

제목	자선치료 프로그램(Charity Care)		
번호		마지막 수정안/검토안 발효일:	1 월 16 일
TJC 기능 부서	LD-FM		
적용 대상			

I. 범위 / 목적

“ 지역사회에서 한 번에 한 사람의 건강을 향상시키기” 라는 Novant Health 사명 선언문에는 당사가 소재한 지역사회에 대한 Novant Health의 비영리 유산과 사회적 책임을 반영합니다.

II. 정책

모든 Novant Health 계열사(이하 “ Novant Health”)는 자격이 되는 저소득 계층 환자들에게 자선치료 프로그램(무상 치료)을 제공할 것입니다. 다른 지역사회 혜택 서비스와 더불어 이 서비스는 Novant Health 의 사명을 달성하는 데 있어서 필수적입니다.

본 정책의 목적은 재정 상태로 인하여 응급 서비스나 의학적으로 필요한 서비스 비용을 지급하는 것이 비현실적이거나 불가능한 환자들에게 자선치료 프로그램을 제공하는 기준과 조건을 정하는 것입니다. 비응급 서비스는 본 정책에 따른 보험 수혜 대상이 아닙니다. 본 정책에서 확립된 자격 기준에 부합하는 개인은 응급 서비스나 의학적으로 필요한 서비스에 대해 무상 치료를 받을 자격이 있습니다. 정보의 기밀성과 개인의 존엄성이 본 정책에 의거하여 지원을 구하는 모든 사람들에 대해 유지될 것입니다.

Novant Health 임원 리더십 팀 및/또는 Novant Health 이사회는 본 정책의 수정안을 반드시 승인해야 합니다.

A. 자선치료 프로그램에 대한 자격.

1. 서비스 지역 -

- a. *병원 입원 환자*: 본 정책에 명시된 대로, Novant Health 서비스 지역 내의 거주자는 자선치료 프로그램에 신청할 자격이 됩니다.
- b. *비제공자에 기반한 의원(이하 “ 의원”) 환자*: 환자들은 해당 의원의 전통적인 서비스 지역 내에 거주해야 하며, 이는 각 의원에서 규정하고 문서로 유지되며 환자가 요청 시 이용 가능합니다.
- c. *비급성 치료 시설의 외래 방사선과(이하 “ 외래 방사선과”) 환자*: 본 정책에 명시된 대로, 시설에서 반경 25 마일(40km) 이내에 거주하는 환자는 자선치료 프로그램에 신청할 자격이 됩니다.

해당되는 Novant Health 서비스 지역 이외에 거주하는 환자는 마켓 담당 사장(Market President) 및/또는 지명자가 검토 및 승인하게 됩니다. 사전 승인 없이 계획된 등록에 대해서, 환자가 Novant Health 서비스 지역 이외에 거주하는 경우, 환자는 제공된 서비스 비용을 지급하게 됩니다.

2. 환자에 대한 확정. 의원 환자의 경우, 환자는 반드시 지난 삼(3) 년 이내에

Novant Health 메디컬 그룹의 1 차 진료 의사에게서 치료를 받은 환자여야 합니다.

3. 소득. 환자는 반드시 무보험자이거나, 복지 후생 계획(Entitlement Program)을 이용할 수 없거나, 연간 가계 소득이 이용 가능한 현재 연도의 연방 빈곤 기준선(Federal Poverty Guideline)의 300% 이하에 해당되어야 하며, 반드시 실질 유동 자산(즉, 수중에 있는 현금)이 없어야 합니다. 보험에 가입되어 있는 당사자들에 대한 보험 보상은 경영진에서 모든 자선치료 프로그램 문서를 검토하고 승인한 후 제한된 경우에 한해서만 제공될 것입니다.
4. 보험 수혜 대상 서비스. 병원 입원 환자와 외래 방사선과 환자의 경우, 보험 수혜 대상 서비스에는 Novant Health 병원에서 받은 응급 서비스와 의학적으로 필요한 서비스, 제공자에 기반한 진료, 또는 외래 방사선과 진료가 포함됩니다. 의원 환자의 경우, 보험 수혜 대상 서비스는 의사의 평가로 결정됩니다. 성형, 비응급, 긴급하지 않은 검사나 서비스나 수술, 혹은 불임 서비스나 실험적 치료는 보험 수혜 대상 서비스에 포함되지 않습니다. 의원 환자의 경우, 처방약은 보험 수혜 대상 서비스에 포함되지 않습니다.
5. 기타 건강 보험 보상. 사업주가 후원하는 건강 보험에 참여하지 않기로 선택했고/선택했거나 프로그램 요건을 준수하지 않았기 때문에 정부에서 후원하는 건강 보험 보상을 받을 자격이 되지 않는 환자들은 본 정책에 따른 자선치료 프로그램에 대한 자격이 되지 않습니다. 이 예외조항은 부담 적정 보험법(Affordable Care Act)에서 확정한 건강보험 상품거래(healthcare exchange)에 참여하지 않기로 선택한 환자들에게는 해당되지 않습니다.
6. 특별한 상황. 재산이나 제 3 자 보험 보상이 없는 상태로 사망한 환자는 자선치료 프로그램에 대한 자격이 있는 것으로 고려될 수 있습니다. 파산 상태의 환자들 역시 자선치료 프로그램에 대한 자격이 있을 수 있습니다.

