

<b>제목: Providence 재정 지원 (자선 진료) 정책 - 캘리포니아</b>	<b>정책 번호:</b>	
<b>부서: 수익 주기 관리(Revenue Cycle Management)</b>	<input type="checkbox"/> 신규 <input checked="" type="checkbox"/> 개정 <input type="checkbox"/> 검토	<b>날짜: 2023-02-16</b>
<b>경영진 스폰서(Executive Sponsor): SVP 최고 수익 주기 책임자(SVP Chief Revenue Cycle Officer)</b>	<b>정책 소유자: 재무 상담 이사(Executive Director Financial Counseling)</b>	
<b>승인자: SVP 최고 수익 주기 책임자(SVP Chief Revenue Cycle Officer)</b>	<b>시행일: 2023-04-01</b>	

Providence는 연민과 존엄성, 정의, 탁월성, 진실성이라는 당사의 핵심 가치와 의료는 인권이라는 신념에 따라 모든 이들, 특히 가난하고 취약한 이들에게 봉사한다는 사명을 헌신하는 마음으로 실천하는 카톨릭계 비영리 의료 기관입니다. 각 Providence 병원은 지불 능력에 관계 없이 저희가 봉사하는 지역사회 주민들이 지불 능력에 관계 없이 의학적으로 필요한 응급 의료 서비스를 즉시 이용할 수 있도록 한다는 철학을 갖고 이를 실천합니다.

**범위:**

이 정책은 캘리포니아 주의 모든 Providence 병원들(Healdsburg 병원 제외), 그리고 캘리포니아주의 Providence 병원들이 제공하는 모든 응급 및 긴급 서비스와 기타 의학적으로 필요한 서비스에 적용됩니다(실험적 의료 또는 조사적 진료 제외). 본 정책이 적용되는 Providence 병원 명단은 별첨 A 적용 시설 명단에서 확인하실 수 있습니다. 이 정책에 사용된 "병원"이라는 단어는 별첨 A에 설명된 시설 범위를 가리킵니다.

이 정책은 1986년 개정 국세법(Internal Revenue Code) Section 501(r)에 따라 해석되어야 하며 캘리포니아주 Providence 병원의 경우 캘리포니아주 보건안전법(California Health and Safety Code)(Sections 127400-127446)에 명시된 병원 공정 가격 정책(Hospital Fair Pricing Policies)에 따라 해석되어야 합니다. 해당 법률 조항들과 본 정책 조항들이 상충될 경우 법률 조항이 우선 적용됩니다.

**목적:**

본 정책의 목적은 Providence 병원이 제공한 의학적 필수 응급 및 기타 병원 서비스 비용을 전액 또는 일부 납부할 능력이 없는 적격한 개인에게 공정하고 비차별적이며 효과적이고 일관되게 재정 지원(자선 의료)을 제공할 방법을 확보하는 것입니다.

이 정책은 모든 연방법, 주법 및 지역법을 준수하고자 합니다. 본 정책과 본문의 재정 지원 프로그램들은 Providence가 소유, 임대 또는 운영하는 각 병원의 공식 재정 지원 정책(Financial Assistance Policy, FAP) 및 응급 의료 정책이 됩니다.

**담당자:**

수익 주기(Revenue Cycle) 부서. 또한 등록, 입원, 재정 상담 및 고객 지원에 관련된 직능을 수행하는 모든 적절한 직원은 이 정책에 대한 정기 교육을 받게 됩니다.

### 정책:

Providence는 적격한 저소득층, 무보험, 불충분 보험 환자, 그리고 FPL 400% 이하에 해당하며 고액의 의료비가 부과된 환자가 서비스 요금 납부 능력 부족으로 인해 의학적 필수 응급 의료 및 기타 병원 진료를 받을 수 없으며 의료비를 대신 납부해줄 다른 지불처도 확인할 수 없는 경우 그런 환자에게 무료 또는 할인 가격에 병원 서비스를 제공합니다. 환자는 본 정책에 설명된 자격 요건을 충족해야 자격이 인정됩니다.

전용 응급실을 갖춘 Providence 병원은 재정 지원 수혜 자격이 있는 환자인지의 여부에 관계 없이 가능한 역량에 따라 차별 없이 응급 질환(응급 치료 및 노동법에서 정한 용어의 뜻에 따름)에 대한 의료 서비스를 제공합니다.

