



HFH 환자 재정 지원 프로그램 정책 HFH Patient Financial Assistance Policy

정책 Policy

본 HFH 환자 재정 지원 정책(이하 “정책”)은 재정 지원이 필요하고 Henry Ford Health(이하 “HFH”)에서 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료를 받는 환자의 재정 지원 자격을 다루기 위해 고안되었으며 부록 A 에 나열된 각 HFH 시설 및 그 부속 진료소(이하 “HFH 시설”)에 적용됩니다. 모든 재정 지원은 모든 환자를 존엄성을 가지고 존중하고 배려하며 치료하겠다는 HFH의 약속을 반영합니다.

This HFH Patient Financial Assistance Policy (“policy”) is designed to address the financial assistance eligibility for patients who are in need of financial assistance and receive emergency and other medically necessary care from Henry Ford Health (“HFH”), and applies to each of the HFH Facilities listed in Appendix A and their affiliated clinics (“HFH Facilities”). All financial assistance will reflect HFH’s commitment to treating every patient with dignity, respect and compassion.

본 정책의 적용을 받는 HFH 시설에서 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 치료를 제공하는 HFH 서비스 제공자 목록과 그렇지 않은 서비스 제공자 목록은 HFH 웹사이트(henryford.com)에서 별도로 확인할 수 있습니다. HFH 서비스 제공자 목록은 HFH 웹사이트에서 온라인 및 서면으로 받을 수 있으며(무료), 부록 A 에 기재된 HFH 시설 중 한 곳에 전화하여 확인할 수 있습니다.

The list of HFH Service Providers delivering emergency or other medically necessary care in HFH Facilities, which are covered by this policy and which are not, are maintained separately on HFH’s website (henryford.com). The HFH Service Provider list may be obtained free of charge, both online and on paper, from the HFH website or by calling one of the HFH Facilities listed in Appendix A.

정의:

Definitions:

- **총 청구액(Amounts Generally Billed, AGB):** 응급 처치 또는 기타 의학적으로 필요한 진료에 대해 해당 진료를 보장하는 보험이 있는 개인에게 전반적으로 청구되는 금액을 말합니다.

Amounts Generally Billed (AGB): means the amounts generally billed for emergency or other medically necessary care to individuals who have insurance covering such care.

- **응급 처치:** 즉각적인 치료를 받지 않으면 다음 결과로 이어지리라고 충분히 예상되는 극심한 고통을 포함하여 충분한 정도의 심각도를 지닌 급성 증상으로 나타나는 의료 질환에 대한 처치를 의미합니다.

Emergency Care: means the treatment of a medical condition manifesting itself by acute symptoms of sufficient severity (including severe pain) such that the absence of immediate medical attention could reasonably be expected to result in:

- 개인 건강(또는 임산부와 관련하여 임산부 본인 또는 태아의 건강)을 중대한 위험에 빠뜨림
Placing the health of the individual (or with respect to a pregnant woman, the health of the woman or her unborn child) in serious jeopardy,

