우리의 지역사회 치료 조항에 접근하는 것을 막는 장벽으로 작용할 수 있는 제도적 관행을 검토할 것입니다.
12. 예산: 연 예산 절차 중, 조정 수수료 할인 프로그램 서비스의 추정 금액은 수익의 공제로서 예산에 배치됩니다.

2022 조정 수수료 편성

<u>2022 연방 빈곤 레벨 - 연소득</u>	<u>가계 규모</u>	<u>100%</u>	<u>250%</u>
	<u>1</u>	<u>\$13,590.00</u>	<u>\$33,975.00</u>
	<u>2</u>	<u>\$18,310.00</u>	<u>\$45,775.00</u>
	<u>3</u>	<u>\$23,030.00</u>	<u>\$57,575.00</u>
	<u>4</u>	<u>\$27,750.00</u>	<u>\$69,375.00</u>
	<u>5</u>	<u>\$32,470.00</u>	<u>\$81,175.00</u>
	<u>6</u>	<u>\$37,190.00</u>	<u>\$92,975.00</u>
	<u>7</u>	<u>\$41,910.00</u>	<u>\$104,775.00</u>
	<u>8</u>	<u>\$46,630.00</u>	<u>\$116,575.00</u>
	<u>각각의 추가 인원</u>	<u>\$4,720.00</u>	<u>\$11,800.00</u>

법인은 해당하는 경우 본 문서에 포함된 관련 문서들을 참조하게 됩니다.
본 문서의 인쇄물은 기한이 지난 것일 수 있으며 관리되지 않는 문서로 간주합니다.

첨부 C

차별 금지 고지

Corewell Health 정책 및 모든 자회사 법인들은 모든 개인에게 양질의 의료 서비스를 제공합니다. Corewell Health 은 인종, 피부색, 출신 국가, 시민권, 성별, 종교, 나이, 장애, 정치적 신념, 동성애, 결혼이나 가족 상태를 이유로 차별하지 않습니다. 등록 및 치료 결정은 오직 환자의 의료적 필요와 시설에서 가능한 필요 의료 서비스 및 치료 역량 및 능력에 기반하여 이루어집니다. 민족, 피부색, 젠더, 성별, 인종, 출신 국가, 종교, 장애, 나이, HIV 상태, 제대군인 여부 또는 군 복무 상태, 서비스에 대한 결제 대금의 출처 또는 연방, 주, 지역 법에 의해 금지되는 다른 이유로 투여와 치료를 거부하지 않습니다. 환자는 성적 주체성을 지니고 일관된 방법으로 치료받습니다.

더 자세한 내용은 [환자 권리 및 책임](#) (Legacy Beaumont Health), [환자 권리 및 책임](#) (Legacy Spectrum Health Lakeland) 또는 [환자 권리 및 책임](#) (Legacy Spectrum Health West Michigan) 정책을 확인하십시오.

Corewell Health:

- 다음과 같이 당사와 효과적인 의사소통을 위해 장애가 있는 사람들에게 무상 원조 및 서비스를 제공합니다.
 - 자격이 있는 수화 통역사
 - 다른 양식의 서면 정보(큰 글자 인쇄, 오디오, 접근가능한 전자식 양식, 기타 양식)
- 다음과 같이 영어가 모국어가 아닌 사람들에게 무료 언어서비스를 제공합니다:
 - 자격이 있는 통역사
 - 기타 언어로 된 서면 정보

이런 서비스가 필요하시면, 다음 번호를 통해 Legacy Spectrum Health 의 언어 서비스에 연락하십시오.
616.267.9701 또는 1.844.359.1607 (텔레타이프라이터: 711).

Legacy Beaumont Health 지역의 경우 다음 번호를 통해 환자, 가족 경험 부서에 연락하십시오.
313-593-7070 (Dearborn, Taylor, Trenton, and Wayne), 947-521-8880 (Farmington Hills), 248-551-7040 (Grosse Pointe, Royal Oak, Troy), 248-426-6976 (Farmington Hills RNC), 248-743-9500 (Beaumont Home Health Services), 313-253-9024 (Dearborn RNC) or 947-522-2007 (Beaumont Medical Group).

Corewell Health 이 본 서비스를 제공하지 않았거나 인종, 피부색, 혈통, 나이, 장애 또는 성별, 동성애, 성 정체성 또는 종교 중 어떤 방법으로도 차별받았다는 생각이 들면, 다음으로 불만 사항을 제출할 수 있습니다.

