

제목: 환자 재정 지원(자선) 프로그램  
 부서: 수익 주기 관리  
 효력 발생일: 08/2017 검토자:  
 이전 버전: 02/2005, 10/2012, 03/2013, 08/2015,  
 04/2016  
 대체:

## 정책 및 절차

**\*\*본 내용을 읽을 때는 이 문서의 최신 버전에 대한 중앙 정책 데이터베이스(Central Policy Database)를 참조하시고 다른 인쇄 버전은 신뢰하지 마십시오.\*\***

승인된 서명: David Okabe  
 이름: David Okabe 직책: 수익 주기 관리 시스템 이사

승인된 서명: Steve Robertson  
 이름: Steve Robertson 직책: 부사장 겸 CIO

승인된 서명: Will Burke  
 이름: William V. Burke 직책: 부사장 겸 최고 재무 책임자(CFO)

KMCWC 위원회 승인 2017년 6월 21일  
 PMMC 위원회 승인 2017년 7월 19일  
 SCH 위원회 승인 2017년 7월 13일  
 WMH 위원회 승인 2017년 6월 22일

### 범위:

본 정책은 KMCWC(Kapi'olani Medical Center for Women & Children), PMMC(Pali Momi Medical Center), SCH(Straub Clinic & Hospital), WMH(Wilcox Memorial Hospital), KMS(Kapi'olani Medical Specialists) 및 KMC(Kaua'i Medical Clinic) 등 HPH(Hawai'i Pacific Health) 기관과 모든 산하 조직에 적용됩니다. 본 정책은 HPH 위치에서 환자를 치료하거나 환자에게 의료 서비스를 제공할 수 있는 비 HPH 공급자에게 적용되지 않습니다. 본 정책의 부록 E에는 HPH 위치에서 서비스를 제공하는 비 HPH 공급자를 열거하였습니다.

### 정책문:

연령, 성별, 인종, 종교, 출신 또는 지불 능력과 상관없이 모든 이들에게 의료 서비스를 제공하는 철학과 사명에 응하는 것은 Hawai'i Pacific Health 및 소속 기관의 정책입니다.

본 정책의 목적은 부당한 대우를 받거나 응급 치료 비용을 낼 수 없는 환자들에게 재정적 지원과 Hawai'i Pacific Health 산하 기관에서 받은 의학적으로 필요한 서비스를 제공하기 위한 공정하고 일관된 가이드라인을 수립하는 것입니다.

### 정의:

총 소득: 연방 또는 주 세금의 대상이 아닌 소득 등 어떤 수익원을 통해서든 취득한 모든 가구 소득.

미보험자: 의료 공급자에 대한 재정적 책임을 금전적으로 지급할 수 있게 도움을 주는 보험 또는 타 지원이 없는 환자

## HPH: 환자 재정 지원(자선) 프로그램

### 용어정의(계속)

**보험을 충분히 들지 않은 자:** 보험을 들었거나 타 지원 기관을 통해 의료 서비스 결제를 도움 받는 환자, 재무 능력을 초과하는 자기 부담 비용을 이월하거나 이월할 가능성이 높은 환자.

**의학적 필요:** 본 정책의 목적을 위해, 의학적 필요는 미국 의학 협회(<https://www.ama-assn.org/ama/home.page>, 2015년 8월)에 따라 정의되었습니다.

"의학적으로 필요한 서비스는 신중한 의사가 병, 상해, 질병 또는 해당 증상을 예방, 진단 또는 치료하기 위한 목적으로 다음과 같은 방식에 따라 환자에게 제공하는 의료 서비스를 말합니다. 즉, (a) 의료 행위에 대하여 일반적으로 인정된 기준 사용, (b) 유형, 빈도, 정도, 현장 및 기간적 측면에서 임상적으로 적절한 방식, (c) 주로 건강 보험 및 구매자의 경제적 이익이나 환자의 편의, 치료 의사 또는 타 의료 공급자의 편의를 위해서가 아닌 방식입니다."