B. 신청서 - 환자는 자선치료 프로그램에 대한 자격을 입증하는 데 필요한 모든 증빙 데이터를 제공하는 신청서(첨부된 신청서 참조)를 작성하여 시설이나 병원의 영업 사무소, 수익 주기 촉진자, 또는 재무 상담자에게 반환해야 합니다. 증빙 데이터에는 소득 증명서(예: W2 양식), 급여 명세서, 또는 전년도 납세 신고서가 포함됩니다. 소득원이 없는 환자는 그들의 현재 재정 상황에 기반하여 자선치료 프로그램을 고려해 줄 것을 필요로 한다고 명시한 지지 서면을 제공해야 합니다. 지지 서면에는 제출할 재정 증빙 문서가 해당 환자에게 전혀 없음을 최소한 명시해야 합니다. 아래의 G 항을 참조하십시오. 신청서는 시설이나 병원의 영업 사무소에서 보관할 것이며 자선치료 프로그램을 요청하는 개인이나 자선치료 프로그램의 잠재적인 후보자로 파악되는 개인에게 제공될 것입니다. 신청서는 영어와 스페인어로 이용 가능합니다. 본 정책의 O 항에 나와 있는 전화번호로 재무 상담자에게 연락하시면 신청서를 작성하는 데 도움을 지원받으실 수 있습니다.

C. 신청서에 기반한 결정 - 작성한 문서를 수령하고 자격에 대한 결정이 이루어진 후에는 각 신청자에게 통지문을 전송하여 시설 혹은 병원의 결정에 대해 알립니다. 만일 환자가 자격 요건에 부합하면 자선치료 프로그램을 받을 자격이 있는 것으로 지정됩니다. 미완성된 신청서를 제출하고/하거나 증빙 문서를 제공하지 않은 환자에게는 전화나 메일로 연락을 드립니다.

