



NEW YORK CITY DEPARTMENT OF
HEALTH AND MENTAL HYGIENE
Ashwin Vasan, MD, PhD
위원

Ashwin Vasan, MD, PhD
위원

Gotham Center
42-09 28th St.
Long Island City, NY 11101

February 26, 2024

부모님께

뉴욕시 보건 및 정신위생부(NYC 보건부)가 성인(19 세 이상)에게 제공되는 건강 보험 정보 또는 특정 진료소의 서비스에 대한 수수료를 요청함을 알려드리기 위해 이 서신을 보내드립니다. 뉴욕시 보건부는 Medicaid 기준 및 다른 법적 요건을 충족하기 위하여 서비스에 필요한 보험 또는 지불을 요청해야 합니다.

- 건강 보험에 가입하지 않으셨거나 이번 방문에 대한 보험 청구를 원하지 않는 경우 **섹션 A** 를 참조하십시오.
- 건강 보험을 이용하여 이 방문 비용을 지불하려면 **섹션 B** 를 참조하십시오.

건강 보험에 가입하지 않으셨거나 비용을 지불할 수 없을 경우에도 서비스를 받으실 수 있습니다.

청구와 관련한 자세한 정보를 원하시면, nyc.gov/health 를 방문하신 후 진료 청구서 FAQ 를 검색하시거나 311 • 전화하셔서 “보건부 진료 청구서”에 대해 문의하십시오. 궁금한 사항이 있으시면, 클리닉 직원에게 문의하십시오.

감사합니다.

Ashwin Vasan, MD, PhD
위원
뉴욕시 보건 및 정신위생부

A. 건강 보험에 가입하지 않으셨거나 이번 방문에 대한 보험 청구를 원하지 않는 경우:

수입에 따른 차등 지불제를 이용해 주시기 바랍니다.

1. “가족 구성원 수”란에서 귀하를 포함하여 귀하의 집에 거주하는 가족 인원을 선택하십시오.
2. 가로로 내려 읽으며 귀하의 연간 소득을 찾습니다. 귀하에게 가족 규모 또는 연간 소득에 대한 증빙서류를 요청하지 않습니다.
3. 아래로 따라 내려가면 귀하가 납부할 금액이 보입니다.
4. 수표 또는 우편환(현금 불가)의 수취인을 다음과 같이 작성하십시오. **NYC Department of Health and Mental Hygiene.**
5. 수표나 우편환에 **환자의 성명, 방문 날짜, 환자의 전자 의료 기록 식별(EMR ID) 번호(본 서신 앞면의 라벨에 있음)**를 기재하십시오. 보내실 주소는 아래에 있습니다.

지침

<p>1 단계. 귀하의 가족 구성원 수를 확인하십시오(같이 거주하는 모든 성인 및 아동 포함).</p>	<p>2 단계. 나열된 열에서(왼쪽에서 오른쪽으로) 1년 동안 지급받는 금액을 확인하십시오.</p>	<p>3 단계. 차트 하단의 열을 따라 진료소 방문에 대해 귀하가 지불해야 할 금액을 알아보십시오.</p>
--	--	--

수입에 따른 차등 지불제

가족 구성원 수	연간 수입					
	\$14,580 이하	\$14,581~\$18,225	\$18,226~\$21,870	\$21,871~\$29,160	\$29,161~\$36,450	\$36,451 이상
1인	\$19,720 이하	\$19,721~\$24,650	\$24,651~\$29,580	\$29,581~\$39,440	\$39,441~\$49,300	\$49,301 이상
2인	\$24,860 이하	\$24,861~\$31,075	\$31,076~\$37,290	\$37,291~\$49,720	\$49,721~\$62,150	\$62,151 이상
3인	\$30,000 이하	\$30,001~\$37,500	\$37,501~\$45,000	\$45,001~\$60,000	\$60,001~\$75,000	\$75,001 이상
4인	\$35,140 이하	\$35,141~\$43,925	\$43,926~\$52,710	\$52,711~\$70,280	\$70,281~\$87,850	\$87,851 이상
5인	\$40,200 이하	\$40,201~\$50,350	\$50,351~\$60,420	\$60,421~\$80,560	\$80,561~\$105,420	\$105,421 이상
6인	\$45,420 이하	\$45,421~\$56,775	\$56,776~\$68,130	\$68,131~\$90,840	\$90,841~\$113,550	\$113,551 이상
수수료	\$0	\$2	\$3	\$20	\$30	\$40

수입에 따른 차등 지불제의 예:

- 연간 소득이 \$19,000 인 1인(가족 구성원 수: 1인)의 수수료는 \$3입니다.
- 자녀 3명, 배우자, 부모(가족 구성원 수: 6인)와 함께 거주하고 있으며 연간 소득이 \$60,421인 사람은 \$20의 수수료를 지불하게 됩니다.

B. 건강 보험을 이용하여 방문 비용을 지불하는 경우:

오늘 보험 카드를 지참하지 않으셨다면 본 페이지 하단을 작성하여 아래 우편주소로 제출해 주시기 바랍니다.

클리닉에서 보험 정보를 제공했거나 우편으로 제출하는 경우, 귀하 또는 보험 계약자는 보험 제공자로부터 혜택 설명(Explanation of Benefit, EOB)을 받을 수 있습니다. EOB에는 귀하가 받은 서비스가 나열되어 있으며 본인부담금이 필요한지 여부가 표시됩니다. 본인부담금을 지불해야 하는 경우 **NYC Department of Health and Mental Hygiene** 을 수취인으로 하는 수표나 우편환(현금 아님)을 아래 주소로 보내주십시오. 수표 또는 우편환에는 **환자의 성명, 방문 날짜 및 환자의 EMR ID 번호**(본 서신 앞면의 라벨에 있음)가 기재되어야 합니다.

우편 주소:

NYC Department of Health and Mental Hygiene
Attn: Division of Finance
42-09 28th St., CN48
Long Island City, NY 11101



본인의 방문 비용은 아래의 건강 보험으로 청구해 주십시오.

건강 보험명(필수 사항): _____

건강 보험 주소: _____

건강 보험 전화번호: _____

보험 ID (필수 사항): _____ 그룹 번호: _____

보험 보장이 배우자, 부모 또는 다른 사람을 통한 경우:

보험계약자 이름: _____ 보험계약자 생년월일: _____

피보험자와의 관계(환자 또는 본인이 아닌 경우): 배우자 부모 기타

서명: _____

날짜: _____