

	유효 기간:	2026년 12월	1 / 12페이지
	마지막 개정일:	2023년 12월	
해당 부서: 모든 부서		해당 직원: 모든 직원	
정책명: 재정 지원 / 자선 사업 정책			

I. 목적

LPCH(Lucile Packard Children’s Hospital Stanford, 루실 패커드 아동 병원 스탠포드)에서 의료서비스를 받으며 보험이 없거나 일부 보험만 적용되는 환자를 위한 재정 지원의 자격 기준 및 신청 절차를 정의합니다. 또한, 본 정책은 이용 가능한 재정 지원의 유형을 설명하고 환자들이 LPCH에서 이러한 프로그램에 관한 정보에 접근할 수 있도록 강구하는 방법에 대해 설명합니다.

II. 정책

LPCH는 LPCH에서 의료적으로 필요한 서비스를 구하고 받았으나 지원 없이는 LPCH에 대한 지불 의무를 이행할 수 없는, 보험이 없거나 일부 보험만 적용되는 개인들에게 자선 사업 또는 재정적 곤란 할인(본 정책에서 각각 또는 통칭하여 "재정 지원"이라고 함)의 형태로 재정 지원을 제공하기 위해 부단히 노력하고 있습니다. LPCH는 환자 개인의 재정 상황을 고려하며 병원의 비영리 및 교육 목표를 충족시키며 병원의 전략적, 운영 및 재정적 목표에 부합하는 방식으로 재정 지원을 제공하고자 합니다.

- A. 재정 지원은 개인적인 책임을 대체하기 위해 고려되어서는 안 됩니다. 환자들은 LPCH의 재정 지원 요건에 협력하고 지불할 수 있는 개인 능력을 기반으로 의료서비스 비용을 지불해야 합니다.
- B. 본 정책은,
 1. 재정 지원의 자격 기준을 설명합니다.
 2. 본 정책에 해당되는 의료서비스 제공자 및 해당되지 않는 제공자 목록의 링크를 포함합니다.
 3. 본 정책에 따라 재정 지원을 받을 수 있는 자격이 있는 환자들에게 청구되는 금액의 계산 방법을 설명합니다.
 4. 환자들이 재정 지원을 신청할 수 있는 방법을 설명합니다.
 5. IRC 501(r)에 의거하여, '일반 청구 금액'을 결정하는 방법론을 규명합니다.
- C. 본 정책은 LPCH의 청구 및 추심 정책을 포함하지 않습니다. LPCH의 청구 및 추심 정책은 저희 재정 지원 웹페이지(<https://www.stanfordchildrens.org/en/patient-family-resources/financial-assistance-english>)에서 찾아볼 수 있습니다.
- D. LPCH의 추심 정책, 재정 지원 정책, 재정 지원 일반 언어 요약본(PLS), 일반 청구 금액(AGB) 계산, 재정 지원 신청서, 보험이 없는 환자에 적용되는 할인 정책은 저희 웹사이트의 재정 지원 페이지(<https://www.stanfordchildrens.org/en/patient-family-resources/financial-assistance-english>)에서 항상 확인할 수 있습니다.

- E. 추심 정책, 재정 지원 정책, 재정 지원 일반 언어 요약본(PLS), 일반 청구 금액(AGB) 계산, 재정 지원 프로그램에 참여하는 의사 및 참여하지 않는 의사 목록, 그리고 보험이 없는 환자에 적용되는 할인 정책이 종이에 인쇄된 무료 사본을 받으려면, 저희 재정 상담 부서에 (650) 498-7003번으로 문의하십시오. 이러한 문서를 직접 수취하기 위해 방문하실 수 있는 저희 사무소는 4700 Bohannon Drive, Menlo Park, CA 94025-9804에 위치하고 있습니다.
- F. 이러한 문서의 무료 번역본은 저희 웹사이트에 나와 있으며 종이에 인쇄된 사본으로도 제공됩니다. 번역된 언어는 LPCH가 서비스를 제공하는 지역사회의 1,000명 미만의 개인 또는 5%를 구성하며 영어 구사력이 제한적인 각 집단이 사용하는 모국어로 제공됩니다.
- G. LPCH는 본 정책에 따라 재정 지원 자격 여부와 관계없이 응급 의료 상황에 대한 의료서비스를 차별 없이 제공합니다. LPCH는 응급 의료서비스를 받고자 하는 개인을 단념시키는 행위를 하지 않습니다.