- 신체 기능의 심각한 장애
Serious impairment to bodily functions, or
- 신체 기관이나 부위의 심각한 기능 장애 또는
Serious dysfunction of any bodily organ or part, or
- 진통이 있는 임산부와 관련하여 (a) 분만 전에 안전하게 이송하거나 다른 병원으로 옮길 시간이 부족하거나 (b) 그러한 이동으로 인해 임산부 또는 태아의 건강이나 안전이 위협할 수 있는 경우
With respect to a pregnant woman having contractions – (a) that there is inadequate time to effect a safe transfer or another hospital before delivery or (b) that transfer may pose a threat to the health or safety of the woman or unborn child.
- **보증인:** 환자 외에 환자의 의료비 청구서를 지불할 책임이 있는 사람을 말합니다.
Guarantor: means the person responsible for the patient's bill other than the patient.
- **가구 소득:** 세전 수입, 실업 수당, 산재 보상금, 사회 보장 연금, 소득 추가 보장, 정부 보조금, 퇴역 군인 연금, 유족급여, 연금 또는 퇴직금, 이자, 배당금, 임대료, 인세 등 저작권 수입, 부동산 소득, 신탁, 교육 지원금, 이혼 수당, 자녀 양육비, 가구 외 지원 및 기타 소득을 포함합니다. 식권, 주택 보조금, 자산 매각으로 인한 이익이나 손실 같은 비현금성 이득을 포함하지 않습니다. 가족과 함께 살고 있는 경우, 가족 구성원이 주택 소유자의 부양 가족이 아니며, 임대료를 지불하는 것이 아니라면 모든 가족 구성원(동거 파트너 포함)의 수입이 포함되어야 합니다. 동거인과 같은 비관계인은 포함되지 않습니다. 부양 가족 여부는 케이스별로 결정됩니다.
Household Income: includes before tax earnings, unemployment compensation, workers' compensation, Social Security, Supplemental Security Income, public assistance, veterans' payments, survivor benefits, pension or retirement income, interest, dividends, rents, royalties, incomes from estates, trusts, educational assistance, alimony, child support, assistance from outside the household, and other miscellaneous sources. DOES NOT include non-cash benefits such as food stamps and housing subsidies or capital gains or losses. If a person lives with a family, the income of all household family members must be included (including domestic partners) unless family members are paying rent and/or are not dependents of homeowners. Non-relatives, such as housemates, are not to be included. Dependency status shall be determined on a case by case basis.
- **Henry Ford 재정 지원 위원회(Henry Ford Financial Assistance Committee):** 수익 주기 부문 부사장이 지명한 세 명의 대표 위원으로 구성됩니다.
Henry Ford Financial Assistance Committee: Is composed of three members of leadership appointed by the Vice President of Revenue Cycle.
- **HFH 서비스 제공자:** HFH 시설에서 서비스를 수행하는 데 필요한 임상 권한이 있는 의료 종사자
HFH Service Provider: a health care practitioner with clinical privileges necessary to perform services at an HFH Facility
- **의학적으로 필요한 서비스:** 의료 질환의 진단 또는 치료에 적합하고 필요하며, 의료 질환을 진단, 직접 치료 및 처치하기 위해 제공되고, 현지의 양호한 의료 관행 기준에 부합하고, 기관이나 해당 의료인의 편의를 주 목적으로 하지 않습니다.
Medically Necessary Services: are proper and needed for the diagnosis or treatment of your medical condition, are provided for the diagnosis, direct care, and treatment of your medical condition, meet the standards of good medical practice in the local area, and are not mainly for the convenience of you or your health care provider

재정 지원 대상자 자격 기준:

Eligibility Criteria for Financial Assistance:

본 정책에 따라 HFH의 재정 지원을 받을 수 있는 자격은 자산 실사를 충족하는 경우에 해당하는 대로 아래에 기술된 다음 세 가지 방법 중 하나에 따라 적합 여부가 결정됩니다. 본 정책에 따른 지원 대상 자격 기준에 부합하지 않는 환자는 다양한 지역 사회 기반의 프로그램을 비롯해 HFH에서 제공되는 다른 재정 지원 프로그램에 따른 재정 지원을 받을 수 있습니다. 해당 프로그램에 대한 자세한 내용은 henryford.com 을 참조하세요.

Qualification for HFH financial assistance under this policy will be determined for each encounter under one of the following three methods subject to meeting the asset test, as applicable, as described below. Patients who do not meet the eligibility criteria under this policy may be eligible for financial assistance under other financial assistance programs offered by HFH, including various community-based programs. For more information about these programs, go to henryford.com.

본 정책에 따른 재정 지원은 의료비 지불을 위한 마지막 수단으로서 활용하도록 만들어졌으므로, HFH는 재정 지원 할인을 고려하기 전에 환자가 Medicaid 또는 기타 정부 지원 프로그램을 신청하도록 요구할 수 있습니다.