- Legacy Beaumont Health
Patient Experience Department
26901 Beaumont Blvd.
Southfield, MI 48033
947-522-1472
Pfcc@beaumont.org
- Legacy Spectrum Health
Director, Patient Experience
100 Michigan St NE MC 006
Grand Rapids, MI 49503
616-391-2624; toll free: 1-855-613-2262
patient.relations@spectrumhealth.org

법인은 해당하는 경우 본 문서에 포함된 관련 문서들을 참조하게 됩니다.
본 문서의 인쇄물은 기한이 지난 것일 수 있으며 관리되지 않는 문서로 간주합니다.

직접 또는 우편, 팩스 또는 메일로 제출할 수 있습니다. 불만 사항 제출에 도움이 필요하시면, 환자 경험 담당자의 도움을 받을 수 있습니다.

귀하는 또한 시민권 불만 사항을 시민권 불만 사항 포털 (<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 에서 이용 가능), 메일 또는 전화로 사무실을 통해 전자식으로 미국 보건 및 인적 서비스부, 시민권 사무실에 제출할 수 있습니다.

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH
Building Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

불만 사항 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 에서 이용 가능합니다.

연락처

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-359-1607 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-844-359-1607 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

中文 (Chinese): 國語/普通話 (Mandarin), 粵語 (Cantonese)

請注意：如果您講中文，您可以獲得免費的語言輔助服務。請撥打 1-844-359-1607 (TTY 手語翻譯：711)。

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-359-1607 (TTY: 711).

Ako govorite srpsko (Serbian, Croatian or Bosnian)

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-844-359-1607 (TTY: 711). (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

አማርኛ (Amharic)

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-844-359-1607. (መስማት ለተሳናቸው: (TTY: 711)).

नेपाली (Nepali)

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-844-359-1607 (टिटिवाइ: (TTY: 711)).

Thuɔŋjaŋ (Nilotic – Dinka)

PID KENE: Na ye jam në Thuɔŋjaŋ, ke kuony yenë koc waar thook atō kuka lëu yök abac ke cïn wënh cuatë piny. Yuopë 1-844-359-1607 (TTY: 711).

Kiswahili (Swahili)

KUMBUKA: Ikiwa unazungumza Kiswahili, unaweza kupata, huduma za lugha, bila malipo. Piga simu 1-844-359-1607 (TTY: 711).

법인은 해당하는 경우 본 문서에 포함된 관련 문서들을 참조하게 됩니다.
본 문서의 인쇄물은 기한이 지난 것일 수 있으며 관리되지 않는 문서로 간주합니다.

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1.844-359-1607 (TTY: 711). تماس بگیرید.

Français (French)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique-vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1.844-359-1607 (TTY : 711).

မြန်မာ (Burmese)

သတိပြုရန်- သင် မြန်မာစကားပြောဆိုပါက ဘာသာစကား အကူအညီဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-844-359-1607, (TTY: 711) ကို ခေါ်ဆိုပါ။

فارسی دری (Dari)

توجه اگر به زبان دری صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی بصورت رایگان برای شما در دسترس است. تماس با 1.844-359-1607 (TTY: 711).

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole)

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, gen èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Rele nimewo 1-844-359-1607 (TTY: 711).

Ikinyarwanda (Kinyarwanda)

ICYITONDERWA: Niba uvuga ikinyarwanda, serivisi z'ubufasha ku byerekeye ururimi, urazihabwa, ku buntu. Hamagara 1-844-359-1607 (ABAFITE UBUMUGA BW'AMATWI BIFASHISHA ICYUMA CYANDIKA -TTY: 711).

Soomaali (Somali)

DIGTOONI: Haddii aad hadasho Soomaali, adeegyada caawimada luqadda, oo bilaasha, ayaad heli kartaa. Wac 1.844-359-1607 (TTY: 711).

اللهجة السودانية (Sudanese)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللهجة السودانية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل على الرقم 1-844-359-1607 (رقم الصم والبكم: 711).

தமிழ் (Tamil)

கவனம்: நீங்கள் தமிழ் பேசினால், உங்களுக்கு இலவசமான மொழி உதவிச் சேவைகள் கிடைக்கின்றன. இந்த எண்ணை அழைக்கவும்: 1-844-359-1607 (TTY: 711).

ትግርኛ (Tigrinya)

ትኹረት: ትግርኛ እንደሕገ ትዘረብ ከንካ፣ ናይ ቋንቋ ደገፍ ኣልግሎታት፣ ብናጻ ክቐርቡልካ እዮም። ደውል 1.844-359-1607 (TTY: 711)።

법인은 해당하는 경우 본 문서에 포함된 관련 문서들을 참조하게 됩니다.

본 문서의 인쇄물은 기한이 지난 것일 수 있으며 관리되지 않는 문서로 간주합니다.