III. 정의

- A. **일반 청구 금액(AGB):** 해당 치료에 적용되는 보험이 있는 환자가 받는 응급 또는 기타 의료적으로 필요한 의료서비스에 대해 일반적으로 청구되는 금액. LPCH의 AGB는 매년 9월 1일에 업데이트됩니다.
- B. **자선 사업:** LPCH에서 제공하고 최우선 목록(아래 섹션 IV.D. 참조)에 수록된 의료적으로 필요한 서비스를 받은 환자가 지불해야 하는 재정적 의무의 100% 면제.
- C. **자격 적격 기간:** 재정 지원을 받을 수 있는 자격이 있다고 판단되는 환자의 적격성 기간은 12개월입니다. 또한, 재정 지원은 적격한 계정의 경우 재정 지원 신청일 이전에 발생한 서비스에 대해서도 적용됩니다.
- D. **응급 의료 상황:** 사회보장법(42 U.S.C. 1395dd) 제1867조의 의미 내에서 정의된 바대로, LPCH는 긴급, 응급 또는 생명을 위협하는 상황인 경우 LPCH 서비스 지역 외에서 오는 사람들을 치료합니다.
- E. **가족:** 18세 이상 환자의 경우, 환자의 배우자, 등록된 동거 파트너 및 (집에서 살고 있는지 여부와 관계없이) 21세 미만의 피부양 자녀. 18세 미만 환자의 경우, 가족은 환자의 부모, 친척 보호자, 그리고 부모 또는 보호자의 21세 미만의 자녀를 포함합니다. 한 부모가 소득세 신고 시 IRS(국세청) 규정에 따라 피부양자를 신고하는 경우, 해당 개인은 재정 지원 자격을 판단하기 위한 목적으로 피부양자로 고려될 수 있습니다. 본 정책에 따라 자격을 결정하는 데 있어서 해당 가구의 모든 자산을 확인합니다.
- F. **가구 소득:** 자격을 판단할 때 미국 인구통계국의 정의에 따라 연방 빈곤 기준에 의거하여 가구 소득을 결정합니다.
 - 1. 가구 소득에는 수입, 실업 수당, 산재보상, 사회보장(소셜시큐리티) 혜택금, 보조금(SSI), 공적 부조, 재향군인 지급액, 생존자 지급액, 장애 지급액, 연금 또는 퇴직 소득, 이자, 배당금, 임대료, 로열티, 자산 및 신탁 출처 소득, 교육 보조금, 위자료, 자녀 양육비, 가구 외 출처의 재정 지원, 그리고 기타 제소득이 포함됩니다.

2. 현금 이외의 혜택(즉, 메디케어, 메디케이드 및 골든 스테이트 어드밴티지 카드 EBT 혜택, 난방 지원, 학교 급식, 주택 보조, 비영리 단체에서 제공하는 생필조건 지원, 양부모 수당, 또는 재난 구호 지원)은 재정 지원 자격 판단 시 소득으로 간주되지 않습니다.
 3. 자본 이익 또는 손실은 세금 공제 전의 기준으로 결정되며,
 4. 한 개인의 가구 소득에는 모든 성인 가구 구성원의 소득이 포함됩니다. 18세 미만 환자의 경우, 가구 소득에는 부모 및/또는 양부모, 미혼 또는 동거 파트너 또는 친척 보호자의 소득이 포함됩니다.
- G. **연방 빈곤 기준:** 연방 빈곤 기준은 미국 연방 법전의 42장 9902조 2항 권한에 의거하여 미국 보건사회 복지부의 연방 공보에 따라 매년 업데이트됩니다. 현행 기준은 <http://aspe.hhs.gov/POVERTY/>에서 찾아볼 수 있습니다.
- H. **재정 지원:** 재정적 곤란을 겪고 있으며 해당 지원을 받기 위한 자격 기준을 충족하는 환자들을 위해 제공되는 지원으로, 의료적으로 필요한 LPCH 제공 서비스에 대해 예상되는 환자 부담 지출 비용을 전적으로 지불합니다. 본 정책에 따라, 재정 지원은 자선 사업 또는 재정적 곤란 할인입니다.
- I. **재정적 곤란 할인:** LPCH에서 제공되는 의료적으로 필요한 서비스를 통해 발생한 환자의 재정적 의무를 부분적으로 면제합니다. 연방 빈곤 기준의 400%를 초과하지 않는 연율 환산 가구 소득의 개인으로 보험이 없는 경우, 그리고 연방 빈곤 기준의 400%를 초과하지 않는 연율 환산 가구 소득의 개인으로 보험이 있으나 (1) LPCH에서 발생한 연간 환자 부담 비용이 현재 가구 소득 또는 이전 12개월 동안의 가구 소득 10% 중 더 적은 소득을 초과하는 경우, 또는 (2) 연간 환자 부담 비용이 가구 소득의 10%를 초과하고 지난 12개월 동안 환자 또는 환자 가족이 지불한 의료 비용에 대한 문서를 제공하는 경우 부분 할인 프로그램에 자격이 있을 수 있습니다.
- J. **보증인:** 본 정책의 목적상, 계정 잔액을 지불할 재정적 책임을 가진, 환자일 수도 있고 환자가 아닐 수도 있는 개인입니다.
- K. **총 청구액:** 수익 공제 전 환자의 의료서비스 제공을 위해 의료기관이 지정한 전체 요율을 기준으로 하는 총 청구액입니다.
- L. **의료서비스:** 의료적으로 필요한(아래 정의 참조) 병원 및 의사의 서비스입니다.
- M. **의료적으로 필요:** LPCH에서 환자를 진료하는 의사의 소견에 따라, 다음과 같은 서비스, 품목, 시술 또는 치료 수준의 의료서비스(응급 의료 상황을 치료하기 위한 서비스 포함)를 의미합니다.
1. 환자의 질환, 부상 또는 장애를 적절하게 치료 또는 관리하기 위해 필요한 의료서비스, 또는
 2. 질환, 상태, 부상 또는 장애의 발생을 방지하기 위해 합리적으로 예상되거나, 통상적으로 이루어지고 일반적으로 허용 가능한 예방 치료인 의료서비스, 또는
 3. 환자의 질환, 상태, 부상 또는 장애의 신체적, 정신적 또는 발달적 영향을
 4. 감소하거나 개선하기 위해 합리적으로 예상되는 의료서비스, 또는