Providence는 재정 지원 결정 시 연령, 인종, 피부색, 신념, 민족, 종교, 출신 국적, 결혼 상태, 성별, 성적 지향성, 젠더 정체성 또는 표현, 장애, 제대 군인 또는 병역 지위, 또는 연방법이나 주법 또는 지역법에서 금지한 기타 모든 기준을 근거로 차별을 하지 않습니다.

전용 응급실을 갖춘 Providence 병원은 응급 의료 선별 검사와 안정화 치료를 제공하거나 42 C.F.R. 482.55에 따라 이송이 적절한 경우 환자 의뢰 및 이송 서비스를 제공합니다. Providence는 응급 의료 서비스 제공을 방해하는 추심 활동을 허용하는 등 개인이 응급 의료 서비스를 받기 어렵게 만드는 모든 조치, 입원 실무 또는 정책을 금지합니다.

**Providence FAP에 따른 전문가 명단:** 각 Providence 병원은 본 정책이 적용되는 사람과 적용되지 않는 사람에게 서비스를 제공하는 의사, 의료 그룹, 또는 기타 전문가 명단을 구체적으로 확인합니다. 캘리포니아주 Providence 병원에서 응급 의료 서비스를 제공하는 응급실 의사는 캘리포니아 주 법에 따라 연방빈곤선(FPL) 400% 이하인 무보험 환자 또는 고액 의료비(캘리포니아주 보건안전법(California Health and Safety Code)(Sections 127400-127446)에 명시된 병원 공정 가격 정책의 정의에 따름)가 발생한 환자에게 할인 혜택을 제공해야 합니다. 각 Providence 병원은 이 명단을 요청한 환자에게 명단 사본을 제공합니다. 제공자 명단은 Providence 웹사이트 [www.providence.org/obp](http://www.providence.org/obp)에서 온라인으로도 확인할 수 있습니다.

**재정 지원 자격 요건:** 본 정책과 환자가 이용할 수 있는 혜택을 관할하는 연방법 및 주법에 따라 지원이 제공되는 경우 무보험 환자와 유보험 환자 그리고 보증인 모두 재정 지원을 받을 수 있습니다. Providence 병원은 환자에 대한 추심을 지시하기 전에 당 병원이 제공한 의료 서비스의 비용을 전액 또는 일부 보장해줄 수 있는 제삼자 보험의 존재 여부를 파악하기 위해 합당한 노력을 기울일 것입니다. 무보험 환자는 무보험 할인을 받을 수 있습니다. 재정 지원을 받을 자격이 있는 잔액에는 다음 등이 포함됩니다. 자기 부담금, 계약 관계를 맺지 않고 법인으로 부터 보장을 받는 환자의 요금, 공동보험료, 공제금 및 유보험 환자 관련 코페이 금액. Medicare 회수 불능 채무로 청구된 공제금 및 공동보험료는 자선 의료 보고에서 제외됩니다.

재정 지원을 받고자 하는 환자는 표준 Providence 재정 지원 신청서를 작성해야 하며 신청 당시의

재정적 필요 또는 재정적 도움이 필요할 수 있음을 나타내는 환자 또는 보증인의 소득 관련 정보를 Providence에서 받았을 때의 재정적 필요에 따라 자격이 결정됩니다. 입원과 퇴원 시 정보 제공, 환자의 청구서, 환자가 접근할 수 있는 청구 영역, Providence 병원 웹사이트, 결제 논의 시 구두 통지, 환자들의 출입이나 등록이 허용된 구역과 응급부서 구역을 포함한 입원 및 외래 환자 구역 표지판을 통해 환자에게 재정 지원의 이용 가능성을 통지 및 안내하기 위하여 합당한 노력을 기울일 것입니다. 또한 Providence는 청구 및 납부 절차를 이해하도록 도와줄 기관들이 있다는 사실과 재정 지원 수혜 추정 자격에 관한 정보를 환자에게 고지할 것이며, 그러한 기관들의 인터넷 주소를 환자에게 제공되는 정식 입원 양식에 포함시킬 것입니다. Providence는 본 기록관리 정책에 따라 자격 결정에 이용한 정보를 보관합니다.

**재정 지원 신청:** 환자 또는 보증인은 재정 지원 신청서를 요청하고 제출할 수 있으며 이 신청서는 Providence 관리 부서에서 무료로 이용하거나 다음과 같은 방법으로 이용할 수 있습니다. 퇴원 전 또는 퇴원 당시 환자 재정 서비스 담당 직원에게 지원을 요청했고 서류를 작성해 함께 제출했다는 사실을 알리는 방법, 우편으로 발송하는 방법, 또는 [www.providence.org/obp](http://www.providence.org/obp)에서 신청서를 다운로드 받아 작성해서 서류와 함께 제출하는 방법이 있습니다. 재정 지원을 신청한 사람은 예비 선별 조사를 받게 되며 이 조사를 통해 환자가 써 볼 방법은 다 써 보았거나 제삼자 기관으로부터 지불 지원을 받을 자격이 없는지, 자선 의료 기준을 충족하는지 등을 검토받습니다.

