



NEW YORK CITY DEPARTMENT OF
HEALTH AND MENTAL HYGIENE

Mary T. Bassett, MD, MPH

Commissioner

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	17,235 달러 이하	17,236 달러 ~ 22,980 달러	22,981 달러 ~ 28,725 달러	28,726 달러 ~ 34,470 달러	34,471 달러 ~ 40,215 달러
2	23,265 달러 이하	23,266 달러 ~ 31,020 달러	31,021 달러 ~ 38,775 달러	38,776 달러 ~ 46,530 달러	46,531 달러 ~ 54,285 달러	54,286 달러 이상
3	29,295 달러 이하	29,296 달러 ~ 39,060 달러	39,061 달러 ~ 48,825 달러	48,826 달러 ~ 58,590 달러	58,591 달러 ~ 68,355 달러	68,356 달러 이상
4	35,325 달러 이하	35,326 달러 ~ 47,100 달러	47,101 달러 ~ 58,875 달러	58,876 달러 ~ 70,650 달러	70,651 달러 ~ 82,425 달러	82,426 달러 이상
5	41,355 달러 이하	41,356 달러 ~ 55,140 달러	55,141 달러 ~ 68,925 달러	68,926 달러 ~ 82,710 달러	82,711 달러 ~ 96,495 달러	96,496 달러 이상
6	47,385 달러 이하	47,386 달러 ~ 63,180 달러	63,181 달러 ~ 78,975 달러	78,976 달러 ~ 94,770 달러	94,771 달러 ~ 110,565 달러	110,566 달러 이상
7	53,415 달러 이하	53,416 달러 ~ 71,220 달러	71,221 달러 ~ 89,025 달러	89,026 달러 ~ 106,830 달러	106,831 달러 ~ 124,635 달러	124,636 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 3명, 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