5. 환자의 기능적 능력 및 환자의 연령에 적절한 기능적 능력을 고려하여, 환자가 일상 활동을 수행하는 데 필요한 최대 기능적 능력을 달성하거나 유지하도록 도와주는 의료서비스.
- N. **소득 증명:** LPCH는 재정 지원 자격을 결정하기 위한 목적을 위해서 최근 급여 명세서 또는 소득세 신고서 및 기타 정보에 나와 있는 지난 두 지급 기간 및/또는 전년도 세금 연도의 연간 가구 소득을 검토합니다. 소득 증명은 현재 수익 요율을 고려하여 당해 연도 가구 소득을 연율 환산하여 결정할 수 있습니다.
- O. **합당한 할부 결제 방식:** 환자 부담 비용에 대해 LPCH와 환자가 협상하여 합의한 연장된 기간의 무이자 할부 결제 방식입니다. 할부 결제 방식은 환자의 소득, 필수 생계비, 자산, 상환 금액 및 이전 지불 금액을 고려하여 결정됩니다. 재정적 곤란 할인을 받을 수 있는 자격이 있는 환자가 할인 적용 후 계정의 잔액을 지불할 능력이 없다고 밝힐 경우 할부 결제 방식이 제안될 것입니다.
- P. **보험이 없는 환자:** 지불 의무를 충족시키기 위한 보조를 제공하는 제3자 보험회사, ERISA 플랜, 연방 건강 보험 프로그램(예: 메디케어, 메디케이드, SCHIP 및 CHAMPUS), 산재보상, 또는 기타 제3자 지원에 의한 제3자 보험 적용을 받지 않는 개인을 의미합니다. 또한, 보험이 없는 환자에는 제3자 보험 적용 대상이라 하더라도 보험 적용 혜택 한도를 초과하였거나 보험 적용이 거부되었거나 LPCH에서 치료를 받고자 하는 환자를 위한 특정 의료서비스에 대해 보험 적용을 제공받지 않는 환자도 포함합니다. 제3자 보험 적용을 제공받는 환자 중 해당 제3자 보험회사가 LPCH 및/또는 그 의사들이 자사의 네트워크에 참여하지 않는 의료서비스 제공자로 간주하는 경우에는 보험이 없는 환자가 아닙니다.
- Q. **일부 보험만 적용되는 환자:** 사립 또는 공립 보험 적용을 받지만, 재정적 곤란으로 인해 LPCH에서 제공하는 의료서비스에 대해 예상되는 전체 환자 부담 비용을 지불할 수 없는 개인을 의미합니다.