**응급 진료:** EMTALA(Emergency Medical Treatment and Active Labor Act) 법에 의해 정의된 응급 진료 조건에 대한 진료 또는 치료입니다.

**주민:** 해당 주에 거주하는 모든 개인, 해당 주에 거주하든, 거주하지 않든 해당 주에 상주하는 모든 개인. 해당 주에 "상주"한다는 것은 일시적 또는 임시적 목적 외 다른 목적으로 해당 주에 체류하는 것을 의미합니다. (HRS-1에서 정의) 본 정책의 목적을 위해, 개인이 재정적 지원을 받을 수 있다고 인정을 받으려면 최소 30일 이상 하와이 주에 거주자로 체류해야 합니다.

**일반 청구 금액(AGB):** 이 금액은 일반적으로 응급 치료 또는 의학적으로 필요한 치료에 대하여 보험 환자에게 청구됩니다.

**사실상 자각:** 재정 지원에 대한 적격성을 결정하기 위해 병원에서 데이터의 외부 소스를 사용하는 프로세스입니다.

**가족:** 미국 인구 조사국에서 정의한 것처럼 가족은 출생, 결혼, 입양 및 동거와 연결된 2명 이상의 그룹을 말합니다(한 명은 세대주). 그러한 모든 구성원들은 한 가족의 구성원으로 간주됩니다. (<https://www.census.gov/cps/about/cpsdef.html>)

**의료비 부족:** 가족 소득이 하와이 주 최신 연방 빈곤 가이드라인(Federal Poverty Guidelines)의 400%를 초과하고 해당 의료비가 결합 가족 소득과 유동 자산의 15%를 초과하기 때문에 자신의 의료비의 일부 또는 전액을 지불할 수 없는 자

### 정책 및 절차:

#### I. 정책

##### A. 프로그램 가이드라인

## HPH: 환자 재정 지원(자선) 프로그램

1. 본 정책 조건에 따라 보험 미가입자 또는 충분히 보험에 들지 않은 환자에게 재정 지원을 제공하는 것은 HPH의 정책입니다.
2. 건강 상태 진단 또는 치료를 담당하는 HPH 제휴 응급실에 입실하는 모든 개인을 대상으로 지불 능력과 상관없이 HPH EMTALA 정책과 일치하는 모든 응급 상황에 대한 의료 심사 검사 및 진료를 제공합니다.
3. 재정 지원은 치료가 의학적으로 필요하다고 판단되는 서비스에만 이뤄지며, 환자가 재정 기준을 충족하는 것으로 확인되면 제공됩니다. HPH는 가족 수와 소득에 따라 무료 치료 및 할인 치료를 제공합니다.
4. 자선 치료는 지불에 대한 대체 수단 선택으로 간주되지 않기 때문에 환자는 자선 치료에 대한 승인을 얻기 전에 지불 또는 재정 지원의 다른 수단을 찾는 데 도움을 받을 수 있습니다.
5. 건강 보험에 가입할 수 있는 재정 능력을 가진 것으로 판단되는 미보험 환자는 의료 이용 및 전반적인 복지를 보장 받으려면 그렇게 하는 것이 유리할 수 있습니다.

### B. 환자 자격

1. 가족 소득이 떨어졌거나 하와이 주 최신 연방 빈곤 가이드라인(FPG)보다 400% 미만인 경우 신청자는 재정 지원을 받을 수 있습니다.
2. 결합 가족 소득과 유동 자산의 15%를 초과하는 환자의 잔액에 대하여 FPG의 400%를 초과하는 가구 소득 수준을 가진 지원자는 의료 지출 능력이 떨어지고 재정 지원을 받을 자격이 된다고 간주됩니다. 환자는 소득과 자산의 모든 형태를 공개해야 합니다.
3. 이 정책은 하와이 주 거주자에게 해당됩니다. 비거주자는 응급 치료를 제외하고 재정 지원 자격에서 제외됩니다. Hawai'i Pacific Health는 원내 재량에 따라 각각의 경우에 대하여 사실 및 상황의 검토에 따라 이러한 배제를 포기할 수 있습니다.
4. 지원자는 타사 자금을 확보하기 위해 모든 필요한 단계 등 HPH 신청 절차를 완료해야 합니다.
5. 재정 지원 자격 대상자에 들어가려면 환자는 모든 적격 기준을 충족해야 합니다.