Financial assistance under this policy is intended to be utilized as the payor of last resort. Prior to considering a financial assistance discount, HFH may require a patient to apply for Medicaid or other government assistance programs.

지원 신청 과정에서 제출된 정보가 정확하지 않거나 불완전한 것으로 밝혀진 경우 HFH는 재정 지원 승인을 철회할 권리가 있습니다. 이러한 상황이 발생하는 경우 환자 및/또는 보증인에게 고지되고 환자 및/또는 보증인이 의료비를 지급할 책임을 부담합니다.

HFH reserves the right to reverse any financial assistance approvals should it be discovered that information provided during the application process was inaccurate or incomplete. Should this circumstance arise, the patient and/or Guarantor will be notified and will be responsible for payment.

지원 자격 확인 방법(1) - 기존:

Eligibility Method (1) - Traditional:

- 미국 영주권 보유
Permanent residence in the United States of America
- Wayne, Macomb, Oakland 및 Jackson 카운티로 구성된 HFH의 주요 서비스 지역 내에 개인 거주지가 있는 경우. 환자가 위에 기재된 카운티 외 지역에 있는 HFH 시설에서 치료를 받으려는 경우 환자의 주거지가 HFH 시설로부터 5마일의 거리 이내에 있는 경우에 재정 지원을 받을 수 있습니다.
Having personal residence within HFH's primary service areas, consisting of Wayne, Macomb, Oakland and Jackson Counties. For patients seeking treatment at a HFH Facility located outside of the counties listed above, a patient may be eligible for financial assistance if their permanent residence is within a five-mile radius of the HFH Facility.
- HFH 시설에서 HFH 서비스 제공자에게 치료를 받는 경우
Seeking treatment with a HFH Service Provider at a HFH Facility
- 연간 총 가구 소득이 연방 빈곤층 수준(Federal Poverty Level, FPL)의 400% 이하인 경우. 연간 가구 소득이 연방 빈곤층 수준의 250% 이하인 환자는 의학적으로 필요한 모든 서비스에 100% 할인을 받을 자격이 됩니다. 연간 가구 소득이 연방 빈곤층 수준의 251% ~ 400% 범위에 해당하는 환자는

의학적으로 필요한 모든 서비스에 대해 부분 할인을 받을 자격이 됩니다. 보험 보장 및 무보험 환자의 차등적 할인 적용에 대한 아래의 차등 할인 적용 표를 참조하세요.

Annual aggregate Household Income up to 400% of the Federal Poverty Level (“FPL”). If a patient has an annual income less than or equal to 250% of the federal poverty level, the patient may be eligible for a 100% discount. If a patient has an annual income from 251% to 400% of the federal poverty level, the patient may qualify for a partial discount. See the Sliding Scale Tables below for the sliding scale discounts for insured and uninsured patients.

지원 자격 확인 방법(2) - 치명적:

Eligibility Method (2) - Catastrophic:

- 치명적인 의학적 상황의 결과로서 12개월 이상 HFH 시설에서 큰 의료 비용이 부채로 누적되고 자기 부담 비용이 연간 총 가구 소득의 30%를 초과한 환자

Patients, who over a 12-month period, have accumulated a large medical debt at a HFH Facility as a result of a catastrophic medical situation, resulting in out-of-pocket medical expenses that exceed 30% of their gross annual Household Income

- 미국 영주권 보유

Permanent residence in the United States of America

- Wayne, Macomb, Oakland 및 Jackson 카운티로 구성된 HFH 의 주요 서비스 지역 내에 개인 거주지가 있는 경우. 환자가 위에 기재된 카운티 외 지역에 있는 HFH 시설에서 치료를 받으려는 경우 환자의 주거지가 HFH 시설로부터 5 마일의 거리 이내에 있는 경우에 재정 지원을 받을 수 있습니다.