IV. 일반 지침

- A. **적격한 서비스**
1. 본 정책에 따라, 재정 지원은 면허를 소지한 병원 및 계열 클리닉에서 의료적으로 필요한 서비스, 그리고 LPCH, 스탠포드 대학, 패커드 아동 병원 건강 연맹 또는 패커드 메디컬 그룹에 의해 고용된 의료서비스 제공자가 LPCH를 대신하여 제공하는 의료적으로 필요한 전문인/의사의 서비스에 적용됩니다. 적용 대상 제공자의 목록은 <https://www.stanfordchildrens.org/en/patient-family-resources/financial-assistance-english>에서 찾아볼 수 있습니다
 2. 특정 서비스가 의료적으로 필요한지 여부가 불확실한 경우, LPCH의 최고 의학 책임자(CMO) 판단으로 결정됩니다.

B. 비적격 서비스

1. 의료적으로 필요하다고 일반적으로 고려되지 않는 서비스이며, 따라서 재정 지원을 받기에 적격하지 않는 서비스는 다음과 같습니다.
 - a. 생식 내분비학 및 불임 치료 서비스
 - b. 미용 또는 성형 수술 서비스
 - c. 시력 교정 서비스(예: LASEK, PRK, 전도성, 각막 성형술, 인텍스 각막링 삽입술, 맞춤형 윤곽 C-CAP 및 안구내 콘택트 렌즈)
 - d. 청력 보조기 및 청취 보조 장치
2. 의사가 위에서 언급된 서비스가 의료적으로 필요하다고 판단하는 드문 경우, LPCH의 최고 의학 책임자의 검토 및 승인을 통해 해당 서비스는 재정 지원 대상이 될 수 있습니다.
3. LPCH의 고용인이 아닌 의료서비스 제공자가 제공한 전문인/의사 서비스. 본 정책에 따라 제외 대상인 지역사회 제공자의 목록은 <https://www.stanfordchildrens.org/en/patient-family-resources/financial-assistance-english>에서 찾아볼 수 있습니다
4. LPCH는 재량에 따라 제외 대상 서비스 목록을 변경할 수 있는 권리를 보유하고 있습니다.

C. 재정 지원을 받을 수 있는 환자의 자격 - 일반 규정

1. LPCH에서 의료서비스를 받는 모든 환자는 재정 지원을 신청할 수 있습니다.
2. 재정 지원을 신청하는 모든 개인은 섹션 IV.F에 개요된 절차를 준수해야 합니다.
- 재정 지원 신청 및 재정 관련 증빙 서류 제공.
3. LPCH는 본 정책에 따라 재정적 필요에 대한 개인별 결정을 토대로 자선 사업 수혜 또는 재정적 곤란 할인을 받을 수 있는 자격을 결정하며, 개인의 나이, 성별, 인종, 성적 성향 또는 종교적 연계를 고려하지 않습니다.
4. 이용할 수 있는 보험 적용을 위해 공립 프로그램에 대한 신청은 재정 지원 신청자의 책임입니다. 또한, 공립 또는 사립 건강 보험 옵션을 통해 LPCH에서 제공된 의료서비스 비용을 지불하는 방법을 먼저 강구해야 합니다. 해당되는 프로그램 및 식별할 수 있는 자금 지원 출처(COBRA 보험[건강 보험 혜택을 제한된 기간 동안 연장할 수 있도록 허용하는 미연방법] 적용을 포함)에 신청하기 위해 환자 또는 환자 보증인은 협조해야 합니다.
5. 해당 의료서비스에 대해 지불할 수 있는 프로그램에 신청하는 데 환자 또는 환자 보증인이 협조하지 않는 경우 재정 지원이 거부될 수 있습니다. LPCH는 환자 또는 환자 보증인이 공립 및 사립 프로그램에 신청할 수 있도록 도움을 주기 위한 적극적인 노력을 기울일 것입니다.
6. 연방 응급 의료 치료 및 노동법(EMTALA) 규정에 의거하여, 응급 의료 상황을 해소하기 위한 서비스를 제공하기 전에 환자의 재정 지원 또는 지불 정보를 선별

검토해서는 안 됩니다.