### C. 추정 자격

1. HPH는 일부 환자가 재정 지원 신청서를 작성하지 않았거나, 문서에 대한 요청을 따르지 않았거나, 그렇지 않으면 신청서 절차에 응하지 않았을 수 있음을 알고 있습니다. 작성된 문서가 없는 경우 HPH는 개인의 재정적 필요를 평가할 수 있게 해주는 다른 정보 출처를 활용합니다.
2. HPH는 다음과 같은 두 가지 방법으로 추정하여 적격 환자를 고려할 수 있습니다.
  - a. 서류가 불충분하더라도 소득을 기준으로 적격 여부를 결정하는 데 사용할 경우 HPH는 재정 지원 자격을 결정하기 위해 다른 정보 소스를 사용할 수 있습니다. 이 상황은 다음과 같습니다.
    - i. 환자가 노숙자입니다.
    - ii. 환자가 푸드 스탬프, 지원 주택, 복지 또는 Quest/Medicaid 보험 등 다른 주, 연방 또는 현지 지원 프로그램을 받을 자격이 됩니다.

## HPH: 환자 재정 지원(자선) 프로그램

- iii. 환자가 범죄 피해자 기금(Crime Victims Fund) 또는 성폭력 치료 센터(Sexual Assault Treatment Center) 보조금 지원을 받을 자격이 됩니다. 이 지원은 범죄 피해자 기금(Crime Victims Fund) 또는 SATC 프로그램 지원 후 모든 환자 부담금을 포함하는 일회성 지원으로 간주될 수 있습니다.
  - iv. 환자가 재산 없이 사망했습니다.
  - v. 환자가 파산 신청을 했습니다.
  - b. HPH는 재정 지원 자격 대상 환자를 식별하기 위해 공개된 데이터와 외부 데이터 공급자로부터 받은 데이터를 사용하여 데이터 분석을 사용할 수 있습니다.
    - i. 외부 데이터에는 신용 보고 기관에서 온 신용 점수 및 인구 통계 데이터, 공공 지원 프로그램 등록 데이터 및 공공 기관으로부터 온 사용 가능한 기타 데이터가 들어 있습니다.
    - ii. 데이터 분석을 사용하여 반환된 정보는 이 정책에 따른 재정적 필요에 대한 적절한 문서로 간주됩니다.
3. 추정 자격을 인정 받은 환자에게는 해당 자격에 대한 통지가 전달되지 않습니다.
  4. 환자는 무료 치료를 받을 자격이 있는지 여부와 관계없이 재정 지원 신청서를 작성할 수 있습니다. 서류 신청 과정의 결과는 재정 지원의 최종 결정에 우선 적용됩니다.
- D. 할인액
1. 하와이 주에 대한 연방 빈곤 가이드라인의 200% 이하인 소득 수준의 경우, 대상 환자는 100% 할인(무료 진료)을 받을 수 있습니다.
  2. 연방 빈곤 가이드라인 기준 200%보다 크고 400%보다 작거나 같은 소득 수준의 경우 대상 환자는 현재 잔고에 대하여 85% 할인을 받을 수 있습니다.
  3. 재정 지원을 받을 자격이 되는 환자는 그러한 치료를 포함하는 보험에 가입한 Hawai'i Pacific Health 시설에서 치료를 받는 개인에게 일반 청구액(AGB)보다 더 많은 돈을 지불하지 않아도 됩니다.
    - a. HPH는 AGB를 결정하는 IRS 501(r) -5(b)(3) 최종 규정에 기술된 "이월" 방식을 사용합니다.
    - b. 일반적으로 보험을 든 개인에게 청구하는 이 금액은 Medicare 진료비, Medicare Advantage 보험, Medicaid & Medicaid Managed Care 보험, 그리고 과거 연도 Hawai'i Pacific Health 병원 시설에 청구액을 지불한 모든 사설 상업 의료보험사에 허용된 할인에 따라 할인 비율로 설정되었습니다. HPH는 각 해당 시설의 AGB를 산출하고, 가장 낮은 설비의 AGB 금액을 초과하지 않는 시스템 전체의 AGB 비율을 사용합니다. 부록 B에는 최신 AGB 산출액이 수록되어 있습니다.
    - c. HPH는 매년 AGB를 계산하기 때문에 재정 지원 환자 지불 정책 비율이 AGB 비율보다 크거나 같도록 만들기 위해 필요에 따라 할인 정책 비율을 조정합니다.