각 Providence 병원은 환자들이 재정 지원 신청서를 작성하고 Providence의 재정 지원 또는 정부 후원 보험 프로그램의 재정 지원을 받을 자격이 있는지 결정할 때 도와줄 직원을 지정해서 돕게 해야 합니다. 질문이나 우려사항을 해결하고 재정 지원 신청서 작성을 도와주는 통역 서비스를 이용할 수 있습니다.

재정 지원을 신청할 자격을 인정받을 수 있는 환자나 보증인은 본인의 소득이 연방 및 주 규정에 따른 최소 FPL보다 낮은 수준임을 알게 되었다면 언제든지 Providence에 충분한 서류를 제공하여 자격 결정에 도움을 줄 수 있습니다. 환자나 보증인이 Providence는 수혜 자격에 대한 최초 결정이 내려질 때까지 추심 활동을 유예할 것입니다. 단, 환자나 그 보증인은 최초 결정에 이르기 위해 합당한 노력을 기울일 Providence에게 협조해야 합니다.

Providence는 가족 규모에 따라 조정된 당사자의 소득이 연방빈곤기준의 400% 미만임을 알게 되었다면 언제든지 재정 지원 또는 할인 의료 수혜 자격에 대한 결정이 내려질 수 있음을 인정합니다. 또한 Providence는 환자의 살림살이가 어려운 상태일 거라고 판단한 최초 결정이 있었을 경우에만 이를 근거로 재정 지원을 승인하기로 선택할 수 있습니다. 이 경우 서류가 필요하지 않을 수 있습니다.

**개인 재정 상황:** 환자의 개인 재정 상황을 평가할 때 환자의 소득, 특정 자산 및 지출 정보를 이용합니다. Providence는 메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS)에서 메디케어 비용 보고를 위해 필요로 할 경우 자산 관련 정보를 수집 및 심사합니다. 재정 지원 수혜 자격 결정 시 심사 대상이 될 자산에는 다음이 포함되지 않습니다. (A) 한 개인의 경우, 환자 금전 자산 중 처음 \$100,000, 및 환자 금전 자산 중 처음 \$100,000를

초과한 자산의 50%, (B) 2인 이상 가족의 경우, 가족 금전 자산 중 처음 \$100,000, 및 가족 금전 자산 중 처음 \$100,000를 초과한 자산의 50%, (C) 주 거주지의 소유 지분, (D) 내국세입법(Internal Revenue Code)에 따라 자격을 갖춘 퇴직 연금제나 지연 임금제 또는 자격을 갖추지 못한 지연 임금제, (E) 자동차 한 대 및 고용이나 의료 목적 상 필요한 경우 두 번째 자동차까지, (F) 선불 장례 계약 또는 장지, 및 (G) 액면가가 \$10,000 이하인 생명보험 증권. 조기 철회로 인한 벌금이 부과된 자산의 가치는 해당 벌금을 납부한 후 남은 자산의 가치가 됩니다. Providence가 자산을 검증하기 위해 책임 당사자에게 요청할 수 있는 정보는 개인 자산의 존재, 가용성, 및 가치를 판단하는 데 있어 합리적으로 필요하고 즉시 이용할 수 있는 정보로 제한되며 무료 또는 할인 의료 신청을 막기 위한 목적으로 이용되지 않습니다. 중복 검증 양식을 요청하지 않습니다. 현금 자산을 검증하기 위해서는 한 개의 현재 계정 명세서만 있으면 됩니다. 이용할 수 있는 문서가 없을 경우 Providence는 책임 당사자가 작성하고 서명한 진술서에 의지할 것입니다. 환자의 자선 의료 수혜 자격을 평가하는 과정에서 병원이 확보한 자산 정보는 어떠한 것도 추심 활동에 이용되지 않습니다.