7. 연방 빈곤 기준은 재정 지원을 받을 수 있는 환자의 자격을 결정하는 데 사용됩니다. 재정 지원 자격은 가구 소득을 기준으로 결정됩니다.
8. 국세청은 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자가 건강 보험이 적용되는 개인의 응급 및 기타 의료적으로 필요한 서비스에 대한 일반 청구된 금액(AGB)보다 더 많은 비용을 청구받지 않도록 보장하는 방법론을 LPCH가 수립하도록 요구하고 있습니다. 이 요구사항을 충족하기 위해 LPCH는 메디케어 요율을 기반으로 하는 “특정 기간 검토(look-back) 방법”을 사용합니다. LPCH의 현행 AGB 백분율 및 계산 방법에 대한 자세한 내용은 <https://www.stanfordchildrens.org/en/patient-family-resources/financial-assistance-english>를 참조하십시오. 또한, 재정 상담 부서에 (650) 498-7003번으로 전화하여 무료 사본을 받아보실 수 있도록 우편 발송을 요청할 수 있습니다. 이러한 문서를 직접 수취하기 위해 방문하실 수 있는 저희 사무소는 4700 Bohannon Drive, Menlo Park, CA 94025-9804에 위치하고 있습니다.
9. LPCH는 환자들의 지불을 받기 위해 합당한 추심 활동을 할 수 있습니다. 일반적인 추심 활동에는 환자 청구 명세서 발행, 전화 통화, 환자 또는 보증인에게 발송된 청구 명세서의 전달이 포함될 수 있습니다. LPCH 또는 추심업자는 비정상적인 추심 활동(LPCH 추심 정책에 설명된 정의 참조)을 하지 않습니다. LPCH 추심 정책 사본은 LPCH 청구 웹사이트(<https://www.stanfordchildrens.org/en/patient-family-resources/financial-assistance-english>)에서 무료로 받으실 수 있습니다. 또한, 재정 상담 부서에 (650) 498-7003번으로 전화하여 무료 사본을 받아보실 수 있도록 우편 발송을 요청할 수 있습니다. 이러한 문서를 직접 수취하기 위해 방문하실 수 있는 저희 사무소는 4700 Bohannon Drive, Menlo Park, CA 94025-9804에 위치하고 있습니다.
10. 보험에 가입된 환자의 건강 보험 플랜을 통해 보험 혜택이 적용되지 않거나 보험 혜택 한도로 인해 허용되지 않아 거절된 의료적으로 필요한 서비스는 재정 지원을 받을 수 있는 자격이 있습니다.

D. 자선 사업

1. LPCH는 재정 지원을 신청하고 LPCH가 자격이 있다고 판단하는 환자들에게 자선 사업을 통해 제공되는 혜택을 수여합니다. LPCH는 다음 우선순위에 따라 이 결정을 합니다.
 - a. **제1 우선순위:** 자선 사업 수혜자로 LPCH의 제1 우선순위는 응급 서비스를 받는 환자입니다. (EMTALA에 따라, 법적으로 요구되는 선별 검토 및 모든 필요한 안정 치료를 환자가 받기 전에는 LPCH의 재정 지원 자격 결정이 이루어질 수 없습니다.)
 - b. **제2 우선순위:** 제2 우선순위는 기타 의료적으로 필요한 서비스를 받고,

LPCH가 거주지 또는 직장에서 가장 가까운 병원인 환자입니다 (일반적으로, 환자의 거주지 또는 직장이 소재하는 곳에 카운티 병원이 있고, 해당 카운티 병원에서 환자가 필요로 하는 비응급 서비스를 제공할 수 있는 경우, 환자는 해당 카운티 병원에서 서비스를 받도록 안내를 받습니다.)

- c. **제3 우선순위:** 자선 사업 수혜자로 LPCH의 제3 우선순위는 기타 의료적으로 필요한 서비스를 받고, LPCH가 거주지 또는 직장과 가장 가까운 병원은 아니지만 다음 중 하나 이상의 요인이 해당되는 환자입니다.
- 1) 독특하거나 특이한 질환이 있는 환자로, 최고 의학 책임자의 판단에 따라 LPCH에서 치료를 받아야 하는 환자, 또는
 - 2) 최고 의학 책임자 및 최고 재무 책임자 또는 최고 수익 책임자의 판단에 따라, 환자가 LPCH의 교육 사명을 보다 발전시킬 교육적 또는 연구적 기회를 제공하는 경우

2. LPCH는 최고 의학 책임자와 최고 재무 책임자의 검토 및 승인을 후, 전문화된 고비용 서비스에 대해 자선 사업 혜택을 수여할 수 있습니다.
3. LPCH는 재량에 따라 제외 대상 서비스 목록을 변경할 수 있는 권리를 보유하고 있습니다.