Having personal residence within HFH’ primary service areas, consisting of Wayne, Macomb, Oakland and Jackson counties. For patients seeking treatment at a HFH Facility located outside of the counties listed above, a patient may be eligible for financial assistance if their permanent residence is within a five-mile radius of the HFH Facility.

- HFH 시설에서 HFH 서비스 제공자에게 치료를 받는 경우

Seeking treatment with a HFH Service Provider at a HFH Facility.

재정 지원에 대한 위의 자격 조건을 충족하는 환자는 다음과 같은 할인 중 하나를 받을 자격이 됩니다.

Patients meeting the above qualification for financial assistance will be eligible for the following discount:

- 미결제 의료비 채무가 해당 가구 소득의 30%로 조정됩니다.

Patients will have their outstanding medical debt adjusted to 30% of their Household Income.

- 방법 1 과 방법 2 요건이 모두 해당되는 환자는 두 가지 할인 금액 중 할인액이 큰 할인을 받습니다.

Patients who qualify under both Method 1 and Method 2 will receive the larger of the two discounts.

지원 자격 확인 방법(3) - 추정:

Eligibility Method (3) - Presumptive:

- HFH는 타사 평가 점수, 지역 사회 기반 프로그램의 추천 및 소득 기반 정부 프로그램의 승인을 사용한 추정 방식으로 재정 지원의 자격 여부를 판단할 수 있습니다.

HFH may determine qualification for financial assistance on a presumptive basis; using third-party scoring, referrals from community-based programs, and approvals of government programs based on income.

- 재정 지원을 위한 자격이 있는 것으로 추정되는 환자는 응급 처치 및 기타 의학적으로 필요한 진료에 대해 부분 할인이나 100% 전액 할인을 받을 수 있습니다. 연간 가구 소득이 연방 빈곤층 수준의 250% 이하인 환자는 의학적으로 필요한 모든 서비스에 100% 할인을 받을 자격이 됩니다. 연간 가구 소득이 연방 빈곤층 수준의 251% ~ 400% 범위에 해당하는 환자는 의학적으로 필요한 모든 서비스에 대해 부분 할인을 받을 자격이 됩니다. 환자의 보험 보장 여부를 확인하기 위한 차등적 할인 적용에 대해 아래의 차등 할인 적용 표를 참조하세요.

Patients meeting presumptive qualification for financial assistance may be eligible for a partial discount, or a full discount of 100% on Emergency and other Medically Necessary Care. If a patient has an annual income less than or equal to 250% of the federal poverty level, the patient may be eligible for a 100% discount. If a patient has an annual income from 251% to 400% of the federal poverty level, the patient may qualify for a partial discount. See the Sliding Discount Tables below for the sliding scale discounts for insured and uninsured patients.

재정 지원 대상 환자 진료비 잔액

Patient Balances Eligible for Financial Assistance

본 정책에 따른 재정 지원 할인 대상 환자 진료비 잔액에는 다음 항목이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다. **Patient balances eligible for a financial assistance discount under this policy may include, but are not limited to:**

- 공동 보험, 공제 및 본인 부담 금액
Coinsurance, deductible and copayment amounts
- HFH와 계약 관계가 없는 건강 보험의 보장을 받는 환자 또는 HFH 제공자가 건강 보험의 네트워크에 참여하지 않는 경우의 청구 금액
Charges for patients with coverage from a health plan that does not have a contractual relationship with HFH, or when HFH provider does not participate in health plan's network
- 보험을 든 상태지만 보험 혜택을 다 써버린 환자에 대한 비용 청구
Charges for insured patients that have exhausted their benefits,
- 민간 보험사, Medicare 또는 Medicaid 프로그램 보장을 받는 환자에 대한 비보험 서비스의 비용
Charges for non-covered services provided to patients covered under Commercial, Medicare, or Medicaid programs
- 민간 보험사, Medicare 또는 Medicaid 프로그램으로 보장되는 입원 기간을 초과한 환자에 대한 비용 청구
Charges for patients that have exceeded the length of stay covered under Commercial, Medicare, or Medicaid programs

본 정책의 재정 지원은 당사의 무보험자 할인 정책에 명시되고, 재정 지원팀에 (313) 874-7800 번으로 전화하여 요청할 수 있는 무보험자 할인 외에 추가로 제공됩니다.