**소득 자격:** FPL을 토대로 한 소득 기준을 이용하여 무료 또는 할인 의료 서비스 수혜 자격을 결정할 수 있습니다. 자세한 내용은 별첨 B를 참조하십시오.

**결정 및 승인:** 환자는 재정 지원 신청서 및 필요한 서류를 작성하여 제출한 날로부터 30일 이내에 FAP 자격 결정 통지서를 받게 됩니다. 부적격 결정이 내려지면 해당 통지서에 거부 근거에 대한 설명이 포함될 것입니다. 신청서가 접수된 후 환자에게 자격 결정서가 발송될 때까지 특별 추심 활동이 유예됩니다. Providence는 부정확하거나 믿을 수 없는 정보라고 판단되는 정보를 근거로 지원 수혜 자격 결정을 내리지 않습니다.

**분쟁 해결:** 환자는 거부 통지서를 수령한 날로부터 30일 이내에 Providence에 관련 추가 서류를 제출함으로써 재정 지원 부적격 결정에 대해 이의를 제기할 수 있습니다. 환자는 이의 제기를 뒷받침해줄 추가 서류를 제공해야 할 수 있습니다. Providence는 이의 제기 검토가 진행되는 동안 모든 추심 활동을 유예합니다. 모든 이의 제기에 대한 검토가 이루어질 것이며, 검토를 통해 거부가 확정되면 주법에 따라 필요한 경우 보증인과 주 보건부에 서면 통지서가 발송됩니다. 최종 이의 제기 절차는 Providence가 거부 통지서를 수령한 날로부터 10일 이내에 종료됩니다. 이의 제기 신청서는 다음 주소로 보내실 수 있습니다. Providence Regional Business Office, P.O. Box 3268, Portland, OR 97208-3395.

**추정 자선:** Providence는 환자가 전액 재정 지원 신청이 아닌 다른 수단을 통해 계정 잔액에 대한 자선 조정을 받는 것을 승인할 수 있습니다. 그러한 결정은 가계소득, 가족 규모, 신용 및 결제 이력 등 공개적으로 이용 가능한 재무 기록 또는 기타 기록을 토대로 지불 능력을 평가하는 업계 공인 재무 평가 도구를 이용하여 추정을 기준으로 처리됩니다.

**기타 특수 상황:** 메디케이드, Medi-Cal, 및 기타 정부 후원 저소득층 지원 프로그램과 같은 FPL 적격 프로그램을 이용할 자격이 있는 환자들은 재정 지원도 받을 수 있습니다. 메디케이드, Medi-Cal, 또는 기타 정부 후원 저소득층 지원 프로그램에서 의료비 상환을 해주지 않은 환자 계정 잔액은 다음과 관련된 의학적 필수 서비스의 상환 불능 요금 등을 포함해 비용 전액 또는 일부에 대한 자선 탕감을 받을 수 있습니다:

- 입원 환자 체류 거부

- 입원 환자 진료 일수 거부
- 비보험 서비스
- 치료 승인 요청 (TAR) 거부
- 보험 보장 제한으로 인한 거부

**과중한 의료비:** Providence는 과중한 의료비가 발생했을 때 자유 재량에 따라 자선 의료를 승인할 수 있습니다. 이러한 환자는 개별적으로 처리됩니다.

**비상 상황 시:** 과중한 의료비 지원과는 별개로 국가 또는 주 수준의 비상 상황이 발생했을 때 Providence의 자유 재량에 따라 재정 지원을 이용할 수 있습니다.

**재정 지원 수혜 자격을 가진 모든 환자에 대한 요금 부과 제한:** 위에 언급된 지원 카테고리에 해당하는 환자는 아래에 정의된 바에 따라 요금 총액의 일반 청구 금액(amounts generally billed, AGB) 백분율을 초과한 금액을 개인 부담하지 않습니다.

**합리적인 분할 납부 계획:** 환자가 부분 재정 지원 승인을 받았으나 그래도 아직 납부해야 할 잔액이 남아 있다면 Providence는 분할 납부 계획을 협의할 것입니다. 합리적인 분할 납부 계획은 환자가 재정 지원 신청서에 명시한 필수 생활비를 제하지 않은 환자 또는 가족의 월 소득의 10퍼센트를 초과하지 않는 월 납입금(이자 또는 연체 수수료 제외)으로 구성됩니다. 분할 납부 계획은 무이자입니다. 보장에 대한 이의를 제기한 상태인 환자의 분할 납부 계획 일정은 연장됩니다.