- E. 재정적 곤란 할인의 경우, 상기 설명된 바에 따라 자선 사업 수혜 자격은 없지만 상기 정의된 바대로 달리 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자를 위해서 LPCH는 의료서비스에 대한 예상되는 청구 금액을 LPCH의 정부 지급자와 같은 할인된 요금으로 제한합니다.
1. LPCH는 자격이 있는 환자에게 합당한 할부 결제 방식을 제안합니다.
 2. LPCH는 본 정책에 나와 있는 바와 같이 재정 지원을 신청하는 절차에 따라 재정적 곤란 할인을 받을 수 있는 환자의 소득 및 적격성을 결정합니다.
 3. 재정적 곤란 할인을 받을 수 있는 자격이 있는 환자는 환자 부담금, 가입자 공제액 또는 공동 보험금 지불 의무를 포함하여 본 정책에 포함된 응급 또는 기타 의료적으로 필요한 서비스에 대한 총 청구액이나 AGB 이상의 금액이 청구되지 않을 것입니다.
 4. AGB에 근거한 할인은 재정적 곤란 할인을 받을 수 있는 자격이 있는 환자에게 주어집니다. 할인은, 보험이 없는 환자에게 제공된 의료적으로 필요한 서비스에 대한 총 청구액 또는 보험이 있는 환자의 플랜을 통해 혜택을 받을 수 없는 의료적으로 필요한 서비스에 대한 총 청구액에 적용됩니다. LPCH의 AGB는 연간 계산되며 별도로 첨부된 “일반 청구 금액(AGB) 계산” 제목의 자료에 게시됩니다. 이 자료는 본 정책의 섹션 III.A 및 IV.C.8에 자세히 나와 있는 바와 같이 제공됩니다. AGB 백분율은 퇴원일이 지난 회계연도인 서비스에 대해 메디케어가 허용하는 청구 비용을 사용해 계산됩니다. 이러한 청구 비용의 경우, 모든 허용

가능한 보상 금액의 합계를 관련 총 청구액으로 나눕니다. 자체 재량으로, LPCH는 보험이 있는 적격환자의 환자 부담금, 가입자 공제액 또는 공동 보험금, 또는 보험 혜택이 적용된 후 환자가 지불해야 하는 기타 비용에 재정적 곤란 할인을 적용할 수 있습니다.

5. 보험이 없는 환자에게 부과된 금액은 LPCH의 보험이 없는 환자에게 적용되는 할인 정책에 나와 있는 원칙과 절차에 따라 결정되며 AGB 계산 및 본 재정 지원 정책과는 달리 구별됩니다. 보험이 없는 환자에게 적용되는 할인 정책에 관한 추가 정보는 LPCH의 재정 상담 부서(섹션 II.C에 나와 있는 전화번호 및 주소 참조)에 문의해서 받아볼 수 있습니다.

F. 재정 지원 신청:

1. 의료서비스에 대한 LPCH 청구서를 지불할 수 있는 능력이 없다고 알리는 모든 환자는 자선 사업, 기타 자금 지원 또는 LPCH 재정 상담 부서의 재정적 곤란 할인의 수혜자로서 자격이 있는지 평가를 받습니다.
2. 환자가 의료서비스 비용을 지불 능력이 없다고 LPCH 직원이 판단하는 경우, 직원은 해당 환자에게 이용할 수 있는 재정 지원이 있으며 신청서를 환자 재정 서비스, 환자 입원 서비스, 응급실, 모든 클리닉, 고객 서비스, 재정 상담, 환자 관계 및 사회 서비스에서 받을 수 있다고 알려야 합니다. 재정 지원 정보 및 신청서는 영어로, 그리고 LPCH가 서비스를 제공하는 지역사회 1000명 또는 5% 이하를 구성하는 관련 집단의 LPCH 지역사회가 구사하는 각 언어로 제공됩니다.
3. 환자가 비응급 서비스를 받기 전에, LPCH 재정 상담사는 환자 또는 환자의 가족을 공립 또는 사립 지급자가 지불하는 프로그램과 연결할 수 있는지 결정하기 위해 초기 선별 검토할 수 있습니다. 의료서비스가 아직 제공되지 않았고 응급 상황이 아닌 경우, 재정 상담사는 환자의 거주지 또는 직장이 소재하는 카운티에 위치한 카운티 병원에서 의료서비스를 제공할 수 있는지 결정하는 데 도움을 줄 것입니다.
4. LPCH에서 환자는 자격이 있을 수 있는 정부 운영 프로그램(예: 메디케어[Medicare], 캘리포니아의 메디케이드[Medi-Cal], 또는 캘리포니아 보건 혜택 거래소[California Health Benefit Exchange]를 통한 보험 가입)에 신청하기 위해 필요한 정보를 제공하고 전적으로 협조해야 합니다. 또한, 환자는 재정 지원 신청서를 작성하도록 요청받을 것입니다.
5. 재정 지원을 신청하는 모든 환자는 재정 지원 신청서에 명시된 필수 정보 목록에 따라 LPCH에 소득 증명 및 의료 보험 적용을 제공하는 모든 합리적인 노력을 기울여야 합니다. 신청서를 제출한 환자가 재정 지원을 받을 수 있는 자격이 있는지 LPCH가 결정하는 데 필요한 합당하고 필요한 정보를 제공하지 않는 경우, LPCH는 환자의 비협조를 참작하여 결정을 내릴 수 있습니다. LPCH 재정 상담 팀은 환자에게 적시에 완전한 정보를 제공하지 않을 경우 초래될 수 있는 결과를 환자에게 알릴 것입니다.