## HPH: 환자 재정 지원(자선) 프로그램

- d. HPH는 재정 지원 대상 환자의 총 지불액이 **AGB**를 초과하지 않게 해줍니다. 적격 환자의 모든 예금 또는 조기 상환은 **AGB**를 초과하지 않아야 하며, 적격 환자의 **AGB**를 초과하여 받은 금액은 환불 처리됩니다.
  - e. HPH는 환자에게 청구된 금액이 **AGB**를 초과하지 않도록 하기 위해 승인된 할인 금액을 증액 시킬 수 있습니다.
4. 의료비 부족으로 재정 지원을 받을 자격이 되는 환자는 기존 잔고에 대하여 **85%** 할인을 받게 됩니다.
  5. 추정 자격을 결정할 경우 적격 계정은 현재 잔고에 대해 **100%** 할인을 받게 됩니다.
    - a. 추정 자격의 경우, 데이터 분석 및 기타 정보 출처는 소득 및 **FPL** 정보 대신에 결정의 근거가 됩니다.

### E. 서비스

1. 이 정책에 수록된 서비스에는 응급 진료 및 의학적으로 필요한 서비스가 포함됩니다.
2. 재정 지원에서 제외 항목은 다음과 같습니다.
  - a. 의학적으로 필요하지 않은 미용 성형 서비스 등 모든 선택적 서비스(외과 또는 비외과 수술 중 하나). (의학적으로 필요하지만 바람직하지 않은 선택 서비스를 찾는 환자 요구를 충족하기 위해 특별 자기 부담 패키지 요금을 개발했습니다. 이 요금은 자선으로 간주되지 않습니다.)
  - b. 소매점에서 판매되는 의약품 및 소모품은 이 프로그램에서 제외됩니다. 병원 및/또는 보건소에서 치료 과정 중 환자에게 제공되는 모든 기타 약물 및 소모품은 재정 지원을 받을 수 있습니다.
  - c. 임상 또는 실험 치료 및/또는 절차는 치료 의사가 치료의 임상 표준으로 권장할 경우 자선 치료로 간주될 수 있습니다.

### F. 신청 절차

1. 재정 지원을 신청하려면, 환자는 동봉된 서류와 작성한 신청서를 우편으로 신청서에 기재된 **HPH** 영업소 주소로 보내거나 **HPH** 병원에 위치한 **HPH** 재정 서비스 부서에 직접 제출해야 합니다.

재정 지원 정책, 일반 언어 요약서 및 재정 지원 신청서는 무료로 이용할 수 있습니다.

- **HPH** 시설 웹 사이트:  
[www.hawaiipacifichealth.org/faprogram](http://www.hawaiipacifichealth.org/faprogram)

- 서면 요청 발송지:

[billing@hawaiipacifichealth.org](mailto:billing@hawaiipacifichealth.org)

또는

Hawai'i Pacific Health – Customer Service  
888 South King St.  
Honolulu, HI 96813

## HPH: 환자 재정 지원(자선) 프로그램

- 전화 신청:  
**1(808) 522-4013** (O'ahu),  
또는 (866)-266-3935 (Neighbor Islands)  
월-금, 오전 8시부터 오후 4시 반
- 종이 사본은 다음 위치에서도 이용할 수 있습니다.
  - 입구
  - 응급실