- D. 추정에 의한 자격 결정 - 120 일의 대금 청구 주기가 종료되고 어떤 신청서도 수령되지 않으면 추정에 의한 자선치료 프로그램 자격 결정을 하기 위해 환자 계정을 검토합니다. 보험 보상이 없는 환자 계정은 데이터 및 분석 회사인 Experian Healthcare 를 통해 가계 규모와 가계 소득을 확보하고 가장 최근의 연방 빈곤 기준선(Federal Poverty Guideline)에 기반한 연방 빈곤 비율을 계산하여 검토합니다. 연방 빈곤 비율이 300% 미만이며 보험 보상이 없는 환자 계정은 자선치료 프로그램을 받을 자격이 되며 본 정책에 따라 보험 수혜를 받는 서비스 요금에 대하여 100% 조정을 받게 됩니다.
- E. 응급 치료 및 의학적으로 필요한 치료를 담당하는 제공자 - 각 NH 시설에는 NH 시설에서 응급 치료나 기타 의학적으로 필요한 치료를 담당하는 제공자들의 목록을 보관하며, 어떤 제공자가 본 정책에 해당되는지 식별합니다(이하 “ 제공자 목록”). 이 목록은 NH 시설의 집행 위원회에 의한 승인 없이 정기적으로 업데이트될 것입니다. 제공자 목록은 Novant Health 웹사이트를 통해 취득하거나 본 정책의 O항에 나와 있는 전화번호로 재무 상담자에게 연락하여 구하실 수 있습니다.
- F. 자격 기간 - 자선치료 프로그램 신청서와 문서는 6 개월에 한 번 업데이트하거나, 6 개월의 기간 중에 환자가 자격을 상실하게 될 정도로 환자의 가계 소득이나 보험 상태에 변화가 있을 경우에는 언제든지 업데이트해야 합니다. 6 개월의 기간 내에 이행하는 각 방문에서는 다른 복지 후생 계획(Entitlement Program)의 이용 가능성에 대해 검토를 받게 됩니다.
- G. 재정 증빙 문서가 없음 - 소득원이 없는 환자는 직업, 우편 발송 주소, 주거 시설 또는 보험이 없을 경우에 자선치료 프로그램 수혜자로 분류될 수 있습니다. 또한 자신의 재정 상태에 관하여 적절한 정보를 제공하지 않는 환자들도 고려 대상이 되어야 합니다. 소득원이 없는 환자는 그들의 현재 재정 상황에 기반하여 자선치료 프로그램을 고려해 줄 것을 필요로 한다고 명시한 지지 서면을 제공해야 합니다. 지지 서면에는 제출할 재정 증빙 문서가 해당 환자에게 전혀 없음을 최소한 명시해야 합니다. 본 정책이나 신청서에서 개인에게 제출하도록 요구하지 않는 정보나 문서를 신청자가 제공하지 않았다는 사실을 바탕으로 본 정책에 의거하여 자선치료 프로그램을 거부해서는 안 됩니다.
- H. 대금 청구 및 수집 활동 - Novant Health 의 대금 청구 및 수집 활동에 관한 정보를 원하시면 Novant Health 대금 청구 및 수집 정책을 참조하시기 바랍니다. 정책의 사본은 Novant Health 웹사이트를 통해 취득하거나 본 정책의 O항에 나와 있는 전화번호로 재무 상담자에게 연락하여 구하실 수 있습니다.
- I. 자선치료 프로그램의 발효일. 서비스 기간에 가능한 한 가깝게 자선치료 프로그램에 대한 환자의 자격을 결정하는 것이 바람직하지만, 환자가 신청 기간 내에 필요한 문서를 제출하는 한, 자선치료 프로그램이 제공될 것입니다.
- J. 기록 보관 - 잠재적인 자선치료 프로그램의 환자와 관련된 기록은 사용을 위해 쉽게 확보되어야 합니다. 자선치료 프로그램과 관련한 문서 이미지는 검색을 위해 환자의 계정이나 의료 기록 수준의 다음 영역에서 이용 가능합니다:

- NHMG 수익 주기: 신청서 문서는 잠가 둔 파일 캐비닛에 30 일 동안 보관해야 하며, 그 후 스캔해서 Hyland OnBase 에 저장합니다.
 - NH 외래 방사선과 시설: 문서는 스캔해서 Centricity 내의 문서 관리 시스템에 저장합니다.
 - NH Invision Acute 시설: 문서는 스캔해서 Siemens EDM 시스템에 저장합니다.
 - NH Dimension Acute 시설: 문서는 스캔해서 Dimensions 의 미디어 관리자에 저장합니다.
- K. 비용 청구. 자선치료 프로그램에 대한 자격이 있는 개인은 누구도 본 정책에 따라 응급 치료나 다른 의료적으로 필요한 치료에 대해서 비용이 청구되지 않습니다. Novant Health 가 본 정책에 따라 응급 치료나 다른 의료적으로 필요한 치료에 대해 비용을 청구하는 경우, 메디케이드(Medicaid) 요율(이하 “ AGB”)을 사용하여 일반적으로 청구된 금액을 결정하는 전진법(prospective method)을 사용할 것이며 자선치료 프로그램에 대한 자격이 있는 개인에게 AGB 를 초과하는 비용을 청구하지 않을 것입니다.
- L. 자선치료 프로그램 예산. 자선치료 프로그램의 이용 가능성은 Novant Health 의 예산에 근거하거나 Novant Health 가 재정적으로 실행 가능한 상태를 유지할 수 있는 역량에 영향을 미칠 기타 재정적인 제약에 근거하여 제한될 수 있습니다.
- M. 공지 및 게시 - Novant Health 는 다음과 같은 본 정책에서 제공하는 지원 관련 정보를 대중이 이용할 수 있게 할 것입니다:
- 본 정책, 신청서, 평이한 문체의 요약본은 NH 의 웹사이트에서 이용 가능할 것입니다.
 - 본 정책, 신청서, 평이한 문체의 요약본에 대한 문서 사본은 요청 시 우편 및 Novant Health 시설 전역의 공공 장소(최소한 응급실(ER) 및 입원실 영역 포함)에서 무료로 이용 가능할 것입니다.
 - 자선치료 프로그램 안내 책자는 본 정책에 의거하여 이용 가능한 재정 지원, 본 정책과 신청 절차에 대한 추가 정보를 확보하는 방법, 본 정책, 신청서, 평이한 문체의 요약본의 사본을 구하는 방법에 대하여 안내 책자를 읽는 사람들에게 알려주며, Novant Health 서비스 지역 내에 있는 다양한 무료 지역사회 의료 시설에서 이용 가능할 것입니다.
 - 환자에게는 입원이나 퇴원 절차의 일환으로 평이한 문체의 요약본의 사본을 제공하게 될 것입니다.
 - 대금 청구서에는 본 정책을 읽는 사람들에게 알려주기 위한 눈에 잘 띄는 공지가 나와 있으며, 이는 Novant Health 대금 청구 및 수집 정책에 좀 더 상세히 명시되어 있습니다.
 - 본 정책의 환자들에게 통지하고 정보를 제공하는 눈에 잘 띄는 공공 게시물을 Novant Health 시설 전역의 공공 장소(최소한 응급실(ER) 및 입원실 영역 포함)에 전시할 것입니다.
- N. LEP 개인들에 대한 접근성 - Novant Health 는 본 정책, 신청서, 평이한 문체의 요약본을 영어가 미숙한 모든 중요한 인구 집단(이하 “ LEP”)에서 이용할 수 있도록 할 것입니다. 인구 집단이 중요한지 여부를 결정하기 위해, Novant

Health 는 합리적인 방법을 사용하여 Novant Health 서비스 지역 내에서 LEP 언어 집단을 결정할 것입니다.

O. 정책 및 관련 문서의 이용 가능성. 병원 입원 환자의 경우, 본 정책, 평이한 문체의 요약본, 신청서, 제공자 목록, Novant Health 대금 청구 및 수집 정책의 사본을 다음과 같은 방식으로 확보할 수 있습니다:

- 다음의 주소로 Novant Health 웹사이트를 방문합니다:
<http://www.novanthealth.org/GiveBack/FinancialAssistance.aspx>
- Novant Health 병원에서 재무 상담자 사무소를 방문합니다.
- 고객 서비스 무료 전화(888-844-0080)를 이용하여 전화합니다.
- 아래에 나와 있는 전화번호로 Novant Health 병원의 재무 상담자에게 전화합니다:

Novant Health Forsyth Medical Center Novant Health Clemmons Medical Center Novant Health Kernersville Medical Center Novant Health Medical Park Hospital Novant Health Thomasville Medical Center Novant Health Rowan Medical Center	(336) 718-5393
Novant Health Presbyterian Medical Center Novant Health Matthews Medical Center Novant Health Huntersville Medical Center Novant Health Charlotte Orthopedic Hospital Novant Health Brunswick Medical Center	(704) 384-0539
Novant Health Prince William Medical Center Novant Health Heathcote Medical Center Novant Health Haymarket Medical Center	(703) 369-8020

의원 환자와 외래 방사선과 환자의 경우, 자선치료 프로그램 정책, 평이한 문체의 요약본, 신청서, 대금 청구 및 수집 정책의 사본을 특정 클리닉에 문의하여 확보할 수 있습니다.

예외조항: 본 정책은 Novant Health 계열사에서 제공한 서비스에만 적용되며 독립된 의사나 의료기관 종사자가 제공한 서비스에는 적용되지 않습니다. 본 정책은 또한 Novant Health 에 고용되지 않은 마취 전문의, 방사선 전문의 및/또는 임상병리 전문의를 포함하나 이에 국한되지 않는 의사 또는 기타 의료 제공자들에 의해 병원/시설 내부 또는 외부에서 제공되는 서비스에는 적용되지 않습니다.