6. 본 정책에 명시된 신청 요구사항을 충족한 환자에게 자선 사업 수혜 또는 재정적 곤란 할인을 LPCH가 거부하는 경우, 환자는 LPCH 재정 상담 팀에 연락하여 거부 결정을 재검토하도록 요청할 수 있습니다.
 7. 환자에게 별도의 기간이 적용된다고 알리지 않는 한, 본 정책에 따라 제공되는 재정 지원은 상기 명시된 자격 적격 기간 동안 유효합니다. 그러나 LPCH는 환자의 재정 상태에 변경사항이 있는 경우 당해 1년 기간 동안 재정 지원 자격을 다시 평가할 권리를 보유합니다.
작성한 신청서 및 모든 필수 문서를 다음 주소로 보내십시오.
재정 지원
4700 Bohannon
Drive
Menlo Park, CA
94025
 8. 신청서 작성 및 재정 지원 신청에 관해 질문이 있거나 재정 지원 문서의 사본을 받으려면, (650)498-7003 또는 이메일(PFA@stanfordchildrens.org)로 문의하십시오.
- G. 재정 지원에 대한 공지. LPCH는 다음과 같은 방식을 통해, 재정 지원 정책 및 프로그램에 관한 정보를 쉽게 제공하기 위해 노력합니다.
1. 본 정책, 평이한 언어 요약본, 일반 청구 금액(AGB) 계산 및 LPCH 재정 지원 신청서가 LPCH 웹사이트에 게재되어 있습니다.
 2. 재정 지원 이용에 관한 공지를 응급실, 긴급 치료 센터, 입원 및 등록 부서, 환자 재정 서비스, 그리고 LPCH가 적절하다고 여기는 기타 위치에 잘 보이도록 게시하고 있습니다.
 3. 재정 지원 정책(FAP), 재정 지원 신청서, 일반 청구 금액(AGB) 계산 및 평이한 언어로 된 재정 지원 정책 요약본의 무료 사본을 요청하는 경우 우편으로, 그리고 공공 장소에서 제공합니다.
 4. 내원 또는 퇴원 절차의 일부로 요약본의 사본을 제공하여 환자에게 공지합니다.
 5. 재정 지원 정책 및 신청 절차에 관한 정보를 제공할 수 있는 LPCH 사무실 전화번호 및 재정 지원 정책이 게재된 웹사이트 주소를 비롯하여, 재정 지원 이용에 관한 서면 공지를 잘 읽어볼 수 있도록 청구서에 포함시키고 있습니다.
 6. 공지사항 및 기타 정보를 LPCH가 서비스를 제공하는 지역사회 1,000명 미만 개인 또는 5%를 구성하는 제한된 영어를 구사하는 각 집단이 사용하는 모국어로 제공합니다.
 7. 적절한 지역사회 보건 및 복지 서비스 기관 및 재정 지원 도움이 필요한 사람들을 돕는 기타 단체에 재정 지원 정책 또는 프로그램 개요를 제공합니다.
 8. 보험이 없는 환자 및 잠재적으로 일부 보험만 적용되는 환자와 말로 소통하는 경우, 그리고 환자 청구서를 통해서 재정 지원에 관한 정보(문의 연락처 등)를

제공합니다.

9. 환자의 LPCH 청구서에 관한 재정 상담을 제공하고 있으며 이러한 상담을 이용할 수 있다는 사실을 알립니다. (참고: 재정 상담사의 도움을 받을 수 있도록 예약을 잡는 것은 환자 또는 환자 보증인의 책임사항입니다.)
10. LPCH의 재정 지원 및 추심 정책 및 관례에 관한 정보와 교육을 관련 있는 사무 및 임상 직원에게 제공합니다.
11. 환자가 재정 지원을 받을 수 있도록 LPCH 직원 또는 의료진(의사, 간호사, 재정 상담사, 사회복지사, 사례관리자, 목사 및 종교 후원자 등)을 통한 의뢰를 장려합니다.
12. (해당 개인정보 보호법에 의거하여) 환자, 환자의 보증인, 가족 구성원, 가까운 친구 또는 지인을 통한 재정 지원 요청을 장려하고 지원합니다.
13. 환자 또는 이해관계인이 재정 지원 정책에 관한 추가 정보를 말로 또는 서면으로 요청하는 경우 응답합니다.
14. 재정 지원에 관한 정보를 LPCH 뉴스레터에 수록합니다.