**청구 및 추심:** 환자 또는 보증인이 이용 가능한 할인을 신청한 후 납부하지 않은 잔액이 있다면 추심을 의뢰할 수 있습니다. Providence는 추심 활동을 하기 전에 공정채권추심법(Fair Debt Collection Practices Act)에 따른 환자의 권리에 대하여 HSC § 127430에서 요구한 서면 통지서를 제공하거나 제삼자 추심 기관으로 하여금 이를 제공하도록 요구할 것입니다. FAP 자격에 대한 최종 결정이 내려질 때까지 미납 잔액 추심은 중단됩니다. FAP 자격에 대한 최종 결정이 내려질 때까지 미납 잔액 추심은 중단됩니다. Providence는 특별 추심 조치를 수행하거나 이를 허용하지 않을 것이며 추심 기관으로 하여금 이와 같은 조치를 하도록 허용하지 않습니다. 환자의 미납 금액에 대한 Providence의 청구 및 추심 관행에 대한 정보는 각 Providence 병원 접수처에서 무료로 볼 수 있는 Providence 병원의 정책을 참조하시거나 [www.providence.org/obp](http://www.providence.org/obp)에서 확인하십시오.

**환자 환불:** 환자나 보증인이 서비스 요금을 납부한 뒤 무료 또는 할인 의료 수혜 자격이 결정되었다면, FAP 자격 유지 기간 동안 해당 서비스와 관련해 납입한 금액 중 지불 의무 금액을 초과한 금액이 있다면 해당 금액은 주 규정에 따라 환불 처리됩니다.

**연간 개요:** Providence 재정 지원 (자선 의료) 정책은 지정된 수익 주기 지도부에서 매년 검토합니다.

**예외:**

위 범위를 참조하십시오.

**정의:**

본 정책의 목적에 따라 다음 정의 및 요건이 적용됩니다.

1. 연방빈곤선(Federal Poverty Level, FPL): FPL은 미국 보건복지부(Department of Health and Human Services)가 연방 관보에 주기적으로 업데이트하는 빈곤 지침을 뜻합니다.
2. 일반 청구 금액(Amounts Generally Billed, AGB): 응급 의료 및 기타 의학적 필수 서비스를 받은 환자에게 일반적으로 청구되는 금액을 이 정책에서는 AGB라고 합니다. Healdsburg를 제외한 Providence Southern California 및 Providence Northern California는 응급 의료 또는 의학적 필수 서비스에 대한 병원 의료 요금 총액에 메디케어 또는 Medi-Cal이 허용한 청구 금액 중 더 큰 금액을 토대로 한 고정 백분율을 곱하여 결정하는 소급 AGB를 이용합니다. 각 Providence 병원이 이용하는 AGB 백분율을 자세히 설명한 안내서와 계산 방법은 웹사이트 ([www.providence.org/obp](http://www.providence.org/obp))에서 확인하시거나 1-866-747- 2455에 전화하여 사본을 요청하십시오.
3. 특별 추심 조치(Extraordinary Collection Action, ECA): ECA는 법적 절차 또는 사법 절차가 필요한 조치로 정의되며, 채권을 다른 당사자에게 판매하거나 신용 기관 또는 신용 조사 기관에 부정적인 정보를 보고하는 것을 포함합니다. 법적 절차 또는 사법 절차가 필요한 조치에는 유치권, 부동산 압류, 은행 계좌 또는 기타 개인 재산 압수, 개인의 체포를 유발하는 조치, 개인의 구속을 유발하는 조치, 급여 압류 등이 있습니다.
4. 고액 의료비: 병원공정가격정책(Hospital Fair Pricing Policies) - 캘리포니아주 보건안전법(California Health and Safety Code)(Sections 127400-127446)에서 정의한 고액 의료비는 다음과 같습니다. (1) Providence 병원에서 한 환자에게 발생한 연간 본인 부담 비용이 최근 12개월간 해당 환자 가계 소득의 10퍼센트를 초과한 경우, (2) 환자가 환자 본인 또는 환자의 가족이 최근 12개월간 환자 의료비를 납부했음을 명시한 서류를 제공했다면, 연간 본인 부담 비용이 환자 가계 소득의 10퍼센트를 초과한 경우, (3) Providence 병원 자선 의료 정책에 따라 Providence 병원이 정한 더 낮은 비율에 따라 연간 본인 부담 비용이 환자 가계 소득의 10퍼센트 미만을 초과하는 경우.