**Straub Clinic & Hospital**  
접수  
888 S. King St. Honolulu HI 96813

**Pali Momi Medical Center**  
재정 서비스 부서  
98-1079 Moanalua Road  
Aiea, HI 96701

**Kapi'olani Medical Center for Women & Children**  
재정 서비스  
1 층 로비  
1319 Punahou Street  
Honolulu, HI 96826

**Wilcox Memorial Hospital**  
재정 서비스  
3-3420 Kuhio Highway  
Lihue HI 96766-1098

**Kaua'i Medical Clinic**  
환자 서비스  
3-3420 Kuhio Highway Suite B  
Lihue HI 96766-1098

2. Medicaid/Quest 에 대한 잠재적 적격성이 확인된 환자는 신청을 받고 모든 필요한 정보를 제공하는 과정에서 전적으로 협력해야 합니다. 재정 지원 자격 결정은 Medicaid/Quest 수락 또는 거부가 끝난 후에 이뤄집니다.
3. 환자 또는 보증인은 신청서 작성 후 서명과 날짜를 기재하여 날인하고 문서에 대한 다음 건 중 하나 이상과 함께 제출해야 합니다.
  - a. 기존 W-2,
  - b. 자영업자의 경우 **Schedule C** 등 가장 최근의 연방 소득세 신고서,
  - c. 지원 거부 증거,
  - d. 가장 최근 3 개월 간의 급여 명세서 또는
  - e. 보험 상태가 표시된 복지 당국 약관

또는

## HPH: 환자 재정 지원(자선) 프로그램

- f. 위의 내용을 사용할 수 없는 이유를 설명하는 내용.
  - g. 검토 후 HPH 는 상기 제공된 정보가 불완전하거나 불충분하다고 판단될 경우 다음과 같은 추가 서류를 요청할 수 있습니다.
    - i. 사회 보장 수상 내역서 및 1099 양식
    - ii. 일반 소비세 세금 양식
    - iii. VA 또는 연금 수당 명세서
    - iv. 실업 또는 근로자 보상 수당 명세서
    - v. 대여 또는 부동산 소득 내역서
    - vi. 당좌 및 저축 계좌 내역서
    - vii. 위자료 또는 자녀 지원 명세서
    - viii. 지원 명세서
  - 4. 환자가 HPH 시스템 내의 기관 중 하나로부터 재정 지원을 승인 받게 되면 환자가 다른 HPH 기관에서 가질 수 있는 다른 모든 환자 잔액에도 동일 기준(할인율)이 적용됩니다.
  - 5. 서류 신청의 경우, 재정 지원 자격 조건은 신청일로부터 6 개월 동안 설정됩니다. 6 개월이 지나면 환자는 자격 증명 서류를 첨부하여 지원 절차를 통해 재정 지원을 다시 신청해야 합니다.
  - 6. 추정 자격의 경우 재정 지원 자격 조건은 데이터 분석에 의해 평가된 기준에 따라 적용됩니다.
- G. 재정 지원 여부 전달**
- 1. HPH 는 정산 노력의 일환으로 재정 지원 여부를 전달합니다.
  - 2. HPH 는 모든 ECA(Extraordinary Collection Activities)에 참여하기 전 이 정책에 따라 재정 지원에 대한 적격성을 결정하기 위한 합리적인 노력을 쏟을 것입니다. 합리적인 노력은 다음과 같습니다.
    - a. 합리적인 노력은 수익 주기 관리 시스템 이사가 검토합니다. ECA 에 대한 참여는 합리적인 노력이 확인되면 시스템 이사의 사전 승인을 통해서만 이뤄집니다.
    - b. ECA 는 처음 퇴원 후 환자 기록이 제공되었을 때부터 120 일 후에만 시작할 수 있습니다.
    - c. 모든 ECA 를 시작하기 전 최소 30 일 동안 HPH 는 다음 조치를 취합니다.
      - i. 재정 지원 여부를 설명하는 환자 서면 통지를 전달하고, 대금을 받기 위해 취할 수 있는 가능한 ECA 를 나열하고, ECA 를 시작할 수 있는 마감일을 제공합니다. 재정 지원 정책의 일반 언어 요약은 이 통지와 함께 제공됩니다.
      - ii. 재정 지원 정책에 대해 구두로 환자에게 알리려는 시도 및 신청 방법

