



안녕하십니까,

본 서신은 성인(19 세 이상)에게 제공되는 예방접종 서비스에 대해 뉴욕시 보건부에서 건강 보험 정보를 요청하거나 비용을 청구할 수 있음을 안내해 드리고자 작성되었습니다. 보건부는 Medicaid 기준 및 다른 법적 요건을 충족하기 위하여 서비스에 대해 보험 정보를 요청하거나 비용을 청구해야 합니다.

- 건강 보험이 있으면, **섹션 A** 를 참고하십시오.
- 건강 보험이 없으면, **섹션 B** 를 참고하십시오.

건강 보험에 가입하지 않으셨거나 비용을 지불할 수 없는 경우에도 서비스를 받으실 수 있습니다.
누구나 서비스를 받을 수 있습니다.

청구와 관련된 자세한 정보를 원하시면, nyc.gov/health 에서 "clinic billing FAQ" ("진료 청구서 FAQ") 를 검색하시거나, 311 로 전화하셔서 "보건부 진료 청구서" 에 대해 문의하십시오. 궁금한 사항이 있으면, 클리닉 직원에게 문의하십시오.

감사합니다.

Mary T. Bassett, MD, MPH
국장

A. 건강 보험에 가입하였지만 보험 카드를 소지하지 않은 경우: 자택에서 본 양식을 작성한 후 아래 주소로 우편 제출하시기 바랍니다.

저의 방문 비용은 아래의 건강 보험으로 청구해 주십시오.

건강 보험명: _____

건강 보험 주소: _____

건강 보험 전화번호: _____

보험 ID: _____ 그룹 번호: _____

보험 커버리지가 배우자, 부모 또는 다른 사람을 통한 경우:

보험 계약자 이름: _____ 보험 계약자 생년월일: _____

피보험자와의 관계: () 배우자 () 부모 () 기타

서명: _____ 날짜: _____

B. 건강 보험에 가입하지 않은 경우: 차등 요금제를 이용해 주시기 바랍니다.

1. "가족 규모" 열에서 귀하를 포함하여 귀하의 집에 거주하는 가족 인원을 선택하십시오.
2. 가로 방향으로 읽으며 귀하의 연간 소득을 찾습니다. 귀하에게 가족 규모 또는 연간 소득에 대한 증빙서류를 요청하지 않습니다.
3. 아래로 따라 내려가면 열의 맨 아래에 귀하가 납부할 금액이 보입니다.
4. 수표 또는 우편환(money order)을(현금 불가) 다음을 수취인으로 작성합니다: NYC Department of Health and Mental Hygiene.
5. 환자 성명, 방문 날짜, 환자 ID 번호(본 서신 앞부분에 있음)를 수표 또는 우편환(money order)에 적어주십시오. 보내실 주소는 아래에 있습니다.

차등 요금제

가족 규모	연간 수입					
	1	16,643 달러 이하	16,643 달러 ~ 18,093 달러	18,094 달러 ~ 30,150 달러	30,151 달러 ~ 36,180 달러	36,181 달러 ~ 48,240 달러
2	22,411 달러 이하	22,411 달러 ~ 24,360 달러	24,361 달러 ~ 40,600 달러	40,601 달러 ~ 48,720 달러	48,721 달러 ~ 64,960 달러	64,960 달러 이상
3	28,180 달러 이하	28,180 달러 ~ 30,630 달러	30,631 달러 ~ 51,050 달러	51,051 달러 ~ 61,260 달러	61,261 달러 ~ 81,680 달러	81,680 달러 이상
4	33,948 달러 이하	33,948 달러 ~ 36,900 달러	36,901 달러 ~ 61,500 달러	61,501 달러 ~ 73,800 달러	73,801 달러 ~ 98,400 달러	98,400 달러 이상
5	39,716 달러 이하	39,716 달러 ~ 43,170 달러	43,171 달러 ~ 71,950 달러	71,951 달러 ~ 86,340 달러	86,341 달러 ~ 115,120 달러	115,120 달러 이상
6	45,485 달러 이하	45,485 달러 ~ 49,440 달러	49,441 달러 ~ 82,400 달러	82,401 달러 ~ 98,880 달러	98,881 달러 ~ 131,840 달러	131,840 달러 이상
7	51,253 달러 이하	51,253 달러 ~ 55,710 달러	55,711 달러 ~ 92,850 달러	92,851 달러 ~ 111,420 달러	111,421 달러 ~ 148,560 달러	148,560 달러 이상
납부 비용	\$0	\$3.57	\$7.14	\$10.71	\$14.28	\$17.85

차등 요금의 예:

- 연간 소득이 28,000 달러이며 혼자 사는 경우(가족 규모 1): 7.14 달러 지불.
- 연간 소득이 85,000 달러이며 자녀 3 명, 배우자 및 한 명의 부모와 함께 사는 경우(가족 규모 6): 10.71 달러 지불.

차등 요금제에 근거하여, _____ 달러의 지불액을 동봉합니다.

작성한 양식(A) 또는 지불액 (B)을 다음 주소로 우편 발송해 주시기 바랍니다.

NYC Department of Health and Mental Hygiene
 Attn: Division of Finance
 42-09 28th Street, CN 32W
 Long Island City, NY 11101