Սոյն պրօշիւրը կրնաք ունենալ Արեւմտահայերէնով

本手册有中文版本。

This brochure is available in English.

Cette brochure est disponible en français.

Diese Broschüre steht in deutscher Sprache zur Verfügung.

Daim ntawv qhia no muaj ua ntawv Hmoob.

本パンフレットは日本語でご利用いただけます。

Эту брошюру можно получить на русском языке.

Este folleto está disponible en español.

Ang brochure na ito ay makukuha sa Tagalog.

Có tài liệu này bằng tiếng Việt.

금융지원 프로그램
(Financial Assistance Program)

AdventistHealth.org/FAP
1-844-827-5047

Adventist Health

MC15028.2 0519_Korean

의료비 지원받기

금융지원 프로그램

Adventist Health

Adventist Health는 여러분의 건강 유지를 위해 최선을 다하고 있습니다. 의료비 지불에 어려움을 겪는 분들을 돕는 것도 그 일환입니다. 의료비 지급 능력이 없는 분이라도 언제든 치료를 받을 수 있어야 합니다.

의료비 지불에 도움이 필요하십니까?

의료비 지불 도움을 받을 수 있는지 알아보시려면, 금융지원 신청서를 작성하셔야 합니다. 치료를 받는 중에, 또는 청구서를 받은 후에 작성하실 수 있습니다. 이 신청서에 기재하신 귀하의 정보에 기초하여 지원 자격 여부가 결정됩니다.

일반적으로:

- 연소득이 현재 연방 빈곤 기준선의 200% 이하에 해당되면, 의료비 청구서의 전액을 감면 받을 자격이 되실 수도 있습니다.
- 연소득이 현재 연방 빈곤 기준선의 200%를 초과하면, 의료비 청구서의 일부 금액을 감면 받을 자격이 되실 수도 있습니다.

지원 신청은 어떻게 하나요?

본 안내문과 금융지원 정책 및 신청서를 각각 다른 언어 번역본으로 무료로 다음 출처에서 구하실 수 있습니다.

1. 접수처
2. 당사의 웹사이트(AdventistHealth.org/FAP)
3. 당사의 전화 1-844-827-5047번으로 연락
4. 우편 신청 주소:

   Adventist Health
   ATTN: Financial Assistance
   P.O. Box 677000
   Paradise, CA 95967

요청하시면 신청서 작성을 도와드릴 수 있습니다. 양식 작성을 마친 후 등록 직원에게 주시거나 상기 주소로 우편을 통해 보내주십시오.

금융지원 액수는 어떻게 결정되나요?

받으실 수 있는 의료비 지원액은 재정적 요구에 따라 다릅니다. 지원 수혜 자격이 되시면 저희는 보험 환자가 평균적으로 지불하는 금액을 기준으로 하여, 응급처치 및 의학적으로 필요한 치료 비용에 대해 얼마나 납부를 하셔야 하는지를 결정하게 됩니다.