## HPH: 환자 재정 지원(자선) 프로그램

- iii. 재정 지원 신청서 접수 후 HPH 또는 소속 공인 비즈니스 파트너는 신청서가 처리되는 동안 ECA 를 중단하게 됩니다.
3. 앞서 기술한 바와 같이 재정 지원 적격성을 결정하는 합리적인 노력을 한 HPH 또는 소속 공인 비즈니스 파트너는 진료 대금을 받기 위해 신용 보고 기관에 ECA 소송을 제기하거나 및/또는 미납 보고를 게시할 수 있습니다.
4. 환자에게 전에 받은 진료에 대한 미결제 잔액이 있는 경우 HPH 는 다음 조치가 이뤄진 경우에만 잔액 지급을 연기, 거부 또는 요구하는 ECA 에 관여할 수 있습니다.
  - a. HPH 는 환자에게 재정 지원 신청서와 쉬운 말로 기술된 재정 지원 정책 요약서를 제공합니다.
  - b. HPH 는 재정 지원 여부를 설명하는 서면 통지를 전달하고, 전에 받은 진료에 대하여 해당 신청서가 더 이상 승인되지 않는 마감일을 제공합니다. 이 마감일은 서면 통지 후 30 일 이내이거나 첫 퇴원 후 청구서가 발급된 지 240 일 중 나중을 기준으로 합니다.
  - c. HPH 는 환자에게 재정 지원 정책과 신청 방법을 구두로 알리기 위해 합리적인 노력을 쏟고 있습니다.
  - d. HPH 는 전에 받았던 진료에 대한 신청서를 더 신속하게 처리합니다.

기준 / 참조 & 연도:	ACA
개정 사유:	<input type="checkbox"/> 신규 <input checked="" type="checkbox"/> 업데이트 <input type="checkbox"/> 통합
저자 & 부서:	수익 사이클
검토자 & 부서:	이사회

### 빈곤 가이드라인

현행 연방 빈곤 가이드라인(FPG)에 대해서는 기획 및 평가 차관보(ASPE) 사무실 웹 사이트에서 다음 링크를 참조하십시오. <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

언어 지원 서비스에 대해서는 부록 D 를 참조하십시오.

**Hawai'i Pacific Health 병원 시설에 대한 Hawai'i Pacific Health 의 AGB(Amounts Generally Billed) 산출**

현재 일반 청구액(ABG) 산출에 대해서는 HPH 재정 지원 프로그램 웹 사이트에서 다음 링크를 참조하십시오. <https://www.hawaiipacifichealth.org/media/6950/amounts-generally-billed-agb.pdf> .

언어 지원 서비스에 대해서는 부록 D 를 참조하십시오.

**차별은 불법입니다**

Hawai'i Pacific Health 시설은 해당 연방 민권법을 준수하고, 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별에 근거하여 차별하지 않습니다. Hawai'i Pacific Health 시설은 인종, 피부색, 국적, 연령, 장애 또는 성별 때문에 사람들을 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

Hawai'i Pacific Health 시설:

장애인에게 다음과 같이 효과적으로 의사 소통을 할 수 있도록 무료로 도움 및 서비스를 제공합니다.

- 공인 수화 통역사
- 다른 형태로 작성된 정보(대형 인쇄물, 오디오, 접근 가능한 전자 양식, 기타 형태)

모국어가 영어가 아닌 분들에게 다음과 같은 무료 언어 서비스를 제공합니다.

- 적격 통역사
- 영어 외 다른 언어로 작성된 정보

Hawai'i Pacific Health 시설이 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별을 이유로 이러한 서비스를 제공하지 못하거나 본인이 차별을 당했다고 생각될 경우 다음 주소로 고충을 제기할 수 있습니다.