V. **규정 준수**

- A. 정직원, 계약직원, 학생, 자원봉사자, 유자격 의료진을 포함하는 모든 직원, 그리고 SHC에 소속되어 의료업에 종사하는 개인은 본 정책을 준수할 책임이 있습니다.
- B. 본 정책의 위반은 해당 부서 관리자를 비롯하여 부서 관리자 또는 병원 정책에 따라 적절하다고 판단되는 다른 부서에 신고될 것입니다. 위반 행위의 성격, 범위 및 병원에 대한 잠재적 위험을 결정하기 위해 조사를 받습니다. 본 정책을 위반하는 직원은 해고를 포함한 적절한 징계 조치를 받을 수 있습니다.

VI. **관련 문서**

- A. LPCH 재정 지원 신청서
- B. LPCH 연방 빈곤 기준
- C. 보험이 없는 환자에게 적용되는 LPCH 할인 정책
- D. LPCH 추심 정책
- E. LPCH/SHC EMTALA 정책

VII. **문서 정보**

- A. 참고 자료

참고 자료	증거 수준	검토 날짜
캘리포니아 보건 안전법, 제127400~127446절, 수정본.		
캘리포니아 규정, 제22장		

연방 환자보호 및 적정의료법(ACA), 국세법 501(r)절 및 그에 따라 제정된 규정.

B. 저자/원본 날짜

2004년 10월, David Haray, VP, 환자 재정 서비스

C. 배포 및 교육 요구사항

본 정책은 LPCH(Lucile Packard Children’s Hospital Stanford, 루실 패커드 아동 병원 스탠포드)의 환자 의료서비스 매뉴얼에 수록되어 있습니다.

D. 검토 및 갱신 요구사항

본 정책은 3년마다 또는 법률이나 규정의 변경에 따라 필요할 때 검토 및/또는 개정됩니다.

E. 검토 및 개정 이력

2004년 10월, Shoshana Williams, 디렉터, 환자 재정 서비스

2004년 10월, David Haray, VP, 환자 재정 서비스

2005년 4월, David Haray, VP, 환자 재정 서비스

2007년 1월, OGC(법무담당관 사무실)

2007년 1월, T. Harrison, 환자관계 담당 디렉터

2007년 6월, Sarah DiBoise, 최고 병원법무 책임자, Gary May, VP 관리의료 SUMC, David Haray, VP 환자 재정 서비스, SUMC

2011년 2월, B. Bialy(PFS) 및 S. Shah(임상 인증)

2013년 3월, M. Miller(PASC 디렉터), B. Kelsey(PFS CRO)

2014년 12월, Andrea M. Fish, OGC

2015년 3월, Andrea M. Fish, OGC

2016년 7월, Andrea M. Fish, OGC, S. Tienken(PFS 디렉터), B. Kelsey(CRO)

2018년 8월, OGC

L. Moffett, 2023년 12월

F. 승인

2005년 9월, David Haray, VP 환자 재정 서비스

2007년 1월, S. DiBoise, 최고 병원법무 책임자

2007년 9월, LPCH 이사회 공공 정책 및 지역사회 서비스위원회

2011년 1월, LPCH VP 운영

2011년 4월, LPCH 이사회 공공 정책 및 지역사회 서비스위원회

2013년 3월, LPCH VP 운영

2015년 1월, LPCH VP 운영

2015년 4월, LPCH 재정위원회

2016년 7월, LPCH VP 운영

2018년 9월, LPCH 이사회 공공 정책 및 지역사회 서비스위원회, LPCH 재정위원회, LPCH VP 운영

2021년 9월, LPCH 이사회 공공 정책 및 지역사회 서비스 위원회, LPCH 재정위원회, LPCH

운영

2023년 12월, 이사회

본 문서는 Lucile Packard Children's Hospital Stanford의 직원을 대상으로 제작되었습니다.

외부 용도로 그 어떤 진술이나 보증도 제공되지 않습니다.

무허가 외부 복제 또는 출판은 금지됩니다.