

재정 지원  
소득 및 할인 계획

표 1: 재정 지원을 위한 가족 소득 범위

가족인원수	100% FPL	150% FPL	200% FPL	250% FPL	300% FPL	350% FPL	400% FPL
1인	\$12,760	\$19,140	\$25,520	\$31,900	\$38,280	\$44,660	\$51,040
2인	\$17,240	\$25,860	\$34,480	\$43,100	\$51,720	\$60,340	\$68,960
3인	\$21,720	\$32,580	\$43,440	\$54,300	\$65,160	\$76,020	\$86,880
4인	\$26,200	\$39,300	\$52,400	\$65,500	\$78,600	\$91,700	\$104,800
5인	\$30,680	\$46,020	\$61,360	\$76,700	\$92,040	\$107,380	\$122,720
6인	\$35,160	\$52,740	\$70,320	\$87,900	\$105,480	\$123,060	\$140,640
7인	\$39,640	\$59,460	\$79,280	\$99,100	\$118,920	\$138,740	\$158,560
8인	\$44,120	\$66,180	\$88,240	\$110,300	\$132,360	\$154,420	\$176,480

- 가족규모: 가족구성원이 8인이 넘는 가족은 9번째 구성원부터 한 명당 \$4420 을 소득에 더합니다. 가구 소득이 \$100,000을 넘는 가족은 가족규모와 관계없이 재정 지원의 자격이 되지 않습니다.

- FPL: "연방빈곤선(FEDERAL POVERTY LEVEL)"은 매년 미국 보건복지부(U.S. Department of Health and Human Services)에 의해 결정됩니다.

표 2: 할인액 및 환자 부담금

환자 가구소득	LESS THAN 100% FPL	101% - 150% FPL	151% - 200% FPL	201% - 250% FPL	251% - 300% FPL	301% - 400% FPL
환자 할인					60%	
환자부담금	본인부담액 (CO-PAY)	본인부담액 (CO-PAY)	본인부담액 (CO-PAY)	본인부담액 (CO-PAY)	40%	일반 청구 금액(AGB)
<b>환자 지불금 (CO-PAYS)</b>						
입원 병원 (1박 당)	\$22 - \$235	\$330 - \$450	\$585 - \$900	\$945		
외래환자 병원/의사 (일일)	\$15 - \$30	\$30 - \$35	\$35 - \$45	\$50		
기타 외래환자 (의료 상담건수당)	\$30 - \$185	\$250 - \$335	\$425 - \$645	\$680		