**Kapi'olani**

여성 아동 전용 의료 센터  
환자 관계 코디네이터  
1319 Punahou Street  
Honolulu, HI 96826  
(808) 983-6067

**Wilcox 의료 센터**

환자 안전 및 품질 서비스 코디네이터  
3-3420 Kuhio Hwy  
Lihue, HI 96766-1099  
(808) 245-1261

**Pali Momi 의료 센터**

환자 관계 코디네이터  
98-1079 Moanalua Road  
Aiea, Hawaii 96701  
(808) 485-4330

**Kauai 의료 클리닉**

환자 안전 및 품질 서비스 코디네이터  
3-3420 Kuhio Hwy, Ste B  
Lihue, HI 96766-1098  
(808) 245-1261

**Straub 의료 센터**

환자 관계 코디네이터  
888 S. King Street  
Honolulu, Hawai'i 96813  
(808) 522-4765

우편이나 이메일을 통해 직접 또는 고충을 제기할 수 있습니다. 고충을 제기하는 데 도움이 필요하시면 이 개인들도 도움을 드릴 수 있습니다.

민권 침해 신고서는 미국 보건 복지부 민권 담당 부서에 온라인(<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>) 또는 다음 연락처로 우편이나 전화를 통해 제출하실 수 있습니다.

미국 보건복지부  
200 Independence Avenue, SW Room 509F HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)

이의 제기 양식 다운로드: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

### Proficiency of Language Assistance Services

ATTENTION: If you speak [language], language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-808-983-6000 (*Kapi'olani*), 1-808-486-6000 (*Pali Mom*), 1-808-522-4000 (*Straub*), 1-808-245-1100 (*Wilcox*), 1-808-245-1500 (*Kaua'i Medical Clinic*).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-808-983-6000 (*Kapi'olani*), 1-808-486-6000 (*Pali Mom*), 1-808-522-4000 (*Straub*), 1-808-245-1100 (*Wilcox*), 1-808-245-1500 (*Kaua'i Medical Clinic*).

PAKDAAR: Nu saritaem ti Ilocano, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyam. Awagan ti 1-808-983-6000 (*Kapi'olani*), 1-808-486-6000 (*Pali Mom*), 1-808-522-4000 (*Straub*), 1-808-245-1100 (*Wilcox*), 1-808-245-1500 (*Kaua'i Medical Clinic*).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-808-983-6000 (*Kapi'olani*), 1-808-486-6000 (*Pali Mom*), 1-808-522-4000 (*Straub*), 1-808-245-1100 (*Wilcox*), 1-808-245-1500 (*Kaua'i Medical Clinic*).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-808-983-6000 (*Kapi'olani*), 1-808-486-6000 (*Pali Mom*), 1-808-522-4000 (*Straub*), 1-808-245-1100 (*Wilcox*), 1-808-245-1500 (*Kaua'i Medical Clinic*).

MEI AUCHEA: Ika iei foosun fonuomw: Foosun Chuuk, iwe en mei tongeni omw kopwe angei aninisin chiakku, ese kamo. Kori 1-808-983-6000 (*Kapi'olani*), 1-808-486-6000 (*Pali Mom*), 1-808-522-4000 (*Straub*), 1-808-245-1100 (*Wilcox*), 1-808-245-1500 (*Kaua'i Medical Clinic*).

MO LOU SILAFIA: Afai e te tautala Gagana fa'a Sāmoa, o loo iai auaunaga fesoasoan, e fai fua e leai se totogi, mo oe, Telefoni mai: 1-808-983-6000 (*Kapi'olani*), 1-808-486-6000 (*Pali Mom*), 1-808-522-4000 (*Straub*), 1-808-245-1100 (*Wilcox*), 1-808-245-1500 (*Kaua'i Medical Clinic*).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-808-983-6000 (*Kapi'olani*), 1-808-486-6000 (*Pali Mom*), 1-808-522-4000 (*Straub*), 1-808-245-1100 (*Wilcox*), 1-808-245-1500 (*Kaua'i Medical Clinic*).