The Financial Assistance in this policy is in addition to the uninsured discount set forth in our Uninsured Discount Policy which can be requested by calling the Financial Assistance Team at (313) 874-7800.

차등 할인 적용 표:

Sliding Scale Discount Tables:

무보험 환자:

Uninsured Patients:

소득이 FPL 400% 미만인 지원 대상 무보험 환자의 경우 아래의 표를 근거로 Medicare 허용 금액 비율로 환자 부담이 조정됩니다.

For qualifying uninsured patients with incomes less than 400% of FPL, patient responsibility is adjusted to the percentage of the Medicare allowable amount based on the table below:

가구 소득 Household Income	Medicare 요율 대비 비율(%) % of Medicare Rate
FPL 351%~400% 351% - 400% of the FPL	91%
FPL 301%~350% 301% - 350% of the FPL	61%
FPL 251%~300% 251% - 300% of the FPL	30%
FPL 250% 미만 <250% of the FPL	0%

소득이 250% 미만인 지원 대상 무보험 환자의 경우 100% 할인을 받음

Qualifying uninsured patients with incomes below 250% are given a 100% discount

보험 가입 환자:

Insured Patients:

소득이 FPL 기준 400% 미만인 지원 대상 보험 가입 환자의 경우 아래의 표를 바탕으로 환자 부담액이 할인됩니다.

For qualifying insured patients with incomes less than 400% of FPL, patient responsibility is discounted based on the table below

가구 소득 Household Income	미불 잔액 할인 Discount Off of Balance Due
FPL 351%~400% 351% - 400% of the FPL	25%
FPL 301%~350% 301% - 350% of the FPL	50%
FPL 251%~300% 251% - 300% of the FPL	75%
FPL 250% 미만 <250% of the FPL	100%

자산 실사:

Asset Test:

HFH는 환자의 재정 지원 대상 여부를 판단하기 위해 환자의 가구 소득 및 혜택을 제한하는 자산 소유 여부를 고려하는 차등 할인 적용 방식을 활용합니다.

In order to determine a patient's eligibility for financial assistance, HFH utilizes a sliding scale discount that takes a patient's Household Income and qualifying assets into consideration.

환자 가정의 자산이 \$100,000 이상인 경우 환자의 소득에 관계없이 본 정책에 따른 재정 지원을 받을 수 없습니다. 보호 자산으로 기재되지 않은 자산은 의료비 지급에 사용할 수 있는 것으로 간주됩니다. HFH는 환자에게 제공되는 할인 수준을 정하는 데 초과 가용 자산(을 현 연도의 소득으로 계산할 수 있습니다).

A patient is not eligible for financial assistance under this policy if the patient's household qualifying assets are valued at \$100,000 or more, regardless of the patient's income. Assets not listed as a protected asset will be considered available for payment of medical expenses. HFH may count the excess available assets as current year income in establishing the level of discount offered to the patient.

