

## 의학적 필요에 대한 금융 지원

OhioHealth의 임무는 저희가 서비스를 제공하는 분들의 건강을 향상시키는 것입니다. 기쁜 마음으로 병원 금융 지원 프로그램(FAP)을 제공합니다. 이 프로그램에서는 응급 상황 또는 의학적으로 필요한 서비스에 대해 자격 대상 환자에게 무료 또는 할인된 서비스를 제공합니다. 금융 지원을 받으려는 환자는 이 프로그램에 지원해야 합니다.

### 자격성

이 프로그램에 대한 자격을 얻으려면 환자는 금융 지원 신청서를 작성하고 특정 소득 기반 자격성 요건을 충족하거나 환자가 받는 치료에 대한 지불을 할 수 없게 만드는 상당한 경제적 어려움을 보여줄 수 있어야 합니다. 일반적으로, 가구 소득이 연방 빈곤 가이드라인의 250% 이하이고 치료비용에 대한 변제 지불을 위한 다른 출처가 없는 환자는 자격이 됩니다. 소득 수준을 기준으로 받은 치료에 대한 환자의 부담으로부터 100% - 60% 할인이 됩니다. FAP하에 지원을 받을 자격이 되는 것으로 판단되는 환자는 어떠한 경우에도 보험에 가입한 환자에게 제공되는 치료에 대해 병원에서 청구하는 금액 이상을 청구받지 않습니다. FAP는 OhioHealth Rehabilitation Hospital에서 청구하는 서비스와 병원에서 환자가 받는 의사가 제공하는 서비스에만 적용됩니다.

### 적용

금융 지원 방침과 금융 지원에 대한 신청서 무료 사본은 다음에서 받을 수 있습니다.

- OhioHealth Rehabilitation Hospital 케이스 매니저에게 연락
- OhioHealth Rehabilitation Hospital의 입원 사무소(614) 484-9700로 전화
- [www.ohiohealth-rehab.com](http://www.ohiohealth-rehab.com)에서 다운로드하기
- 우편 주소: OhioHealth Rehabilitation Hospital Case Management Department, 1087 Dennison Avenue, Columbus, Ohio 43201

작성한 신청서를 다음 주소로 우편 또는 인편으로 보내십시오. OhioHealth Rehabilitation Hospital Case Management Department, 1087 Dennison Avenue, Columbus, Ohio 43201

금융 지원 방침이나 신청 양식(양식을 보조인이 작성하는 경우 포함)에 관한 질문은 사례 관리의 이사에 전화(614-484-9676)를 걸어 처리할 수 있습니다.

### 번역

금융 지원 방침의 번역 사본, 해당 정책의 요약본 및 신청서 양식은 아랍어로 이용 가능합니다.

금융 지원 방침의 번역 사본, 해당 정책의 요약본 및 신청서 양식은 프랑스어로 이용 가능합니다.

금융 지원 방침의 번역 사본, 해당 정책의 요약본 및 신청서 양식은 독일어로 이용 가능합니다.

금융 지원 방침의 번역 사본, 해당 정책의 요약본 및 신청서 양식은 일본어로 이용 가능합니다.

금융 지원 방침의 번역 사본, 해당 정책의 요약본 및 신청서 양식은 한국어로 이용 가능합니다.

금융 지원 방침의 번역 사본, 해당 정책의 요약본 및 신청서 양식은 만다린어로 이용 가능합니다.

금융 지원 방침의 번역 사본, 해당 정책의 요약본 및 신청서 양식은 네팔어로 이용 가능합니다.

금융 지원 방침의 번역 사본, 해당 정책의 요약본 및 신청서 양식은 러시아어로 이용 가능합니다.

금융 지원 방침의 번역 사본, 해당 정책의 요약본 및 신청서 양식은 소말리아어로 이용 가능합니다.

금융 지원 방침의 번역 사본, 해당 정책의 요약본 및 신청서 양식은 스페인어로 이용 가능합니다.

금융 지원 방침의 번역 사본, 해당 정책의 요약본 및 신청서 양식은 베트남어로 이용 가능합니다.