III. 자격을 갖춘 직원

해당 없음

IV. 장비

해당 없음

V. 절차

절차는 정책의 목표를 달성하는 데 있어서 직원들에게 도움을 지원하는 가이드라인의 역할을 합니다. 이 절차상 가이드라인을 준수하면서 직원들은 업무 관행 및/또는 업무 책임의 범위 내에서 판단력을 발휘할 것으로 기대됩니다.

해당 없음

VI. 문서화

해당 없음

VII. 정의

계열사(Affiliate) - Novant Health, Inc. 및 전액 출자된 법인이나 Novant Health 사업명 하에 사업을 운영하는 법인이 포함됩니다.

신청 기간(Application Period) - 개인이 치료를 제공받은 날짜에 시작해서 치료에 대한 첫 번째 대금 청구서를 개인이 받은 후 240 일째 되는 날짜에 끝나는 기간을 말합니다.

자선치료 프로그램(Charity Care) - 즉각 치료하지 않으면 건강 상태에 유해한 변화를 초래하게 되는 질병, 부상, 질환, 병, 또는 그 증상을 치료하는 데 필요한 서비스로, 약물의 허용 기준에 부합합니다.

복지 후생 계획(Entitlement Program) - 특정한 의료 혜택을 일부 인구 집단에게 보장하는 정부 프로그램입니다. 부담 적정 보험법(Affordable Care Act)에서 확정한 건강보험 상품거래(healthcare exchange)는 여기에 포함되지 않습니다.

가족(Family) - 남편, 아내, 그리고 자녀들이 포함되며(의붓자녀 포함) 가정에서 함께 거주하며 납세 목적상 자격을 갖춘 부양가족을 말합니다.

소득(Income) - 위자료 및 자녀 양육을 위해 지급된 금액을 빼고, 세금을 내기 전 모든 소득원으로부터 얻은 연간 가계 수입과 현금 급여를 말합니다.

의학적으로 필요한 서비스(Medically Necessary Services) - 즉각 치료하지 않으면 환자의 건강 상태에 유해한 변화를 초래하게 되는 질환에 대한 서비스를 말합니다.

평이한 문체의 요약본(Plain Language Summary) - 본 정책에 따라 Novant Health 시설에서 재정 지원을 제공한다는 내용을 개인에게 통지하고, 다음에 나오는 추가 정보를 분명하고, 간결하며, 이해하기 쉬운 언어로 제공하는 서면 통지서를 말합니다: (i) 본 정책에 따라 제공된 자격 요건 및 지원에 대한 간략한 설명, (ii) 본 정책에 따라 지원을 신청하는 방법에 대한 간략한 요약, (iii) 개인이 본 정책과 신청서 사본을 얻을 수 있는 직접적인 웹사이트 주소(또는 URL)와 물리적인 장소, (iv) 개인이 본 정책과 신청서 무료 사본을 얻을 수 있는 방법에 대한 지침, (v) 본 정책에 대한 정보를 제공할 수 있는 시설 사무소나 부서, 그리고 신청에 관한 지원을 제공할 수 있는 사무소나 부서, 또는 지원을 제공할 수 있는 비영리 혹은 정부 기관의 전화번호와 물리적인 장소를 포함한 연락처 정보, (vi) 본 정책, 신청서, 평이한 문체의 요약본을 다른 언어(해당되는

경우)로 번역본을 이용할 수 있는지에 대한 통지, 그리고 (vii) 자선치료 프로그램에 대한 자격이 있는 개인에게 똑같은 응급 치료나 다른 의료적으로 필요한 치료를 보장하는 보험에 가입한 개인에게 일반적으로 청구하는 금액을 초과하는 비용을 청구하지 않을 것이라는 통지.

전통적인 서비스 지역(Traditional Service Area) - 관련 의원에서 정의하고 지속적으로 적용한 지역이며 그들 환자의 80~90%를 포함합니다.