보호 자산:

Protected Assets:

- 개인의 단일 기본 주거지에서 순수 가치 기준 처음 \$1,000,000의 100%, 그 후로 기본 주거지의 순수 가치 기준 50%
100% of the first \$1,000,000 of equity in a single primary personal residence; and 50% of equity in the primary residence thereafter
- 개인 퇴직 계좌(Individual Retirement Account, IRA), 401k, 현금 가치 퇴직금 적립/연금
IRA, 401k, cash value retirement plans/pensions
- 비즈니스에 사용된 합당한 자산
Reasonable assets used in a business
- 개인 재산(동산)
Personal property
- 학자금 저축 적립 계획
College savings plans

재정 지원 대상이 아닌 환자:

Patients that do not Qualify for Financial Assistance:

본 정책에 따른 재정 지원 기준이나 HFH에서 제공하는 다른 적용 가능한 재정 지원 프로그램에 부합하지 않는 무보험 환자에게는 무보험자 할인률을 바탕으로 서비스 요금이 청구됩니다. 자세한 내용은

<https://www.henryford.com/visitors/billing>에서 무보험자 할인률 정책을 참조하세요.

Uninsured patients not meeting financial assistance criteria under this policy or other available financial assistance programs offered by HFH will be charged for the service based on the uninsured discount rate. For more information, refer to the uninsured discount rate policy at <https://www.henryford.com/visitors/billing>.

환자는 진료받은 HFH 시설에서 신청이 거부된 후 30일 이내에 Henry Ford 재정 지원 위원회에 서면으로 재정 지원 신청 거부를 항소할 수 있습니다. 재정 지원 대상 자격은 임상 치료팀의 의견을 포함하여 HFH 수익 주기(Revenue Cycle Management) 관리 의 승인을 받아야 합니다.

A patient may appeal a denial of his or her financial assistance application by writing to the Henry Ford Financial Assistance Committee within 30 days of the denial at the HFH Facility at which care

was received. Qualification for financial assistance is subject to the approval of HFH Revenue Cycle Management with input from the clinical care teams.

특별한 상황에 정당한 경우 예외가 적용될 수 있습니다. 그러한 예외 적용 여부는 사례별로 판단합니다. 예외가 적용되더라도 정책의 변경이나 이와 동일한 결정이 향후에도 적용됨을 보장하지는 않습니다. 환자는 재정 지원 신청에 관한 추가 문의 사항이 있는 경우 (313) 874-7800 번으로 전화하거나 financialassistanceapp@HFHS.org 에 이메일을 보내 HFH 에 문의할 수 있습니다.

Exceptions may be made as warranted for special circumstances. Such exceptions will be considered on a case-by-case basis. Any exception made does not constitute a change in policy nor does it guarantee that this same decision will apply in the future. Patients may contact us at (313) 874-7800 or by e-mail at financialassistanceapp@HFHS.org should they have additional questions on their financial assistance application.

재정 지원 대상 환자에 대한 진료비 청구 제한

Limitations on Charges for Patients Eligible for Financial Assistance

재정 지원 대상 환자는 응급 처치 및 기타 의학적으로 필요한 진료의 AGB 를 한도로 청구되고 기타 모든 진료에 대한 총 청구액을 넘지 않습니다. 각 HFH 시설은 룩백(look-back) 방법을 사용하여 하나 이상의 AGB 비율을 계산합니다. AGB 비율은 12개월 기간 동안 전체 Medicare 의료 서비스별 수가와 HFH 기관에 청구액을 지급한 민간 건강 보험사의 지급 합계액을 해당 청구 관련 총 비용으로 나눠서 계산합니다.

Patients that qualify for financial assistance will not be charged more than the AGB for emergency and other medically necessary care and not more than gross charges for all other medical care. Each HFH Facility uses the look-back method for calculating one or more AGB percentages. The AGB Percentage is calculated by dividing the sum of all Medicare fee-for-service and private health insurers that have paid claims to the HFH Facility during a 12-month period, by the sum of the associated gross charges for those claims.

재정 지원 신청:

Applying for Financial Assistance:

환자 및/또는 보증인은 HFH 가 환자 및/또는 보증인에게 최초 청구 후 최대 240 일까지 언제든지 재정 지원을 신청할 수 있습니다. 그러면 HFH 는 신청을 처리하고 완료된 신청이 접수된 후 달력으로 30 일 이내에 적격 여부를 결정합니다. 개인에게는 서면으로 결정과 결정의 근거를 통보합니다.