**참고자료:**

Internal Revenue Code(내국세입법) Section 501(r); 26 C.F.R. 1.501(r)(1) – 1.501(r)(7)
California Health and Safety Codes(캘리포니아주 보건안전 법률) section 127000 -127446
Emergency Medical Treatment and Labor Act(응급의료 및 응급출산에 관한 법, EMTALA), 42 U.S.C. 1395dd 42 C.F.R. 482.55 및 413.89
American Hospital Associations Charity Guidelines(미국 병원 협회 자선 지침)
California Hospital Association Charity Guidelines(캘리포니아주 병원 협회)

자선 지침)

*California Alliance on Catholic Healthcare Charitable Services Guidelines*(캘리포니아주 카톨릭 헬스케어 연맹 자선 서비스 지침)

*Providence Commitment to the Uninsured Guidelines*(Providence의 미보험자 책무 지침)

*Provider Reimbursement Manual*(Provider 상환 매뉴얼), Part I, Chapter 3, Section 312



**별첨 A - 적용 시설 목록**

자선 의료의 경우, 본 정책은 모든 적용 시설의 임원 및 외래 환자 부서와 진료소에도 적용됩니다. 또한 이 정책은 적용 시설의 직원들에게도 적용되며 Providence가 과반수를 소유하고 있거나 통제하고 있으며 Providence의 이름을 갖고 있는 비영리 법인 그리고 그 직원들에게도 적용됩니다.

<b>캘리포니아 남부 Providence 병원</b>	
Providence Saint Joseph Medical Center	Providence Holy Cross Medical Center
Providence Little Company of Mary Medical Center San Pedro	Providence Saint John’s Health Center
Providence Cedars-Sinai Tarzana Medical Center	Providence Little Company of Mary Medical Center Torrance
Providence St. Joseph Hospital Orange	Providence St. Jude Medical Center
Providence St. Mary Medical Center	Providence Mission Hospital Laguna Beach
Providence Mission Hospital Mission Viejo	

<b>캘리포니아 북부 Providence 병원</b>	
Providence St. Joseph Hospital	Providence Redwood Memorial Hospital
Providence Santa Rosa Memorial Hospital	Providence Queen of the Valley Medical Center

<b>NorCal Health Connect 병원</b>	
Petaluma Valley Hospital	Healdsburg Hospital



**별첨 B - 캘리포니아주 남부 Providence 병원 소득 자격**

다음에 해당할 경우...	그렇다면 ...
가족 규모에 맞게 조정된 연 가계소득이 현재 FPL 지침의 <b>300% 이하임,</b>	환자는 재정적으로 어려운 상황인 것으로 판단되어 환자 부담 금액을 <b>100%</b> 탕감해주는 재정 지원을 받을 자격을 갖게 됩니다.
가족 규모에 맞게 조정된 연 가계소득이 현재 FPL 지침의 <b>301 ~ 400%</b> 에 해당함,	환자는 환자 부담 금액을 원금 대비 <b>86%</b> 할인해주는 혜택을 받을 자격을 갖게 됩니다.
가족 규모에 맞게 조정된 연 가계소득이 <b>FPL의 400%</b> 이하이고 최근 해당 환자가 <b>12개월 동안 Providence</b> 병원에서 지출한 총 의료비가 환자의 가족 규모에 맞게 조정된 환자 연 가계소득의 <b>20%</b> 를 초과할 경우,	환자는 환자 부담 금액을 <b>100%</b> 탕감해주는 자선 의료 혜택을 받을 자격을 갖게 됩니다.

**캘리포니아 북부의 Providence 병원 및 캘리포니아 북부의 NorCal Health Connect  
병원의 소득 자격**

다음에 해당할 경우...	그렇다면 ...
가족 규모에 맞게 조정된 연 가계소득이 현재 FPL 지침의 <b>300% 이하임,</b>	환자는 재정적으로 어려운 상황인 것으로 판단되어 환자 부담 금액을 <b>100%</b> 탕감해주는 재정 지원을 받을 자격을 갖게 됩니다.
가족 규모에 맞게 조정된 연 가계소득이 현재 FPL 지침의 <b>301 ~ 400%</b> 에 해당함,	환자는 환자 부담 금액을 원금 대비 <b>88%</b> 할인 받을 자격을 갖게 됩니다.
가족 규모에 맞게 조정된 연 가계소득이 <b>FPL의 400%</b> 이하이고 최근 해당 환자가 <b>12개월 동안 Providence</b> 병원에서 지출한 총 의료비가 환자의 가족 규모에 맞게 조정된 환자 연 가계소득의 <b>20%</b> 를 초과할 경우,	환자는 환자 부담 금액을 <b>100%</b> 탕감해주는 자선 의료 혜택을 받을 자격을 갖게 됩니다.