VIII. 관련 문서

파국의 해결(Catastrophic Settlement), 무보험 할인(Uninsured Discount), 지불 계획(Payment Plan), 입원(Admissions), 비용 청구와 재무 상담자(Charges and Financial Counseling), 대금 청구 및 수집(Billing and Collections)

IX. 참고 문헌

해당 없음

X. 제출자

Novant Health 자선치료 프로그램/부실 대출 분과 위원회

XI. 핵심어

자선치료, 무보험 환자, 자선치료 프로그램, 재정 지원

XII. 초안 발효일	2015년 6월 1일
수정안 발효일	2016년 1월
검토일(변경사항 없음)	
다음 검토 시한	2019년 1월

서명록

제목	자선치료 프로그램(Charity Care)
번호	
TJC 기능 부서	LD-FM
적용 대상	
조치	수정

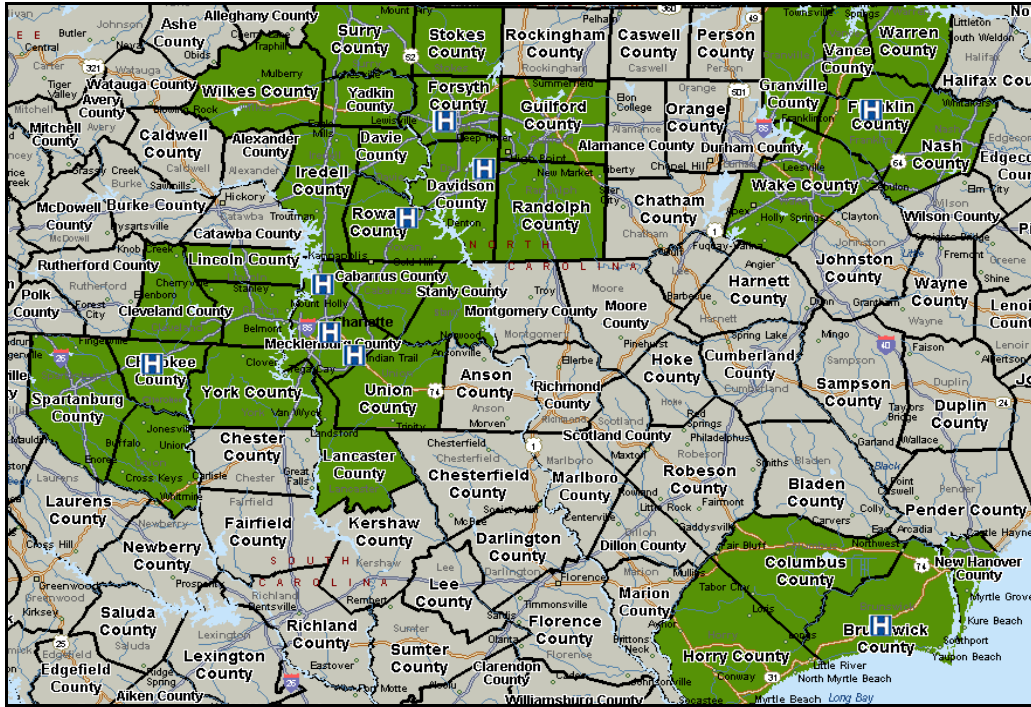
승인자:

직위	승인자	서명	날짜

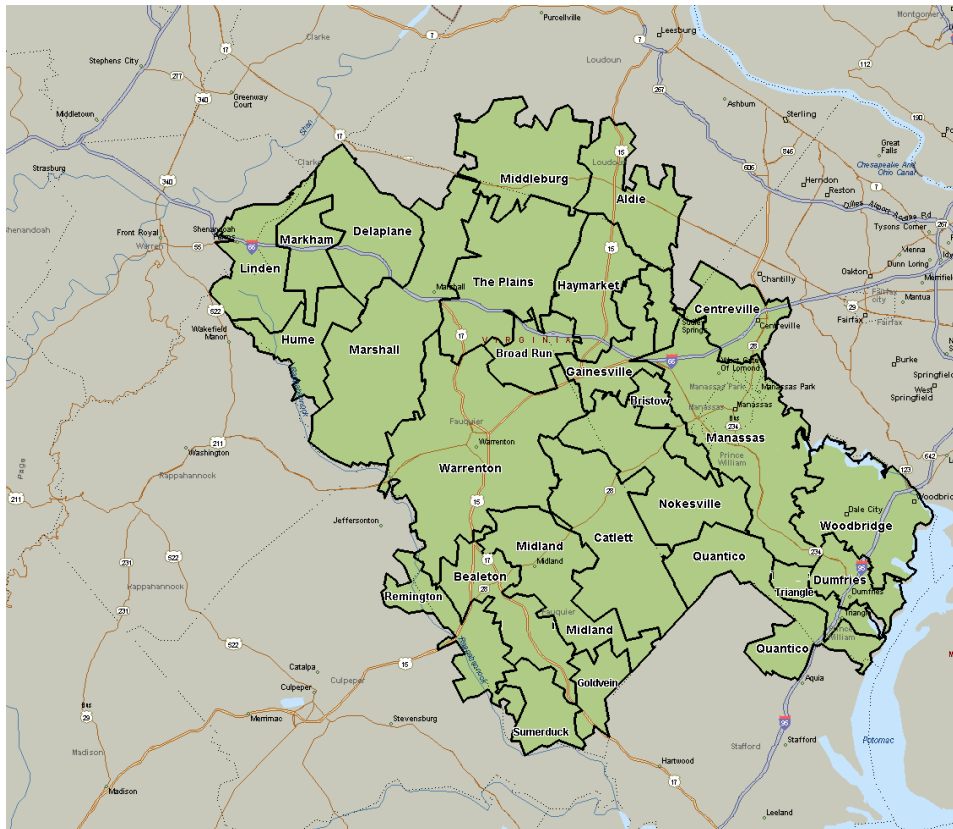
승인한 위원회:

위원회	의장/지명자	날짜

NC 및 SC 서비스 지역



북부 VA 서비스 지역



재정 지원 신청서

I. 환자 인적사항

환자 성명: _____
 (성) (이름) (중간 이름) (사회보장번호[SSN]) (생년월일[DOB])

보증인 성명: _____
 (성) (이름) (중간 이름) (사회보장번호[SSN]) (생년월일[DOB])

주소: _____
 (도로명) (도시) (주) (우편번호)

전화번호: _____

II. 가족 정보

결혼 여부 (하나에 동그라미 하십시오)	기혼	미혼	이혼	가족 수:
-----------------------	----	----	----	-------

부양가족 성명 (부양가족을 추가할 경우 별도의 종이를 첨부하십시오)	부양가족의 생년월일

III. 고용/소득

부모/보증인이 근무하는 회사:
월 소득 총액: \$
소득원 - <i>현 상황의 증명서 또는 설명서를 첨부하십시오</i>
다른 수입원 및 월 총액: \$
연 가계 소득 총액: \$

IV. 보험 증명

건강 보험이 있으십니까?	예	아니요
건강 보험이 있으시다면 해당 보험에 대해 설명해 주십시오: (보험 회사명, 주소, 전화번호, 보험증권/그룹 번호, 가입자 정보를 포함시키십시오)		
직장이 있으십니까?	예	아니요
직장이 있으시다면 현재 근무하시는 회사의 정보를 나열해 주십시오:		
직장이 없으시다면 지난번 근무하신 회사의 정보를 나열해 주십시오(날짜를 포함시키십시오):		

본인은 제공한 정보가 사실이며 본인이 알고 있는 최대한의 정보임을 증명합니다. 본인은 사기성 정보나 허위 정보로 인해 재정 지원에 대한 본인의 자격이 상실된다는 것을 알고 있습니다. 본인은 제공된 정보를 입증하는 데 필요한 모든 정보의 공개를 허가하고 관련 연방법과 주법을 준수하여 대금 청구 및 수집 활동을 하는 데 필요한 모든 정보의 공개를 허가합니다. 심사를 하기 전에 소득 증명서가 필요할 것입니다. 허용되는 소득 증명서에는 급여 명세서 사본, 전년도 납세 신고서 사본, 또는 현재의 급여와 근무한 시간이 명시된 사업주로부터의 서신이 포함되나 이에 국한되지 않습니다.

부모/보증인 서명	날짜:
면접관 서명	날짜:
관리자 서명	날짜:
이사 서명	날짜:
수석 부사장 서명	날짜:
의견란	

Notice of nondiscrimination

Novant Health complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Novant Health does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Novant Health:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, please contact Novant Health interpreter services toll-free at 1-855-526-4411, then select option 3. TDD/TTY: 1-800-735-8262.