Patients and/or Guarantor may apply for financial assistance at any time up to 240 days after HFH provides the initial billing to the patient and/or Guarantor. HFH will, in turn, process the application and make a determination of qualification within 30 calendar days after the completed application is received. The individual will be notified in writing of the determination and basis for determination.

재정 지원을 받으려면 환자/보증인이 환자 재정 지원 신청서를 작성해야 합니다. 신청서는 다음의 HFH 재정 지원 웹사이트에서 확인할 수 있습니다. <https://www.henryford.com/visitors/billing/financial-assistance>. 환자는 작성된 신청서를 필수 서류와 함께 HFH 기업 비즈니스 사무실로 우편 또는 팩스로 보내 결정을 받을 수 있습니다. HFH 시설 주소 및 팩스 번호는 부록 A 를 참조하세요.

In order to qualify for financial assistance, a patient / Guarantor will need to complete the Patient Financial Assistance application. The application is available on the HFH Financial Assistance website: <https://www.henryford.com/visitors/billing/financial-assistance>. The patient can mail or fax a completed application with the required documentation to the HFH Corporate Business Office for an determination. For HFH Facility address and fax numbers, please refer to Appendix A.

환자가 HFH 웹 사이트를 통해 신청서를 다운로드할 수 없는 경우 부록 A 를 참조하여 신청서 인쇄본을 환자 거주지로 우편 송부해 줄 것을 요청하세요. 다국어 신청서를 검토하려면 다음 링크를 방문하세요. <https://www.henryford.com/visitors/billing/financial-assistance/documents>

If a patient is unable to download the application via the HFH website, please refer to Appendix A to request a hardcopy application be mailed to the patient's residence. To review the application in multiple languages please visit the following link: <https://www.henryford.com/visitors/billing/financial-assistance/documents>.

환자가 신청에 관해 문의 사항이 있거나 신청서를 작성하는 데 지원이 필요한 경우 부록 A 를 참조하여 환자가 진료를 받는 HFH 시설에 문의하세요.

If a patient has questions regarding his or her application and/or needs assistance completing the application, please see Appendix A to contact the HFH Facility where the patient is receiving care

필수 서류에 포함되는 서류는 다음과 같습니다.

Required documentation may include:

- 최근 과세 연도의 연방 소득세 신고(양식 1040)(해당하는 모든 명세서 포함)
Federal Income Tax Return for the most recent tax year (Form 1040), including all applicable schedules
- 최근 임금 및 세금 명세서(Form W-2) 및/또는 기타 소득 명세서(Form 1099)
Most recent Wage and Tax Statements (Form W-2) and/or Miscellaneous Income (Form 1099)
- 각 가구원당 올해 초부터 현재까지 수입 또는 총 임금액을 확인할 수 있는 고용주의 진술서를 포함한 최근 2 개월치 급여 명세서 최신 사본
- **Recent copy of the last 2 months of pay stubs with year-to-date earnings for each member of the household or a statement from the employer verifying gross wages**
- 기타 소득(즉, 임대용 부동산 등) 증명서
Proof of other income (i.e. rental property, etc.)
- 당좌/예금 계좌 은행 거래 내역서 최근 2 개월치 최신 사본
Recent copy of the last 2 months of bank statement of checking/savings accounts
- 유효한 미시간 주 운전 면허증 또는 미시간 주 신분증 사본
Copy of valid Michigan driver's license or Michigan state identification card
- 해당하는 경우 Medicaid, Healthy Michigan 또는 Marketplace 의 지급 거부 회신 및/또는 통합 옴니버스 예산 조정법(Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) 관련 서류
If applicable, a denial response from Medicaid, Healthy Michigan or Marketplace, and/or COBRA documentation
- 환자의 재정 지원 필요성에 대한 개인 진술서
Personal statement of financial need from the patient

HFH 는 제출된 증빙 서류를 바탕으로 추가로 소득 및/또는 분류 확인이 필요한 경우 추가 서류를 요청할 권리가 있습니다. HFH 는 신청인이 본 정책 또는 재정 지원 신청서에 명시적으로 요구되지 않은 서류를 제출하지 않은 것을 이유로 재정 지원을 거절할 수 없습니다.