LALE: Ñe kwōj kōnono Kajin Majōl, kwomaroñ bōk jerbāl in jipañ ilo kajin ñe aṃ ejjelōk wōñāān. Kaalōk 1-808-983-6000 (*Kapi'olani*), 1-808-486-6000 (*Pali Mom*), 1-808-522-4000 (*Straub*), 1-808-245-1100 (*Wilcox*), 1-808-245-1500 (*Kaua'i Medical Clinic*).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-808-983-6000 (*Kapi'olani*), 1-808-486-6000 (*Pali Mom*), 1-808-522-4000 (*Straub*), 1-808-245-1100 (*Wilcox*), 1-808-245-1500 (*Kaua'i Medical Clinic*).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-808-983-6000 (*Kapi'olani*), 1-808-486-6000 (*Pali Mom*), 1-808-522-4000 (*Straub*), 1-808-245-1100 (*Wilcox*), 1-808-245-1500 (*Kaua'i Medical Clinic*).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-808-983-6000 (*Kapi'olani*), 1-808-486-6000 (*Pali Mom*), 1-808-522-4000 (*Straub*), 1-808-245-1100 (*Wilcox*), 1-808-245-1500 (*Kaua'i Medical Clinic*).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-808-983-6000 (*Kapi'olani*), 1-808-486-6000 (*Pali Mom*), 1-808-522-4000 (*Straub*), 1-808-245-1100 (*Wilcox*), 1-808-245-1500 (*Kaua'i Medical Clinic*).

ATENSYON: Kung nagsulti ka og Cebuano, aduna kay magamit nga mga serbisyo sa tabang sa lengguwahe, nga walay bayad. Tawag sa 1-808-983-6000 (*Kapi'olani*), 1-808-486-6000 (*Pali Mom*), 1-808-522-4000 (*Straub*), 1-808-245-1100 (*Wilcox*), 1-808-245-1500 (*Kaua'i Medical Clinic*).

FAKATOKANGA'I: Kapau 'oku ke Lea-Fakatonga, ko e kau tokoni fakatonu lea 'oku nau fai atu ha tokoni ta'etotongi, pea teke lava 'o ma'u ia. Telefoni mai 1-808-983-6000 (*Kapi'olani*), 1-808-486-6000 (*Pali Mom*), 1-808-522-4000 (*Straub*), 1-808-245-1100 (*Wilcox*), 1-808-245-1500 (*Kaua'i Medical Clinic*).

E NĀNĀ MAI: Inā ho'opuka 'oe i ka 'ōlelo [ho'okomo 'ōlelo], loa'a ke kōkua manuahi iā 'oe. E kelepona iā 1-808-983-6000 (*Kapi'olani*), 1-808-486-6000 (*Pali Mom*), 1-808-522-4000 (*Straub*), 1-808-245-1100 (*Wilcox*), 1-808-245-1500 (*Kaua'i Medical Clinic*).

### HPH 재정 지원 정책에서 제외된 비 HPH 공급자

Hawai'i Pacific Health 재정 지원 정책에 해당되는 공급자:

- KMC(Kaua'i Medical Clinic) 공급자
- KMS(Kapi'olani Medical Specialists) 공급자
- Straub 공급자
- PMMC(Pali Momi Medical Center) 공급자

공급자로는 별도 요금 청구가 가능한 서비스를 제공하는 의사 등이 포함됨

#### 본 재정 지원 정책에서 제외되는 의사는?

FAP 에 포함되지 ~~않~~은 각 시설에서 근무하는 의사는 의료 제공자 목록에서 이름 및 병원 시설별로 확인할 수 있습니다. 이 목록은 HPH 재정 지원 프로그램 웹 사이트의 다음 링크에서 찾을 수 있습니다.  
[https://www.hawaiipacifichealth.org/media/6690/non\\_hph\\_list\\_062017b.pdf](https://www.hawaiipacifichealth.org/media/6690/non_hph_list_062017b.pdf).

---

의료 제공자 목록은 분기별로 업데이트됩니다. 목록에서 의사 이름이 보이지 않고 당사자가 HPH FAP 에 해당되는지 여부를 확인하려면 고객 서비스 담당 O'ahu 전화는 (808) 522-4013 번, Kaua'i 전화는 (808) 245-1119 번 또는 무료 전화 (866) 266-3935 번으로 전화하시기 바랍니다.