If you believe that Novant Health has not provided these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Patient services department
Attn: Section 1557 coordinator
200 Hawthorne Lane
Charlotte, NC 28204

Telephone: 1-888-648-7999 (toll-free)
TDD/TTY: 1-800-735-8262

NovantHealth.org/home/contact-us.aspx

You may file a grievance by mail, in person at the Novant Health facility where care was provided, or by submitting the form at the link above. If you need help filing a grievance, call toll-free, 1-888-648-7999 or TDD/TTY 1-800-735-8262.

You may also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available online at ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Complaint forms are available at hhs.gov/ocr/office/file/index.html

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-526-4411. Select option 3. TDD/TTY: 1-800-735-8262.



Notice of nondiscrimination

Español (Spanish)	ATENCIÓN: Los servicios de asistencia lingüísticos, gratuitos, están disponibles para usted. Llame al 1-855-526-4411. Seleccione la opción 3. TDD/TTY: 1-800-735-8262.
繁體中文 (Chinese)	注意：您可以享受免費的語言協助服務。請撥打1-855-526-4411。選擇選項3。TDD/TTY：1-800-735-8262。
Tiếng Việt (Vietnamese)	CHÚ Ý: Có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Gọi 1-855-526-4411. Chọn tùy chọn 3. TDD/TTY: 1-800-735-8262.
한국어 (Korean)	주의: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-855-526-4411 번으로 전화하십시오. 옵션 3을 선택하십시오. TDD/TTY: 1-800-735-8262.
Français (French)	IMPORTANT : Des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Appelez le +1 855 526 4411. Sélectionnez l'option 3. Dispositif de télécommunication pour sourds et malentendants : +1 800 735 8262.
العربية (Arabic)	ملاحظة: خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. اتصل على الرقم 1-855-526-4411. اختر الخيار 3. جهاز الاتصال الكتابي/الهاتف النصي: 1-800-735-8262.
Русский (Russian)	ВНИМАНИЕ: Для вас доступна бесплатная услуга языковой поддержки. Позвоните по телефону 1-855-526-4411. Выберите вариант 3. Текстовый телефон/телетайп: 1-800-735-8262.
Tagalog (Tagalog – Filipino)	ATENSYON: May mga libreng serbisyo ng tulong sa wika na available sa iyo. Tumawag sa 1-855-526-4411. Piliin ang opsyon 3. TDD/TTY: 1-800-735-8262.
فارسی (Farsi)	برائے توجہ: 1-855-526-4411 خدمات ترجمہ بہ طور رایگان در اختیار تان قرار دارد. با شماره 1-855-526-4411 را انتخاب کنید. تماس بگیرند. گزینه TDD/TTY: 1-800-735-8262
አማርኛ (Amharic)	ማሳሰቢያ:- የጥንቃቄ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ 1-855-526-4411 ላይ ይደውሉ። አማራጭ 3ን ይምረጡ። TDD/TTY:- 1-800-735-8262.
Deutsch (German)	HINWEIS: Es stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Wählen Sie +1 855 526 4411. Wählen Sie Option 3 aus. TDD/TTY: 1 800 735 8262.
اُردُو (Urdu)	برائے توجہ: آپ کے لیے زبان سے متعلق اعانت کی خدمات، مفت دستیاب ہیں۔ 1-855-526-4411 پر فون کریں۔ اختیار 3 چنیں۔ TDD/TTY: 1-800-735-8262
हिंदी (Hindi)	ध्यान दें: आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-526-4411 को कॉल करें। विकल्प 3 चुनें। TDD/TTY: 1-800-735-8262.
ગુજરાતી (Gujarati)	સાવધાન: તમારા માટે ભાષા સહાય સેવાઓ, વિના મૂલ્યે, ઉપલબ્ધ છે. 1-855-526-4411 પર કોલ કરો. વિકલ્પ 3 પસંદ કરો. TDD/TTY: 1-800-735-8262.
বাংলা (Bengali)	মনোযোগ দিন: আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা লভ্য আছে। 1-855-526-4411 নম্বরে ফোন করুন। বিকল্প 3 নির্বাচন করুন। TDD/TTY: 1-800-735-8262।