HFH reserves the right to request additional documentation should it need further verification of income and/or clarification based on any supporting documentation provided. HFH may not deny financial assistance based on an applicant's failure to provide documentation that this Policy or the Financial Assistance Application does not explicitly require.

진료비 청구 및 수금

Billing and Collections:

진료비 미납에 대해 HFH 에서 취할 수 있는 청구 및 수금 조치는 별도의 환자 청구 및 수금 정책에 기술되며, 이 정책은 재정 지원팀에 (313) 874-7800 번으로 문의하거나 Henry Ford 건강 체계 웹 사이트(www.henryford.com)에서 무료로 받을 수 있습니다.

The billing and collection actions that HFH may take for nonpayment are described in a separate patient billing and collections policy, which may be obtained free of charge by contacting Financial Assistance Team at (313) 874-7800 or the Henry Ford Health website at www.henryford.com.

부록 A:
Appendix A:

기관 Facility	주소 Address	전화/팩스 번호/이메일 Phone/Fax #/E-mail
Henry Ford Health Jackson Hospital	Henry Ford Health Jackson Hospital Cashier Office 205 N East Avenue Jackson, MI 49201	전화: (313) 874-7800 Phone: (313) 874-7800 팩스: (248) 654-6439 Fax: (248) 654-6439
Henry Ford Hospital and Medical Centers	Henry Ford Hospital Financial Counseling Office 2799 West Grand Blvd. K-1, West 100 Clinic Building Detroit, MI 48202	전화: (313) 874-7800 Phone: (313) 874-7800 팩스: (248) 654-6439 Fax: (248) 654-6439
Henry Ford Macomb Hospitals	Henry Ford Macomb Hospital Cashier Office 15855 19 Mile Rd. Clinton Township, MI 48038	전화: (313) 874-7800 Phone: (313) 874-7800 팩스: (248) 654-6439 Fax: (248) 654-6439
Henry Ford West Bloomfield Hospital	Henry Ford West Bloomfield Hospital Lower-Level Finance 6777 West Maple West Bloomfield, MI 48322	전화: (313) 874-7800 Phone: (313) 874-7800 팩스: (248) 654-6439 Fax: (248) 654-6439
Henry Ford Wyandotte Hospital & Henry Ford Medical Center - Brownstown	Henry Ford Wyandotte Hospital Cashier Office 2333 Biddle Ave. Wyandotte, MI 48192	전화: (313) 874-7800 Phone: (313) 874-7800 팩스: (248) 654-6439 Fax: (248) 654-6439

Henry Ford Kingswood Hospital	Henry Ford Kingswood Hospital ATTN: Front Desk 10300 West 8 Mile Rd. Ferndale, MI 48220	전화: (313) 874-7800 Phone: (313) 874-7800 팩스: (248) 654-6439 Fax: (248) 654-6439
Henry Ford Maplegrove Center	Henry Ford Maplegrove Center ATTN: Patient Access 6773 W. Maple Road West Bloomfield, MI 48322	전화: (313) 874-7800 Phone: (313) 874-7800 팩스: (248) 654-6439 Fax: (248) 654-6439
Henry Ford Health Corporate Business Office	Henry Ford Health PO Box 670884 Detroit, MI 48267-0884	전화: (313) 874-7800 Phone: (313) 874-7800 팩스: (248) 654-6439 Fax: (248) 654-6439 이메일: financialassistanceapp@HFHS.org E-mail: financialassistanceapp@HFHS.org